

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“SINTOMATOLOGÍA MENTAL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS”**

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo realizado en estudiantes de cuarto año, quinto año, EPS rural y EPS hospitalario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inscritos en el año 2018.

Tesis

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

Ckandy Paola Rodas Doniz

Diego Vinicio Tojes Pacheco

Zilda María Gordillo García

Karen Andrea López Pérez

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2018

El infrascrito Decano y el Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

- | | | | |
|----|-----------------------------|-----------|---------------|
| 1. | Ckandy Paola Rodas Doniz | 201210221 | 2296221940101 |
| 2. | Diego Vinicio Tojes Pacheco | 201210290 | 2491740730101 |
| 3. | Zilda María Gordillo García | 201210369 | 2569617510101 |
| 4. | Karen Andrea López Pérez | 201210507 | 2375299710101 |

Cumplieron 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:

"SINTOMATOLOGÍA MENTAL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"

Estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado en estudiantes de cuarto, quinto año y del Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- Rural y Hospitalario, de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Trabajo asesorado por la Dra. Ruth María Guerrero Caballeros, co-asesorado por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas y, revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el diecisiete de agosto del dos mil dieciocho

DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



DR. C. CÉSAR OSWALDO GARCÍA GARCÍA
COORDINADOR



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

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

- | | | | |
|----|-----------------------------|-----------|---------------|
| 1. | Ckandy Paola Rodas Doniz | 201210221 | 2296221940101 |
| 2. | Diego Vinicio Tojes Pacheco | 201210290 | 2491740730101 |
| 3. | Zilda María Gordillo García | 201210369 | 2569617510101 |
| 4. | Karen Andrea López Pérez | 201210507 | 2375299710101 |

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"SINTOMATOLOGÍA MENTAL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"

Estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado en estudiantes de cuarto, quinto año y del Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- Rural y Hospitalario, de la Universidad de San Carlos de Guatemala

El cual ha sido revisado por el Dr. César Oswaldo García García y, al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los diecisiete días de agosto del año dos mil dieciocho.

"ID Y ENSAÑAD A TODOS"

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

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

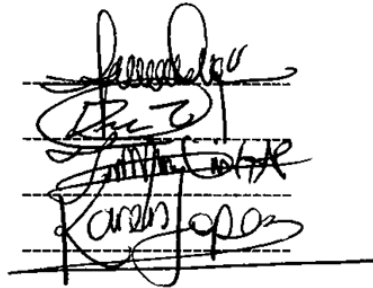
Guatemala, 17 de agosto del 2018

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. Ckandy Paola Rodas Doniz
2. Diego Vinicio Tojes Pacheco
3. Zilda María Gordillo García
4. Karen Andrea López Pérez



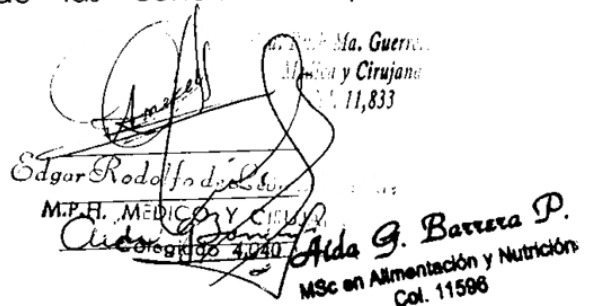
Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"SINTOMATOLOGÍA MENTAL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS"**

Estudio descriptivo transversal y prospectivo realizado en estudiantes de cuarto,
quinto año y del Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- Rural y Hospitalario,
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

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

Asesora: Dra. Ruth María Guerrero Caballeros
Co-asesor: Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas
Revisora: Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez
Reg. de personal 20030843



Ma. Guerrero
MSc en Alimentación y Nutrición
Col. 11,833

Edgar Rodolfo de León Barillas
M.P.H. MEDICO Y CIRUJANO
No. 3,040

Aída G. Barrera P.
MSc en Alimentación y Nutrición
Col. 11596

DEDICATORIA

Me es difícil concebir que este día al fin ha llegado. El graduarme como médico me llena enormemente de felicidad y quisiera dedicarlo a quienes me ayudaron a hacerlo posible. En primer lugar, quiero dedicarlo a Dios por brindarme la vida, por sus infinitas bendiciones, por darme la vocación de servir a los demás y por las maravillosas personas que me introdujo a lo largo de la vida. A mis papás, Edith y Manfredo, por su infinito apoyo, su constante amor y su ejemplo de perseverancia y dedicación. Gracias por formarme y motivarme a seguir adelante en los momentos de duda y desesperación. A mis hermanos, Alan, Michelle y Roger, por ser mis modelos a seguir y por estar a mi lado cada vez que lo necesité. A mis abuelitas, Mama Licha y Mama Cuper por sus sabios consejos y amor el cual atesoro siempre en mi corazón. A mi demás familia, por creer en mí y formar parte de mi vida. A mis amigas del colegio, mi segunda familia, mis compañeras de vida desde chiquita, quienes me han demostrado ser grandes personas. A mis amigos de la universidad, por todos los momentos compartidos y quienes hicieron este largo camino, mucho más divertido, en especial a Zilda y Ckandy por su compañía en este proceso y por todas las lindas experiencias vividas. A Diego por motivarme a ser mejor cada día, por su comprensión y apoyo incondicional. Por último, dedico también este logro a los pacientes quienes son la razón de ser de esta noble carrera. Gracias por confiar en mí y permitirme aprender en gran medida de ustedes.

Karen Andrea López Pérez

A Dios, que como fruto mayor de su amor incondicional, me regalo este maravilloso plan de vida y todo lo que él contiene. A mis padres Orlando y Gloria, que con su trabajo, esfuerzo y dedicación, me permitieron cumplir el anhelo que tuve desde niño. A mis hermanos Josué y Christian, quienes han estado allí desde siempre, abriendo la brecha, mostrándome el camino, para que mi andar fuera mucho más sencillo. Tres gracias al cielo y uno acá en la tierra, para la única que el tiempo le permite estar aquí; abuelita Carmen, “justo a tiempo”. A mi familia, quienes contribuyeron de diferentes formas en este proyecto; siéntanse parte porque esto es un triunfo de todos. A mis amigos, quienes hicieron de este, un camino inolvidable. A Zilda y Ckandy; no pude haber elegido mejores compañeras para realizar la Tesis. A Karen, quien es parte fundamental de este éxito; por creer en mí más que nadie y motivarme a ser mejor cada día. Gracias a todos ustedes, puede vivir mi sueño. Eternamente gracias. Esto es por ustedes y para ustedes.

Diego Vinicio Tojes Pacheco

Dios que me ama infinitamente es quien, junto a la Virgencita del Rosario, me permite llegar a cumplir este logro tomada de la mano de Carlos Ovidio y Olga Marina; protectores, guías y padres maravillosos, a quienes les debo todo. A mi hermano Carlos José, por el cariño fraterno que me motiva a vencer obstáculos para cumplir mis metas. Mi abuelita Candelaria, quien ha sido, es y será, el pilar de mi vida, y ejemplo de bondad absoluta. Mis abuelitos Pedro y Paula, y mi madrina María Luisa, me acompañan siempre y velan por mí desde el espacio inmortal que mi memoria les guarda. Mi mamita Any, ejemplo de excelencia profesional y académica, segunda mamá en funciones desde que nací, y esperanza en los momentos más difíciles de mi vida. Mi mamá Miriam, cuyo corazón es el más noble que he podido conocer, y demostración de generosidad a manos llenas. Mis tías, Adela, Eloísa, Elsa, Consuelo, Irma, Estela, Micaela; mujeres que han salido adelante por la determinación y lucha que las caracteriza, así como mi tío Ernesto. Todos mis primos y primas, en especial, a quien he visto como ejemplo a seguir desde que ingresé a esta carrera y ha sido mi mentor, Carlitos Herrera. Mis sobrinos y sobrinas, espero poder ser ayuda futura. Mis amigas asuncionistas que me dieron los mejores años de colegio y me enseñaron que ser mujeres de temple como Santa Madre María Eugenia, no es una utopía. Mis amigos universitarios que han hecho más fácil el camino que escogimos seguir, sobretodo mi grupo de tesis: Diego, Karen y Zilda, amigos, colegas y futuros profesionales exitosos. Mis amigos a que la práctica hospitalaria me dio la oportunidad de conocer: externos, internos y residentes de quienes aprendí mucho e hicieron la travesía más amena. Y José Rodrigo, quien me ha motivado y apoyado a través de las diversas muestras de comprensión, fortaleza y amor. A todos ellos, como muestra de agradecimiento, dedico este trabajo de tesis.

Ckandy Paola Rodas Doniz

A Dios por ser mi compañero incondicional en este hermoso camino, mi fortaleza y maestro, por haberme guiado día tras día para poder obtener este maravilloso logro, darme la oportunidad de vivir y el anhelo de formarme como profesional, fortalecer mi corazón e iluminar mi mente en cada acción tomada, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte, compañía y que han marcado mi vida.

A mis padres, Marco Gordillo y Zilda García por acompañarme a emprender todo aquello que he creído, amarme, cuidarme, enseñarme a ser fuerte, a trabajar duro y realizar cada acción con pasión y dedicación. A mis hermanos Mark y Michael Gordillo por su protección, fidelidad y amor.

A mis amigos y compañeros de tesis, Diego Tojes, Karen López, Ckandy Rodas por enseñarme que el trabajo en equipo existe, por la perseverancia y confianza.

A mi amiga, Nancy López por su apoyo incondicional, sus consejos y palabras sabias que me acompañaron en este largo trayecto.

A mis maestros, residentes, compañeros y pacientes por depositar su confianza en mí y recordarme a cada instante lo hermosa que es esta profesión.

Zilda María Gordillo García

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A la doctora Aída Guadalupe Barrera Pérez, por aceptar ser revisora de este trabajo de tesis, y desempeñar un papel incomparable en el mismo.
- ❖ Al doctor Edgar Rodolfo de León, por apoyar el desarrollo de este trabajo de tesis desde el inicio.
- ❖ A la doctora Ruth Guerrero, por darnos su tiempo en el asesoramiento de esta investigación y compartir su conocimiento con nosotros.
- ❖ A todos los médicos involucrados en nuestro desarrollo educativo, a aquellos que con su ejemplo y sus conocimientos nos alentaron a seguir adelante.
- ❖ A la Facultad de Ciencias Médicas por recibirnos como estudiantes suyos.
- ❖ A la Universidad San Carlos de Guatemala, alma máter eterna, por velar por nuestra formación académica.

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

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

RESUMEN

OBJETIVO: Describir la sintomatología mental en los estudiantes de la carrera de medicina de cuarto año, quinto año, EPS hospitalario y EPS rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal en 326 estudiantes de cuarto, quinto, y sexto año, a quienes se aplicó el test SCL-90R, procesado y analizado con Excel. Se obtuvo el aval del comité de Ética de la facultad. Se excluyeron a los estudiantes que no quisieron participar, con diagnóstico de algún trastorno mental y en práctica electiva de especialidades. Los estudiantes con resultados positivos fueron referidos a la Unidad de Apoyo al Estudiante. **RESULTADOS:** El 51% son hombres, 84% entre 20 a 25 años; de estos estudiantes 23.9% mostraron resultados positivos y de ellos el 56% eran mujeres, 36% en cuarto año y 24% repitentes de dos o más años. Los porcentajes obtenidos por patología fueron: sensibilidad interpersonal 9.81% (32), obsesiones y compulsiones 9.50% (31), depresión 9.20% (30), ansiedad fóbica 8.89% (29), ideación paranoide 8.89% (29), ansiedad 8.58% (28), hostilidad 8.28% (27), somatización 7.66% (25) y psicoticismo 7.05% (23). **CONCLUSIÓN:** El 23.9% de los estudiantes evaluados presentó sintomatología mental positiva a alguna de las nueve psicopatologías, siendo las tres más frecuentes: sensibilidad interpersonal, obsesiones y compulsiones, y depresión. Seis de cada diez afectados son del sexo femenino, dos de cada diez son repitentes y tres de cada diez son de cuarto año académico.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, estudiantes, facultades de medicina.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1 Marco de antecedentes	3
2.1.1. Guatemala	6
2.1.2 En estudiantes de medicina generalizados	7
2.2 Marco referencial	8
2.2.1 Salud Mental	9
2.2.2 Trastornos mentales	10
2.2.2.1 Trastornos de somatización	10
2.2.2.2 Trastorno obsesivo compulsivo	17
2.2.2.3 Trastornos del estado de ánimo y depresión	24
2.2.2.4 Trastornos de ansiedad	28
2.2.2.5 Trastornos psicóticos	41
2.2.2.6 Trastornos de la personalidad	49
2.3 Marco teórico	56
2.4 Marco conceptual	59
2.5 Marco geográfico	60
2.6 Marco institucional	62
2.7 Marco legal	62
3. OBJETIVOS	63
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	65
4.1 Enfoque y diseño de estudio.	65
4.2 Unidad de análisis	65
4.3 Población y muestra	65
4.4 Selección de los sujetos a estudio	66
4.5 Definición y operacionalización de variables	68
4.6 Recolección de datos	73
4.6.1 Técnicas de recolección de datos	73
4.6.2 Procesos de recolección de datos	73
4.6.3 Instrumento	74
4.7 Procesamiento y análisis de datos	76
4.7.1 Procesamiento de datos	76

4.7.3 Análisis de datos	82
4.8 Alcances y límites de la investigación	83
4.9 Aspectos éticos de la investigación	83
5. RESULTADOS	85
6. DISCUSIÓN	97
7. CONCLUSIONES	105
8. RECOMENDACIONES	107
9. APORTES	109
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
11. ANEXOS	117
Anexo 11.1: Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo	117
Anexo 11.2. Clasificación y diagnóstico según CIE-10 y DSM-V de trastornos depresivos.	118
Anexo 11.3. Antidepresivos y sus características.	126
Anexo 11.4. Procedimiento para obtención de la muestra	128
Anexo 11.5. Instrumento de recolección de datos	129
Anexo 11.6. Consentimiento informado	132
Anexo 11.7 Tablas de resultados	134
Anexo 11.8. Codificación por colores por dimensión en base de datos.	139
Anexo 11.9. Carta de compromiso firmada por UNADE	141

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Criterios diagnósticos de trastorno de somatización	11
Tabla 2.2. Criterios diagnósticos de trastorno de conversión	12
Tabla 2.3. Criterios diagnósticos de trastorno facticio	13
Tabla 2.4. Criterios diagnósticos de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas	13
Tabla 2.5. Criterios diagnósticos de otros trastornos de síntomas somáticos no específicos	16
Tabla 2.6. Criterios diagnósticos de trastorno dismórfico corporal	20
Tabla 2.7. Criterios diagnósticos de trastorno de acumulación	20
Tabla 2.8. Criterios diagnósticos de tricotomía	21
Tabla 2.9. Criterios diagnósticos de trastorno de excoriación	22
Tabla 2.10. Criterios diagnósticos de trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica	22
Tabla 2.11. Criterios diagnósticos de trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos	23
Tabla 2.12. Criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad	31
Tabla 2.13. Psicofármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad social	32
Tabla 2.14. Criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad fóbica	34
Tabla 2.15. Criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada	36
Tabla 2.16. Criterios diagnósticos de trastorno de pánico	39
Tabla 2.17. Criterios diagnósticos de ansiedad por separación	40
Tabla 2.18. Criterios diagnósticos de mutismo selectivo	40
Tabla 2.19. Criterios diagnósticos de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos	41
Tabla 2.20. Criterios diagnósticos de agorafobia	42
Tabla 2.21. Criterios diagnósticos de esquizofrenia	46
Tabla 2.22. Subtipos del trastorno delirante	47
Tabla 2.23. Criterios diagnósticos del trastorno delirante	49
Tabla 4.1. Distribución de la muestra	66
Tabla 4.2. Items correspondientes a cada dimensión	74
Tabla 4.3. Manual de códigos	77
Tabla 4.4. Dimensiones comprendidas en el SCL 90 y las preguntas que corresponden a cada una	81

Tabla 5.1. Caracterización de los estudiantes incluidos en el estudio	86
Tabla 5.2. Síntomas de somatización según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	87
Tabla 5.3. Síntomas de obsesiones y compulsiones según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	88
Tabla 5.4. Síntomas de sensibilidad interpersonal según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	89
Tabla 5.5. Síntomas de depresión según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	90
Tabla 5.6. Síntomas de ansiedad según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	91
Tabla 5.7. Síntomas de hostilidad según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	92
Tabla 5.8. Síntomas de ansiedad fóbica según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	93
Tabla 5.9. Síntomas de ideación paranoide según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	94
Tabla 5.10. Síntomas de psicoticismo según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	95
Tabla 5.11. Evaluación de los tres niveles de complejidad del test SCLR-90	97
Anexo 11.1. Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo	117
Anexo 11.2. Clasificación y diagnóstico según CIE-10 y DSM-V de trastornos depresivos	118
Anexo 11.3. Antidepresivos y sus características	126
Tabla 11.7.1. Sintomatología mental englobada en nueve dimensiones clasificadas según severidad	135
Tabla 11.7.2. Índice total de síntomas positivos del test SCLR-90 según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	135
Tabla 11.7.3. Índice de severidad global del test SCLR-90 según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos	136
Tabla 11.7.4. Sintomatología mental englobada en nueve dimensiones	137
Tabla 11.7.5. Caracterización de los estudiantes afectados según variables estudiadas	138
Anexo 11.8. Codificación por colores por dimensión en base de datos	139

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 5.1 Sintomatología mental en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas
-USAC- junio a julio de 2018.

86

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente fundamental para el ser humano, ya que se encuentra relacionada con el bienestar personal, familiar y social. Sin embargo, no se le otorga la importancia que merece y se cree popularmente que lo único necesario es la salud física. Por lo tanto, la salud mental se va deteriorando por la falta de consulta a un profesional. Uno de los factores más determinantes en dicho deterioro son los trastornos mentales.¹

A nivel mundial alrededor de 450 millones de personas padecen de dichos trastornos. A nivel de Latinoamérica y el Caribe, representan el 22% de la morbilidad, según estadísticas del año 2009.¹ En Guatemala, de acuerdo con el MSPAS, existe una tasa de prevalencia de 1168.4 por cada 100,000 habitantes. Se observa que 1 de cada 4 guatemaltecos ha presentado algún desequilibrio o trastorno mental y solamente el 2% ha consultado con algún especialista del campo.^{2,3}

Los trastornos mentales representan una inmensa carga psicológica, social y económica para la sociedad y, a largo plazo, son causa de discapacidad y disminución de la calidad de vida. A nivel mundial, cinco de cada diez personas que presentan discapacidad o muerte prematura padecen de condiciones psiquiátricas. Además, son responsables del 13% del total de años de vida ajustados por discapacidad y se estima que para el año 2020 aumentará a un 15%.^{2,3}

Los estudiantes de medicina que ejercen prácticas clínicas, se encuentran expuestos a un ambiente competitivo con una demanda altamente académica y física lo que hace difícil mantener una adecuada salud mental y los vuelve susceptibles a cursar con alguna patología psiquiátrica. Esto se corrobora con artículos científicos publicados internacionalmente, en donde las facultades de medicina de universidades prestigiosas como Cambridge, la universidad de Boston y la universidad de Shieffield, han demostrado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales son mayores en su población (36%) que en otras facultades (27%). A partir del año de cursar con un trastorno psicológico, se nota un deterioro de la salud mental y se incrementan las tasas de depresión, ansiedad y somatización; además de alto consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Sin embargo, a nivel nacional, existen pocas investigaciones en que engloben la presencia de rasgos de trastornos mentales en los estudiantes de medicina.^{4,5}

Los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a partir de cuarto año de la carrera, ingresan al ámbito hospitalario en donde poseen

una variedad de responsabilidades, principalmente una alta carga académica así como el desenvolvimiento como persona en la atención a los pacientes, el maltrato intrahospitalario y la muerte de los pacientes.

Por esta razón, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la sintomatología mental presente en los estudiantes de medicina de cuarto, quinto y sexto año? Para responder a esta pregunta se planteó un estudio para realizar un tamizaje de dicha sintomatología englobada en nueve dimensiones (somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), por medio del test SCL-90-R (inventario de síntomas) el cual consta de 90 preguntas. ⁶

Se incluyeron estudiantes de cuarto, quinto, y sexto año, del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) rural y hospitalario. La selección de los estudiantes fue realizada de manera aleatoria y cada estudiante fue localizado en su respectiva área de práctica. Aquellos que presentaron resultados positivos en el tamizaje fueron referidos a la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil en donde se les dio atención psicológica, seguimiento y tratamiento adecuado.

Con estos resultados se pretende informar a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas sobre la presencia de síntomas correspondientes a trastornos mentales en los estudiantes de dicha Facultad, que afectan su salud mental. A partir de esto, hacer énfasis en la importancia de una formación integral de los médicos en potencia, que incluya una especial atención a la salud mental por medio de la implementación de programas de prevención, detección y abordaje de trastornos mentales, ya sean generales o específicos. Todo esto con el objetivo de garantizar médicos egresados de calidad, no sólo académica sino también humana.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de antecedentes

Durante el entrenamiento en la carrera universitaria, los estudiantes de medicina están sometidos a diversos factores generadores de estrés que podrían llegar a ser adversos para su salud mental; muchos son inherentes a la naturaleza de la misma formación, como la exigencia académica y el entorno altamente competitivo, pero otros factores son potencialmente modificables por provenir de la interacción con otros individuos, sobre todo figuras de autoridad, en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje.⁷

La Revista Academic Medicine, en su volumen número 89 de abril del 2014, en artículo titulado *Salud mental de los estudiantes de medicina 3.0: mejorar el bienestar del estudiante mediante cambios curriculares*, determina que por décadas los educadores han reconocido que el estrés de las facultades de medicina es un problema significativo. Los efectos del estrés en la salud mental y el bienestar de los estudiantes de medicina han sido bien documentados, demostrando así que las tasas de depresión son significativamente más altas que aquellas de cohortes del mismo grupo etario de la población en general. No es de sorprender, que la ideación suicida es un problema de importancia, demostrado en un estudio multi institucional en el que se reporta que el 11% de los estudiantes de medicina han reportado haber experimentado ideación suicida en el año anterior al estudio. Concluye, dicho artículo, refiriéndose a que las escuelas de medicina deben aprovechar el problema de la salud mental y bienestar de sus estudiantes mediante dos acciones primarias: a) servicios de terapia orientada a los estudiantes que hayan desarrollado trastornos mentales o que hayan experimentado estrés psico-socio-emocional durante la carrera, y b) actividades recreativas con el objetivo de contrarrestar o balancear las reacciones negativas de muchos estudiantes de medicina con respecto al medio que los rodea. Para la Academic Medicine, y el estudio realizado por la Escuela de medicina de San Luis, es totalmente obligatorio monitorizar la salud mental de los estudiantes mediante intervenciones diseñadas con el fin, de garantizar los programas de bienestar del estudiante de medicina quien sufre a lo largo de los años de carrera depresión y agotamiento físico y mental, que, a su vez, interfiere con el desarrollo de una atención clínica adecuada y empatía por el paciente.⁵

El Acta Médica Okayama, en el volumen número 68 del 2014, publicó el artículo *Estado de salud mental en estudiantes de medicina japoneses: estudio transversal de 20 universidades*. El objetivo del estudio era evaluar la salud mental de los estudiantes de medicina japoneses para examinar las diferencias basadas en género, tipo y locación universitarias, utilizando los resultados de la encuesta nacional. Así, en Japón entre los años 2006 y 2007 se hizo una

investigación de 20 universidades. Los resultados determinaron que el 48.8% de las estudiantes femeninas, y un 36.6% de los estudiantes masculinos entrevistados mostraron un pobre estado de salud mental. Sin representar diferencias significativas en cuanto al tipo y locación universitaria.⁸

El British Medical Journal, publicó en su revista de agosto del 2014, un artículo redactado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Manchester y con ayuda de psiquiatras de la Universidad de Sheffield de Estados Unidos y del departamento de Psiquiatría de Cambridge, en el Reino Unido. Se titula: *Estigmatización y retos de salud mental en estudiantes de medicina*. Es un estudio cualitativo, en donde se expone que a nivel mundial se tiene la percepción que los médicos son invencibles, a pesar de presentar una alta tasa de prevalencia. En Estados Unidos, mueren 400 médicos por suicidio cada año. El Consejo Médico General establece que las situaciones complejas por las que atraviesan las Escuelas de Medicina es aceptar cuando uno de sus estudiantes atraviesa por un trastorno de salud mental. Ésta ha sido discutida en los años recientes a profundidad; en un estudio longitudinal de cuatro años, al menos 12% de los estudiantes estadounidenses de las escuelas de medicina, puntuaron por arriba del número normal del Inventario de Depresión de Beck. El uso de cannabis y el uso de drogas ilícitas se asocian con un mayor rango de ansiedad y depresión. Es un reporte de caso, en el que se concluye que la estigmatización y discriminación es un fenómeno que expone una influencia negativa en muchas maneras en la vida de los individuos que sufren de alguna enfermedad mental. La reducción de dicha estigmatización se asocia con programas enfocados a erradicar el mismo en un grupo objetivo, en este caso el personal de salud desde su base, o los estudiantes de medicina.⁹

Los Anales de Medicina Translacional, en su edición digital volumen número 4, de febrero de 2016, publicaron una revisión sistemática de año 2000 al 2015 titulado *Problemas de salud mental asociados a médicos estudiantes en Asia*. Con autores de la Universidad de Singapur, se analizó 14 artículos. El objetivo del estudio es realizar una revisión sistemática de documentos que hayan estudiado problemas de salud mental en estudiantes de escuelas de medicina en Asia, para identificar la prevalencia de problemas de salud mental asociados a estudiantes asiáticos. Los resultados con los 14 artículos en análisis mostraron que la depresión fue prevalente en un 11% de estudiantes, siendo iguales porcentajes en hombres y mujeres. Un total de 12.9% estudiantes tanto femeninos como masculinos obtuvieron pruebas positivas para depresión. También se esclareció que estudiantes pre clínicos eran más propensos a sufrir depresión, comparado con aquellos estudiantes en prácticas clínicas (98% comparado con 60%

respectivamente). Además, se estableció que aquellos estudiantes cuyo lugar de residencia era el de siempre eran más propensos a sufrir depresión, a comparación de aquellos que residían en hostales.¹⁰

Una de las causas identificadas recientemente por la Revista de Neuropsiquiatría en Perú, en el año 2016, con publicación de la editorial del volumen 79 titulado *La salud mental de los estudiantes de Medicina*, es el maltrato recibido a lo largo de las prácticas clínicas por las que atraviesan los estudiantes.⁷

En la revisión sistemática y meta análisis realizado por la JAMA, titulado *Prevalencia de depresión, síntomas depresivos e ideación suicida asociados a estudiantes de medicina*, de diciembre del 2016, cuyo objetivo era estimar la prevalencia de depresión, síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes de medicina, y donde participaron 195 estudios, con un total de 129123 estudiantes de 47 países, se reportó un 27.2% de estudiantes positivos para el diagnóstico de depresión y síntomas de depresión, en donde un 11.1% reportaron ideación suicida durante la formación académica en la escuela de medicina. Además, que un 15.7% de aquellos cuyo tamizaje fue positivo para depresión, necesitó tratamiento psiquiátrico. Refiere, que además de llamar la atención los altos porcentajes presentados, se compara con el estudio realizado en residentes quienes presentan un 28% de diagnóstico positivo para depresión. Lo anterior establece que la depresión es un problema que afecta todos los niveles del entrenamiento médico. Tomando los datos en conjunto, se establece que la carrera médica puede representar afectación a largo término de la salud de los médicos graduados, así como la atención de calidad que se obtiene de los centros académicos médicos. Cabe mencionar, que la prevalencia de los síntomas depresivos en los estudiantes de medicina de este estudio, es más alta que la que reporta la población en general.¹¹

En diciembre de 2017 se publicó en la Revista Brasileña de Psiquiatría, volumen número 39, una revisión sistemática y meta análisis titulado: *Problemas de salud mental asociados a estudiantes de medicina de Brasil*. El objetivo era proveer una imagen comprensiva de los problemas de salud mental en los estudiantes de medicina brasileños mediante la documentación de la prevalencia y asociación de cofactores. Los resultados indicaron que, de 59 estudios nacionales, donde se identificó que existía una prevalencia del 30.6% de depresión en los estudiantes investigados, un 31.5% para el denominado trastornos mentales comunes, 13.1% para agotamiento emocional, uso problemático de alcohol con un 32.9%, estrés en un 49.9%. Para ansiedad, se estableció un 32.9% y para pobre calidad de horas de sueño un 51.5%. Así

como exceso de horas de sueño diurnas con un 46.1%. La conclusión de dicho meta análisis hace hincapié a la alta prevalencia de problemas de salud mental en los futuros médicos de Brasil, y la necesaria y pronta atención, apoyo y promoción de salud mental en los estudiantes de las escuelas médicas brasileñas. ¹²

Sin embargo, tanto médicos como estudiantes de medicina tienen bajos niveles de búsqueda de ayuda para solucionar los probables problemas psiquiátricos, y se presentan a los servicios de cuidado en salud cuando existen crisis. ⁹

2.1.1. Guatemala

Los problemas de salud mental no se conocen a profundidad en el país, sin embargo se presentan como una mezcla de sufrimientos psicosociales colectivos, derivados no sólo de los problemas propios de la enfermedad mental, sino de una serie de eventos traumatizantes a los que se ha visto expuesta la población guatemalteca, tales como pobreza, marginalidad, desastres naturales, violencia producida por el conflicto armado interno y una situación de creciente inseguridad, violencia social, cultural e intrafamiliar que actualmente resultan ser los problema más graves a tratar, por la sociedad guatemalteca, con un carácter intersectorial. ¹³

En el 2008, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tomando en cuenta las necesidades de salud mental de la población guatemalteca, ha definido una política de salud mental cuyo propósito es orientar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial integral. La política está dirigida a promover la salud mental de la población guatemalteca en general, pero haciendo énfasis en los grupos sociales afectados por la inequidad, la violencia, los desastres y las adicciones y así como por otros problemas de carácter mental y de la conducta. ¹³

Se considera a la salud mental como parte esencial de la salud integral porque es en el ámbito de la subjetividad e intersubjetividad, en donde se pueden modificar los estilos de vida no saludables, mediante el desarrollo de potencialidades individuales, familiares, comunitarias, sociales e institucionales, que garanticen el bienestar sostenible de la población guatemalteca en la dimensión física, psicológica, social y cultural. ¹³

Dadas las características actuales de la sociedad guatemalteca, que ha atravesado por una serie de escenarios de guerra, desastres naturales y procesos de exclusión masiva y que en la actualidad, manifiesta una cantidad exagerada de formas de violencia, se hace necesario

avanzar en la tarea de incrementar la cobertura de los servicios de salud mental, con una orientación que privilegie las acciones comunitarias y preventivas, dirigidas a reparar el tejido social y a promover estilos y condiciones de vida saludables.¹³

Para el 2011, estudiantes de la maestría y doctorado en Psicología y Salud Mental de la Universidad Mariano Gálvez, realizan el Estudio Epidemiológico de Trastornos mentales en Guatemala, región metropolitana. Este estudio complementa el realizado por estudiantes de pregrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes consolidaron la Encuesta Nacional de Salud Mental en el año 2009. Ambos estudios revelaron datos similares, siendo los más importantes: uno de cada cuatro guatemaltecos padece de algún trastorno de salud mental; el sexo femenino es el más afectado, y el trastorno más frecuente es el de ansiedad. El trastorno de estrés post traumático es el más prevalente en la población en general, de los cuales sólo un 2.3% ha consultado alguna vez por un trastorno de salud mental.¹⁴

2.1.2 En estudiantes de medicina generalizados

Durante el entrenamiento en la carrera universitaria, los estudiantes de medicina están sometidos a diversos factores generadores de estrés que podrían llegar a ser adversos para su salud mental; muchos son inherentes a la naturaleza de la misma formación, como la exigencia académica y el entorno altamente competitivo, en donde además de buscar la excelencia académica atraviesan por situaciones que ponen a prueba su salud mental. Dentro de la práctica hospitalaria el estudiante debe enfrentar la muerte diaria de los pacientes, el ser testigo del desarrollo de enfermedades crónicas y el deterioro que éstas implican en los pacientes; observan las consecuencias de ataques violentos que resultan en pacientes con heridas muchas veces intratables, y el desvanecimiento del valor que tiene la persona dentro de la sociedad. Sumado a la impotencia de acción que se presentan en muchos casos, cuando los recursos y herramientas intrahospitalarias no son suficientes para la resolución de muchos diagnósticos. Estos hechos descritos con anterioridad, son normalizados en un ambiente, en donde la lucha por ser el mejor, desvaloriza todo aspecto humano que pueda mostrar el médico y en lugar de considerar las vidas humanas, se toman como competencias para demostrar la superioridad de especialidades y de médicos. Todas son situaciones a las que están expuestos los estudiantes de medicina, y que la población en general y estudiantes universitarios de otras facultades, no viven en carne propia. Otros factores son potencialmente modificables por provenir de la interacción con otros individuos, sobre todo figuras de autoridad, en el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje.⁷

Los cimientos del bienestar personal y profesional del médico se construyen precozmente. Las escuelas de medicina deben proveer, a la vez que la base sólida de conocimientos y habilidades que el futuro médico requiere tener, también de los sentimientos y actitudes de profesionalismo, empatía, altruismo, compasión y calidez imprescindibles para su buen desempeño.⁷

Durante los años del pregrado, se verifica un deterioro de la salud mental de los estudiantes de medicina: se incrementan las tasas de depresión y trastornos de ansiedad, aumenta el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se presentan cuadros de bulimia y aumenta la ideación suicida, bastante por encima de las cohortes de otras escuelas universitarias.⁷

2.2 Marco referencial

La salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento acerca de dicha interrelación, surge la idea que la salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. La salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física. Por el contrario, la salud mental ha sido objeto de abandono e indiferencia.²

Actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.²

La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, y los valores culturales. Está influenciada por experiencias de la vida diaria, experiencias en familia y la escuela, calles y trabajo. La salud mental de cada persona afecta a su vez la vida de cada uno de estos dominios y, por lo tanto, la salud de una comunidad o población.^{2, 15}

2.2.1 Salud Mental

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar del ser humano. Es el equilibrio que permite que la funcionalidad de la persona sea constante y, que con su trabajo aporte beneficios a la sociedad en donde se desenvuelve. La adecuada salud mental, se demuestra cuando el individuo es capaz de afrontar las situaciones diarias de estrés, con moderación, sin alterar su estado emocional ni físico. Puede verse afectada por una serie de factores físicos y socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a toda la sociedad.¹⁵

El bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son factores comunes al desarrollo de los trastornos mentales. Por lo anterior, no sorprende que exista una considerable coincidencia entre los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. Todos en conjunto, tanto los trastornos mentales, como los neurológicos y por consumo de sustancias cobran un alto precio, y representaban, para el 2004, un 13% de la carga mundial de morbilidad.¹⁵

Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, y al suicidio. Cabe mencionar que, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030.¹⁵

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de la atención que reciben los casos tratados.¹⁵

El número de profesionales sanitarios especializados y generales que se ocupan de la salud mental es manifiestamente insuficiente en los países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que, por término medio, hay un psiquiatra

para atender a 200 000 o más personas; otros prestadores de atención sanitaria mental capacitados para utilizar las intervenciones psicosociales son aún más escasos. Del mismo modo, la proporción de países que disponen de políticas, planes y legislación sobre la salud mental es mucho más elevada entre los de ingresos elevados que entre los de ingresos bajos; por ejemplo, solo el 36% de las personas que viven en países de ingresos bajos están amparadas por una legislación en materia de salud mental, en comparación con el 92% en los países de ingresos elevados.¹⁵

2.2.2 Trastornos mentales

Un trastorno mental es una alteración en el equilibrio psíquico de una persona. También recibe el nombre de psicopatología, y continúa el debate para determinar si se denomina como enfermedad mental. Es vivido como un factor limitante y disfuncional para el normal funcionamiento de la persona.¹⁶

2.2.2.1 Trastornos de somatización

Se define como el conjunto de enfermedades físicas que no tienen explicación médica pero cuya base son conflictos emocionales. Son inconscientes e involuntarios. Sus principales características son los síntomas físicos múltiples, recurrentes y cambiantes, que duran por lo menos dos años. La mayoría de los pacientes ha tenido una larga y complicada historia de contactos con los servicios de atención médica primaria y especializada, durante la cual pueden haber sido realizados muchos análisis negativos de laboratorio o exploraciones infructuosas. (ver tabla 2.1)¹⁷

2.2.2.1.1 Trastorno de síntomas somáticos

Este trastorno es el que engloba los siguientes enlistados y del que se proporciona la información posteriormente.

2.2.2.1.2 Trastorno de ansiedad por enfermedad

El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada. Pese a que la preocupación se podría deber a la señal o sensación física no patológica, la angustia del individuo no proviene fundamentalmente de la propia dolencia física, sino más bien de su ansiedad sobre la importancia, el significado o la causa de dicha dolencia (esto es, la sospecha de un diagnóstico médico).¹⁷

Tabla 2.1. Criterios diagnósticos para trastorno de somatización

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica. La preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.
D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud o presenta evitación por mala adaptación.
E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.
F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.
Especificar si:
Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.
Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.

Fuente: DMS V ¹⁷

Cuando existen una señal física o un síntoma, a menudo se trata de una sensación fisiológica normal, una disfunción benigna y autolimitada o un malestar corporal que no se considera generalmente indicativo de enfermedad. ¹⁷

2.2.2.1.3 Trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales

Se utilizan los nombres alternativos de "funcional" (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno" (refiriéndose a una etiología supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). ¹⁷

En el trastorno de conversión puede haber uno o más síntomas de diversos tipos. Los Síntomas motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros. ¹⁷

Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, la vista o el oído. Los episodios de sacudidas anormales generalizadas que afectan a una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, se pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas crisis psicógenas o no epilépticas).¹⁷

Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma. Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen de la voz (disfonía/afonía), la articulación alterada (disartria), la sensación de un nudo en la garganta (globo) y la diplopía. Aunque el diagnóstico requiere que el síntoma no se pueda explicar por una enfermedad neurológica, éste no se debería realizar simplemente porque los resultados de las pruebas sean normales o porque el síntoma sea "extraño". Debe haber datos clínicos que muestren evidencia clara de su incompatibilidad con una enfermedad neurológica.¹⁷

Tabla 2.2. Criterios diagnósticos para trastorno de conversión.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. |
|---|

Fuente: DMS V¹⁷

2.2.2.1.4 Trastorno facticio

Es la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado. Los individuos con trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad. El diagnóstico requiere la demostración de que el individuo está cometiendo acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o de lesión en ausencia de recompensas externas obvias. (ver tabla 2.3)¹⁷

2.2.2.1.5 Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas

Presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento clínicamente significativos que afectan adversamente a una afección médica, aumentando el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad. Los factores psicológicos o de comportamiento son el malestar psicológico, los patrones de interacción interpersonal, los estilos de afrontamiento y los

comportamientos desadaptativos para la salud, como la negación de los síntomas o la pobre adherencia a las recomendaciones médicas.¹⁷

Tabla 2.3. Criterios diagnósticos de trastorno facticio.

Trastorno facticio aplicado a uno mismo
A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.
B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo incapacitado o lesionado.
C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.
D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental.
Nota: El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

Fuente: DMS V¹⁷

Tabla 2.4. Criterios diagnósticos de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).
B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes: a. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica. b. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento). c. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo. d. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban' los síntomas, o necesitan asistencia médica.
C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

Fuente: DMS V¹⁷

2.2.2.1.6 Otros trastornos de síntomas somáticos especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.¹⁷

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

- ❖ Trastorno de síntomas somáticos breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
- ❖ Trastorno de ansiedad por enfermedad breve: la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
- ❖ Trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud: no se cumple el Criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.
- ❖ Pseudociesis: creencia falsa de estar embarazada que se asocia a signos y síntomas de embarazo.¹⁷

2.2.2.1.7 Otros Trastornos de Síntomas Somáticos no especificados

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados. La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados no se utilizará a menos que se den situaciones claramente inusuales en las que no exista información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.¹⁷

a. Epidemiología

La somatización se ha asociado a un número de diagnósticos psiquiátricos, en los cuales se ha relacionado la comorbilidad, ya sea basados en estudios con población psiquiátrica o de atención primaria de salud, pudiendo encontrar mayor riesgo relativo de somatización que la población general en trastorno de pánico, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo y episodio maníaco. Es más frecuente en personas con nivel socio-económico o educacional bajos y domicilio rural. Otros estudios señalan que entre el 38% y 60% de los pacientes informan de síntomas que no pueden ser relacionados con una enfermedad o patología orgánica.¹⁸

b. Fisiopatología

Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. El

análisis del patrón verbal en estos pacientes muestra una identidad del self negativa y confusa con dos componentes: una modificación de los objetos y de las acciones por la actitud negativa y un narcisismo patológico que empobrece su mundo relacional, por déficit de empatía.¹⁸

Determinados estudios demuestran que las funciones cerebrales derechas están más desarrolladas que las izquierdas en los pacientes somatizadores y existe cierta hiperactividad del locus coeruleus (lo cual disminuiría el umbral del dolor) y disminución del riego sanguíneo cerebral en las áreas posteriores del cerebro.¹⁸

c. Manifestaciones clínicas

Los síntomas pueden ser específicos o relativamente inespecíficos. Los síntomas a veces denotan sensaciones corporales normales o un malestar que generalmente no significa una enfermedad grave. Los síntomas somáticos sin explicación médica evidente no son suficientes para hacer el diagnóstico. El sufrimiento del individuo es auténtico, se explique o no médicamente.

¹⁷

Pueden estar o no asociados con otra afección médica. Esto se explica al diferenciar las características sintomatológicas de cualquier patología clínica diagnosticada por un médico especialista, y los síntomas que refiere el paciente y que corresponden al trastorno somático.¹⁷

d. Diagnóstico

Se realiza en base a diversos síntomas y signos que causan malestar y que dan lugar a problemas en la vida diaria. (ver tabla 2.5)¹⁷

e. Tratamiento:

❖ Explicar los síntomas al enfermo.

- Aprovechar la consulta en la que hemos recibido pruebas negativas que descarten organicidad.
- Evitar sentencias del tipo: «no tiene nada», «es de los nervios», etc.
- Explicar al paciente que no padece ninguna enfermedad grave, que se trata de un trastorno crónico, pero que hay intervenciones terapéuticas que ayudan.
- Dar nombre a la enfermedad si lo tiene.
- Permitir el rol de enfermo. Esto permite la expresión total del paciente, quien al sentir los síntomas refiere al médico los mismos. Permitir que el paciente exprese la somatización,

es parte fundamental de la comunicación efectiva que puede llegar a tener el médico y así determinar la existencia de cualquier trastorno somático.¹⁸

Tabla 2.5. Criterios diagnósticos otros trastornos de síntomas somáticos no específicos.

- | |
|--|
| <p>A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.</p> <p>B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes: Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.b. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud. |
|--|

Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente por lo general más de seis meses.

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

Fuente: DMS V¹⁷

❖ Establecer objetivos de tratamientos razonables.

- Escuchar atentamente al paciente y referir con un equipo especializado en salud mental.
- Calendario de visitas breves y regulares, por ejemplo 15 minutos cada 15 ó 20 días, para ir alargando hasta el mes.

El tratamiento farmacológico depende de las comorbilidades psiquiátricas que presente el paciente. Esto conlleva a la prescripción de medicamentos antidepresivos en la mayoría de casos, y en muchos casos también psicóticos. Cierta literatura recomienda a su vez, prescribir medicamentos analgésicos para el tratamiento del dolor.¹⁸

2.2.2.2 Trastorno obsesivo compulsivo:

Condición mental heterogénea, de larga duración y común, que puede llegar a causar disfuncionalidad en la persona que lo padece. El término obsesión proviene del latín “obsidere” que significa bloquear, investir o asediar, se caracteriza por obsesiones (pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados) y compulsiones (conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión).^{16, 19}

a. Epidemiología

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), tiene una prevalencia anual a nivel internacional del 2%, la frecuencia del TOC es igual en ambos sexos con la diferencia que afecta en edad adulta a mujeres, mientras que el sexo masculino se presenta con más frecuencia durante la infancia (el 25% de los varones tienen un inicio antes de la edad de 10 años). Según la Organización mundial de la Salud, se encuentra entre las primeras 20 enfermedades que producen discapacidad y a nivel mundial tiene mayor prevalencia en Latinoamérica siendo Colombia el país donde se observa la mayor tasa (3.6% prevalencia en adultos de la población general. En Estados Unidos, la edad media de inicio del TOC es a los 19.5 años y el 25% de los casos se inicia a la edad de 14 años, su comienzo después de los 35 no es común.^{16,17, 19}

b. Fisiopatología

En el TOC se ve un aumento en la actividad y cambios de volumen del núcleo estriado, la corteza orbitofrontal, amígdala cerebral, cíngulo cerebral y el lóbulo temporal, el neurotransmisor más relacionado es la Serotonina, esto se debe a que los medicamentos utilizados para tratar este trastorno mejoran la transmisión serotoninérgica (eficacia en los receptores de serotonina 5HT_{2c} y 5HT_{1d}). Existen estudios que evidencian que la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A, desencadena una reacción inmunológica que produce anticuerpo contra los ganglios basales (amígdala cerebral, núcleo estriado, núcleo amigdalino y claustró) así produciendo algunos síntomas del TOC. Existen diversas teorías e hipótesis psicodinámicas sobre las causas del TOC: ¹⁶

Neuroanatómica: inicia en el año 1920, cuando se observan casos de encefalitis letárgica que provoca secuelas con manifestaciones obsesivas, patologías que afectan los ganglios basales como síndrome de Gilles de la Tourette y corea también frecuentemente presentan síntomas obsesivos. ¹⁹

Bioquímica: surge por la evidencia de la eficacia de la clomipramina en la mejoría de la sintomatología obsesiva compulsiva, demostrando así que uno de los neurotransmisores implicados en la fisiopatología del TOC es la Serotonina.¹⁹

Genética: estudios describen que existe una prevalencia del 3-12% de TOC en familiares de primer grado de pacientes afectados por dicha patología, estos presentan síntomas subclínicos en un 8-31% de los casos. Se encuentra mayor relación en gemelos monocigóticos en un 60%, sin embargo, aún no se ha encontrado los genes implicados ni la forma de transmisión.¹⁹

Cognitiva: Se basan en dos modelos: la teoría de la evaluación del riesgo y la teoría de los procesos cognitivos, esta última describe un déficit de procesos cognitivos como la atención, memoria y la estructuración de la información recibida se relaciona con la aparición de síntomas del TOC.¹⁹

c. Manifestaciones clínicas

Se caracteriza por presencia de obsesiones y compulsiones. Se refiere como obsesiones a pensamientos, impulsos, imágenes, ideas, melodías o palabras que afectan la mente del paciente en contra de su voluntad, pero son reconocidas como propias. Estos pensamientos son angustiantes, no agradables y rechazados a menudo por el paciente, sin poderlo lograr. Estas ideas tienen como función prevenir algún suceso objetivamente improbable.²⁰

El paciente reconoce que dicho comportamiento es ineficaz e intenta resistirse a él, por lo regular hay ansiedad y esto empeora los actos compulsivos.²⁰

Las características principales de las obsesiones en el TOC son las siguientes:

- ❖ Escapan al control voluntario.
- ❖ Repetitivas y persistentes.
- ❖ Presentan contenido negativo.
- ❖ Crean una atmósfera de duda.
- ❖ Ocasionan agobio psíquico e intensa ansiedad.
- ❖ Interfieren con el funcionamiento normal de la persona afectada.
- ❖ Varían desde molestia leve hasta sufrimiento severo.¹⁹

Las compulsiones, son actos mentales o conductas repetitivas que aparecen en respuesta a obsesiones, estos se realizan repetidamente y constituyen una actividad que no es placentera ni útil en sí mismo, pero para el paciente tiene la función de prevenir hechos improbables.¹⁹

Entre los síntomas obsesivos más comunes se encuentran:

- ❖ Contaminación.
- ❖ Duda patológica.
- ❖ Preocupaciones somáticas.
- ❖ Necesidad de simetría.
- ❖ Pensamientos agresivos.
- ❖ Pensamientos sexuales.
- ❖ Obsesiones múltiples.

Entre los síntomas compulsivos más comunes encontramos:

- ❖ Comprobación.
- ❖ Limpieza/lavado.
- ❖ Recuento.
- ❖ Necesidad de preguntar o de confesarse.
- ❖ Simetría y precisión.
- ❖ Compulsiones múltiples.¹⁹

d. Diagnóstico:

El diagnóstico del TOC es clínico, en la actualidad no existen pruebas de imagenología o paraclínicas que ayuden a determinar la presencia o ausencia de dicha patología, existen diversos test autoadministrados que han demostrado ser útiles en el diagnóstico del TOC: inventario de Yale-Brown, inventario de Clark-Beck y la versión corta del inventario de obsesiones de Leyton. (ver anexo 11.1)¹⁶

2.2.2.2.1 Trastornos asociados:

a. Trastorno dismórfico corporal:

También llamado dismorfofobia, los pacientes se encuentran preocupados por uno o varios defectos percibidos referente a su condición y apariencia física, ellos creen verse feos, poco atractivos e incluso deformes o anormales. (ver tabla 2.6)

Tabla 2.6. Criterios diagnósticos de trastorno dismórfico corporal.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físicos que son observables o parecen sin importancia a otras personas.B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirar se en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (por ejemplo, comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria. |
|--|

Fuente: DSM V¹⁷

a. Trastorno de acumulación:

Los pacientes se caracterizan por la dificultad para deshacerse o despojarse de las posesiones, no importando de su valor real. ¹⁷

Tabla 2.7. Criterios diagnósticos de trastorno de acumulación.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que Se siente cuando uno se deshace de ellas.C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, solo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social., laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).F. La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro autista). |
|---|

Fuente: DSM V ¹⁷

b. Tricotilomania

Trastorno que se caracteriza por arrancarse el propio cabello recurrentemente, esta puede ser cualquier región corporal en donde crezca pelo o cabello, entre los lugares más frecuentes encontramos el cuero cabelludo, los párpados, las cejas e incluso el vello axilar y el púbico. ¹⁷

Tabla 2.8. Criterios diagnósticos de tricotilomania

- A. Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.
- C. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (por ejemplo: una afección dermatológica).
- E. El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal).

Fuente: DSM V ¹⁷

c. Trastornos de excoriación

Se caracteriza por el recurrente rascado de la propia piel que puede ocasionar excoriación o daños en la misma, entre los lugares más comunes encontramos cara, manos y brazos. (ver tabla 2.9) ¹⁷

d. Trastornos obsesivo compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección medica:

En estos casos los síntomas obsesivos-compulsivos son causados por afecciones médicas. (ver tabla 2.10)¹⁷

e. Trastornos obsesivo compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos:

En estos casos los síntomas obsesivos-compulsivos son causados por sustancias/medicamentos tales como: cocaína, anfetaminas o sustancias desconocidas. (ver tabla 2.11)¹⁷

Tabla 2.9. Criterios diagnósticos de trastorno de excoriación.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas,B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).E. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (por ejemplo, delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en las, autolesión no suicida). |
|---|

Fuente: DSM V ¹⁷

Tabla 2.10. Criterios diagnósticos de trastornos obsesivo compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Las obsesiones, compulsiones, preocupaciones por el aspecto, acumulación, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados predominan en el cuadro clínico.B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. |
|--|

Fuente: DSM V ¹⁷

e. Tratamiento:

El tratamiento debe centrarse en la resolución de la mayor cantidad de síntomas, se utilizan técnicas de terapia cognitivo-conductual, así como terapia farmacológica. ¹⁹

Terapia cognitivo-conductual: efectiva sobre todo en poblaciones jóvenes, la técnica con 85% de respuesta efectiva es la técnica psicológica de exposición y prevención de la respuesta esta consiste en solicitarle al paciente que genere una lista de situaciones asociadas con la condición y luego practicar enfrentarlas mientras se monitorea la ansiedad generada y cómo esta puede disminuir sin necesidad de llevar a cabo un ritual, es objetivo de este tipo de terapia es reducir la ansiedad mediante el fenómeno de habituación ayuda a prevenir la realización de rituales, disminuyendo sucesivamente su frecuencia. La terapia cognitiva identifica y corrige creencias erróneas.¹⁹

Tabla 2.11. Criterios diagnósticos de trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados inducidos por sustancias o medicamentos.

- | |
|--|
| <p>A. Las obsesiones, compulsiones, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados predominan en el cuadro clínico.</p> <p>B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A. <p>C. La alteración no se explica mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado que no es inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado independiente pueden incluir lo siguiente:</p> <p>D. Los síntomas anteceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (por ejemplo, aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (por ejemplo, antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.</p> <p>F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> |
|--|

Fuente: DSM V ¹⁷

Terapia farmacológica: Ya que la mayoría de pacientes con TOC presentan depresión, se utiliza fármacos para dicha patología, principalmente los Inhibidores de la recaptación de serotonina (clomipramina e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).¹⁶

Clomipramina: antidepresivo tricíclico, inhibidor de la recaptación neuronal de noradrenalina y serotonina, neurotransmisores liberados en la hendidura sináptica, su efecto es más selectivo y potente con la serotonina (5-HT). Es absorbida adecuadamente por el tracto gastrointestinal, su concentración plasmática máxima se obtiene dentro de las 2-6 horas después de la administración oral, su metabolismo es hepático, excretado por la orina en un 66% el resto por heces. La dosificación para el TOC es la siguiente: adultos, 25mg vía oral una vez al día aumentando gradualmente en las dos primeras semanas a 100 mg por día vía oral en dosis divididas. Si es necesario se puede aumentar gradualmente la dosis hasta un máximo de 250mg/día. Adolescentes y niños mayores de 10 años, 25mg/día vía oral, aumentando la dosis hasta un total de 100mg/día PO en dosis divididas o 3mg/kg/día en dosis divididas en las dos

primeras semanas, después de su ajuste inicial, la dosis se puede incrementar gradualmente a un más a lo largo de las próximas semanas hasta una dosis máxima diaria de 3mg/kg/día o 200mg/día. En niños menores de 10 años, su uso no ha sido establecido.²¹

Inhibidores selectivos de la serotonina: (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), constituyen el tratamiento farmacológico estándar esto es porque presentan menores efectos adversos que la clomipramina, cerca del 30-60% de los pacientes sólo obtienen una respuesta parcial, aproximadamente solo un 10% de los casos no se obtiene ninguna respuesta.¹⁹

El tratamiento farmacológico no debe ser menos de un año, no es infrecuente que dicho tratamiento se mantenga de forma indefinida. Dependiendo de la evolución, la intensidad clínica, el impacto funcional y la calidad de respuesta al fármaco se decide la duración del tratamiento.¹⁹

2.2.2.3 Trastornos del estado de ánimo y depresión:

2.2.2.3.1 Trastornos depresivos:

Es un grupo de trastornos afectivos, heterogéneo que se caracterizan por un estado de ánimo triste, disminución del disfrute, pérdida de interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, apatía, ideación suicida e incluso anorexia e insomnio, por lo regular presentan síntomas somáticos variados y ansiedad que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo, se diferencian entre sí por el tiempo de duración, la presencia temporal o la supuesta etiología.^{16,19}

a. Epidemiología:

Su prevalencia en la población general es de 3- 5% y son comunes en la consulta médica de un 12-25% de todos los pacientes, de estos solo un 0.2% consulta a un psiquiatra un 9% a médico general y un 89% nunca acude a consulta.¹⁶

El riesgo que una persona tiene de sufrir un episodio depresivo mayor durante toda su vida en estados unidos es de 4.4% y en Colombia es de 12.1%, algunos estudios sugieren que en el sexo masculino es de 5-12% y femenino de 10-25%.¹⁶

La depresión mayor puede iniciar a cualquier edad con una media a los 25 años (el máximo de frecuencia en las mujeres está entre los 30-60 años y en hombres entre 40-70 años),

según encuestas entre médicos la depresión es la patología psiquiátrica que más diagnostican. Los pacientes hospitalizados aproximadamente 25% presentan un trastorno depresivo.¹⁶

b. Fisiopatología:

Se dividen en dos causas primarias y secundarias:

Causas primarias:

Bioquímicas cerebrales: Encontramos diversas teorías que postulan cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina).

- ❖ Teoría noradrenérgica: propuesta por Schildkraut, menciona que este tipo de trastornos es consecuencia de un déficit central de noradrenalina, interpreta que existen datos frecuentes en las depresiones (hipersecreción de cortisol, la disminución de la respuesta de GH a la hipoglucemia insulínica o de la ilundina, aumento de la respuesta beta adrenérgico postsináptico) como prueba de un déficit de noradrenalina central, esto producido por una desregulación hipotalámica.¹⁶ Se cree que el aumento del número y la actividad de los receptores alfa dos está implicado en la etiología de la depresión, esta hiperactividad de los receptores al inhibir la producción de noradrenalina sería la responsable de la depresión.¹⁶
- ❖ Teoría indolámica: establecida por Coppen, postula un déficit de serotonina, esta teoría se basa en la disminución de 5-HIAA (Metabolito de la serotonina), en líquido cefalorraquídeo, en pacientes depresivos. la serotonina está implicada en diversas funciones fisiológicas aparte del humor (actividad sexual, dolor, temperatura, sueño, apetito, ritmo cardíaco) alguna alteración en este neurotransmisor podría explicar la mayoría de los síntomas en personas depresivas.¹⁷

Neuroendocrinos: alteración en factores endocrinos como aumento de la secreción de la hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal están asociados con el estrés crónico y con la depresión.²²

La disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (encargado de regular funciones como el metabolismo, inmunidad, regula la supervivencia neuronal, neurogénesis, el tamaño de estructuras cerebrales como hipocampo, adquisición de recuerdos y evaluación emocional de eventos) podría contribuir significativamente en el desarrollo de patología psiquiátrica como lo es la depresión.²³

En la depresión el eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal se encuentra fuertemente activado esto conlleva a una hipersecreción de hormona de crecimiento la cual, durante periodos prolongados, genera daño cerebral que empeora con la edad, estos altos niveles están implicados en la disminución de la neurogénesis, la detención del ciclo celular en las células periféricas y la pérdida de neuronas piramidales todos estos procesos afectan el funcionamiento de neuronas del hipocampo afectando así el aprendizaje y la memoria.²³

Neurofisiológicos: Encontramos patrones de sueño anormales como acortamiento de la latencia en movimientos oculares rápidos durante el sueño, disminución del volumen del hipocampo, corteza prefrontal, amígdala lo que se asocia a descensos de niveles de factores neurotróficos (familia de proteínas implicadas en la sobrevivencia de neuronas sensoriales y del sistema simpático que controlan diversos aspectos de la sobrevivencia, funcionamiento y desarrollo de neuronas del sistema nervioso periférico y central entre estos están el factor de crecimiento nervioso, el BDNF, la neurotrofina 3, y neurotrofina 4) lo que sugiere la aparición de depresión.²³

Genéticos: los cambios epigenéticos (factores que pueden modificar la expresión genética y que no están asociados a cambios en la secuencia del ADN, como metilación o translocación) se asocian a depresión.²³

Causas secundarias:

Enfermedades endocrinas y metabólicas

- ❖ Hipo e hipertirodismo.
- ❖ Hiperparotiroidismo
- ❖ Enfermedad de Addison.
- ❖ Síndrome de Cushing.
- ❖ Diabetes Mellitus.

Intoxicaciones:

- ❖ Plomo.
- ❖ Mercurio.
- ❖ Bismuto.
- ❖ Quinina.
- ❖ Monóxido de carbono.

Enfermedades hematológicas:

- ❖ Deficiencia de folato.
- ❖ Anemia perniciosa.

Enfermedades neurológicas:

- ❖ Tumores intracraneales.
- ❖ Demencia por Alzheimer.
- ❖ Enfermedad de Parkinson.
- ❖ Hematoma subdural.
- ❖ Hidrocefalia normotensiva.
- ❖ Miastenia gravis.
- ❖ Esclerosis múltiple.

Colagenopatías:

- ❖ Artritis reumatoides.
- ❖ Lupus.

Fármacos:

- ❖ Antihipertensivos: metildopa, betabloqueadores, digitalicos.
- ❖ Esteroides: ACHO, ACTH, corticoides.
- ❖ Neurológicos y psicofármacos: levodopa, carbamacepina, fenitoina, amantadina.
- ❖ Antiinflamatorios: indometacina, ibuprofeno, fenacetina, fenibutazona.
- ❖ Antibióticos. Metronidazol.²³

c. Manifestaciones clínicas:

Principalmente presentan sintomatología depresiva como tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, pérdida de interés en todas o la mayoría de actividades, encontramos llanto asociado a sentimientos de minusvalía, culpa, disminución del placer sexual. Algunos pacientes pueden padecer trastornos somáticos como problemas dolorosos (cefaleas, artralgias, dolor torácico, neuralgias), trastornos de la homeostasis general (pérdida de peso, fatiga, insomnio), neurológicos (vértigo, visión defectuosa, falta de memoria) y otros como dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares, dismenorrea e impotencia.¹⁶ (Ver anexo 11.2)

d. Tratamiento:

Para un tratamiento efectivo el primer paso que se debe de dar es realizar una buena historia clínica y evaluación médica, pero sobre todo excluir a presencia de otra enfermedad médica y psiquiátrica.²¹

Los antidepresivos son los medicamentos que se utilizan en varias afecciones psiquiátricas, sobre todo en los trastornos depresivos se dividen en diversos grupos los cuales tienen características específicas.²¹ (Ver anexo 11.3)

2.2.2.4 Trastornos de ansiedad

Data desde épocas antiguas. A mediados del siglo XIX, el científico Burton empieza a darle importancia al síntoma de manera independiente, ya que hasta el momento la taquicardia correspondía a una afección del corazón, o la taquipnea a una afección de los pulmones. A finales del siglo mencionado, Freud agrupa los síntomas de irritabilidad general, ansiedad anticipatoria y síntomas somáticos (cardiovasculares, respiratorios autonómicos) y consideró que su origen podía ser hereditario o sexual y formula la neurosis de ansiedad.¹⁶

Los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. El miedo, en la mayoría de ocasiones, está asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida. De diferente forma, la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Además, se distinguen por ser persistentes ya que suelen tener una duración de 6 meses o más.¹⁷

Los pacientes con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, por lo cual el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el médico psiquiatra teniendo en cuenta factores de contexto cultural y social.¹⁷

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que producen el miedo, la ansiedad y las conductas evitativas, y según la cognición asociada.

Los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, sin embargo, pueden ser distinguidos a través de un adecuado análisis del tipo de situaciones que se temen o evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.¹⁷

Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o medicamento u afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental. La mayoría de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan y aparecen más frecuentemente en mujeres que en hombres (en una proporción de 2:1).¹⁷

2.2.2.4.1 Trastorno de ansiedad social

En este trastorno, la persona siente miedo o ansiedad o, incluso, evita interactuar socialmente con las personas y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado. Esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.¹⁷

a. Epidemiología

A nivel mundial, la prevalencia estimada anual del trastorno de ansiedad social es de aproximadamente 0,5 -2,0%. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 al 5%. En general, el trastorno de ansiedad social es más común en las mujeres que en los varones.¹⁷

El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante tales como ser intimidado, vómitos durante un discurso público, o puede surgir de forma lenta. Una primera aparición en la edad adulta es rara y es más probable que ocurra después de un evento estresante o humillante, o después de cambios vitales que requieren nuevos roles sociales.¹⁷

b. Fisiopatología

❖ *Aspectos neurobiológicos*

Los primeros pasos para identificar el perfil bioquímico del trastorno de ansiedad social fueron dados por Liebowitz en 1985, al observar que las infusiones de lactato de sodio no

producían crisis de ansiedad en los pacientes con trastorno de ansiedad social, en contraposición a los pacientes aquejados de trastorno de pánico.¹⁶

Diferentes investigaciones reportan alteraciones en el funcionamiento de la amígdala del hipocampo en los pacientes con fobia social, la cual se activa ante situaciones neutras o novedosas.¹⁶

❖ *Neurotransmisores*

Se acepta la existencia de una disfunción noradrenérgica modificada por la acción de los diferentes neurotransmisores (serotonina, opioides, glutamato y GABA), que actuaría como un sustrato biológico, susceptible de ser desencadenado por distintos factores.¹⁶

Estudios recientes ponen de manifiesto el papel de la dopamina en la etiología del trastorno de ansiedad social. Se encontró asociación entre la enfermedad de Parkinson y la ansiedad social, disminución de los metabolitos de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con ansiedad social, así como polimorfismo de los receptores de dopamina D2 y disminución de este tipo de receptores en el núcleo estriado.¹⁶

❖ *Aspectos genéticos*

El 70% de los parientes de los pacientes con trastorno de ansiedad social padecen el trastorno y se ha observado una mayor incidencia en los familiares de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.¹⁶

c. *Manifestaciones clínicas*

Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercer un gran control sobre las conversaciones. También muestran posturas corporales excesivamente rígidas o un mal contacto visual, o hablan con una voz demasiado suave. Estas personas pueden ser tímidas o retraídas, así como poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de si mismos.¹⁷

d. *Diagnóstico*

Ver tabla 2.12.

Tabla 2.12. Criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad.

- | |
|---|
| <p>A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales, ser observado y actuar enfrente de otras personas.</p> <p>B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).</p> <p>C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.</p> <p>D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.</p> <p>F. EL miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.</p> <p>G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento</p> <p>H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.</p> <p>I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.</p> <p>J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad: desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.</p> |
|---|

Fuente: DSM V.¹⁷

e. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es revertir el miedo, las conductas de evitación y las manifestaciones físicas, como sudoración, temblor o enrojecimiento.¹⁷

❖ Farmacoterapia

Ver tabla 2.13.

❖ Psicoterapia

Varios estudios reportan la eficacia de las psicoterapias cognoscitivo-comportamentales en el trastorno de ansiedad social. Se recomienda combinar los métodos de exposición el cual consiste en el enfrentamiento de la situación fóbica, y de reestructuración cognoscitiva que incluye un aumento de la autoestima, disminución de los temores irracionales y disminución de las cogniciones de evaluación negativa. ¹⁶

Tabla no. 2.13. Psicofármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad social

Psicofármaco	Eficacia	Dosis diaria (mg)	Observaciones
<u>Betabloqueantes</u>			
Propanolol	+/-	40-80	Bradicardia
Atenolol	+/-	50-100	Bradicardia
<u>ISRS</u>			
Sertralina	+++	50-200	Náuseas, disfunción sexual
Paroxetina	+++	20-60	Náuseas, disfunción sexual
Fluvoxamina	+++	100-300	Náuseas, disfunción sexual
Escitalopram	++	20-60	Náuseas, disfunción sexual
<u>Antidepresivo dual</u>			
Venlafaxina	++	75-150	Hipertensión arterial
<u>Benzodiazepinas</u>			
Alprazolam	++	1.5-6	Sedación, dependencia
Clonazepam	++	1.5-3	Sedación, dependencia

Fuente: Fundamentos de Medicina Psiquiátrica.¹⁶

2.2.2.4.2 Trastorno de ansiedad fóbica

En este trastorno, los sujetos presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. El miedo, la ansiedad y la evitación son desproporcionados al riesgo real planteado. Existen cuatro subgrupos de fobias específicas.

- ❖ Animales: se refiere al miedo a los animales y a insectos. Estos temores son muy comunes en la mayoría de la población, pero solo se consideran fobias sólo si representan una interferencia grave con la funcionalidad del individuo.
- ❖ Entorno natural: se refiere a los temores a situaciones o a sucesos ocurridos en la naturaleza y los ambientes naturales. Entre ellos están los temores a las alturas, a las tormentas, al agua, al viento etc.
- ❖ Sangre-inyecciones-heridas: Se refiere al temor ante cualquier situación dónde haya presencia de dichos objetos.
- ❖ Situacionales: Se refiere a las fobias a permanecer en espacios cerrados, viajar en trasportes públicos, en avión o permanecer en habitaciones oscuras, entre otras.
- ❖ Otras circunstancias.^{16, 17}

Algunos pacientes (sobre todo hombres) tratan de ocultar o racionalizar estas fobias. El ejemplo más típico en el medio latinoamericano es decir que se les tiene "asco", y no miedo a las ranas, que "impresiona" lo fría que son, que les pueden orinar en los ojos, etc. Ser "alérgicos" a determinado animal, vegetal u objeto es otro término mal empleado frecuentemente.²⁰

a. Epidemiología

La prevalencia anual de la fobia específica entre la población general es del 7-9 % aproximadamente. Las tasas de prevalencia en los países de América Latina se encuentran alrededor del 2-4%, y éstas son más altas entre los de 13 a 17 años de edad. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones en una proporción aproximada de 2:1. ¹⁷

Es común que los sujetos tengan múltiples fobias específicas. El individuo con fobia específicamente a un promedio de tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75 % de las personas con fobia específica temen a más de una situación u objeto. ¹⁷

b. Fisiopatología

El cerebro posee una predisposición biológica, la cual está determinada en gran parte por aspectos genéticos, para protegerse ante peligros comunes que ayudan a la supervivencia del individuo preparándolo para conocer y explorar el ambiente. Esto ha facilitado la aparición de diversos trastornos emocionales, en especial, las fobias. ¹⁶

Además de una experiencia aterradora, es necesario que se reúnan varios factores para que una persona desarrolle una fobia. Primero, se hereda una predisposición biológica tanto a las respuestas de estrés y de ansiedad como a las respuestas vaso-vagales. Como segundo punto es más probable que se desarrolle una fobia si el sujeto se encuentra preparado para ello, es decir, el ser humano tiene una tendencia heredada a temer a situaciones que son consideradas peligrosas globalmente como la amenaza a los animales salvajes, o a quedar atrapados en lugares pequeños, y por último lugar la presencia de una vivencia traumática, bien sea por experiencia directa, por una falsa alarma o ataque de pánico. ¹⁶

c. Manifestaciones clínicas

Las personas con fobias específicas tienden a desarrollar una mayor activación fisiológica cuando prevén o se exponen a un objeto o situación fóbica. ¹⁷

Sin embargo, la respuesta fisiológica a la fobia varía. Mientras que los individuos con fobias específicas situacionales, al entorno natural y a animales son más propensos a mostrar hiperreactividad del sistema nervioso simpático, las personas con fobia específica a la sangre-inyecciones-heridas a menudo pueden presentar una respuesta vasovagal inmediata con disminución de la frecuencia cardíaca y presión arterial que genera síncope o desmayos que duran pocos segundos y que se dan casi de inmediato después de la exposición. ^{16, 17}

d. Diagnóstico

Tabla 2.14. Criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad fóbica.

A.	Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
B.	El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
C.	El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
D.	El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
E.	El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
F.	El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
G.	La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental

Fuente: DSM V.¹⁷

e. Tratamiento

La piedra angular del tratamiento de las fobias específicas es la exposición al objeto o situación temida. Como principal recurso, se cuenta con la técnica de desensibilización sistemática desarrollada inicialmente por Joseph Wolpe en la cual se le enseña al paciente a relajarse por medio de técnicas de respiración mientras se expone el mismo a imágenes producidas por su mente relacionadas con la situación o el objeto fóbico. Sin embargo, ésta ha sido debatida y existen profesionales que prefieren utilizar la exposición in vivo, ya que los efectos positivos en general son bastante positivos y se han probado a lo largo de diversos estudios.¹⁶

2.2.2.4.3 Trastorno de ansiedad generalizada

Este trastorno se caracteriza por una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento académico que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como: inquietud o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones en el sueño.¹⁷

a. Epidemiología

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos es del 2,9 % en los adultos. La prevalencia anual del trastorno en otros países varía del 0,4 al 3,6 %. Las mujeres tienen el doble de probabilidades de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. La mayor prevalencia del diagnóstico se da en la edad media de la vida, con disminución en las edades más avanzadas.¹⁷

b. Etiología

❖ Factores biológicos

Se considera que este trastorno tenga un componente genético. En un meta análisis realizado en el instituto de genética psiquiátrica y comportamental de Virginia (Estados Unidos) se encontró que la heredabilidad del TAG era de un 32%. Los pacientes con TAG muestran menor activación autonómica en reposo que sujetos con trastorno de pánico.¹⁶

❖ Factores psicológicos

En cuanto a los aspectos psicológicos existen dos enfoques importantes, el de la teoría psicoanalítica y el de la teoría del aprendizaje. En la teoría psicoanalítica, se considera que el inicio de los síntomas neuróticos se enmarca dentro del concepto del conflicto intrapsíquico que consiste en que determinados sentimientos internos buscan hacerse conscientes y la realidad externa interfiere con la expresión de dicho sentir.¹⁶

Por otro lado, la teoría del aprendizaje se basa principalmente en dos conceptos: las percepciones de amenaza personal y de bajo control. Esta teoría considera a la ansiedad como una respuesta al peligro y se puede volver crónica por la tendencia a dar excesiva atención a los posibles peligros que se le presentan, asignar interpretaciones amenazantes a determinados eventos y ser especialmente “eficiente” en adquirir información amenazadora.¹⁶

c. Manifestaciones clínicas

Los síntomas principales son variables, pero incluyen nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de padecer próximamente enfermedad o de estar en un accidente, ya sea ellos o sus parientes.²⁰

d. Diagnóstico

Ver tabla 2.15.

e. Tratamiento

El objetivo del tratamiento a corto plazo consiste en la reducción de los síntomas a un nivel tolerable ya que la mayoría de veces es imposible eliminarlos por completo, excepto si se lleva un tratamiento a largo plazo con lo que se logra la remisión total. Si los síntomas son leves y se asocian con factores estresantes psicosociales, el manejo no farmacológico puede ser

suficiente. Para síntomas más severos es necesario combinar con el tratamiento farmacológico.

16

Tabla 2.15. Criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada.

A.	Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos, actividades (como en la actividad laboral o escolar).
B.	Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
C.	La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y menos algunos síntomas han estado presentes durante mas días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): a. Inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta b. Facilidad para fatigarse c. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco d. Irritabilidad e. Tensión muscular
D.	Problemas de sueño
E.	La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
F.	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
G.	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

Fuente: DSM V ¹⁷

La psicoterapia que demuestra mayor efectividad, similar a la terapia farmacológica, es la terapia cognitiva comportamental (TCC). Otras opciones terapéuticas incluyen la relajación muscular, la biorretroalimentación y la meditación. ¹⁶

Si se utilizará tratamiento farmacológico, la escogencia de un fármaco va a depender de varios factores incluyendo los efectos adversos, los riesgos, la presencia o no de una depresión concomitante. Entre las opciones están las benzodiacepinas y los antidepresivos. ¹⁶

2.2.2.4.4 Trastorno de pánico

En este trastorno, el sujeto experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y se mantiene persistentemente intranquilo o preocupado en espera de nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico. Las crisis de pánico se

caracterizan por la aparición súbita de síntomas tales como miedo y malestar intenso que alcanzan un nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos. ¹⁷

a. Epidemiología

En la población general, la prevalencia anual para el trastorno de pánico está en torno al 2-3 %. Se han documentado cantidades más bajas para los continentes de Asia, África y la región hispanohablante de América, las cuales van del 0,1 al 0,8 %. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los varones, en una proporción de aproximadamente 2:1. La media de la edad de inicio de los síntomas del trastorno de pánico es de 20 a 24 años. ¹⁷

b. Fisiopatología

❖ Teorías biológicas

Varias sustancias pueden desencadenar crisis de pánico. Las más estudiadas son el lactato sódico, el dióxido de carbono y la yohimbina; pero también se utilizan la cafeína, el isoproterenol, el clorofenil piferazina (m-CCP) y la colecistoquinina. Se cree además que los parientes en primer grado de pacientes con trastorno de pánico están afectados en aproximadamente el 25%. ¹⁶

❖ Disfunción noradrenérgica

Las sustancias que aumentan la liberación de norepinefrina como la yohimbina (antagonista alfa 2 adrenérgico) son ansiogénicas, mientras que aquellas que la disminuyen pueden ser ansiolíticas. Los pacientes con trastorno de pánico son particularmente sensibles a las pruebas con yohimbina lo cual se podría traducir en que estos pacientes tienen hipersensibilidad en los receptores alfa 2 adrenérgicos. ¹⁶

c. Manifestaciones clínicas

Entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, dolor precordial, sensaciones de asfixia, vértigo y sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). También se presenta un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. ²⁰

d. Diagnóstico

Ver tabla 2.16.

e. Tratamiento

El tratamiento del trastorno de pánico requiere la combinación de fármacos y psicoterapia.¹⁶

❖ Tratamiento farmacológico

El objetivo principal del tratamiento farmacológico es bloquear la aparición de las crisis de pánico por medio de la neutralización del núcleo metabólico responsable de su producción, y además disminuyen la ansiedad anticipatoria y reducen la evitación fóbica. Esto se ha logrado con los siguientes fármacos:

- Antidepresivos tricíclicos
- Benzodiacepinas de alta potencia como el alprazolam y el clonazepam
- Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y noradrenalina ¹⁶

2.2.2.4.5 Trastorno de ansiedad por separación

La persona con trastornos de ansiedad por separación se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de estas personas. A pesar de que estos síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, pueden expresarse también en la edad adulta. ¹⁷

a. Diagnóstico

Ver tabla 2.17.

2.2.2.4.6 Mutismo Selectivo

Se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en las que se esperaría que hablara, a pesar de que la persona es capaz de hablar en otras situaciones. Esto tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales y no permite una comunicación social normal. ¹⁷

a. Diagnóstico

Ver tabla 2.18.

Tabla 2.16. Criterios diagnósticos de trastorno de pánico.

- B. Ataques de pánico imprevistos recurrentes; Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este, tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:
- a. Palpitaciones o taquicardia
 - b. Sudoración
 - c. Temblor o sacudidas
 - d. Sensación de dificultad para respirar o asfixia
 - e. Sensación de ahogo
 - f. Dolor o molestias en el tórax
 - g. Náuseas o malestar abdominal
 - h. Sensación de mareo
 - i. Escalofríos o sensación de calor
 - j. Parestesias
 - k. Desrealización
 - l. Miedo a perder el control o a “volverse loco”
- C. Miedo a morir
- D. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes: inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias.
- E. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques
- F. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicas de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- G. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Fuente: DSM V.¹⁷

2.2.2.4.7 Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos

Este trastorno engloba la ansiedad debida a la intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, la ansiedad es una consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.¹⁷

a. Diagnóstico

Ver tabla 2.19.

Tabla 2.17. Criterios diagnósticos de ansiedad por separación.

A.	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias: a. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego b. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego de que puedan sufrir un posible daño. c. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación definitiva de una figura de gran apego d. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar; por miedo a la separación. e. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares. f. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego g. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación
B.	Quejas repetidas de síntomas físicos cuando se prevé o se produce la separación de las figuras de gran apego.
C.	El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
D.	La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E.	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

Fuente: DSM-V ¹⁷

Tabla 2.18. Criterios diagnósticos de mutismo selectivo.

B.	Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
C.	La alteración interfiere en los logros educativos, o laborales, o en la comunicación social.
D.	La duración de la alteración es como mínimo de un mes.
E.	El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
F.	La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Fuente: DSM-V ¹⁷

Tabla 2.19. Criterios diagnósticos de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos.

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio: Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
- C. El trastorno se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias o medicamentos.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Fuente: DSM-V¹⁷

2.2.2.4.8 Agorafobia

Los individuos sienten temerosos o ansiosos ante dos. o más de las siguientes situaciones: uso de transporte público, estar en espacios abiertos o en lugares cerrados, hacer cola o estar entre una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda.¹⁷

a. *Diagnóstico*

Ver tabla 2.20

2.2.2.5 Trastornos psicóticos

A continuación, se enlistan definiciones que deben ser tomadas en cuenta:

- ❖ Delirios: Son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas como: persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos y de grandeza. ¹⁷
- ❖ Alucinaciones: Son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vividas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. ¹⁷
- ❖ Psicosis: La psicosis se refiere a una enfermedad mental que se caracteriza por la presencia de delirios y alucinaciones. Por lo cual, se pierde el contacto con la realidad. ¹⁶
- ❖ Pensamiento desorganizado: El sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad). Incluso, el discurso puede estar tan

desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística.¹⁷

- ❖ Comportamiento motor muy desorganizado: Se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, lo que deriva en dificultades para realizar las actividades cotidianas.¹⁷

Tabla 2.20. Criterios diagnósticos de agorafobia.

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: a. Uso del transporte público b. Estar en espacios abiertos c. Estar en sitios cerrados d. Hacer cola o estar en medio de una multitud
B. Estar solo fuera de casa
C. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos.
D. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
E. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
F. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
G. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
H. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
I. Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
J. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Fuente: DSM-V¹⁷

2.2.2.5.1 Esquizofrenia

Se trata de una enfermedad caracterizada por alteraciones de tipo cognitivo, afectivo y del comportamiento que producen una disfunción seria del funcionamiento social. Se caracteriza también por distorsiones del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad embotada. En la mayoría de los casos se mantiene la lucidez y la capacidad intelectual. Sin embargo, si el trastorno se presenta por primera vez en la juventud, sus manifestaciones residuales van a incidir negativamente en el rendimiento académico, el trabajo y la vida familiar y, por lo tanto, disminuirá la calidad de vida.^{17, 20}

Es importante mencionar que en el manual diagnóstico DSM IV existía una clasificación en subtipos de la esquizofrenia los cuales eran: paranoide, catatónico, hebefrénico, simple, indiferenciada y residual. Sin embargo, esta clasificación fue cambiada en el manual DSM V a esquizofrenia simple o con catatonia.¹⁶

a. Epidemiología

Numerosos estudios demuestran que la prevalencia de esquizofrenia a nivel mundial es de 7-14 por 100,000 habitantes. Las condiciones ambientales modifican las tasas: la prevalencia aumenta en ambiente urbano y clima frío. La incidencia es mayor en hombres, con una razón de 1.4:1. La edad de inicio para los hombres es entre los 15 y 25 años, y para las mujeres entre los 25 y los 35 años. Sin embargo, un 20-40% de los pacientes presentan las primeras manifestaciones antes de los 20 años.^{19, 25}

b. Etiología

La etiología de la esquizofrenia es de carácter multifactorial, sin embargo, los factores genéticos son la causa más importante.¹⁹

Factores genéticos: Se acepta la existencia de un componente genético de tipo poligénico complejo, no mendeliano, que posee expresividad variable (un solo defecto genético puede producir diferentes fenotipos según la interacción con otros genes y con el ambiente).¹⁶

Neuroquímica: La hipótesis dopaminérgica atribuye la presentación de los síntomas a un exceso de la neurotransmisión dopaminérgica. Por eso, el bloqueo dopaminérgico producido por los fármacos antipsicóticos típicos tiene altos efectos terapéuticos sobre los síntomas psicóticos (vía dopaminérgica meso-cortical). Sin embargo, también producen efectos secundarios de tipo extrapiramidal (vía dopaminérgica nigro-estriatal) y endocrinos (vía dopaminérgica tubero-infundibular). También se ha demostrado afectación de los sistemas de neurotransmisión cerebral entre los que se incluyen el glutamato, la serotonina, el GABA, la noradrenalina y la acetilcolina.

^{16, 19}

De éstos, la serotonina juega un papel especialmente importante. En numerosos estudios se ha encontrado un aumento de las concentraciones de serotonina en las plaquetas de los pacientes con esquizofrenia. Asociado a esto, también se postula que las vías serotoninérgicas podrían ejercer un efecto modulador sobre el sistema nigroestriado dopaminérgico, lo cual se traduce en un incremento de la liberación de dopamina en la corteza frontal.¹⁶

Neuroimagen estructural: Se observa un aumento del sistema ventricular (tercer ventrículo y ventrículos laterales) y una disminución del volumen cerebral y de la sustancia gris cortical.¹⁹

Neuroimagen funcional: La tomografía por emisión de positrones muestra anomalías en el flujo sanguíneo en las regiones frontales, tálamo y cerebelo durante la realización de tareas cognitivas tales como atención sostenida, funciones ejecutivas y memoria de trabajo.¹⁹

Neuropatología: Los hallazgos neuropatológicos más consistentes son una ausencia de gliosis (lo que indica ausencia de degeneración neuronal), neuronas más pequeñas en córtex e hipocampo, disminución de neuronas en el tálamo dorsal y disminución de sinapsis y marcadores dendríticos en el hipocampo.¹⁹

Hipótesis inmunológica: Se encuentra disminución de la producción de interleucina- 2 (IL-2) y por tanto un aumento de la expresión de receptores de ésta lo cual está asociado con una menor edad de aparición de los síntomas psicóticos y con la intensidad de los síntomas negativos.

¹⁷

Teoría de la mente: La teoría de la mente se define como la habilidad psíquica que posee la persona para representar en su mente los pensamientos, deseos, creencias, intenciones y conocimientos de otros; y mediante esta representación poder determinar su conducta. Los pacientes con esquizofrenia, tienen dificultades para percibir las emociones de los otros, por lo que se muestran rudos, poco sutiles y con carencia de empatía), así como egocéntricos y arrogantes a tal punto de exhibir comportamientos de heteroagresión.¹⁷

c. Manifestaciones clínicas

Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales que causan un deterioro del funcionamiento laboral y social.¹⁷

Los individuos con esquizofrenia pueden mostrar un afecto inapropiado (reírse en ausencia de un estímulo apropiado); un ánimo disfórico que se puede presentar como depresión, ansiedad o enojo; alteraciones del patrón de sueño y falta de interés por comer. La despersonalización y la desrealización pueden aparecer y, a veces, alcanzar proporciones delirantes. La ansiedad y las fobias son comunes.¹⁷

Algunos individuos pueden carecer de introspección o de conciencia de su trastorno. Esto constituye una falta de conciencia de los síntomas de la esquizofrenia.¹⁷

d. Diagnóstico

Al día de hoy no hay pruebas radiológicas, de laboratorio, ni psicométricas para el trastorno. Sólo se encuentran los criterios diagnósticos expuestos en el DSM-V. (Ver tabla 2.21)

¹⁷

e. Tratamiento

La elección del tratamiento se hará en base a una cuidadosa anamnesis y examen del estado mental y de los factores personales, familiares y sociales que pueden influir en el seguimiento. El tratamiento farmacológico es la piedra angular, sin el cual la mayoría de los abordajes psicosociales no serían posibles.¹⁹

❖ Tratamiento farmacológico

Se utilizan los antipsicóticos. La efectividad de los antipsicóticos está claramente establecida. Se clasifican en dos grupos: de primera generación o típicos y de segunda generación o atípicos.

Los antipsicóticos típicos bloquean a nivel central los receptores dopaminérgicos D2 y se caracterizan por su eficacia en el control de síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones) y poco eficaces sobre los negativos (depresión, aislamiento social), sin embargo, pueden causar potencialmente manifestaciones extrapiramidales, hiperprolactinemia y discinesia tardía a largo plazo. Dentro de estos fármacos están:

- Fenotiazinas: Clorpromazina, flufenazina, levomepromazina, perfenazina, pipotiazina, tioproperazina y trifluoperazina
- Butirofenonas: Haloperidol
- Tioxantenos: Zuclopentixol.
- Ortopramidas: Amisulprida, sulpirida, tiaprida²⁶

Por otro lado, se encuentran los antipsicóticos atípicos que carecen de los efectos adversos mencionados anteriormente, ya que se caracterizan por bloquear simultáneamente los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos.²⁶

Tabla 2.21. Criterios diagnósticos de esquizofrenia.

A.	Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató previamente con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser: a. Delirios b. Alucinaciones c. Discurso desorganizado d. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
B.	Síntomas negativos (abulia, apatía, embotamiento, anhedonia, alogia)
C.	Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado persona, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio
D.	Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A.
E.	Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes solo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.
F.	El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, droga o medicamento, o a otra afección médica.
G.	Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnostico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes.

Fuente: DSM-V.¹⁷

Esto hace que sean eficaces tanto en los síntomas positivos como en los negativos por lo cual son los más utilizados actualmente para el tratamiento de la esquizofrenia. Son siete los fármacos que se encuentran en este grupo: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, sertindol y aripiprazol.²⁶

❖ Psicoterapia

La psicoterapia mejora la adaptación a los síntomas, ayuda a disminuir el número de recaídas y maximiza el funcionamiento personal, familiar, laboral y social. La psicoterapia se puede abordar de distintas formas tales como tratamiento asertivo comunitario, psicoeducación familiar, empleo protegido, entrenamiento en habilidades sociales, aprendizaje en habilidades de

manejo de la enfermedad, y la terapia cognitivo-conductual para disminuir los síntomas psicóticos.

19

2.2.2.5.2 Trastorno delirante

Este trastorno se caracteriza por cuadros clínicos que incluyen un sistema delirante en apariencia lógica, sin alucinaciones y con pocas alteraciones de la conducta. El deterioro afectivo y cognoscitivo que se encuentra en la esquizofrenia está ausente y la función intelectual es normal.¹⁶

a. Subtipos

Tabla 2.22. Subtipos del trastorno delirante.

Subtipo	Definición
Erotomaniaco	El tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.
De grandeza	En este tipo existe la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos).
Celotípico	El tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.
Persecutorio	El tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, que lo espían, lo siguen, lo envenenan, lo difaman o impiden que consiga objetivos a largo plazo.
Somático	El tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.
Mixto	No hay predominio de alguno de los tipos de delirio.
No especificado	Se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos.

Fuente: DSM-V¹⁷

b. Epidemiología

La prevalencia de los trastornos delirantes es de 24 por 100.000 habitantes. Tiende a aparecer entre los 42 a 55 años. Se da mayoritariamente en personas casadas y de condiciones financieras escasas.¹⁷

El subtipo más frecuente es el persecutorio. El tipo celotípico probablemente sea más común en los hombres que en las mujeres, pero no hay diferencias importantes entre sexos en cuanto a la frecuencia del trastorno delirante.¹⁷

c. Etiología

❖ Orgánica

Existen condiciones orgánicas que provocan trastornos delirantes tales como cuadros seniles, arterioescleróticos, intoxicación por anfetaminas, alucinógenos, problemas endocrinos y epilepsia parcial. Éstas desarrollan trastornos delirantes ya que generan alteraciones en el sistema límbico.¹⁶

❖ Enfoque sociogénico

No se ha encontrado un factor genético o bioquímico, por lo cual se considera que la etiología es de origen social. Se mencionan diversos postulados, pero el tema en común es la falla en la socialización que comienza desde los primeros aprendizajes en el hogar en donde no hay interacción con otros grupos. Esto impedirá una comprensión adecuada sobre las actitudes de otras personas. Por lo que el sujeto construye una “pseudocomunidad” que sirve de enlace entre él y su medio, y que, a veces, toma un aspecto delirante.¹⁶

En los sujetos con el trastorno existe un marcado aislamiento social y situaciones permanentes de privación e injusticia que deterioran la autoimagen.¹⁶

d. Manifestaciones clínicas

Los delirios presentes en los sujetos pueden tener consecuencias sociales, conyugales o laborales. Los sujetos con trastorno delirante pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran sus creencias irracionales, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo.^{17, 16}

e. Diagnóstico

Ver tabla 2.23

f. Tratamiento

Es importante conocer que el abordaje indirecto de las creencias del paciente es el más apropiado. Es decir, no discutir sobre sus convicciones. Pueden ser útil realizar cambios

ambientales cuando los núcleos delirantes son sostenidos por estos factores. La prescripción de antipsicóticos, a dosis bajas, han producido resultados notables en la hipocondría monosintomática y también en algunos trastornos celotípicos.¹⁹

Tabla 2.23. Criterios diagnósticos de trastorno delirante:

- A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.
- B. No cumple con los criterios de esquizofrenia. Si existen alucinaciones no son importantes y están relacionadas con el tema delirante
- C. Aparte del impacto del delirio[^] o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
- D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Fuente: DSM V.¹⁷

2.2.2.6 Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad engloban una serie de diferentes subtipos de trastornos, los cuales dependen del sistema de clasificación al que se le consulte. Debido a que una de las nueve dimensiones primarias de síntomas evaluadas por el test a utilizar en el estudio es la ideación paranoide, y esta se incluye dentro de los trastornos de personalidad, se describirán de forma breve los mismos a continuación.

Se define los trastornos de la personalidad como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta drásticamente de las expectativas de la cultura del sujeto; representan desviaciones extremas o significativas respecto de la forma en que el individuo promedio de una cultura dada percibe, piensa, siente y, especialmente, se relaciona con los demás. Se describe como un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tienen su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un deterioro o malestar.^{13, 15}

Establecer un trastorno de la personalidad es difícil. Si resulta complicado precisar la normalidad cuando se evalúa el comportamiento patológico, implica aun mayor complejidad establecer los aspectos normales cuando se evalúa la personalidad, porque no es fácil precisar la “norma” de la cual se alejan o difieren los distintos perfiles encontrados. Con frecuencia, los rasgos patológicos de la personalidad se traslapan con trastornos mentales y resulta imposible diferenciarlos del cuadro clínico.¹⁴

Para que un trastorno de la personalidad sea considerado como tal, debe cumplir los siguientes criterios:

- ❖ Debe ser un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta notablemente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más, de las áreas siguientes: Cognición, Afectividad, Actividad interpersonal y Control de los impulsos
- ❖ Debe ser un patrón inflexible y que se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- ❖ Provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ❖ El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- ❖ El patrón no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- ❖ El patrón no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como una droga o medicamento ni a una enfermedad médica como un traumatismo craneal.⁷

A continuación, se describen brevemente los trastornos englobados en los trastornos de personalidad según el DSM 5:

- ❖ El trastorno de la personalidad paranoide, que es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
- ❖ El trastorno de la personalidad esquizoide, que es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
- ❖ El trastorno de la personalidad esquizotípica, que es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.
- ❖ El trastorno de la personalidad antisocial, que es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás,
- ❖ El trastorno de la personalidad límite, que es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- ❖ El trastorno de la personalidad histriónica, que es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- ❖ El trastorno de la personalidad narcisista, que es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- ❖ El trastorno de la personalidad evitativa, que es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

- ❖ El trastorno de la personalidad dependiente, que es un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- ❖ El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, que es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- ❖ El cambio de la personalidad debido a otra afección médica, que es un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica, como en el caso de una lesión del lóbulo frontal.
- ❖ Otro trastorno de la personalidad especificado y trastorno de la personalidad no especificado se agrupan en una categoría que se compone de dos situaciones: un patrón de la personalidad del individuo que cumple los criterios de un trastorno de la personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de la personalidad, pero que no cumple los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad.¹⁵

Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas:

- ❖ El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos.
- ❖ El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este apartado se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.
- ❖ El grupo C aglutina los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos.¹⁵

Estos no son grupos mutuamente excluyentes, ya que existen personas que manifiestan trastornos de personalidad concomitantes de diferentes grupos.¹⁵

A continuación, se profundizará sobre el trastorno de ideación paranoide por lo explicado al inicio de este tema.

2.2.2.6.1 Ideación paranoide

a. *Epidemiología:*

El trastorno es más común en los hombres que en las mujeres. En la población general, la prevalencia del trastorno es de 0,5% a 2,5% y del 10% en la consulta externa y 10% en los pacientes hospitalizados por trastornos mentales. Se observa una mayor incidencia en las familias esquizofrenia crónica y trastorno de delirio del tipo de persecución. A menudo es

precedido por ansiedad social y aislamiento en la niñez y adolescencia, bajo desempeño escolar y pensamientos o fantasías de tipo extraño.⁸

b. Cuadro clínico:

Es un trastorno de la personalidad que se caracteriza por incapacidad para olvidar ofensas, sensibilidad excesiva a los reveses, suspicacia y tendencia a distorsionar experiencias, percibiendo las acciones neutras o amistosas de los demás, como si fueran hostiles o despreciativas. Hay un sentido tenaz y agresivo de los derechos personales. Además, se pueden manifestar sospechas recurrentes y sin justificación acerca de la fidelidad del esposo o del compañero sexual. Puede haber autovaloración excesiva, y a menudo hay excesiva autorreferencia.¹³

c. Diagnóstico:

Los criterios diagnósticos son los siguientes, y al menos cuatro de los siguientes deben estar presentes en un cuadro típico; se enumeran a continuación:

- ❖ Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- ❖ Incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- ❖ Suspicacia y predisposición generalizada a distorsionar propias vivencias, interpretando las manifestaciones neutras o amistosas de los demás como hostiles y despectivas.
- ❖ Un sentido combativo y tenaz de los propios derechos, al margen de la realidad.
- ❖ Predisposición a los celos patológicos.
- ❖ Tendencia a sentirse excesivamente importante, manifestada por una actitud autorreferencial constante.
- ❖ Preocupación por aparentes conspiraciones sin fundamento que explicarían los acontecimientos del entorno inmediato del mundo en general.¹³

El pensamiento de las personalidades paranoides se rige por el mecanismo de establecer relaciones de causa-efecto entre dos hechos que por su proximidad o sucesión en el tiempo y no por la lógica. Por ejemplo, si la gente se ríe en el momento en que se entran a un lugar, relacionan la risa con su entrada porque le tienen envidia.¹⁴

d. Tratamiento

Los esquizoides por lo general no buscan ayuda terapéutica y si lo hacen es porque alguna crisis trastorna sus patrones mínimos de funcionamiento o presentan algún otro trastorno

psiquiátrico, usualmente en el campo depresivo o ansioso, o se trata de menores remitidos por sus padres alarmados por su conducta excéntrica o su aislamiento social. ¹⁴

El tratamiento es difícil porque los recursos del Yo son limitados. Su tendencia a rehuir los contactos interpersonales entorpece o imposibilita el establecimiento de una relación terapéutica adecuada. Si el paciente está motivado para cambiar su comportamiento, se obtienen buenos resultados con estrategias conductuales como asistir a un concierto, participar en juego de cartas o, eventualmente, tomar clases de baile. Los resultados obtenidos con psicofármacos son desalentadores. ¹⁴

2.2.2.6.2 Hostilidad

Según la mayoría de autores consultados, el concepto de ira es muy complicado describirlo de forma aislada. Es necesario incluir las nociones de ira y agresión de forma simultánea, ya que están íntimamente relacionados. Esta relación mutua impide una diferenciación fácil.

La hostilidad cuenta con distintos enfoques que amplían su conceptualización. Aun con las distintas perspectivas derivadas de las visiones de los autores, se puede establecer hostilidad como un adjetivo que deriva de la cualidad del hostil y como acción hostil, siendo hostil definido como un contrario o enemigo. A continuación, se presenta una breve recopilación de las nociones de varios autores. ⁸

- ❖ “Smith (1994): La naturaleza cognitiva de este tema y la naturaleza conductual de tendencia a la acción, subraya la dificultad en derivar definiciones conceptuales distintas de ira, hostilidad y agresión. La hostilidad se contempla como una actitud emocional cognitiva.
- ❖ Buss (1961): indica que la hostilidad es una actitud que implica la evaluación negativa y aversiva de otros.
- ❖ Plutchik (1980): Define hostilidad como una mezcla de ira y disgusto asociada con indignación, desprecio y resentimiento.
- ❖ Saul (1976): Define la hostilidad como una fuerza motivante, ya sea impulso consciente o inconsciente, tendencia, intento o reacción, que va dirigida a injuriar o destruir algún objeto, estando acompañada usualmente la hostilidad por el sentimiento o emoción de ira.
- ❖ Berkowitz (1993): La define como una actitud negativa hacia una o más personas que es reflejada en un juicio decididamente desfavorable del blanco

- ❖ Spielberger (1983): dice que hostilidad es un complejo conjunto de creencias y actitudes que motivan conductas agresivas y a menudo vengativas.
- ❖ Smith (1994): La define como un sesgo cognitivo que indica una devaluación del valor y de los motivos de los otros, una expectación de que los otros están equivocados, una perspectiva de estar en oposición hacia los otros, y un deseo de infligir daño o ver a los otros como dañinos.” ⁵

Ahora en el plano etimológico, “hostilidad proviene del latín hostis que comparte su raíz con ostium que significa puerta y que implica el peregrinaje, la extranjería, fuera de las puertas. Mientras que hostil, en el mismo concepto de foránea tiene una concepción de enemigo público, de origen extranjero. Un derivado interesante de hostis es hostio, hostiere, que significa represaliar, hostigar, reprimir y también compensar. De ahí “hostia”, que es la víctima de un sacrificio (sin excluir al hombre de esta condición). Un laberinto que lleva finalmente a la inmolación del forastero, que es ofrecido como víctima propiciatoria a los dioses patrios.” ⁷

Las definiciones de hostilidad implican considerar la presencia de una serie de actitudes, creencias y expectativas negativas relativamente duraderas y estables acerca de las personas y cosas. El cinismo y las atribuciones hostiles predominan como creencias. El afectado percibe a las demás personas generalmente como mezquinas, deshonestas, egoístas, inmorales y antisociales. El resto de personas con las que convive el afectado, constituyen una fuente de amenaza y tienen intenciones malévolas con respecto al afectado. ⁹

Otra definición considera que el individuo afectado percibe que todo lo que hace, piensa y dice es correcto y que los demás son ignorantes e ineptos, además de creer que los recursos disponibles son escasos y finitos, por lo que debe de luchar con el resto para poder cubrir sus necesidades. Se asocian notablemente expectativas negativas como desconfianza o sospecha sobre el resto de personas. Existe tendencia a no confiar en la bondad de los otros, previendo que es poco probable que estos cumplan con sus obligaciones, sean agradables y cooperativos sin ninguna razón determinada. También puede evidenciarse una actitud negativa caracterizada por resentimiento, enemistad y negativismo. ⁸

A partir de lo anterior podríamos establecer como características de la hostilidad las siguientes:

- ❖ Es una actitud mantenida y duradera.
- ❖ La hostilidad implica las siguientes variables cognitivas:

- Cinismo: creer que los otros están egoístamente motivados.
- Desconfianza: pensar que los otros son dañinos e intencionalmente provocadores.
- Denigración: catalogar al resto como dañinos, peligrosos y no sociables.
- ❖ Es una actitud cínica acerca de la naturaleza humana, pudiendo llegar al rencor y violencia en determinadas situaciones, aunque la hostilidad suele expresarse de modo sutil.
- ❖ Implica creencias negativas hacia otras personas.
- ❖ Las emociones más prominentes en el patrón de hostilidad son ira, asco y desprecio.
- ❖ Hay que diferenciar la hostilidad expresamente de la agresión. La agresión es un acto físico que puede o no ser instigado y mantenido en parte por una o más de las emociones del patrón de la hostilidad. La intención es dañar, desconcertar o defenderse del objeto. ⁵

a. Fisiopatología:

Sistema nervioso central: causa disminución en la función serotoninérgica; existe relación entre un incremento en las conductas impulsivas/agresivas y una disminución de niveles de serotonina. Esto incide directamente en el mayor riesgo a desarrollar aterosclerosis y manifestaciones cardíacas agudas.

Sistema nervioso autónomo: se desarrolla bastante similar a lo que ocurre durante la ira pero más moderados en la intensidad, más mantenidos en el tiempo, y resistentes a la habituación. Los principales cambios en el SNA se reflejan en:

- ❖ Importantes elevaciones de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial sistólica y diastólica, de la salida cardíaca y de la fuerza de contracción del corazón.
- ❖ Reducciones tanto en el volumen sanguíneo como en la temperatura periférica.
- ❖ Elevaciones en las medidas de conductancia de la piel, con incrementos del nivel tónico. ⁴

Sistema nervioso somático: se manifiesta con elevaciones en la tensión muscular general y aumentos en la frecuencia respiratoria, sin que se manifiesten cambios en la amplitud de la misma. ⁵

2.2.2.6.3 Sensibilidad interpersonal

Capacidad que tiene un individuo para comprender la situación, necesidad, emociones, pensamientos y rasgos de personalidad de los demás, y responder a sus sentimientos o intereses, aun cuando no hayan sido expresados, o lo hayan sido sólo parcialmente. Esto implica la habilidad para responder de forma conveniente en situaciones personales, interpersonales y sociales. ^{31, 30}

La sensibilidad interpersonal se trata de una capacidad íntimamente relacionada con la inteligencia emocional y se considera que la empatía es el elemento definitorio ya básicamente es sentir lo que el otro siente.^{31, 30}

Si el sujeto no cuenta con inteligencia emocional, él puede detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación cuando se compara con sus semejantes al tratar de comprender su situación y generar empatía.

2.3 Marco teórico:

2.3.1 Etiología de los trastornos mentales

La investigación de los factores etiológicos de los trastornos psiquiátricos es difícil y compleja. Esto, pues no existen modelos animales que involucren los diferentes aspectos de la experiencia humana. A pesar de los esfuerzos realizados, las clasificaciones empleadas en el diagnóstico e investigación de las diferentes patologías psiquiátricas son clínicas, basadas en patrones de síntomas que se parcializan y corren el riesgo de solaparse con otras patologías. Por lo anterior, se enlistan los factores estudiados que contribuyen a un entendimiento de las causas del padecimiento de trastornos psicológicos.¹⁶

a. Factores genéticos.

Los estudios de investigación genética de los trastornos mentales aún no son concluyentes, pero han llegado a importantes conclusiones. El comportamiento humano no está coordinado por un gen único y parece corresponder a un tipo de transmisión oligo o poligénica. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, el poseer un familiar que presenta la enfermedad constituye un constante factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. Los estudios de familias sugieren que el gen de la esquizofrenia puede dar lugar a diferentes manifestaciones psiquiátricas que se manifiesta en diferentes fenotipos, frecuentes en los familiares de primer grado de un paciente con esquizofrenia. Así también se demuestra en familiares de pacientes con trastorno de pánico, agorafóbicos. En otro ejemplo, se ha encontrado que las alteraciones en el cromosoma 19 han mostrado correlación con la aparición tardía de los síntomas demenciales.¹⁰

b. Teoría de los neurotransmisores

Tanto Greengard y Carlsson, ambos docentes de Universidades como Gothenburg y Rockefeller, aportaron luces para entender la fisiopatología de los trastornos mentales y diseñar fármacos capaces de corregir las anomalías. La baja biodisponibilidad de la serotonina en la hendidura sináptica, parece relacionarse con la aparición de síntomas depresivos y ansiosos, y

de comportamientos impulsivos, incluso con los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Al parecer no es un error de producción o de almacenamiento, sino de una alteración en el gen que codifica la proteína transportadora de serotonina, responsable del proceso de recaptura del neurotransmisor. Las alteraciones producidas por la deficiencia de los diferentes neurotransmisores y el efecto que producen los psicofármacos sobre éstas, fueron estudiadas con técnicas de neuroimagen funcional. ¹⁶

c. Teoría hormonal, afectiva y de comportamiento.

Los datos conocidos sobre el papel de las hormonas sobre el cerebro se obtuvieron de diferentes fuentes: estudios de investigación en laboratorios, comparación de comportamientos entre géneros, estudios epidemiológicos y ensayos clínicos. Ha creado una nueva disciplina, la psiconeuroinmunoendocrinología, que busca integrar los conocimientos de la endocrinología y la inmunología y relacionarlos con el comportamiento humano y con algunos procesos psicopatológicos. Las hormonas sexuales cumplen diversas funciones en el organismo, pues también son secretadas en el cerebro. Las tasas de demencia en mujeres sugieren diferencias genéricas de tipo hormonal. La frecuencia de enfermedad de Alzheimer es mayor en mujeres y algunos autores relacionan este hecho con la disminución en la producción de estrógenos que, al actuar como neuromoduladores cerebrales, parecen estar relacionados con el afecto y la memoria. ¹⁶

d. Teoría de género

Los comportamientos relacionados con la sexualidad y la reproducción son dismórficos. Es más, existen áreas cerebrales dismórficas y según pruebas neuropsicológicas se muestran diferencias de género. Se ha observado que los núcleos preópticos de los varones tienen un mayor tamaño y mayor número de células que en las mujeres, y que el número de células varía con la edad. Wada y colaboradores observaron que la asimetría cerebral derecha-izquierda en el plano temporal es mayor en hombres que en mujeres. Así, el hipocampo tiene mayor tamaño en los hombres, mientras que el cuerpo calloso es más voluminoso en las mujeres. Los resultados parecen respaldar el supuesto teórico de Crow que relaciona la pérdida de la asimetría cerebral con la presentación de la esquizofrenia y puede contribuir a explicar la mayor incidencia del trastorno no esquizofrénico en el género masculino. La mujer presenta un mejor desempeño en fluencia verbal, coordinación motora fina, memoria de lista de palabras, localización de objetos y velocidad perceptiva mientras que los hombres presentan un mejor desempeño en habilidades espaciales y en pruebas de razonamiento matemático. ¹⁶

e. Lateralidad cerebral y lenguaje

Existen diferencias genéricas en el lenguaje. Las niñas aprenden a hablar más temprano y las mujeres, poseen en todas las edades, un vocabulario mayor y una mejor sintaxis. En el ser humano, el hemisferio cerebral derecho está relacionado con las habilidades viso-espaciales en tanto que el hemisferio izquierdo coordina las habilidades verbales, el razonamiento y el pensamiento verbal y analítico. Las diferencias cognoscitivas sugieren que la organización intrahemisférica es diferente en cada género. Las tasas de desarrollo de los hemisferios son diferentes en hombres y mujeres; el desarrollo del hemisferio izquierdo es más prolongado en hombres lo cual lo hace más vulnerable a las lesiones. Esto podría comprometer el lenguaje y el discurso, lo que explica la mayor frecuencia de autismo, trastorno de déficit de atención y del lenguaje, observados en niños. Estos hechos parecen apoyar la teoría de Crow en la que la esquizofrenia es un defecto en la lateralización cerebral que origina la producción de falsas asociaciones y percepciones, que se manifiestan como ideas delirantes, alucinaciones y alteración en la comunicación y en la interacción social. ¹⁶

En la práctica clínica se observan diferencias en la presentación de los cuadros clínicos relacionados con el género. Son más frecuentes en mujeres los episodios depresivos, los trastornos de ansiedad, la enfermedad de Alzheimer y el síndrome de intestino irritable, en tanto que en los hombres se observa con mayor frecuencia episodios maníacos, esquizofrenia, autismo, retraso mental, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y abuso de alcohol y sustancias psicoactivas. ¹⁶

f. Teoría psicosocial

La respuesta al estrés es sexualmente dimórfica. Así, las mujeres tienden a tener alto riesgo de padecer enfermedad cardíaca entre los 40 y 55 años, asociado a ansiedad, según el estudio de Plach. La polución sonora es una fuente ineludible de estrés. Los trabajadores expuestos a altos niveles de ruido, presentan con frecuencia hipertensión arterial. ¹⁶

La familia es una de las fuentes de estrés más poderosas. Los padres y los hijos a menudo se encuentran en desacuerdo acerca de sus propios valores y expectativas y la utilización de los recursos familiares. El estrés crónico produce aumento del cortisol que rompe el equilibrio homeostático. La hipercortisolemia produce alteraciones en la arborización de las dendritas y, más tarde, atrofia de las neuronas en el núcleo central de la amígdala, en el núcleo de la estría terminalis y en la capa CA1 del hipocampo. El compromiso de la amígdala altera la respuesta de miedo y ansiedad, en tanto que las lesiones del hipocampo interfieren con la memoria a corto

plazo y el aprendizaje, funciones indispensables en el proceso de respuesta y adaptación al medio.¹⁶

El abuso físico y sexual es un factor de riesgo para desarrollar un cuadro depresivo que será intenso y con tendencia a ser crónico. Las mujeres deprimidas, con historia de abuso sexual, presentan depresión severa, con puntuaciones altas en la escala de Beck, mayor número de intentos de suicidio y episodios de autoagresión o automutilación y tendencia al abuso de alcohol.¹⁶

g. Teoría intrapsíquica

Las teorías intrapsíquicas, no desconocen el componente biológico de los síntomas, pero centran su interés en la comprensión y tratamiento de los síntomas, entendidos como adaptaciones compensatorias o defensivas ante una alteración básica, producida por un evento traumático, ocurrido con frecuencia en la infancia. Es decir, reemplazan las alteraciones biológicas por el concepto de compensaciones psíquicas adaptativas empleadas por el individuo, para superar un trauma o un conflicto intrapsíquico. La ansiedad es el síntoma primordial, que sugiere la alteración psicológica, síntoma que debe ser “corregido” mediante el empleo de los llamados mecanismos de defensa.¹⁶

h. Teoría comportamentales y del aprendizaje

Las teorías comportamentales se desarrollaron a partir de la investigación experimental del aprendizaje, iniciada por Pavlov y Thorndike, quienes describieron los principios del condicionamiento básico y el aprendizaje de gratificaciones por ensayo y error. Hacen énfasis en la importancia del condicionamiento y del reforzamiento en el aprendizaje de la conducta y en su posterior perpetuación. La psicopatología es considerada como un conjunto de conductas aprendidas de manera defectuosa e inadaptada que pueden extinguirse o volver a aprenderse según los mismos principios por los que se adquirieron originalmente.¹⁶

2.4 Marco conceptual:

- ❖ *Edad*: Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado.³²
- ❖ *Sexo*: Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.³²
- ❖ *Índice de severidad global (ISG)*: Indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de

síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas). ⁶

- ❖ *Total de síntomas positivos (STP)*: Indicador que se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). ⁶
- ❖ *Índice de malestar positivo (PSDI)*: Indica si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. ⁶
- ❖ *Somatizaciones*: Presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios). ⁶
- ❖ *Obsesiones y compulsiones*: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. ⁶
- ❖ *Sensitividad interpersonal*: Detecta la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. ⁶
- ❖ *Depresión*: Estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. ⁶
- ❖ *Ansiedad*: Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. ⁶
- ❖ *Hostilidad*: Pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. ⁶
- ❖ *Ansiedad fóbica*: Respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones), irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. ⁶
- ❖ *Ideación paranoide*: Comportamientos paranoides del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. ⁶
- ❖ *Psicoticismo*: Síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. ⁶

2.5 Marco geográfico

La investigación se llevará a cabo, en espacios físicos diferentes y dependientes de los estudiantes que formarán parte de la muestra escogida aleatoriamente. Al tener como población los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año, se describen a continuación los lugares en donde estos podrían encontrarse y que, por lo tanto, conforma el marco geográfico de la investigación.

Para alumnos de cuarto año, cuyas rotaciones son: cirugía general, medicina interna y medicina familiar, se enumeran las siguientes instituciones.

Cirugía general: Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), Hospital Roosevelt (HR), Instituto General de Seguridad Social (IGSS), Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Hospital Regional de Cuilapa y Hospital Regional de Escuintla.

Medicina interna: Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), Hospital Roosevelt (HR), Instituto General de Seguridad Social (IGSS), Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Hospital Regional de Cuilapa y Hospital Regional de Escuintla.

Medicina familiar: Clínica La Verbena, Santa Fe, Llano Alto, Claret, Santa Marta, la Chácara, Belén, el Trébol, Jocotales.

Los alumnos de quinto año, cursan las siguientes rotaciones: pediatría, ginecología y obstetricia, psiquiatría, traumatología y ortopedia. Pasan también por electivo, sin embargo, esta población no se tomará en cuenta pues muchos de los estudiantes viajan al extranjero y será imposible localizarlos.

Pediatría: Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), Hospital Roosevelt (HR), Instituto General de Seguridad Social (IGSS), Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Hospital Regional de Cuilapa y Hospital Regional de Escuintla.

Ginecología y obstetricia: Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), Hospital Roosevelt (HR), Instituto General de Seguridad Social (IGSS), Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Hospital Regional de Cuilapa y Hospital Regional de Escuintla.

Psiquiatría: Hospital General San Juan de Dios e Instituto General de Seguridad Social.

Traumatología y ortopedia: Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), Hospital Roosevelt (HR) y Hospital General de Accidentes 7-19.

Estudiantes de sexto año se dividen en Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) rural y hospitalario.

EPS hospitalario: Hospital General San Juan de Dios (HGSJD), Hospital Roosevelt (HR), Instituto General de Seguridad Social (IGSS), Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Hospital Regional de Cuilapa y Hospital Regional de Escuintla.

EPS rural: Puestos de Salud seleccionados de los departamentos enlistados; Chimaltenango, San Juan Sacatepéquez, Sololá, Quiché, Zacapa, Jalapa, Baja Verapaz, Santa Rosa, IGSS y Alta Verapaz.

2.6 Marco institucional

La facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, es la institución que aportará el apoyo necesario a esta investigación y quien, además, se verá beneficiada con los resultados que se obtengan de la misma.

2.7 Marco legal

En la Constitución de la República de Guatemala, como principal ley, se establece en el artículo 93 el Derecho a la Salud, el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna. Así como el artículo 94, Obligación del Estado sobre la salud y asistencia social en donde se declara que el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurar el más completo bienestar físico, mental y social. ¹²

El Código de Salud de Guatemala, en su artículo 1, declara que todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. ¹²

El artículo 40 de este mismo código, se titula Salud Mental y dicta que el Ministerio de Salud y las demás instituciones del sector dentro de su ámbito de competencia, velará por la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mental, a nivel del individuo, la familia y la sociedad, a través de la red comunitaria e institucional, dentro del marco de atención primaria de salud y privilegiando los enfoques de atención ambulatoria. ¹²

Existen, además, las Políticas de Salud Mental del 2007 - 2015, en donde se determinan cinco acciones específicas para mejorar la salud mental de la población guatemalteca. ¹²

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Describir la sintomatología mental en los estudiantes de la carrera de medicina de cuarto año, quinto año, EPS hospitalario y EPS rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante junio-julio de 2018.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Caracterizar a los estudiantes incluidos en el estudio.

3.2.2. Cuantificar la frecuencia de la sintomatología mental englobada en nueve dimensiones.

3.2.3. Cuantificar la frecuencia de la sintomatología mental identificada según: edad, sexo, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Enfoque y diseño de estudio.

Estudio de enfoque cuantitativo y diseño transversal.

4.2 Unidad de análisis:

- ❖ Unidad de análisis: respuestas obtenidas del inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis.
- ❖ Unidad de información: Estudiantes de cuarto, quinto y sexto año (EPS rural y EPS hospitalario) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inscritos en el año 2018.

4.3 Población y muestra:

4.3.1 Población

Población diana

Estudiantes de cuarto, quinto y sexto año (EPS rural y EPS hospitalario) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inscritos en el año 2018.

Población de estudio

Estudiantes de cuarto, quinto y sexto año (EPS rural y EPS hospitalario) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala inscritos en el año 2018, que cumplieron con los criterios de selección.

4.3.2 Muestra

Número de sujetos establecido por el cálculo de la muestra. Se utilizó una muestra para población finita.

$$n = \frac{N * Z^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

4.3.2.1 Marco muestral

- Unidad primaria de muestreo: Facultad de Ciencias Médicas.
- Unidad secundaria de muestreo: Estudiantes de cuarto, quinto y sexto año.

4.3.2.2 Tipo y técnica de muestreo

Para el estudio se utilizó un muestreo aleatorio estratificado. Este buscaba que la muestra presentara la misma distribución que la población en relación con determinadas variables. En

este caso, la variable fue el año académico que cursaba el estudiante. Por lo que la población se dividió en 4 subgrupos (cuarto año, quinto año, EPS rural y EPS hospitalario). Primero, se sacó una muestra para población finita usando la fórmula descrita arriba, a partir de una población de 1238 estudiantes. Con esto, se calculó una muestra de 293 estudiantes.

Luego, se realizó una corrección por perdidas (estimadas en el 10%), con lo que se obtuvo un resultado de $n = 325.5$, por lo que la muestra final fue de 326 estudiantes.

Se obtuvo la proporción de cada subgrupo con respecto a la población. Por último, se distribuyó los 326 estudiantes de acuerdo con los porcentajes obtenidos por año académico (ver anexo 11.4):

Tabla 4.1. Distribución de la muestra

Año académico	N	Proporción (%)	Muestra proporcional
Cuarto	375	30.3	99
Quinto	415	33.5	109
EPS hospitalario	224	18.2	59
EPS rural	224	18.2	59
Total	1238	100%	326

A partir de estas cantidades por año, se utilizó el listado proporcionado por Registro Académico y se seleccionaron estudiantes aleatoriamente por medio de la tabla de números aleatorios en Excel. El estudiante que no se encontró en el área de práctica al momento de la realización del test, se reemplazó por el estudiante siguiente en la lista. Ya teniendo los sujetos seleccionados, se realizó una base de datos donde cada estudiante tenía un código específico.

4.4 Selección de los sujetos a estudio:

4.4.1 Criterios de inclusión:

- ❖ Estudiantes de cuarto, quinto y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
- ❖ Sexo femenino y masculino
- ❖ Inscritos en el ciclo lectivo 2018

4.4.2 Criterios de exclusión

- ❖ Estudiantes que no quisieron participar en el estudio.

- ❖ Estudiantes con diagnóstico de algún trastorno mental previo a su ingreso a la carrera de Medicina.
- ❖ Estudiantes que se encontraban en la práctica electiva de especialidades.

4.5 Definición y operacionalización de variables:

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación / Unidad de medida
Edad	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado. ³²	Dato de edad referida por el estudiante.	Numérica discreta	Razón	Años
Sexo	Condición orgánica de las personas. ³²	Dato de sexo referido por el estudiante.	Categórica dicotómica	Nominal	Femenino y Masculino
Año académico	Año de la carrera que se encuentra cursando el estudiante.	Dato de año referido por el paciente.	Categórica policotómica	Ordinal	Cuarto año Quinto año Sexto año
Reptencia	Indica si el estudiante ha repetido algún año.	Dato proporcionado por el estudiante sobre si ha repetido algún año.	Categórica dicotómica	Nominal	Si No
Cantidad de años repetidos	Cantidad de años que el estudiante ha repetido.	Dato de número de años que ha repetido el estudiante.	Numérica discreta	Razón	Número de años

Dimensiones	Somatizaciones	Presencia de malestares que la persona percibe relacionados con disfunciones corporales. ⁶	Persona sin riesgo con puntuación típica menor de 65. Persona en riesgo moderado con puntuación típica mayor o igual a 65. Persona en riesgo elevado con puntuación típica mayor o igual a 80.	Categoría policotómica	Ordinal	Sin riesgo Riesgo moderado Riesgo elevado
	Obsesiones y compulsiones	Pensamientos, acciones e impulsos que son imposibles de evitar o no deseados. ⁶				
	Sensibilidad interpersonal	Presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación. ⁶				
	Depresión	Estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas. ⁶				

	Ansiedad	Presencia de signos de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. ⁶	Persona sin riesgo con puntuación típica menor de 65. Persona en riesgo moderado con puntuación típica mayor o igual a 65. Persona en riesgo elevado con puntuación típica mayor o igual a 8	Categórica policotómica	Ordinal	1. Sin riesgo 2. Riesgo moderado 3. Riesgo elevado
	Hostilidad	Pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. ⁶				
	Ansiedad fóbica	Respuesta persistente de miedo (situaciones específicas) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. ⁶				
	Ideación paranoide	Evalúa comportamientos paranoides: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.				

	Psicoticismo	Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. ⁶				
Índice de severidad global		Indicador del nivel actual de la severidad del malestar. ⁶	Índice menor o igual a 75 → Sin severidad. Índice arriba de 75 → probable presencia de patología psiquiátrica.	Categórica dicotómica	Ordinal	Sin severidad Probable presencia de patología psiquiátrica
Total de síntomas positivos		Funciona como indicador para detectar si el paciente se muestra mejor de lo que realmente está o si exagera sus molestias. ⁶	Puntuación menor o igual de 3 en hombres y 4 en mujeres → Se muestra mejor de lo que realmente está. Puntuación superior a 50 en hombres y 60 en mujeres → Exagera sus patologías.	Categórica dicotómica	Nominal	Se muestra mejor de lo que realmente está Exagera sus patologías
Índice de malestar positivo		Pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a	Puntuación menor de 1 indica tendencia a mostrarse libre de	Categórica policotómica	Ordinal	Tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos

	exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. ⁶	problemas psicológicos. Puntuación mayor a 3.20 indica dramatismo. Puntuación mayor a 3.50 indica dramatismo extremo.			Dramatismo Dramatismo severo
--	---	--	--	--	--

4.6 Recolección de datos

4.6.1 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó el test validado y revisado de listado de síntomas 90 revisado (SCL-90-R) y modificado para Latinoamérica por la Dra. Casullo, como prueba psicométrica y de tamizaje en salud mental.

4.6.2 Procesos de recolección de datos

1. Semana 1 y 2 de trabajo de campo: Con los datos obtenidos de la tabla de números aleatorios, y los nombres los estudiantes participantes en el estudio, se recorrió los hospitales y clínicas correspondientes de cuarto año. Se buscó a cada estudiante durante los horarios de clase, para informar a todos sobre el estudio y pedir la autorización del docente encargado y así aplicar el test. Se leyó al principio el consentimiento informado, y luego, al obtener la aprobación de los estudiantes, se procedió a la explicación del test SCL-90-R y a dar las instrucciones para su correcta contestación. Al finalizar, se le comentó a cada estudiante que los resultados le serían dados a conocer y los que presentaron alguna alteración según la interpretación del test, se refirieron a la clínica de UNADE para diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
2. Semana 3 y 4 del trabajo de campo: Se acudió a los diferentes centros hospitalarios de las rotaciones correspondientes a quinto año de la carrera de medicina. Se localizó a cada alumno participante durante el horario de clase, se solicitó autorización al docente encargado para la aplicación del test. Luego de explicar los objetivos del estudio a realizar, los pasos a seguir, leer el consentimiento informado y las instrucciones del test, se continuó con su aplicación. Al finalizar, se les comentó que los resultados le serían dados a conocer y para quienes evidenciaron una alteración según la interpretación del test, se referirían a la clínica de UNADE para diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
3. Semana 5 a la 8: En las primeras dos semanas se acudió a los hospitales de práctica del EPS hospitalario en búsqueda de los estudiantes de la muestra obtenida y se siguieron los pasos descritos con anterioridad. Las últimas 2 semanas, se aprovechó la fecha del segundo parcial para los estudiantes del EPS rural y se siguieron las instrucciones dadas antes a los años anteriores.

4.6.3 Instrumento (Ver anexo 11.5)

4.6.3.1 Datos generales

Cada cuestionario contó con un código correspondiente a cada estudiante. Se preguntaron datos generales como sexo, edad, año académico, si repitió algún año y la cantidad de años repetidos.

4.6.3.2 SCL-90-R

El inventario de síntomas de Derogatis, revisado SCL-90-R (Derogatis Symptom Checklist, Revised), validado y modificado para Latinoamérica por la Dra. Casullo, es un instrumento desarrollado por Leonard Derogatis y asociados que evalúa el grado de malestar psicológico actual (distress) que experimenta una persona. Este inventario, consta de 90 síntomas psiquiátricos los cuales corresponden a nueve psicopatologías y 7 ítems adicionales:^{33,}

34

Tabla 4.2. Ítems correspondientes a cada dimensión

Psicopatología:	Número de ítems:
1. Somatización	12
2. Obsesivo-compulsivo	10
3. Sensibilidad interpersonal	9
4. Depresión	13
5. Ansiedad	10
6. Hostilidad	6
7. Ansiedad Fóbica	7
8. Ideación paranoide	6
9. Síntomas psicóticos	10
10. Síntomas adicionales	7
TOTAL:	90

Requiere como mínimo 5 minutos para una explicación de cómo llenarla y aproximadamente 20 minutos para darle respuesta. Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "*Nada*", "*Muy poco*", "*Poco*", "*Bastante*" y "*Mucho*", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos. Entre sus características principales se encuentran: ^{34, 35}

- ❖ Es auto aplicable.
- ❖ Instrumento de evaluación multidimensional.
- ❖ Es de fácil aplicación y corrección, utiliza vocabulario simple y requiere de un mínimo de comprensión lectora (sexto grado de primaria) para ser respondido correctamente.
- ❖ Permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad.
- ❖ Exhibe buenas propiedades psicométricas.
- ❖ Aplicado para un amplio rango de edades (13 a 65 años).
- ❖ Su administración puede ser colectiva o individual por personal sin capacitación formal en salud mental (por ejemplo, personal de enfermería).
- ❖ Instrumento relativamente breve en comparación de otros inventarios multidimensionales. ^{34,}

35

Está diseñado para permitir al usuario analizar la psicopatología del evaluado por medio de tres niveles jerárquicos de complejidad:

- ❖ Nivel global: se evalúa por medio de 3 índices:
 - Índice de gravedad global (GSI): indicador del nivel actual de gravedad o severidad del malestar, combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. ^{33, 34}
 - GSI= puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones + siete ítems adicionales/ número total de respuestas dadas.
 - Total de síntomas positivos (STP): es el número total de síntomas que presenta la persona independientemente de su gravedad. ^{33, 34}
 - STP= total de ítems que tiene respuesta positiva (mayor que cero).
 - Índice de malestar positivo (PSDI): medida de la intensidad de los síntomas percibidos por el respondiente. Se emplea como un índice de estilo de respuesta (por ejemplo, si la persona tiende a exagerar o minimizar los problemas que lo aquejan). ^{33,34}
 - PSDI= suma total de las respuestas dadas/ valor obtenido en síntomas totales positivos.

- ❖ Nivel dimensional: compuesto por un perfil de nueve dimensiones primarias de síntomas, dichas dimensiones fueron derivadas utilizando la combinación de estrategias clínicas, racionales y empíricas para ser útiles clínicamente.^{33,34}
- ❖ Nivel sintomático: permite al evaluador las respuestas a uno o varios síntomas que le parezcan relevantes de acuerdo con los fines de la aplicación o según algún modelo o teoría particular, incluye los 7 ítems adicionales que no aportan puntuación alguna de las nueve dimensiones primarias, pero, son marcadores clínicamente relevantes para su interpretación individual y que son incluidos en los índices globales.^{33, 34}

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos

1. Se creó una base de datos en Excel con los nombres de cada estudiante que participó en el estudio (elegidos por números aleatorios). A cada estudiante, se le asignó un número y a cada boleta tenía una numeración correspondiente al estudiante. Las respuestas se tabularon en el programa de Excel.
2. Se le asignó un código a cada una de las variables a tabular de cada instrumento.
3. Se crearon variables que corresponden a las puntuaciones promedios de las nueve dimensiones evaluadas. La tabla siguiente las enlista como:
 - a. Promedio de somatización
 - b. Promedio de obsesiones compulsiones
 - c. Promedio de sensibilidad interpersonal
 - d. Promedio de depresión
 - e. Promedio de ansiedad
 - f. Promedio de hostilidad
 - g. Promedio de ansiedad fóbica
 - h. Promedio de ideación paranoide
 - i. Promedio de psicoticismo

Además, a partir de los datos obtenidos en las anteriores se calculó la puntuación T de cada dimensión, después que todos los datos fueron analizados y calculados.

Tabla 4.3. Manual de códigos

Variable	Codificación	Categoría	Código
Características generales			
Sexo	SEXO	Femenino	F= 1
		Masculino	M=2
Edad	EDAD	Edad	Dato en años
Año académico	AA	Cuarto	4
		Quinto	5
		Ejercicio profesional supervisado rural	EPSR= 6
		Ejercicio profesional supervisado hospitalario	EPSH=7
Repitencia	REP	Si	SI= 1
		No	NO=0
Cantidad de años repetidos	CAREP	Sin año repetido, un año repetido, de dos a tres años repetidos, e igual o mayor a cuatro años repetidos.	Sin año repetido= 0
			Un año= 1
			De dos a tres años= 2
			Igual o mayor a cuatro años =3
Dimensiones de síntomas			
Ítems	90 preguntas	Nada	0
		Muy poco	1
		Poco	2
		Bastante	3
		Mucho	4
		No responde	NR
Total de ítems respondidos	TIR	Cantidad de preguntas contestadas	Dato en números
Somatización	SOM	Suma de preguntas correspondientes a somatización.	
Promedio de somatización	SOMp	SOM dividido por la cantidad de preguntas contestadas sobre	

		somatización (SOM/12)	
Obsesiones y compulsiones	OBS	Suma de preguntas correspondientes a obsesiones y compulsiones	
Promedio de obsesiones y compulsiones	OBSp	OBS dividido por la cantidad de preguntas contestadas sobre obsesiones y compulsiones (OBS/10)	
Sensitividad interpersonal	SI	Suma de preguntas correspondientes a sensibilidad interpersonal	
Promedio sensibilidad interpersonal	SIp	SI dividido por la cantidad de preguntas contestadas sobre sensibilidad interpersonal (SI/9)	
Depresión	DEP	Suma de preguntas correspondientes a depresión	
Promedio depresión	DEPp	DEP dividido por la cantidad de preguntas contestadas sobre depresión (DEP/13)	
Ansiedad	ANS	Suma de preguntas correspondientes a ansiedad	
Promedio de ansiedad	ANSp	ANS dividido por la cantidad de preguntas contestadas sobre ansiedad (ANS/10)	
Hostilidad	HOS	Suma de preguntas correspondientes a hostilidad	

Promedio de hostilidad	HOSp	HOS dividido por la cantidad de preguntas sobre hostilidad (HOS/6)	
Ansiedad fóbica	FOB	Suma de preguntas correspondientes a ansiedad fóbica.	
Promedio de ansiedad fóbica	FOBp	FOB dividido por la cantidad de preguntas sobre ansiedad fóbica (FOB/7)	
Ideación paranoide	PAR	Suma de preguntas correspondientes a ideación paranoide	
Promedio de ideación paranoide	PARp	PAR dividido por la cantidad de preguntas sobre ideación paranoide (PAR/6)	
Psicosis	PSIC	Suma de preguntas correspondientes a psicosis	
Promedio de psicosis	PSICp	PSIC dividido por la cantidad de preguntas sobre psicosis (PSIC/10)	
Ítems adicionales	IA	Preguntas correspondientes a los ítems adicionales	
Promedio de ítems adicionales	IAp	IA dividido por la cantidad de preguntas sobre ítems adicionales (IA/7)	
Índice global de severidad	IGS	Total de respuestas dadas por las preguntas contestadas dividido las preguntas contestadas.	

Total de síntomas positivos	TSP	Suma de ítems con respuesta distinta a 0.	
Índice de malestar positivo	PSDI	Total de respuestas dadas por preguntas contestadas dividido el total de síntomas positivos.	
Puntuación T	PUNT	Se calculó la media y la desviación estándar de cada dimensión. Luego de obtener dichos datos, se procedió a convertir a puntuación directa cada uno de los promedios de las 9 dimensiones y el índice de severidad global por medio de la siguiente fórmula: $z = \frac{X-M}{s_x} * 100$ Donde z es la puntuación típica, x el promedio de la dimensión, M la media de los datos y s_x la desviación estándar de los datos.	

4. Se colocaron los datos correspondientes a cada estudiante sobre edad, sexo, grado académico, repitencia y número de años repetidos.
5. Se asignó una puntuación a cada respuesta dada en los 90 ítems.
6. Para cada dimensión se sumaron los valores de todas las respuestas que la componen, y el resultado se escribió como total. Se especificó que preguntas corresponden a cada dimensión por medio de la colocación de colores. (ver anexo 11.8)

Tabla 4.4. Dimensiones comprendidas en el SCL-90 y las preguntas que corresponden a cada una

Dimensión	Preguntas correspondientes
1. Somatizaciones (12 ítems)	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
2. Obsesiones y compulsiones (10 ítems)	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
3. Sensitividad interpersonal (9 ítems)	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
4. Depresión (13 ítems)	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
5. Ansiedad (10 ítems)	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
6. Hostilidad (6 ítems)	11, 24, 63, 67, 74, 81
7. Ansiedad fóbica (7 ítems)	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
8. Ideación paranoide (6 ítems)	8, 18, 43, 68, 76, 83
9. Psicoticismo (10 ítems)	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90
10. Ítems adicionales (7 ítems)	19, 44, 59, 60, 64, 66, 89

Fuente: SCL-90-R.

7. Se contó el número de respuestas en dicha dimensión y se anotó como número de respuestas. Finalmente se calculó el promedio dividiendo el total por el número de respuestas. Dicho valor fue el promedio de cada dimensión. Los ítems adicionales fueron calculados de la misma forma, sin embargo al no contemplarse dentro de los objetivos de este estudio no son presentados en resultados.
8. Se calcularon los tres índices. El índice de severidad global se obtuvo dividiendo el total de los valores de todas las respuestas dentro del número de preguntas respondidas. El total de síntomas positivos correspondió al número de respuestas distintas de cero. Por último, el índice de malestar sintomático positivo se obtuvo al dividir el total de los valores de todas las respuestas dentro del total de síntomas positivos.
9. Con todos los datos obtenidos de todos los estudiantes, se calculó la media y la desviación estándar de cada dimensión. Luego de obtener dichos datos, se procedió a convertir a puntuación directa cada uno de los promedios de las 9 dimensiones y el índice de severidad global por medio de la siguiente fórmula:

$$z = \frac{X - M}{s_x} * 10 + 50$$

Donde z es la puntuación típica, x el promedio de la dimensión, M la media de los datos y s_x la desviación estándar de los datos.

4.7.3 Análisis de datos

Para los datos generales se aplicaron filtros en Excel que permitieron determinar cuántos estudiantes hubo por sexo, por edad, por año académico, por repitencia y por número de años repetidos. Luego se procedió a analizar los datos obtenidos por la tabulación de los cuestionarios SCL-90-R.

En los cálculos correspondientes a las dimensiones se utilizaron los siguientes parámetros para analizar:

- ❖ Persona sin riesgo con puntuación típica menor de 65.
- ❖ Persona en riesgo moderado con puntuación típica mayor o igual a 65.
- ❖ Persona en riesgo elevado con puntuación típica mayor o igual a 80.

En el índice de severidad global (IGS) se utilizaron los siguientes parámetros para analizar:

- ❖ Índice menor o igual a 75 → Sin severidad.
- ❖ Índice arriba de 75 → probable presencia de patología psiquiátrica.

En el total de síntomas positivos (STP) se utilizaron los siguientes parámetros para analizar:

- ❖ Puntuación menor o igual de 3 en hombres y 4 en mujeres → Se muestra mejor de lo que realmente está.
- ❖ Puntuación superior a 50 en hombres y 60 en mujeres → Exagera sus patologías.

En el índice de malestar positivo (PSDI) se utilizaron los siguientes parámetros para analizar:

- ❖ Puntuación menor de 1 indica tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos.
- ❖ Puntuación mayor a 3.20 indica dramatismo.
- ❖ Puntuación mayor a 3.50 indica dramatismo extremo.

La presentación de los datos obtenidos se realizó por medio de tablas. El análisis de las variables numéricas expresadas en el cuadro de operacionalización (edad, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicotismo) se expresó por medio de medidas de tendencia central como media y desviación estándar.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

- ❖ Poca colaboración y falta de interés de los estudiantes al participar, por no tener calificación académica que influyera en la nota de alguna unidad didáctica.
- ❖ Sesgo de información, diferencial con respecto al encuestador. Este estudio podría correr el riesgo de presentarlo, pues los encuestadores fueron los investigadores de este estudio que pertenecen a la misma facultad de los estudiantes seleccionados; con algunos de aquellos que conformaron la muestra, había alguna relación de amistad que pudo interferir con la obtención de los datos y en la interpretación de los mismos.

4.8.2 Alcances

- ❖ El estudio aportó información actual sobre el tamizaje de nueve trastornos mentales, por medio de 9 indicadores, de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas en Guatemala.
- ❖ Con el estudio, se realizó una propuesta a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas sobre la necesidad de realizar un tamizaje de trastornos mentales en los estudiantes de la facultad, al iniciar la carrera, al momento de realizar la transición al área hospitalaria y al finalizar la carrera.
- ❖ Se espera que los resultados del estudio puedan ser publicados en una revista indexada.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Principios éticos generales

El estudio se basó en los tres principios éticos esenciales para cualquier investigación científica: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. Se tuvo respeto por los estudiantes al momento de permitirles no participar en caso no lo quisieran y además se realizó un consentimiento informado previo a realizar el test.

El principio ético de la beneficencia tuvo validez ya que el estudio permitió conocer si el estudiante presentaba algún rasgo de conducta o comportamiento que pudiera orientar al padecimiento de un trastorno mental y esto a su vez permitió darle el apoyo necesario por parte de un profesional de UNADE, ya sea psicólogo o psiquiatra, y así lograr una adecuada salud mental, que es parte fundamental de la formación integral de los próximos médicos. Se garantizó reducir el riesgo del estudio al mínimo, ya que se tiene consciencia del estigma social que existe al tratar temas de salud mental, por lo que los investigadores garantizaron que los resultados obtenidos de la aplicación del test no fueron filtrados de ninguna forma ni dados a conocer

públicamente, solamente de manera directa al estudiante que presentara alteración en su test. Por otro lado, los investigadores, que fueron estudiantes con pensum cerrado, son desde ya profesionales de la salud y, por lo tanto, fueron competentes para conducir la investigación y aplicar el test en los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año.

El estudio contó con la confidencialidad requerida por el estudiante, pero también los datos suficientes del mismo, para identificar quienes obtuvieron resultados positivos al contestar el test. Se recalcó que fue netamente un tamizaje. De los estudiantes con riesgo de padecimiento de alguno de los nueve trastornos evaluados, fueron referidos a la clínica de Estilos de Vida Saludable de la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil UNADE con profesionales *ad hoc* para darle el seguimiento adecuado y así realizar propiamente el abordaje diagnóstico y terapéutico.

El tercer principio ético, la justicia, se refiere a la obligación que tienen los investigadores de tratar a cada estudiante apropiadamente según los estándares morales. Además, el riesgo y el beneficio que conllevó realizar este estudio fue el mismo para todos los estudiantes.

Se trató de un estudio categoría I, que conllevó mínimos riesgos para los estudiantes participantes, ya que sólo se realizó un test que valoró rasgos de la conducta cuyos resultados no fueron dados a conocer públicamente. Tampoco se realizó alguna intervención sobre los estudiantes.

Se elaboró un documento de consentimiento informado en donde se le informó de manera comprensible al estudiante sobre el objetivo, procedimiento y los beneficios del estudio, así también que no hubo consecuencias para los que decidieron no participar en el estudio. (Ver anexo 11.6). Se obtuvo el aval del Comité de Bioética en investigación en salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

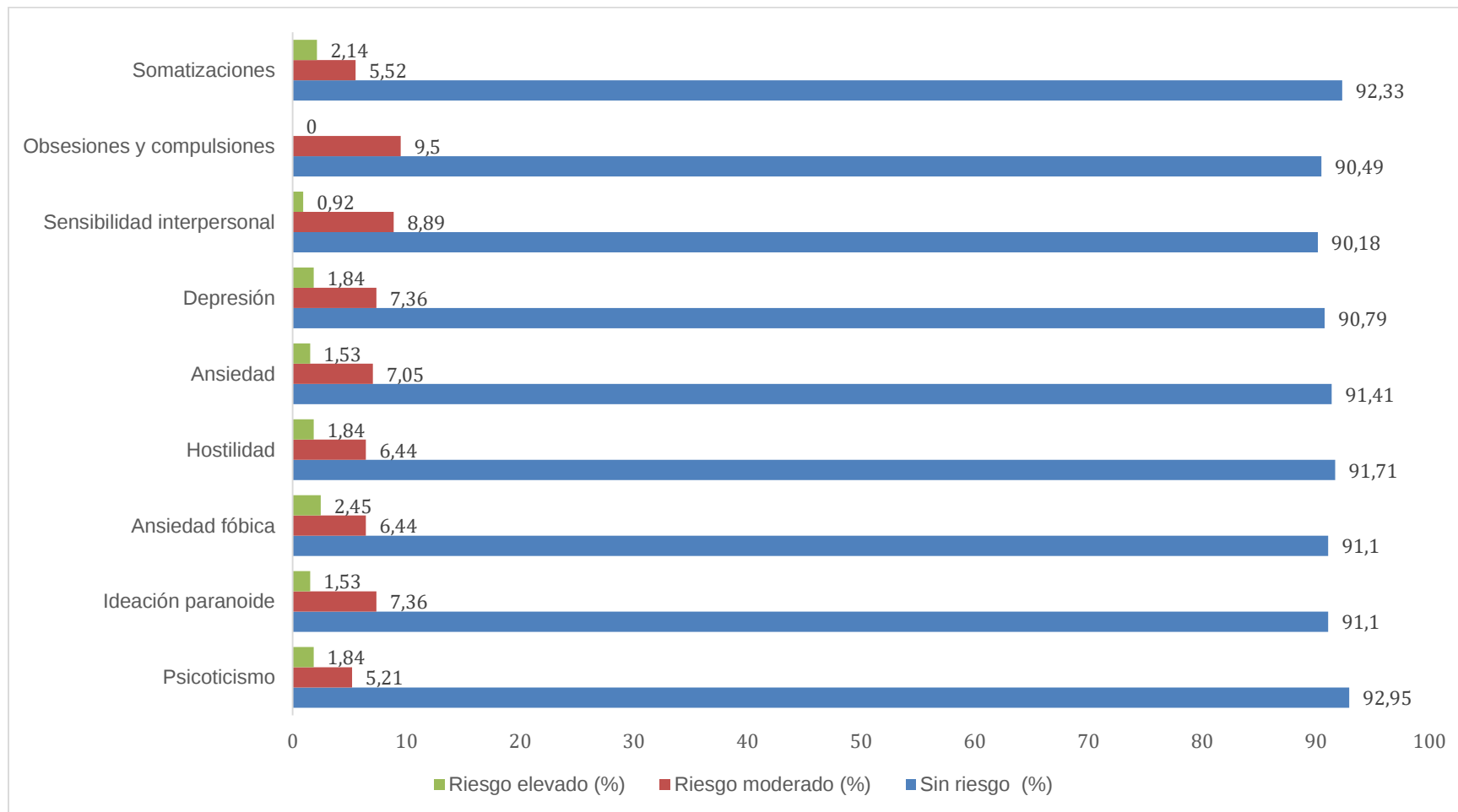
5. RESULTADOS

Se realizó un tamizaje de sintomatología mental a los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se les aplicó el test SCLR-90 a los estudiantes seleccionados en la muestra. Se buscó en el área de práctica respectiva a cada uno de ellos. Aquellos estudiantes que no fueron encontrados fueron reemplazados por el siguiente estudiante en el listado. Finalmente, se logró completar la muestra de 326 estudiantes.

Tabla 5.1. Caracterización de los estudiantes incluidos en el estudio

n = 326		
Variables	f	%
Sexo		
Femenino	158	48.77
Masculino	168	51.23
Edad		
< 20 años	1	0.31
20-25 años	273	83.74
26-30 años	50	15.34
>30 años	2	0.61
Año académico		
Cuarto	99	30.30
Quinto	109	33.50
EPS hospitalario	59	18.20
EPS rural	59	18.20
Repitencia		
Sí	195	59.82
No	131	40.18
Número de años repetidos		
1	83	42.56
2-3	234	52.82
≥4	9	4.62
Resultados		
Con riesgo de presentar sintomatología mental	78	23.93
Sin riesgo de presentar sintomatología mental	248	76.07

Gráfica 5.1. Sintomatología mental en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas -USAC- junio a julio de 2018.



Fuente: tabla 11.7.1 de anexos

Tabla 5.2. Síntomas de somatización según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	92.33	5.52	2.15
Sexo			
Femenino	46.51	66.67	100
Masculino	53.49	33.33	-
Edad			
< 20 años	-	5.56	-
20-25 años	85.05	55.56	100
26-30 años	14.29	38.88	-
>30 años	0.66	-	-
Año académico			
Cuarto	29.57	38.89	42.86
Quinto	34.22	22.22	42.86
EPS rural	19.27	5.56	-
EPS hospitalario	16.94	33.33	14.28
Repitencia			
Sí	59.80	61.11	57.14
No	40.20	38.89	42.86
Número de años repetidos			
1	44.44	-	75
2-3	52.22	72.72	25
≥4	3.33	27.28	-

Tabla 5.3. Síntomas de obsesiones y compulsiones según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	90.49	9.51	-
Sexo			
Femenino	47.46	61.29	-
Masculino	52.54	38.71	-
Edad			
< 20 años	-	3.23	-
20-25 años	84.75	74.19	-
26-30 años	14.58	22.58	-
>30 años	0.67	-	-
Año académico			
Cuarto	29.83	35.48	-
Quinto	33.22	35.48	-
EPS rural	18.64	12.91	-
EPS hospitalario	18.31	16.13	-
Repitencia			
Sí	60	58.06	-
No	40	41.94	-
Número de años repetidos			
1	42.37	44.44	-
2-3	53.67	44.44	-
≥4	3.96	11.12	-

Tabla 5.4. Síntomas de sensibilidad interpersonal según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	90.18	7.98	1.84
Sexo			
Femenino	48.64	46.15	66.67
Masculino	51.36	53.85	33.33
Edad			
< 20 años	-	-	16.67
20-25 años	84.69	76.92	66.66
26-30 años	14.63	23.08	16.67
>30 años	0.68	-	-
Año académico			
Cuarto	29.59	34.62	50
Quinto	34.69	23.08	16.67
EPS rural	18.71	15.38	-
EPS hospitalario	17.01	26.92	33.33
Repitencia			
Sí	61.22	50	33.33
No	38.78	50	66.67
Número de años repetidos			
1	43.43	30.77	50
2-3	53.53	53.85	-
≥4	3.04	15.38	50

Tabla 5.5. Síntomas de depresión según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	91.72	6.44	1.84
Sexo			
Femenino	47.83	58.33	66.67
Masculino	52.17	41.66	33.33
Edad			
< 20 años	-	-	16.67
20-25 años	84.95	70.83	83.33
26-30 años	14.38	29.16	-
>30 años	0.67	-	-
Año académico			
Cuarto	29.43	37.5	50
Quinto	34.45	20.83	50
EPS rural	18.73	12.5	-
EPS hospitalario	17.39	29.16	-
Repitencia			
Sí	61.54	45.83	33.33
No	38.46	54.16	66.67
Años repetidos			
1	42.93	18.18	100
2 a 3	53.26	63.63	-
≥4	3.81	18.18	-

Tabla 5.6. Síntomas de ansiedad según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	91.41	6.75	1.84
Sexo			
Femenino	46.98	68.18	66.67
Masculino	53.02	31.82	33.33
Edad			
< 20 años	-	4.55	-
20-25 años	84.90	68.18	83.33
26-30 años	14.43	27.27	16.67
>30 años	0.67	-	-
Año académico			
Cuarto	28.86	45.45	50
Quinto	34.90	18.18	16.66
EPS rural	18.79	13.64	-
EPS hospitalario	17.45	22.73	33.34
Repitencia			
Sí	60.74	59.09	16.67
No	39.26	40.91	83.33
Número de años repetidos			
1	43.09	30.77	100
2-3	53.59	46.15	-
≥4	3.32	23.08	-

Tabla 5.7. Síntomas de hostilidad según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	91.72	6.44	1.84
Sexo			
Femenino	49.16	52.38	16.67
Masculino	50.84	47.62	83.33
Edad			
< 20 años	-	4.76	-
20-25 años	84.62	71.43	83.33
26-30 años	14.72	23.81	16.67
>30 años	0.66	-	-
Año académico			
Cuarto	37.78	38.10	16.67
Quinto	32.78	38.10	50
EPS rural	19.40	4.76	-
EPS hospitalario	10.04	19.04	33.33
Repitencia			
Sí	61.20	47.62	33.33
No	38.80	52.38	66.67
Número de años repetidos			
1	43.72	10	100
2-3	52.46	70	-
≥4	3.82	20	-

Tabla 5.8. Síntomas de ansiedad fóbica según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	91.11	6.44	2.44
Sexo			
Femenino	46.46	71.42	37.5
Masculino	53.54	28.57	67.5
Edad			
< 20 años	-	-	12.5
20-25 años	84.56	76.19	75
26-30 años	14.77	23.8	12.5
>30 años	0.67	-	-
Año académico			
Cuarto	29.19	33.3	75
Quinto	35.23	19.04	-
EPS rural	18.79	9.52	12.5
EPS hospitalario	16.79	38.09	12.5
Repitencia			
Sí	60.07	61.9	50
No	39.93	38.09	50
Número de años repetidos			
1	41.9	53.84	50
2 a 3	54.19	30.76	50
≥4	3.91	15.38	-

Tabla 5.9. Síntomas de ideación paranoide sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	91.10	7.36	1.54
Sexo			
Femenino	48.82	45.83	60
Masculino	51.18	54.17	40
Edad			
< 20 años	-	-	20
20-25 años	84.85	75	60
26-30 años	14.48	25	20
>30 años	0.67	-	-
Año académico			
Cuarto	28.61	45.83	60
Quinto	34.68	20.83	20
EPS rural	18.85	12.51	-
EPS hospitalario	17.86	20.83	20
Repitencia			
Sí	60.27	62.50	20
No	39.73	37.50	80
Número de años repetidos			
1	43.58	33.33	-
2-3	53.63	40	100
≥4	2.79	26.67	-

Tabla 5.10. Síntomas de psicoticismo según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	n = 326		
	Sin riesgo %	Riesgo moderado %	Riesgo elevado %
Total	92.94	5.21	1.85
Sexo			
Femenino	47.52	70.59	50
Masculino	52.48	29.41	50
Edad			
< 20 años	-	-	16.67
20-25 años	84.82	64.71	83.33
26-30 años	14.52	35.29	-
>30 años	0.66	-	-
Año académico			
Cuarto	29.37	29.41	83.33
Quinto	33.33	41.18	16.67
EPS rural	18.81	11.76	-
EPS hospitalario	18.49	17.65	-
Repitencia			
Sí	60.40	64.71	16.67
No	39.60	35.29	83.33
Número de años repetidos			
1	42.62	36.36	100
2-3	53.55	45.45	-
≥4	3.83	18.19	-

Tabla 5.11. Evaluación de los tres niveles de complejidad del test SCLR-90.

Variable	Porcentaje
Índice de severidad global	
Sin severidad	96.62
Probable presencia de patología psiquiátrica	3.37
Total de síntomas positivos	
Se muestra mejor de lo que realmente está	2.15
Exagera sus patologías	13.19
Índice de malestar positivo	
Tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos	-
Dramatismo	-
Dramatismo severo	-

6. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio de tamizaje de sintomatología mental en los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Dentro de los estudiantes a los que se les aplicó el test, se contabilizó que 78 de los 326, presentaron resultados positivos para una o más de las nueve psicopatologías. Esto corresponde a un 23.9% del total (ver tabla 5.1). En el estudio realizado durante el 2012 en la Universidad Autónoma de Nicaragua, en la Facultad de Ciencias Médicas, con estudiantes de primer a quinto año, se reportó que un 51.8% de los estudiantes presentaron criterios de algún tipo de trastorno psiquiátrico.

Lo anterior difiere del presente estudio, es probable que esto se deba a que el test utilizado por la Universidad Autónoma de Nicaragua, incluye rasgos como intento de suicidio, trastorno de angustia, trastorno de estrés postraumático, abuso y dependencia de alcohol y sustancias, así como trastorno antisocial de la personalidad; los cuales pueden ser los que expliquen la diferencia del porcentaje obtenido en el presente estudio.³⁶ En un estudio realizado en el 2002 en la Universidad Cayetano Heredia, en Perú, en el que involucraron estudiantes de cuarto, quinto y sexto año de la Facultad de Medicina, se determinó que un 45.6% de la población evaluada presentó patología psiquiátrica. El test utilizado fue el MINI. Con los dos estudios anteriores se establece que el uso de test diferentes puede marcar la diferencia para la detección de rasgos psiquiátricos.³⁷

De los 326 estudiantes del presente estudio, el 48.77% corresponde a mujeres (ver tabla 5.1). De los 78 estudiantes con riesgo para alguna de las nueve psicopatologías, 56.41% son mujeres (ver tabla 11.7.5). La mayoría es representada por mujeres como también se manifiesta en el estudio del 2008 de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la Facultad de Medicina en estudiantes de pregrado. Más de la mitad (57.69%) de los estudiantes con resultados positivos son repitentes (ver tabla 11.7.5), lo cual también corresponde con el estudio mencionado arriba, dónde se determinó que la gravedad de la sintomatología psiquiátrica fue mayor en el grupo de estudiantes repitentes.³⁸

A continuación, se analizan los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones evaluadas por el test SCL-90-R, en orden de menor a mayor frecuencia.

En la dimensión de psicoticismo, existe un porcentaje de 7.05% estudiantes colocándose en el último lugar de frecuencia de las psicopatologías evaluadas, 1.84% de éstos corresponde a

riesgo elevado (ver tablas 11.7.5 y 11.7.1) Un estudio realizado en el 2010, en una población sometida a estrés en Venezuela, muestra que los trastornos psicóticos fueron menos frecuentes que los trastornos no psicóticos. La población del presente estudio se encuentra también sometida a estrés, por lo que se establece que, el estrés juega un papel importante en el apareamiento de rasgos de sintomatología psicótica, mayormente presente en los estudiantes que se encuentren realizando prácticas a nivel hospitalario (cuarto año, quinto año y ejercicio profesional supervisado hospitalario). Otra población similar se evaluó en el estudio de la Universidad de Managua, donde la frecuencia de trastorno psicótico fue de 5.1%. Para el estudio de la Universidad Cayetano Heredia, se mostró un 4% de prevalencia de trastornos psicóticos. Lo anterior evidencia las consecuencias de un ambiente hostil y estresante.^{36,37,47}

El 7.66% de los estudiantes mostró rasgos de somatización, 2.14% de éstos presentaron riesgo elevado (ver tablas 11.7.5 y 11.7.1). Este trastorno se encuentra en el octavo puesto de mayor frecuencia de las nueve dimensiones evaluadas. Con poca diferencia, en el estudio ya mencionado de la UNAM, se expone que la somatización presenta 8.54% de afectados, con el quinto lugar de mayor frecuencia. Es importante mencionar que tanto en el anterior estudio como en el presente, los estudiantes repitentes presentaron mayor porcentaje de rasgos de somatización. Probablemente se trate de un mecanismo de defensa psicológico, en donde los estudiantes repitentes manifiesten la carga emocional y una actitud negativa ante el año a repetir, mediante síntomas somáticos. La somatización se presenta mayoritariamente en las mujeres, según los resultados del presente estudio, fenómeno que se observa también en las dimensiones de ansiedad y depresión, las cuales son factores de riesgo para la manifestación de rasgos de somatización.³⁸

La frecuencia de hostilidad en el presente estudio fue de 8.28% y el 1.84% presenta riesgo elevado, ocupando el séptimo lugar dentro de las nueve dimensiones evaluadas (ver tablas 11.7.5 y 11.7.1). Según un estudio del año 2006 realizado en estudiantes de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia, tanto la depresión como la ansiedad y la hostilidad son las tres respuestas más frecuentes al estrés inherente de la vida del estudiante de medicina. Además, un estudio realizado durante el año 2008 en la Universidad Monash, Australia evidenció que con el test SCL-90-R las únicas dos patologías presentadas con valor estadístico significativo fueron la depresión y la hostilidad.

Tanto los estudios mencionados anteriormente como el presente, destacan que la actitud social y emocional con muestras de agresión verbal, apatía e irrespeto de los estudiantes está

determinada, de alguna manera, por el resentimiento y rencor secundario al ambiente hostil que se presenta en el ámbito hospitalario, en la mayoría de veces creado por sus superiores, y esto corresponde con las cifras de hostilidad presentadas en los tres estudios mencionados. Los hombres tienen mayor porcentaje de riesgo elevado con un 83.3% (ver tabla 5.7). La hostilidad es una de las tres patologías en donde se observa este fenómeno. Según un estudio realizado en el año 2013 por el departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, los hombres dan más importancia a las cuestiones relacionadas con sus capacidades intelectuales, mientras que las mujeres conceden prioridad a otras cuestiones como las sociales y humanas. El ambiente hospitalario se caracteriza por una alta competitividad y existencia de ideas machistas provocando en los hombres la necesidad de demostrar aún más sus capacidades. También es importante destacar que el año académico con más casos de riesgo moderado es quinto año con 38.10% y, el de menor porcentaje es EPS rural con 4.76% (ver tabla 5.7). Los porcentajes concuerdan con las experiencias hospitalarias de los investigadores a cargo del presente estudio, donde se evidenció un ambiente inadecuado y el trato entre compañeros así como el personal administrativo en muchas ocasiones puede ser hostil. Comparado con la tranquilidad de la práctica del EPS rural, en donde se trabaja y se aplican conocimientos de forma individual, y en donde el tiempo para el estudiante es mayor para realizar actividades de recreación lo cual puede disminuir la carga de estrés. Son dos escenarios totalmente contrarios por lo que los porcentajes son congruentes con los resultados hallados en cada año de práctica.^{44,45,46}

La frecuencia de ansiedad es de un 8.58%, y de este porcentaje el 1.53% presenta riesgo elevado (ver tabla 11.7.5 y 11.7.1). Se encuentra en la sexta posición de frecuencia de los resultados del presente estudio. Para la estimación por sexos, se determinó que un 66.67% de los estudiantes con riesgo elevado, corresponde a mujeres (ver tabla 5.6). Lo anterior concuerda con el estudio realizado en el año 2014 en la Universidad de Tongji, China, en la Facultad de Medicina, donde se aplicó el mismo instrumento de evaluación. Se determinó que las mujeres poseen puntuaciones más altas de ansiedad a comparación de los hombres, siendo ésta la única patología donde existe diferencia estadísticamente significativa entre los sexos. Al analizar los resultados y compararlos con las vivencias de los autores del presente estudio, es importante resaltar que durante la práctica hospitalaria, la estabilidad emocional de las estudiantes se ve afectada con comentarios y actitudes que menosprecian sus capacidades intelectuales y en cambio, se les otorga muchas veces valor como objetos sexuales. Estas acciones son escasamente vistas en estudiantes del sexo opuesto. Lo anteriormente mencionado, es ligado a características inculcadas por la sociedad y que marcan a las mujeres, entre las que se pueden

mentar la sumisión, temor, vergüenza, inseguridad y obediencia. Estos factores podrían influir en la manifestación de rasgos de sintomatología del trastorno de ansiedad. Con respecto a los años académicos; cuarto año presenta el mayor porcentaje con un 50% en riesgo elevado (ver tabla 5.6). Según un estudio realizado en el año 2007 por Andrews y Wilding en el Reino Unido, el cual buscó determinar si la ansiedad aumentaba luego de una transición académica, se demostró que un 20% presentó un nivel clínicamente significativo de ansiedad, medio año después de la transición, lo cual se relaciona con el presente estudio al evaluar a los estudiantes que terminan el primer cuatrimestre del inicio de la práctica clínica, tanto hospitalaria como en medicina familiar. A pesar de no haber obtenido la misma cifra en los porcentajes del presente estudio, se observa que la tendencia es la misma, y determina que los resultados se asemejen con los obtenidos en el estudio de Andrews y Wilding.^{39,43}

La ideación paranoide, se encuentra en quinto lugar de las patologías más frecuentes con un 8.89% del total, y un 1.53% con riesgo elevado (ver tablas 11.7.5 y 11.7.1). En el estudio ya mencionado de la UNAM, esta patología se encuentra en el octavo puesto, con una frecuencia de 2.32%. Estos resultados son menores al presente estudio.³⁸ Se debe tomar en cuenta que el estrés provocado por los altos grados de exigencia, competitividad y expectativas del ambiente hospitalario, afecta la calidad de vida de los estudiantes y aumenta el riesgo de desarrollar cuadros psicopatológicos, no sólo depresión y ansiedad, sino también ideación paranoide.

La ansiedad fóbica obtuvo un 8.89% de estudiantes afectados, del cual 2.45% corresponden al porcentaje de riesgo elevado, ubicándose en el cuarto lugar de mayor frecuencia de las patologías evaluadas (ver tablas 11.7.5 y 11.7.1). En el estudio de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, ya citado previamente, se evidenció que la frecuencia de fobia fue de 5.1%. El test SCL-90R determina siete preguntas que evalúan rasgos de ansiedad fóbica, en donde se cuestiona actitudes en espacios públicos. Esto se puede interpretar tomando en cuenta la coyuntura del país, en donde ningún lugar es seguro y la cultura de violencia alcanza a cualquier guatemalteco. Incluyendo a los estudiantes de esta carrera quiénes, por experiencia de los investigadores del presente estudio pueden confirmar, que no están exentos de ser víctimas de esta situación, y que es importante prestar atención cómo la misma afecta su personalidad y los hace propensos a presentar rasgos de ansiedad fóbica. Los estudiantes repitentes involucran un 60% del total de la muestra con riesgo moderado (ver tabla 5.8). El estudio de la UNAM, concluye que los alumnos repitentes, presentan bajos niveles de logro en la carrera, y por lo tanto presentan más patología psiquiátrica, siendo la ansiedad fóbica el tercer lugar de frecuencia.^{36,38}

Los datos de depresión que se obtuvieron en el presente estudio indicaron que un 9.20% de todos los evaluados presentaron rasgos de esta psicopatología, 1.84% con riesgo elevado, y estableciéndose en el tercer lugar de mayor frecuencia (ver tablas 11.7.5 y 11.7.1). Un estudio realizado en el 2017 en la Universidad Autónoma de Puebla, México en la Facultad de Medicina, estableció que la frecuencia de síntomas depresivos fue de 29.8%. En otro estudio del año 2004 realizado en la Universidad Autónoma de Honduras con estudiantes de segundo a sexto año de la Facultad de Medicina, se determinó una frecuencia de síntomas depresivos de 25.5%. Tanto los estudios anteriores como el presente, demuestran que factores como el estrés, la carga académica, la excesiva carga de trabajo, la exposición a la muerte de sus pacientes, la relación con otros médicos, la limitada vida social, la poca convivencia familiar, los riesgos laborales, las relaciones sentimentales inestables y las quejas constantes tanto de pacientes y familiares, como del personal administrativo, afectan al estudiante de medicina y contribuyen a que éste presente rasgos de depresión.^{40, 41}

Es importante mencionar también que según los afectados en la dimensión de depresión, el año académico con mayor frecuencia es cuarto año con 40.74%, y el menor es EPS rural con 11.11% (ver tabla 5.5). Se observa que en el cuarto año al ser un año importante por la transición de las aulas al hospital, los estudiantes son más propensos a manifestar inconformidad y frustración secundaria al ambiente inhóspito que se presenta en la práctica clínica. Según un estudio realizado durante el 2013 en México, sobre el impacto que puede tener la transición en un ámbito académico en el desarrollo de depresión, se determinó que ésta se da a partir que los estudiantes se enfrentan a un proceso adaptativo y se someten a demandas valoradas por ellos mismos como estresores, los cuales pueden ser el alto nivel de competitividad, las evaluaciones, la incertidumbre sobre la aplicación de sus conocimientos teóricos en situaciones reales, percepción de su futuro y constante perturbación por parte del trato en las instituciones de salud. Al comparar estos resultados, difieren con los de EPS rural, quienes se dirigen a comunidades más tranquilas, la carga académica es menor y se tiene la oportunidad de mejorar hábitos de sueño, alimentación y recreación.^{40,41,42}

En obsesiones y compulsiones, el 9.50% de los estudiantes expresaron rasgos, quedando en el segundo puesto de mayor frecuencia (ver tabla 5.3). Todos correspondieron a riesgo moderado. En los estudios anteriormente mencionados, siendo el primero de la Universidad Cayetano Heredia, se obtuvo una frecuencia de 0.80%; el segundo realizado en la Universidad Autónoma de Nicaragua reveló un 3.6%. Los estudiantes de medicina que realizan la práctica clínica, cumplen con un trabajo que involucra la atención, el contacto y la manipulación con

procedimientos invasivos en pacientes, y si no son realizados de manera adecuada, atentan contra la vida de los mismos. Conforme el estudiante adquiere experiencia, también dimensiona la responsabilidad que tiene entre sus manos y trata de realizar sus labores de forma minuciosa, llegando incluso a repetir muchas veces la misma actividad con tal de cerciorarse que lo ha hecho bien. El constante recordatorio de lo anterior, probablemente crea en el estudiante, un hábito que puede llegar a modificar su personalidad y llegar a expresar rasgos obsesivos compulsivos. También es importante mencionar que el 61.29% de los estudiantes con resultados positivos para este rasgo, son mujeres (ver tabla 5.3), lo cual concuerda con el marco de referencia, pues en la edad adulta esta patología afecta mayormente a este sexo. La mayoría de los estudiantes con presencia de rasgos de esta psicopatología son repitentes con un 58.06% del total (ver tabla 5.3). Sin embargo, en el estudio de la UNAM ya citado, se estableció que las preguntas que evalúan obsesiones y compulsiones también podrían corresponder al trastorno por déficit de atención; esto se podría asociar al alto porcentaje de estudiantes que han repetido años y que esto sea una razón para determinar el predominio de éstos en los rasgos positivos para obsesiones y compulsiones.^{36,37,38}

La frecuencia de sensibilidad interpersonal es de 9.81%, siendo la que más se presentó en la muestra evaluada (ver tabla 11.7.5). De este porcentaje, 8.89% correspondió a riesgo moderado (ver tabla 11.7.1). En el estudio de la Universidad de Tongji, China, en la Facultad de Medicina, se encontró también la sensibilidad interpersonal como la patología más frecuente. Los resultados obtenidos concuerdan, ya que durante la práctica clínica que realizan los estudiantes de esta carrera, se llevan a cabo diferentes actividades académicas que ponen a prueba los conocimientos de ellos ante sus superiores y sus compañeros. En algunos casos, el método de enseñanza de los residentes no son los idóneos, fomentando así, frustración y culpa de no poseer los conocimientos necesarios para ser un buen médico. Este tipo de forma de enseñanza, inculcan sentimientos personales de inadecuación, inferioridad, timidez y vergüenza con relación a los mismos compañeros, creando así incomodidad en las relaciones interpersonales que se puedan llegar a establecer. Las actitudes afectan el desenvolvimiento del estudiante, que puede llegar a reflejar estos sentimientos ante los pacientes, estableciendo poca empatía con los mismos. También cabe mencionar que según año académico, el porcentaje fue mayor en cuarto año con 37.50% y el menor fue EPS rural con 12.5% (ver tabla 5.4). Se entiende porque el ingreso al ámbito hospitalario representa una transición importante en la vida del estudiante, afectando así sus condiciones de vida, relaciones interpersonales y carga psicológica, según el estudio ya mencionado realizado en la ciudad de México en el 2013. Es importante mencionar que el ambiente hospitalario no se caracteriza por ser el más amigable, sino muy competitivo. Por esto,

la forma en la que el estudiante se percibe a sí mismo y se demuestra a los demás podría verse afectada. También influye la carga académica, la atención hacia los pacientes y el desenvolvimiento con sus compañeros y superiores. Probar sus conocimientos no sólo se limita a pruebas cortas y exámenes, sino también se debe aplicar ante la práctica clínica y durante las visitas médicas en las que participa diariamente.^{38, 42}

Es importante recalcar que todos los resultados presentados anteriormente corresponden a un tamizaje. Se dará un diagnóstico definitivo a cada estudiante afectado a partir del seguimiento profesional brindado por la Unidad del Apoyo al Estudiante (UNADE) la cual adquirió el compromiso de citar a los estudiantes de forma individual con un horario específico.

Este estudio tomó en cuenta solamente a estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Sin embargo, la práctica hospitalaria de dicha carrera no se limita a esta institución. También existen universidades privadas que exponen a sus estudiantes al mismo ambiente y por ende a alterar su salud mental. Por lo anterior, estos resultados no reflejan la salud mental de todos los médicos en formación. Además, el instrumento de evaluación SCL-90-R a pesar de englobar nueve psicopatologías, deja fuera otros trastornos que podrían también estar presentes en los estudiantes de medicina, y que alteran su comportamiento y personalidad, entre ellos el abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias, riesgo de suicidio, trastorno de angustia y trastorno de déficit de atención.

Para concluir, un 23.9% de la muestra evaluada presentó rasgos positivos para alguna de las nueve psicopatologías, siendo las tres con mayor frecuencia: sensibilidad interpersonal, obsesiones y compulsiones y depresión. Dentro de las características con mayor proporción se encontró el sexo femenino, edad de 20 a 25 años, con repitencia y de cuarto año académico. El presente estudio corresponde al primero realizado con el test SCL-90-R en estudiantes de medicina, cuyos resultados son importantes y marcan un precedente sobre la calidad de salud mental que poseen los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.

7. CONCLUSIONES

1. Los estudiantes evaluados con el tamizaje de sintomatología mental de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, corresponden en su mayoría a mujeres, en edad de 20 a 25 años, que cursan quinto año académico, y con dos a tres años de repitencia.
2. Entre los estudiantes evaluados, 10 de cada 100 y 9 de 100 presentan síntomas positivos para sensibilidad interpersonal, trastorno obsesivo compulsivo y depresión, respectivamente. Por otro lado, las tres patologías menos frecuentes fueron: psicoticismo, somatización y hostilidad.
3. La probabilidad de presentar rasgos de alguna de las nueve psicopatologías es más alta en el estudiante que se encuentra en el intervalo de edad de 20 a 25 años, en cuarto año académico, con repitencia de 2 a 3 años y que sea mujer, excepto para hostilidad donde la frecuencia es más alta en hombres. El grupo de estudiantes con menor frecuencia de resultados positivos para las nueve dimensiones fueron aquellos que se encuentran en EPS rural.
4. Un 23.9% de los estudiantes evaluados presenta rasgos positivos para alguna de las nueve psicopatologías. Las tres presentes con mayor frecuencia son: sensibilidad interpersonal, obsesiones y compulsiones y depresión.

8. RECOMENDACIONES

8.1 A la Facultad de Ciencias Médicas:

- ❖ A partir de los resultados encontrados, se sugiere realizar este tamizaje en la población de estudiantes de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en las siguientes etapas de transición: nuevo ingreso, ingreso hospitalario y cierre de pensum.
- ❖ Se aconseja referir a UNADE a todos los estudiantes que obtengan resultados positivos en el tamizaje descrito anteriormente.
- ❖ Se recomienda fomentar actividades de recreación que permitan disminuir el estrés, en especial, a los estudiantes que se encuentran en el ambiente hospitalario.

8.2 Al rector de la Universidad de San Carlos de Guatemala:

- ❖ Se recomienda implementar la realización del tamizaje con el instrumento utilizado en esta investigación en los diferentes centros regionales que imparten la carrera de medicina a nivel nacional porque los estudiantes de estos establecimientos formarán parte de los médicos que brindarán el servicio de salud a la población guatemalteca.
- ❖ Se sugiere realizar el test SCL-90-R en las distintas facultades de la Universidad de San Carlos porque es importante que toda la población guatemalteca, no sólo los médicos, gocen de una buena salud mental.

8.3 A los decanos de la carrera de medicina de las universidades Rafael Landívar, Mariano Gálvez, Francisco Marroquín, Mesoamericana, Da Vinci y Rural:

- ❖ Dado que nuestro estudio comprende una muestra reducida y de un solo centro universitario, se recomienda realizarlo en el futuro en sus instituciones privadas porque es necesario ampliar los conocimientos sobre la salud mental en las instituciones formadoras de médicos a nivel nacional.

8.4 A los directores de Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital Regional de Cuilapa, Hospital Regional de Escuintla y Hospital Pedro de Betancourt.

- ❖ Se sugiere velar por la salud mental de los estudiantes que realizan las prácticas hospitalarias en las instituciones correspondientes.

9. APORTES

- ❖ Se realizó una propuesta a la secretaría académica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos para la aplicación del instrumento de evaluación utilizado en este estudio en los estudiantes de primer, tercer y sexto año como medio de tamizaje de trastornos mentales.
- ❖ Se realizará una exposición oral en el Congreso de Ciencias Básicas de la Facultad de Ciencias Médicas para dar conocer los resultados del presente estudio, el día 12 de septiembre de 2018.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en America Latina y El Caribe [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009 [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental; conceptos, evidencia emergente, práctica; informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro nacional de epidemiología. Análisis de información de salud mental enero a diciembre, Guatemala 2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015 [citado 15 Feb 2018]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Análisis%20Salud%20Mental%20%202015.pdf>
4. Dunn A, Iglewicz A, Moutier C. A Conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. Rev Acad Psychiatry [en línea]. 2008 [citado 16 Feb 2018]; 32(1):44-53. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.619.396&rep=rep1&type=pdf>
5. Slavin S, Schindler D, Chibnall J. Medical student mental health 3.0. Rev Acad Med [en línea]. 2014 [citado 16 Feb 2018]; 89 (4): 573-577. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885556/>
6. Cruzado L. La salud mental de los estudiantes de medicina. Rev de Neuro-Psiquiatria [en línea]. 2016 [citado 16 Feb 2018]; 79 (2): 73. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n2/a01v79n2.pdf>
7. Ohtsu T, Kaneita Y, Osaki Y, Kokaze A, Ochiai H, Shirasawa T et al. Mental health status among japanese medical students: a cross-sectional survey of 20 universities. Acta Med Okayama [en línea]. 2014 [citado 16 Feb 2018]; 68(6):331-338. Disponible en: http://www.lib.okayama-u.ac.jp/www/acta/pdf/68_6_331.pdf
8. Hankir A, Northall A, Zaman R. Stigma and mental health challenges in medical students. BMJ Case Reports [en línea]. 2014 Sep [citado 16 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158203/>
9. Nirmal A, Arjun Sayampanathan A, Chun-Man Ho R. Mental health issues amongst medical students in Asia: a systematic review [2000–2015]. Ann Transl Med [en línea]. 2016 [citado 1 Mar 2018]; 4 (4): 72. Disponible en: <http://atm.amegroups.com/article/view/9340/9944>

10. Rotenstein L, Ramos M, Torre M, Segal J, Peluso M, Guille C et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. JAMA [en línea]. 2016 [citado 1 Mar 2018]; 316 (21): 2214. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>
11. Pacheco J, Giacomini H, Tam W, Ribeiro T, Arab C, Bezerra I et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. Rev Brasileira de Psiquiatria [en línea]. 2017 [citado 1 Mar 2018]; 39 (4): 369-378. Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462017005015102&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Política Nacional de Salud Mental 2007-2015 [en línea]. Guatemala: Red Nacional de Salud Mental; 2008 [citado 1 Mar 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2zSkwxF>
13. Zúñiga M, Donado D, Opstaele M, Barco B, Sánchez M, Paiz L. estudio epidemiológico de trastornos mentales en Guatemala, región metropolitana, 2011 [tesis Maestría en línea]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala; 2011 [citado 18 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.ciss.net/wp-content/uploads/2016/06/Estudio-Epidemiologico-de-Trastornos-Mentales-en-Guatemala-Region-Metropolitana-2011-2.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [en línea]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 18 Feb 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
15. Velez H, Rojas W, Borrero J, Retrepo J. Fundamentos de medicina psiquiatría. 5 ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2018.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5to). 5 ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
17. Guzmán R. Trastorno por somatización: su abordaje en atención primaria. Rev Clínica de Medicina de Familia [en línea]. 2011 [citado 22 Feb 2018]; 4 (3): 234-243. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n3/especial5.pdf>
18. Palomo T, Jiménez M. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad; 2009.
19. Saavedra J, Mezzich J, Salloum I. La guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico. Rev Latinoamericana de Psiquiatría [en línea]. 2015 [citado 21 Feb 2018]; 15 (1): 7-18. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/Revistalatinoamericanadepsiquiatria/2015/vol15/no1/1.pdf>
20. Katzung B, Master S, Trevor A. Farmacología básica y clínica. 11 ed. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
21. Judd LL, Solomon D, Keller M, Leon A, Mueller TI, Lavori PW, et al. Multiple recurrences

- of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. [en línea]. 2011 [citado 21 Feb 2018]; 10 (84): 229. Disponible en: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.157.2.229?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
22. Cordero S, Trías F. Neurobiología de la depresión. *Rev Mexicana Neurociencia* [en línea]. 2009 [citado 21 Feb 2018]; 10 (6): 462–78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>
 23. Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor (afectivos). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [en línea]. Madrid: Médica Panamericana; 2000 [citado 21 Feb 2018]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
 24. España. Ministerio de y Consumo. Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [en línea]. Madrid, España: Agència d'Avaluació de Tecnologia; 2009. [citado 24 Feb 2018]; Disponible en: <http://www.aepcp.net/arc/esquizofrenia-completa%202009.pdf>
 25. Bermejo J, García S. Antipsicóticos típicos y atípicos. *Terapéutica en APS* [en línea]. 2007 [citado 24 Feb 2018]; 14(10):637-643. Disponible en: http://medsol.co/informacion/medolan/antipsicoticos_tipicos%20_y_atipicos.pdf
 26. Batallas Bustamante M. Agresividad, hostilidad e ira en adolescentes que juegan videojuegos: estudio efectuado en adolescentes de 13 a 18 años que residen en Quito, Perú en el año 2014 [tesis Psicólogo en línea]. Perú: Universidad de las Américas, Facultad de Psicología; 2014. [citado 24 Feb 2018]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3441/1/UDLA-EC-TPC-2014-04%28S%29.pdf>
 27. Fernández E. Psicología de la emoción [en línea]. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramon Areces; 2010 [citado 26 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.psicocode.com/resumenes/8EMOCION.pdf>
 28. Iacovella J, Troglia M. La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF* [en línea]. 2003 [citado 26 Feb 2018]; 8(1):53-61. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08.pdf>
 29. Barraca J, Fernandez A, Sueiro M. Test de sensibilidad a las interacciones sociales: TESIS [en línea]. España: COHS, Consultores en Ciencias Humanas, S.L; 2005 [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.gac.com.es/editorial/INFO/Manuales/tesisMANU.pdf>

30. Zafrilla J, Laencina T. Sensibilidad interpersonal [en línea]. Murcia: Escuela de Administración Pública de la Región de Murcia; 2002. [citado 28 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.inap.es/alfresco/alfresco?pathInfo...Escuela-Administracion-Murcia>
31. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española [en línea]. Madrid, España: RAE; 2018 [citado 11 Mar 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
32. Robles J, Andrea J, Peña M. SCL-90-R: aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. Psicopatología clínica, legal y forense [en línea]. 2002 [citado 7 Jul 2018]; 2(1):5-19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518060>
33. Cuevas C, González L, Henry M. Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. Rev An Psiquiatría [en línea].1991 [citado 7 Jul 2018]; 7(3): 93-96. Disponible en: http://www.psicoter.es/pdf/91_A098_20.pdf
34. Gempp Fuentealba R, Avendaño Bravo C. Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. Rev Terapia psicológica. [en línea]. 2008 [citado 7 Jul 2018]; 26(1) 39-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78526104.pdf>
35. Casullo M, Pérez M. El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis [en línea]. Argentina: UBA; 1999 [citado 7 Jul 2018]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
36. Acevedo P, Xochilt S, Morales G. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de I a V año de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua "UNAN-MANAGUA", en el primer semestre 2012 [tesis Médico y Cirujano en línea]. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2014 [citado 7 Jul 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/5418/1/69483.pdf>
37. Galli E, Feijoo L, Rojas I. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev Medica Herediana [en línea]. 2002 [citado 7 Jul 2018]; 13(1): 19-25. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/716/682>
38. Gerhard H, Vargas B, Cortes Sotres J. Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Rev Salud Mental [en línea]. 2008 [citado 7 Jul 2018]; 31(5): 343-350. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a2.pdf>

39. Yang F, Meng H, Chen H. Influencing factors of mental health of medical students in China J Huazhong Univ Sci Technol [en línea]. 2014 [citado 7 Jul 2018]; 34(3): 443-449. disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11596-014-1298-9>
40. Martínez M, Muñoz G, Rojas K. Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina de Puebla, México. Aten Fam [en línea]. 2016 [citado 7 Jul 2018]; 23(4): 145-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630150X>
41. Zanoletti G, Reyes J, Mendoza M. Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. Rev Fac Cienc Méd [en línea]. 2008 [citado 7 Jul 2018]; 5(2): 22-29. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2008/pdf/RFCMVol5-2-2008-5.pdf>
42. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina-Mora M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México [en línea]. 2013 [citado 7 Jul 2018]; 55(1):74-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625594007>
43. Cova F, Alvial W, Bonifetti A. Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. Ter Psicol [en línea]. 2007 [citado 7 Jul 2018]; 25(2): 105-112. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082007000200001&script=sci_arttext&tlng=en
44. Guavita P, Sanabria P, Bonifetti A. Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [en línea]. 2006 [citado 7 Jul 2018]; 54(2): 76-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n2/v54n2a03.pdf>
45. Hassed C, Lisle S, Sullivan G. Mejorando la salud de los estudiantes de medicina: resultados de un programa integral de atención y estilo de vida. Adv in Health Sci Educ [en línea]. 2009 [citado 7 Jul 2018]; 14(3): 387-398. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-008-9125-3>
46. Fouilloux C, Barragan V, Ortiz S. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. Salud Ment [en línea]. 2013 [citado 7 Jul 2018]; 36(1): 59-65. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252013000100008
47. Medina O, Rangel N, Galiotta C. Prevalencia de trastornos psíquicos en comparación con trastornos no psíquicos en una población de pacientes de Venezuela sometida a

estrés. Rev Colomb Psiquiat [en línea]. 2010 [citado 7 Jul 2018]; 39(3): 556-568.
Disponibile en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a09.pdf>

11. ANEXOS

Anexo 11.1: Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo compulsivo

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

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

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

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

1. Comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (por ejemplo: rezar, contar, repetir palabras en-silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes.

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

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

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas. Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del son probablemente ciertas. Con ausencia de introspección o creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Fuente: DSM-V ¹⁸

Anexo 11.2. Clasificación y diagnóstico según CIE-10 y DSM-V de trastornos depresivos.

CIE -10	DSM-V
<i>Episodio depresivo:</i> Episodios leves, moderados o graves, el paciente sufre estado de ánimo bajo, disminución de la actividad y reducción de la energía. Su capacidad de disfrutar concentrarse e interesarse está disminuida. Autoestima y confianza se encuentra disminuida. Encontramos síntomas somáticos como: pérdida de interés, despertar varias horas antes de lo habitual, empeoramiento de humor depresivo, enlentecimiento psicomotor, pérdida de apetito y libido. Criterios diagnósticos: G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. G2. Ausencia de síntomas hipomaniacos o maníacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodios hipomaniaco y maníaco (F30) en cualquier momento de la vida del individuo. G3. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09). Síndrome somático	<i>Trastorno depresivo mayor:</i> Trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, que implican cambios claros en el afecto, las funciones neurovegetativas y la cognición. ¹⁷ Criterios diagnósticos: A. Cinco o más de los síntomas siguientes y que han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso). (En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o

Para poder catalogar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas: 1. Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras. 2. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales que habitualmente producen respuesta emocional. 3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. 4. Empeoramiento matutino del humor depresivo. 5. Presencia objetiva de inhibición psicomotriz claras (observadas o referidas por terceras personas). 6. Pérdida marcada del apetito. 7. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). 8. Pérdida marcada de la libido. La presencia o ausencia del síndrome somático no se especifica en el episodio depresivo grave, puesto que se supone que está presente en la mayoría de los casos.	aumento del apetito casi todos los días. (En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días. 9. pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.
<i>Episodio depresivo leve:</i> Suele estar presentes dos o tres de los síntomas mencionados antes en el episodio depresivo, el paciente está afectado por ellos, pero está apto para seguir con la mayoría de las actividades que realiza.	<i>Trastorno depresivo persistente (distimia):</i> En este trastorno se agrupan el de depresión mayor crónica y distímico. su rasgo distintivo es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, y durante al menos dos años y en el caso de niños y adolescentes de un año.

Criterios diagnósticos: A. Cumplir con los criterios generales de episodio depresivo. B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. C. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales: 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo. 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Criterios diagnósticos: A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está; ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras, personas, durante un mínimo de dos años. B. Presencia, durante la depresión, de dos o más de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza. C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos. D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes Durante dos años. E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaniaco. y nunca se han cumplido los Criterios para el trastorno ciclotímico. F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica. H. Los síntomas causan malestar Clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras Áreas importantes del funcionamiento.
---	---

presencia de un “síndrome somático” tal como se define en 1. sin síntomas somáticos 2. con síntomas somáticos	
<i>Episodio depresivo moderado:</i> Presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos, el paciente tiene grandes dificultades para seguir con sus actividades diarias. Criterios diagnósticos: A. Se satisfacen los criterios generales de episodio depresivo. B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B de episodio depresivo leve. C. Síntomas adicionales del criterio C de episodio depresivo leve, hasta completar en total al menos seis. Especificar la presencia del “síndrome somático” tal como se define en episodio depresivo. 1. sin síntomas somáticos. 2. con síntomas somáticos.	<i>Trastorno disfórico premenstrual:</i> Su característica principal es la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual y que remiten alrededor del inicio de la menstruación. Criterios diagnósticos: A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación. B. Uno o más de los síntomas siguientes han de estar presentes: 1. Labilidad afectiva intensa (cambios de humor, de repente esta triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo). 2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio. 4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta. C. Uno o más de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B. 1. Disminución del interés por las actividades habituales (trabajo, escuela, amigos, afines). 2. Dificultad subjetiva de concentración. 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

	4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. 5. Hipersomnia o insomnio. 6. Sensación de estar agobiada o sin control. 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación “hinchazón” o aumento de peso. D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas. E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo. Persistente (distimia); o un trastorno de la personalidad. F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.¹⁷
<i>Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:</i> Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de la autoestima y las ideas de culpa y minusvalía, son frecuentes las ideas y las acciones suicidas presentan gran cantidad de síntomas somáticos. Criterios diagnósticos: Nota diagnóstica: Si están presentes síntomas importantes como la agitación o inhibición psicomotrices el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir los síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.	<i>Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:</i> Comienza con la sustancia específica (por ejemplo, cocaína o dexametasona) que se supone causa los síntomas depresivos. Criterios diagnósticos: A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de: 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de La intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

A. Se satisfacen los criterios generales de episodio depresivo. B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de episodio depresivo leve. C. Síntomas adicionales del criterio C de episodio depresivo leve hasta completar en total al menos ocho. D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.	2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A. C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos. D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras Áreas importantes del funcionamiento.
<i>Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:</i> Trastorno de depresión similar al episodio depresivo grave, pero con la aparición de alucinaciones, retraso psicomotor, delirios, estupor grave, imposibilidad de actividades sociales corrientes, puede generar riesgos para la vida del paciente ya sea por efecto de deshidratación o inanición, así como por suicidio. Criterios diagnósticos: A. Se satisfacen los criterios generales de episodio depresivo. B. Se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con la excepción del criterio D. C. No se satisfacen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno	<i>Trastorno depresivo debido a otra afección médica:</i> Criterios diagnósticos: A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico. B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave). D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

esquizoafectivo (de tipo depresivo, grave o moderado (F25.10 y F25.11). D. Están presentes 1 o 2 los siguientes: 1. Alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntomas A1 b, c, d ó A2 de esquizofrenia. 2. Estupor depresivo. especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo: 1. con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de culpa, de nihilismo, hipocondríacas, de ruina o de catástrofe inminente; alucinaciones auditivas despectivas o condenatorias) 2. con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o de autorreferencia y alucinaciones sin contenido afectivo.	E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
<i>Otros episodios depresivos:</i> Depresión atípica. Episodios aislados de depresión “enmascarada” sin especificación.^{21, 25}	<i>Otro trastorno depresivo especificado</i> Se incluyen presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Ejemplos: 1. Depresión breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya

	presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico. 2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente. 3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.
	<i>Trastorno depresivo no especificado:</i> Incluye a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de los trastornos depresivos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no

	cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.
--	--

Anexo 11.3. Antidepresivos y sus características.

SUBCLASE	MECANISMO DE ACCIÓN	EFFECTOS	APLICACIONES CLÍNICAS
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) Fluoxetina Citalopram Escitalopram Paroxetina sertralina	Bloqueo muy selectivo del transportador de serotonina (SERT), poco efecto sobre el transportador de noradrenalina.	Aumento agudo de la actividad sináptica serotoninérgica, cambios menores en varias vías de señal y en la actividad neurotrófica.	Depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastorno de pánico, TOC, trastorno estrés postraumático, síntomas vasomotores de la perimenopausia.
Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (SNRI) Duloxetina Venlafaxina	Bloqueo moderadamente selectivo de NET y SERT	Incremento agudo de la actividad sináptica serotoninérgica y adrenérgica.	Depresión mayor, trastornos de dolor crónico, fibromialgia, síntomas de perimenopausia.
Antidepresivos tricíclicos TCA Imipramina Muchas otras	Bloqueo mixto y variable del NET y SERT.	Como SNRI más bloqueo significativo del sistema nervioso autónomo y los receptores de histamina.	Depresión mayor que no responde a otros fármacos, trastornos de dolor crónico, incontinencia, TOC.
Antagonistas de 5-HT2 Nefazodona Trazodona	Inhibición del receptor 5HT2 nefazodona produce bloqueo leve de SERT.	La trazodona forma un metabolito (m-cpp) que bloquea los receptores 5HT2.	Depresión mayor, sedación e hipnosis.
Tetracíclicos, unicíclicos Bupropion Amoxapina	Aumento de la actividad de noradrenalina y dopamina, inhibición de NET y SERT	Emisión presináptica de catecolaminas pero sin efecto sobre 5HT	Depresión mayor, cese del tabaquismo, sedación.

Maprotilina Mirtazapina	aumento de la secreción de noradrenalina.		
Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI) Fenecina Tranilcipromina Selegilina	Bloqueo de MAO-A y MAO-B	Absorción transdérmica de selegilina permite alcanzar concentraciones que inhiben la MAO-A	Depresión mayor que no responde a otros fármacos

Fuente: Farmacología básica y clínica.²²

Anexo 11.4. Procedimiento para obtención de la muestra

Se obtuvo la proporción de cada subgrupo con respecto a la población, de la siguiente manera:

- Cuarto año: 375 estudiantes

$$\frac{375 * 100}{1238} = 30.3\%$$

- Quinto año: 415 estudiantes

$$\frac{415 * 100}{1238} = 33.5\%$$

- EPS rural: 224 estudiantes

$$\frac{224 * 100}{1238} = 18.2\%$$

- EPS hospitalario: 224 estudiantes

$$\frac{224 * 100}{1238} = 18.2\%$$

Luego se distribuyó la muestra de acuerdo a los porcentajes obtenidos, que representa cada año en la población.

- Cuarto año

$$375 \text{ estudiantes} = 30.3\% \rightarrow \frac{326 * 30.3}{100} = 98.7$$

- Quinto año

$$415 \text{ estudiantes} = 33.5\% \rightarrow \frac{326 * 33.5}{100} = 109.1$$

- EPS rural y hospitalario

$$224 \text{ estudiantes} = 18.2\% \rightarrow \frac{326 * 18.2}{100} = 59.3$$

Anexo 11.5. Instrumento de recolección de datos



Universidad de San Carlos de Guatemala.
Facultad de Ciencias Médicas.

“Tamizaje de sintomatología mental en estudiantes
de la carrera de Ciencias Médicas”



SCL-90-R.

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Código: _____ **Edad:** _____

Instrucciones: marque con una X las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer ☐ **varón** ☐

Año académico: **4to.** ☐ **5to.** ☐ **EPSR** ☐ **EPSH** ☐

Ha repetido algún año: **Si** ☐ **No** ☐

Si su respuesta fue si, marque con una x la cantidad de años repetidos:

1 ☐ **2-3** ☐ **≥4** ☐

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene las personas.
Lea cada uno de ellos y marque con una X en la casilla correspondiente, pensando en
cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la
última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

		Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1	Dolores de cabeza.					
2	Nerviosismo.					
3	Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4	Sensación de mareo o desmayo.					
5	Falta de interés en relaciones sexuales.					
6	Criticar a los demás.					
7	Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8	Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9	Tener dificultad para memorizar cosas.					
10	Estar preocupado/a, por mi falta de ganas para hacer algo.					
11	Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12	Dolores de pecho.					
13	Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14	Sentirme con muy pocas energías.					
15	Pensar en quitarme la vida.					

		Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
16	Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17	Temblores en mi cuerpo.					
18	Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19	No tener ganas de comer.					
20	Llorar por cualquier cosa.					
21	Sentirme incomodo/a con personas del otro sexo.					
22	Sentirme atrapado/a o encerrado/a.					
23	Asustarme de repente sin razón alguna.					
24	Explotar y no poder controlarme.					
25	Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26	Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27	Dolores en la espalda.					
28	No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29	Sentirme solo/a.					
30	Sentirme triste.					
31	Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32	No tener interés por nada.					
33	Tener miedos.					
34	Sentirme herido en mis sentimientos.					
35	Creer que la gente sabe que estoy pensando.					
36	Sentir que no me comprenden.					
37	Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39	Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40	Nauseas o dolor de estómago.					
41	Sentirme inferior a los demás.					
42	Calambres en manos, brazos o piernas.					
43	Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44	Tener problemas para dormir.					
45	Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46	Tener dificultades para tomar decisiones.					
47	Tener miedo de viajar en tren, ómnibus, subterráneos.					
48	Tener dificultades para respirar bien.					
49	Atraques de frío o de calor.					
50	Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51	Sentirme que mi mente queda en blanco.					
52	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53	Tener un nudo en la garganta.					
54	Perder las esperanzas en el futuro.					
55	Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57	Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.					
58	Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					
59	Pensar que me estoy por morir.					
60	Comer demasiado.					
61	Sentirme incomodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62	Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63	Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64	Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65	Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					

		Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
66	Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67	Necesitar romper o destrozar cosas.					
68	Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69	Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70	Sentirme incomodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71	Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72	Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73	Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74	Meterme muy seguido en discusiones.					
75	Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76	Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77	Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78	Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79	Sentirme un/a inútil.					
80	Sentir que algo malo me va a pasar.					
81	Gritar o tirar cosas.					
82	Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83	Sentir que se aprovechan de mi si los dejo.					
84	Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85	Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86	Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87	Sentir que algo anda mala en mi cuerpo.					
88	Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89	Sentirme culpable.					
90	Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

Anexo 11.6. Consentimiento informado



Universidad de San Carlos de Guatemala.
Facultad de Ciencias Médicas.

“Tamizaje de sintomatología mental en estudiantes de
la Facultad de Ciencias Médicas”



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando sobre la Salud mental en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. A continuación, le proporcionaremos información, e invitaremos a participar en nuestro estudio. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, deténganos según le informamos para darnos tiempo de explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede hacérselas cuando crea más conveniente.

Los trastornos de salud mental constituyen un problema prevalente en estudiantes de medicina. A nivel mundial, existen estudios que demuestran el desequilibrio en salud mental de los estudiantes que cursan la carrera de medicina. Enfatizando que, existe una diferencia marcada entre los rangos de la población en general y de otras carreras universitarias, con la que representan los estudiantes de medicina. A partir del año de cursar con algún trastorno psicológico, se nota un deterioro de la salud mental, se incrementa las tasas de depresión, y ansiedad; además de alto consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, lo cual aumenta la ideación suicida bastante por encima de las demás carreras. Sin embargo, a nivel nacional, no existen investigaciones que engloban los diferentes componentes que desequilibran una salud mental adecuada en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Estamos invitando para este estudio a estudiantes de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan actualmente cuarto, quinto y sexto año (EPS rural y EPS hospitalario) de la carrera de médico y cirujano, para evaluar la salud mental y determinar la existencia de alteraciones basados en el test SCL-90, así como ayudarles a que tengan una mejor calidad de vida.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, esto no afectara su situación académica. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

El procedimiento que se llevara a cabo en su persona es el siguiente:

Se le pasara una lista con 90 preguntas en donde tendrá que colocar una X en la casilla correspondiente, (nada, muy poco, poco, bastante, mucho.) pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante los últimos siete días, recuerde que no hay respuestas buenas o malas, todas sirven. De presentar alteración en el tamizaje, se contactará directamente al estudiante afectado y se referirá a la clínica de estilos de vida saludable de UNADE en donde se dará seguimiento por profesionales expertos.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se he contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado.

Nombre del participante:

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador:

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado_____

Anexo 11.7 Tablas de resultados

Tabla 11.7.1. Sintomatología mental englobada en nueve dimensiones clasificada según severidad

Dimensión	Sin riesgo (%)	Riesgo moderado (%)	Riesgo elevado (%)
Psicoticismo	92.95	5.21	1.84
Ideación paranoide	91.1	7.36	1.53
Ansiedad fóbica	91.1	6.44	2.45
Hostilidad	91.71	6.44	1.84
Ansiedad	91.41	7.05	1.53
Depresión	90.79	7.36	1.84
Sensibilidad interpersonal	90.18	8.89	0.92
Obsesiones y compulsiones	90.49	9.5	-
Somatizaciones	92.33	5.52	2.14

Tabla 11.7.2. Índice total de síntomas positivos del test SCLR-90 según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	Se muestra mejor de lo que realmente está %	Exagera sus patologías %
Total	2.14	13.19
Sexo		
Femenino	28.57	44.19
Masculino	71.43	55.81
Edad		
< 20 años	-	2.33
20 – 25 años	87.71	74.42
26 – 30 años	12.29	23.25
>30 años	-	-
Año académico		
Cuarto	14.29	44.19
Quinto	28.57	25.58
EPS rural	42.85	6.98
EPS hospitalario	14.29	23.25
Repitencia		
Sí	57.14	55.81
No	42.86	44.19
Número de años repetidos		
1	25	50
2-3	75	33.33
>4	-	16.67

Tabla 11.7.3. Índice de severidad global del test SCLR-90 según sexo, edad, año académico, repitencia y cantidad de años repetidos

	Sin severidad %	Probable presencia de patología psiquiátrica %
Total	96.63	3.37
Sexo		
Femenino	47.61	81.81
Masculino	52.39	18.19
Edad		
< 20 años	-	9.09
20 – 25 años	84.13	72.73
26 – 30 años	15.24	18.18
>30 años	0.83	-
Año académico		
Cuarto	29.84	45.46
Quinto	33.65	27.27
EPS rural	18.73	-
EPS hospitalario	17.78	27.27
Repitencia		
Sí	60.32	45.45
No	39.68	54.55
Número de años repetidos		
1	42.10	60
2-3	53.68	20
>4	4.22	20

Tabla 11.7.4. Sintomatología mental englobada en nueve dimensiones

Dimensión	Sin riesgo		Con riesgo	
	f	%	F	%
Sensibilidad interpersonal	294	90.18	32	9.81
Obsesiones y compulsiones	295	90.49	31	9.50
Depresión	296	90.79	30	9.20
Ansiedad fóbica	297	91.10	29	8.89
Ideación paranoide	297	91.10	29	8.89
Ansiedad	298	91.41	28	8.58
Hostilidad	299	91.71	27	8.28
Somatizaciones	301	92.33	25	7.66
Psicoticismo	303	92.95	23	7.05

Tabla 11.7.5. Caracterización de los estudiantes afectados según variables estudiadas

	n = 78	
	f	%
Sexo		
Femenino	44	56.41
Masculino	34	43.59
Edad		
< 20 años	1	1.28
20-25 años	61	78.21
26-30 años	16	20.51
>30 años	0	0
Año académico		
Cuarto	28	35.9
Quinto	27	34.6
EPS hospitalario	16	20.5
EPS rural	7	8.97
Repitencia		
Sí	45	57.69
No	33	42.30
Número de años repetidos		
1	17	37.77
2-3	23	51.11
≥4	5	11.12

Anexo 11.8. Codificación por colores por dimensión en base de datos.

Codificación por colores		
Color	Categoría	Código
	Somatización , promedio de somatización, respuestas de somatización, media de somatización, desviación estándar de somatización, puntuación z de somatización y puntuación T de somatización. Preguntas correspondientes a somatización.	SOM, SOMp, SOMr, SOMmed, SOMdt, SOMpz, SOMpt. 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
	Obsesiones y compulsiones , promedio de obsesiones y compulsiones, respuestas de obsesiones y compulsiones, media de obsesiones y compulsiones, desviación estándar de obsesiones y compulsiones, puntuación z de obsesiones y compulsiones y puntuación T de obsesiones y compulsiones. Preguntas correspondientes a obsesiones y compulsiones.	OBS, OBSp, OBSr, OBSmed, OBSdt, OBSpz, OBSpt. 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
	Sensibilidad interpersonal , promedio de Sensibilidad interpersonal, respuestas de Sensibilidad interpersonal, media de Sensibilidad interpersonal, desviación estándar de Sensibilidad interpersonal, puntuación z de Sensibilidad interpersonal y puntuación T de Sensibilidad interpersonal. Preguntas correspondientes a sensibilidad interpersonal.	SI, SIp, SIr, SImed, SI dt, SIpz, SIpt. 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
	Depresión , promedio de Depresión, respuestas de Depresión, media de Depresión, desviación estándar de Depresión, puntuación z de Depresión y puntuación T de Depresión. Preguntas correspondientes a depresión.	DEP, DEPp, DEPr, DEPmed, DEPdt, DEPpz, DEPpt. 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
	Ansiedad , promedio de ansiedad, respuestas de ansiedad, media de ansiedad, desviación estándar de ansiedad, puntuación z de ansiedad y puntuación T de ansiedad. Preguntas correspondientes a ansiedad.	ANS, ANSp, ANSmed, ANSdt, ANSr, ANSpz, ANSpt. 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
	Hostilidad , promedio de Hostilidad, respuestas de Hostilidad, media de Hostilidad, desviación estándar de Hostilidad, puntuación z de Hostilidades y puntuación T de Hostilidad. Preguntas correspondientes a hostilidad	HOS,HOSp, HOSr, HOSmed, HOSdt, HOSpz, HOSpt. 11, 24, 63, 67, 74, 81

	Ansiedad fobica , promedio de ansiedad fobica, respuestas de ansiedad fobica, media de ansiedad fobica, desviación estándar de ansiedad fobica, puntuación z de ansiedad fobica y puntuación T de ansiedad fobica. Preguntas correspondientes a ansiedad fobica.	FOB, FOBp, FOBp, FOBmed, FOBdt, FOBpz, FOBpt. 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
	Ideación paranoide , promedio de Ideación paranoide, respuestas de Ideación paranoide, media de Ideación paranoide, desviación estándar de Ideación paranoide, puntuación z de Ideación paranoide y puntuación T de Ideación paranoide. Preguntas correspondientes a ideación paranoide.	PAR, PARp, PARr, PARmed, PARdt, PARpz, PARpt. 8, 18, 43, 68, 76, 83
	Psicoticismo , promedio de Psicoticismo, respuestas de Psicoticismo, media de Psicoticismo, desviación estándar de Psicoticismo, puntuación z de Psicoticismos y puntuación T de Psicoticismo. Preguntas correspondientes a psicoticismo.	PSIC, PSICp, PSICr, PSICmed, PSICdt, PSICpz, PSICpt. 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90
	Ítems adicionales , promedio de Ítems adicionales, respuestas de Ítems adicionales, media de Ítems adicionales, desviación estándar de Ítems adicionales, puntuación z de Ítems adicionales y puntuación T de Ítems adicionales. Preguntas correspondientes a ítems adicionales.	IA, IAp, IAr, IAm, IAdt, IApz, Iapt. 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89
	Total de síntomas positivos, índice de malestar positivo, índice de severidad global. Suma total.	TSP, PSDI, ISG, SUMA
	Índice de severidad global (puntuación T)	ISGmed, ISGdt, ISGpz, ISGpt

Anexo 11.9. Carta de compromiso firmada por UNADE

Se adjunta a continuación la carta por parte de la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil (UNADE) en donde se expone que se dará apoyo profesional tanto psicológico como psiquiátrico a los estudiantes con resultados positivos en el test SCL-90R.

 USAC TRICENTENARIA Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil	REF-UNADE 00126-2018	 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
---	-----------------------------	--

Guatemala, 02 de julio de 2018

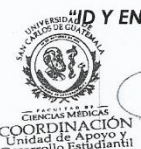
Doctor
César García
Coordinador de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Doctor García:

Le saludo de manera cordial deseándole éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para hacerle saber que los estudiantes pendientes de Graduación **Ckandy Paola Rodas Doniz, Zilda María Gordillo García, Karen Andrea López Pérez y Diego Vinicio Tojes Pacheco**, el día de hoy entregador a la Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil los resultados de 78 estudiantes que fueron parte de la Muestra del Estudio **"Tamizaje de Sintomatología Mental en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas"** Los cuales presentaron resultados positivos en el test aplicado y el Test es **"SCL-90R"**.

La Unidad de Apoyo y Desarrollo Estudiantil, dará apoyo profesional tanto psicológico como psiquiátrico a los alumnos que presentaron algún trastorno de personalidad.

Agradeciendo de antemano su atención, me despido.



Dra. Telma Patricia Véliz de López, MSc. PhD.
Coordinadora Programa Estilos de Vida Saludable
Facultad de Ciencias Médicas
-UNADE-

C.c Dra. Aida Barrera

4to. Nivel, Edificio D
Centro Universitario Metropolitano –CUM–
9 Avenida 9-45 Zona 11 - Teléfono 2418 7410
unademedicina@usac.edu.gt