



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“Trastornos Psiquiátricos no Diagnosticados en
Pacientes Hospitalizados en el área de Clínica del
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014.”**

**Tesis previa a la obtención
del Título de Médica.**

AUTORAS: **Lourdes Paola Baculima Pintado**
Azucena Beatriz Iñamagua Quito
Mónica Carolina Sánchez Guamán

DIRECTOR: **Doctor José Marcelo Ordoñez Mancheno**

ASESOR: **Doctor Manuel Ismael Morocho Malla**

CUENCA – ECUADOR

2014



RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados y su asociación con edad, sexo, estado civil, ocupación y la enfermedad médica en pacientes hospitalizados.

Materiales y métodos: es un estudio transversal; que incluye a pacientes del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. El universo corresponde a 2026 pacientes y la muestra es de 236 pacientes calculado con el EPIDAT utilizando 95% de confianza, error muestral de 6% y una prevalencia estimada del 50%. El instrumento utilizado es la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión en español 5.0.0.

Resultados: se encontró una prevalencia de 50,85% (n=120) de trastornos psiquiátricos no diagnosticados según la MINI. El episodio depresivo mayor es de 32,7% y muestra asociación estadística con edad mayor de 60 años en un 30,9% (RP 1,65 IC 1,19-2,11 p=0,035), estado civil viudo 44% (RP 2,16 IC 1,69-2,68 p=0,008), insuficiencia cardiaca 53,8% (RP 2,55 IC 1,99-3,12 p=0,006) y diabetes mellitus tipo 2 con 43,8% (RP 2,23 IC 1,75-2,71 p=0,003). El riesgo de suicidio tiene una prevalencia de 18,2%, representando por riesgo leve en un 51,1% que muestra asociación estadística con estado civil viudo del 20% (RP 3,52 IC 2,56-4,47 p=0,009) y enfermedad renal crónica 23,1% (RP 3,68 IC 2,56-4,79 p=0,023). El trastorno de ansiedad generalizada con una prevalencia de 9,3% asociándose al estado civil viudo con el 16% (RP 2,25 IC 1,23-3,27 p=0,122).

Conclusiones: La prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados es elevada, demostrando limitaciones en los médicos no psiquiatras en el diagnóstico de la salud mental de sus pacientes. Las patologías con mayor prevalencia corresponden a episodio depresivo mayor, riesgo suicida y trastorno de ansiedad generalizada.

Palabras claves: PSICOLOGÍA; PSIQUIATRÍA; TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS; DEPRESIÓN; ANSIEDAD; RIESGO DE SUICIDIO; MINI; HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of undiagnosed psychiatric disorders and their association with age, sex, marital status, occupation and medical illness in hospitalized patients.

Methods: Cross-sectional study; which includes Clinic area patients of Vicente Corral Moscoso Hospital. The universe corresponding to 2026 patients and 236 patients sample is calculated using the EPIDAT with 95% confidence, the sampling error of 6% and an estimated 50% of prevalence. The instrument used is the Mini International Neuropsychiatric Interview, version 5.0.0 in Spanish.

Results: The prevalence of psychiatric disorders diagnosed according to the MINI was 50.85% (n = 120). Major depressive episode is 32.7% and shows statistical association with age over 60 years at 30.9% (OR 1.65 CI 1.19 to 2.11 p = 0.035), marital status widowed 44% (RP IC 2.16 1.69 to 2.68 p = 0.008), heart failure 53.8% (OR 2.55 CI 1.99 to 3.12 p = 0.006) and diabetes mellitus type 2 with 43.8% (OR 2.23 CI 1.75 to 2.71 p = 0.003). The risk of suicide has a prevalence of 18.2%, representing a slight risk by 51.1% showing statistical association with marital status widowed 20% (OR 3.52 CI 2.56 to 4.47 p = 0.009) and chronic kidney disease 23.1% (OR 3.68 CI 2.56 to 4.79 p = 0.023). Generalized anxiety disorder with a prevalence of 9.3% widowed marital status to partnering with 16% (OR 2.25 CI 1.23 to 3.27 p = 0.122).

Conclusions: The prevalence of undiagnosed psychiatric disorders is high, demonstrating limitations in non-psychiatric physicians in the diagnosis of the mental health of their patients. The most prevalent diseases are a major depressive episode, suicide risk and generalized anxiety disorder.

Keywords: PSYCHIATRIC; PSYCHOLOGY; PSYCHIATRIC DISORDERS; DEPRESSION; ANXIETY; SUICIDE RISK; MINI, VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL, CUENCA-ECUADOR.



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
TABLA DE CONTENIDO	3
DEDICATORIA.....	11
AGRADECIMIENTO	12
CAPÍTULO I.....	13
1.1. INTRODUCCION	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	15
CAPITULO II.....	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. PSQUIATRÍA DE ENLACE	17
2.1.1. Causas de solicitud de interconsulta	17
2.1.2. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad.....	18
2.1.3. Comorbilidad médica con trastornos mentales no diagnosticados	19
2.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSQUIÁTRICOS EN	
PACIENTES HOSPITALIZADOS.....	20
2.2.1. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO.....	20
2.2.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	25
2.2.3. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL	30
2.2.4. ABUSO DE SUSTANCIAS.....	32
2.2.5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	34
2.3. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI)	
36	
CAPÍTULO III	39
3.1. HIPÓTESIS	39



3.2. OBJETIVO GENERAL	39
3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS	39
CAPÍTULO IV	40
DISEÑO METODOLÓGICO	40
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	40
4.2. AREA DE ESTUDIO	40
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	40
4.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	40
4.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
4.6. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	41
4.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACION.....	42
4.8. PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	42
CAPITULO V	43
RESULTADOS	43
5.1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población de estudio	43
5.2. Caracterización demográfica de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico según la MINI	44
5.3. Prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados por la MINI y su asociación con la enfermedad médica	48
5.4. Factores de riesgo asociados a trastornos psiquiátricos diagnosticados a través de la MINI.	51
CAPITULO VI.....	64
6.1. DISCUSION	64
6.2. CONCLUSIONES	70
6.3. RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS.....	78



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Lourdes Paola Baculima Pintado, autora de la tesis "TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Medicina General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio 2014

Lourdes Paola Baculima Pintado

C.I. 010474533-6

Lourdes Paola Baculima Pintado
Asesora Técnica / Maestría en Quito
Médica Carolina Sánchez Guzmán



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Lourdes Paola Baculima Pintado, autora de la tesis "TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA - 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio 2014.

Lourdes Paola Baculima Pintado

Ci: 01047455336

Lourdes Paola Baculima Pintado
Azucena Beatriz Iñamagua Quito
Mónica Carolina Sánchez Guamán





Yo, Azucena Beatriz Iñamagua Quito, autora de la tesis "TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA - 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Medicina General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio 2014



Azucena Beatriz Iñamagua Quito
C.I. 010556514-7



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Yo, Azucena Beatriz Iñamagua Quito, autora de la tesis "TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CÓRRAL MOSCOSO CUENCA - 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio 2014



Azucena Beatriz Iñamagua Quito

C.I. 010556514-7



Yo, Mónica Carolina Sánchez Guamán, autora de la tesis "TRASTORNOS PSIQUIATRICOS NO DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Medicina General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio 2014

Mónica Carolina Sánchez Guamán

C.I. 010655404-1



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Mónica Carolina Sánchez Guamán, autora de la tesis "TRASTORNOS PSIQUIATRICOS NO DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA - 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio 2014.

Mónica Carolina Sánchez Guamán

C.I. 010655404-1



DEDICATORIA

Este trabajo de Investigación va dedicado con todo nuestro amor y esfuerzo hacia esas personas que nos motivaron y enseñaron lo valioso y gratificante que es luchar por nuestros sueños y deseos de superación, siguiendo el afamado esquema correcto de la vida. Sin lugar a duda estas personas son cada uno de nuestros familiares, que han estado con nosotros día a día al igual que los que ya nos observan desde el cielo conjuntamente con el Creador.

Las Autoras



AGRADECIMIENTO

La mínima expresión que pudiésemos redactar, es un GRACIAS infinito hacia las personas que colaboraron para la culminación exitosa de este trabajo. En especial, un merecido reconocimiento para con nuestro director el Dr. José Ordoñez y asesor de tesis el Dr. Ismael Morocho, quienes nos han brindado su tiempo, apoyo, experiencia y conocimiento; a nuestra Universidad, que nos albergó varios años y nos dió de las mejores experiencias que podíamos haber vivido, pues, nos mostró lo capaces que somos al estar dentro y fuera de un salón de clases; a nuestros diferentes docentes que al casi llegar a la cúspide de nuestra meta nos dieron el honor de llamarnos colegas. Gracias eternamente porque por ustedes estamos donde estamos.

Las autoras



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCION

Los pacientes que cursan un cuadro patológico están sometidos al estrés que produce la propia enfermedad, la hospitalización, sus complicaciones y los efectos que su condición médica ocasiona en su familia. Ello determina la afectación de su salud emocional con la consecuente aparición de comorbilidad médica y psiquiátrica, constituyendo un verdadero problema de salud que no está siendo diagnosticado y que afecta la evolución y pronóstico de los pacientes hospitalizados.

La coexistencia de la enfermedad médica y psiquiátrica determinó la aparición de la psiquiatría de enlace en los servicios de salud, con el fin de lograr un tratamiento integral del enfermo. Sin embargo no se ha logrado su completa integración en los equipos de salud debido a la falta de conocimiento, capacitación y/o asignación de recursos en los servicios de atención general; reflejándose en la falta de diagnóstico de estos trastornos, existiendo interconsulta psiquiátrica en un 0,7 a 10% de potenciales pacientes.⁽¹⁾ Generalmente estas interconsultas están dirigidas a pacientes con síntomas psiquiátricos claros en un 38,6%, con quejas somáticas inexplicables 18,6%, autoagresión deliberada 17%, adicciones 7,2% o con dificultades para afrontar enfermedades médicas 4,1% según la investigación realizada en varios centros hospitalarios de 11 países europeos.⁽²⁾

La depresión es la complicación psiquiátrica más frecuente en los pacientes médico hospitalizados ya sea de forma transitoria o permanente, encontrándose que cerca del 50% reúnen criterios para un trastorno depresivo,⁽³⁾ siendo los adultos mayores, la población más afectada con una prevalencia de 25 a 40%.⁽⁴⁾

En nuestra sociedad, el alcoholismo es un grave problema de salud, ya que su consumo inicia en edades tempranas (12 a 18 años), siendo más frecuente su consumo en jóvenes cuyas edades oscilan entre 19 y 25 años. Reportes de la OMS indican que Ecuador es el segundo país con mayor consumo de bebidas alcohólicas en Latinoamérica. Aunque sus tasas de mortalidad no reflejan este



hecho siendo de 5,9 por cada 100.000 defunciones anuales. El consumo de alcohol no solo implica problemas físicos; si no que también afecta condiciones socioeconómicas y del desarrollo, agravando su estado de salud. ⁽⁵⁾

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos psiquiátricos afectan al paciente desde el momento del diagnóstico de la patología médica y se desarrollan de forma progresiva, deteriorando paulatinamente al paciente desde el punto de vista psico-afectivo, e interfiriendo en su recuperación y en su desarrollo individual, familiar y social. Por lo tanto un diagnóstico adecuado de las enfermedades mentales ayuda a dar una atención integral para el beneficio de los pacientes; sin embargo en los hospitales generales se da importancia principalmente a los diagnósticos clínicos. Esto puede deberse a un conocimiento psiquiátrico inadecuado, la creencia de que la intervención psiquiátrica es inútil y miedo de estigmatizar a estos pacientes, constituyendo una barrera para la referencia psiquiátrica. ⁽⁶⁾ En el estudio realizado en Chile, se encontró que los médicos de atención primaria omitieron el diagnóstico de depresión en un 60% de los pacientes que acudieron a la consulta, los mismos que fueron diagnosticados con la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg verificados con la Entrevista Estructurada basada en criterios del DSM IV. ⁽⁷⁾

Existen varios estudios que buscan esclarecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados de diversos grupos de edades y con diversos instrumentos; que arrojan resultados variables. Uno de ellos, realizado en China en pacientes con patología gastrointestinal, utilizando como instrumento la MINI, encontró una prevalencia de 14,39% de depresión, 9,42% de ansiedad. ⁽⁸⁾ Otro estudio realizado en pacientes hipertensos internados en cardiología, con la misma herramienta, encontró depresión en el 20% de los pacientes, episodio maníaco e hipomaníaco en el 20%, abuso y dependencia de alcohol en el 5,7%, trastorno de angustia en el 2,9% y 8,6% para trastornos de ansiedad generalizada. ⁽⁹⁾ El estudio realizado por Hernández et al en el servicio de Medicina Interna de un Hospital de Santiago de Chile utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM IV (SCID) demuestra una prevalencia de 62,2% de trastornos psiquiátricos en los pacientes, de los



cuales el 42% presentaba de 2 a 4 cuadros psiquiátricos comórbidos.⁽¹⁰⁾ Mientras que en la clínica universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia, se encontró una prevalencia de 44,5% de trastornos psiquiátricos en pacientes medico quirúrgicos hospitalizados a los que se le realizó una entrevista clínica por personal capacitado en su diagnóstico.⁽¹¹⁾

En nuestro medio, un estudio realizado en el Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil se obtuvo que el 19,2% de los pacientes padece de depresión mayor, y esta cifra asciende en enfermedades crónicas hasta un 40%, encontrándose como factores de riesgo: el sexo femenino, estar desempleado, padecer de enfermedad hematológica u oncológica, entre otros. Sin encontrarse estudios de otros trastornos psiquiátricos, no menos importantes, asociados a patología médica.⁽¹²⁾

Esta situación hace necesario investigar *la Prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados y su asociación con la enfermedad médica de los pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso*, con lo cual buscaremos responder las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados en los pacientes hospitalizados?
- ¿Quiénes presentan mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados, según edad, sexo, estado civil, ocupación e instrucción?
- ¿Existe comorbilidad entre patología médica y psiquiátrica?
- ¿Cuáles son las enfermedades médicas que mayormente inciden en la aparición de los trastornos psiquiátricos no diagnosticados?
- ¿Son factores de riesgo la edad, sexo, estado civil, ocupación e instrucción para la aparición de trastornos psiquiátricos?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La forma como se conducen las investigaciones en epidemiología psiquiátrica en América Latina ha impedido que los resultados sean ampliamente conocidos; además, se han realizado pocos estudios comparativos de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en diferentes países latinoamericanos, en donde se ha encontrado que los más comunes son la dependencia al



alcohol, la depresión y la ansiedad. En nuestra localidad se ha estudiado trastornos psiquiátricos específicos asociados a hospitalización, uno de ellos la depresión. La misma que tiene una prevalencia de 33% en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso. ⁽¹³⁾

La coexistencia de enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos ha demostrado ser una condición que afectan la evolución y el pronóstico de los enfermos, aumentando de forma considerable el tiempo de estadía hospitalaria y las dificultades en la adherencia a los tratamientos.

Las repercusiones que trae centrarse en la patología orgánica, sin considerar al paciente como un ser integral, da como resultado final el alta del paciente solamente con tratamiento para sus patologías físicas, sin identificar trastornos mentales que continuaran afectando su calidad de vida.

Un problema que influye en la atención psiquiátrica es la falta de especialistas en este campo, según la OMS casi la mitad de la población mundial vive en países donde hay un psiquiatra para atender a 200 000 personas en promedio; ⁽¹⁴⁾ por lo que es necesario la capacitación de los profesionales de salud en esta área para el diagnóstico y tratamiento oportuno de sus pacientes.

Los resultados de nuestra investigación contribuyen a la identificación de los trastornos psiquiátricos que no están siendo diagnosticados, además de brindar una guía real de la frecuencia con la que se presentan en los pacientes hospitalizados, permitiendo facilitar el diseño y la implementación de recursos asistenciales adecuados para todo tipo de pacientes y a futuro iniciar estrategias de prevención, tratamiento, y rehabilitación de los pacientes durante su estancia hospitalaria.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Con el fin de mejorar el servicio atención médica hospitalaria se ha propuesto un área conocida como la psiquiatría de enlace.

2.1. PSIQUIATRÍA DE ENLACE

“Lipowski define la psiquiatría de enlace, como el área de la psiquiatría clínica que incluye todas las actividades diagnósticas, terapéuticas, docentes y de investigación que realizan los psiquiatras en las áreas no psiquiátricas de un hospital general”.⁽¹⁵⁾

Su objetivo principal es la integración del psiquiatra en el equipo de salud, proporcionando una atención especializada y coordinada a pacientes con morbilidad previa, concomitante o posterior a las alteraciones emocionales que surgen de los diagnósticos y tratamientos médicos.^{(16) (17)} Estudios realizados en hospitales generales encuentran que los servicios de medicina interna son quienes más solicitan interconsulta a psiquiatría en un 22,7%; mientras que cirugía y maternidad la solicitan en un 17,3 y 13,6% respectivamente. En relación a los factores de riesgo para la necesidad de interconsulta son el sexo femenino con un 57,3%, pacientes menores de 50 años 70%, de estado civil casados 45,4%, instrucción primaria 16,4%, desempleo 71,8%. En cuanto al día de hospitalización en el que recibieron la consulta psiquiátrica es más frecuente el primer día 70%, a las 48 horas 40% y 5% el tercer día.⁽¹⁸⁾ Otro estudio en Jamaica señala una tasa global de interconsulta de 1,5%, siendo los servicios de cuidados intensivos, medicina general, cirugía general y ortopedia con 5%, 2%, 2% y 2% respectivamente.⁽⁶⁾

2.1.1. Causas de solicitud de interconsulta

Problemas comunes en los servicios médicos no psiquiátricos.

En Europa, las causas para la referencia en pacientes médico quirúrgicos son síntomas psiquiátricos o quejas somáticas inexplicables en un 57,2%, pacientes que se han auto inferido lesiones 17%, abuso de sustancias 7% y dificultad para afrontar la enfermedad médica 4,1%. Al ser evaluados por



psiquiatras, se diagnosticó cuadros reactivos y neuróticos en un 43 y 44,9%, desórdenes de la personalidad 35%, cuadros orgánicos en un 30 y 10%, psicosis entre el 18 y 8%, alcoholismo 3,3 y 8%.⁽²⁾

En Jamaica se encontró que las patologías para las que se solicita interconsulta son la depresión en un 9%, ideación suicida 10% y comportamiento extraño 9%, otros 20,9% en donde se incluyen categorías como antecedente de enfermedades psiquiátricas, pensamientos obsesivos, etc. El servicio de psiquiatría diagnosticó en estos pacientes trastornos depresivos un 19,9%, trastornos de adaptación 19,9%, trastornos psiquiátricos secundarios a enfermedad médica subyacente 15,4%, psicosis sin esquizofrenia 13,9%. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes de curso de vida en estos pacientes son: depresión mayor en un 17%, abuso y dependencia de alcohol 9,1%, y en tercer lugar el abuso a otras sustancias como cannabis, benzodiazepinas, opioides y cocaína.⁽⁹⁾ Los motivos para solicitar interconsulta en pacientes médico quirúrgicos de diversos hospitales de Santiago de Chile son: problemas del estado de ánimo, uso de sustancias y/o alcohol, ideación suicida, trastornos psicóticos, problemas con el embarazo o puerperio, delirium, ansiedad, además se solicitó apoyo para pacientes que no se adherían a tratamientos médicos, afrontaban mal la enfermedad médica, problemas de personalidad o retraso mental, candidatos a trasplante de órganos o cirugía para la obesidad, y pacientes con problemas psicosociales. En estos pacientes luego de la evaluación psiquiátrica se encontró sin trastorno al 10,2%, reacción de estrés a la enfermedad 5,7% y a la hospitalización 1,1%, depresión 12%, dependencia al alcohol 15,9%, trastornos adaptativos 6,8% y trastornos de la personalidad 22,7%.⁽⁸⁾

2.1.2. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad

Todo individuo cuando enferma experimenta reacciones emocionales ante la enfermedad, pudiendo mostrar diferentes actitudes.⁽¹⁹⁾ En España se encontró que el 28% de enfermos se mostraban optimistas frente a su enfermedad, 27% no resignados pero comprometidos con el tratamiento, 13,5% derrotistas con resentimiento social, pasivos obsesionados por el coste y precio de los tratamientos y el 32% responde a ciertas pautas religiosas y culturales.⁽²⁰⁾



La forma como el paciente reacciona frente a la enfermedad depende de varios factores, entre los que se incluye:

- **Personalidad del enfermo:** influye en los mecanismos de defensa que usan. Así, por ejemplo, las personas dependientes recurrirán a la regresión a estadios precoces del desarrollo, mientras que los pacientes independientes pueden negar la gravedad de la enfermedad. ⁽¹⁹⁾
- **Edad del paciente:** Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación. Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos. ⁽¹⁹⁾
- **Tipo de enfermedad:** Las enfermedades cardíacas, producen ansiedad y miedo ante la muerte es constante. La insuficiencia respiratoria produce un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. El cáncer produce miedo al igual que las enfermedades de transmisión sexual, donde además hay sentimientos de culpa. Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, artritis reumatoide o diabetes mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación y rechazando el tratamiento. ⁽¹⁹⁾
- **Familia y amigos:** dependiente de la dinámica y aceptación de la enfermedad por la familia que influye en el comportamiento del paciente. ⁽¹⁹⁾
- **Personal de salud y ambiente hospitalario:** el enfermo debe adaptarse a nuevos hábitos y personal, frecuentes exploraciones, falta de privacidad e independencia. ⁽¹⁹⁾

2.1.3. Comorbilidad médica con trastornos mentales no diagnosticados

La comorbilidad de patologías médicas con trastornos mentales representa un mayor gasto en salud debido a hospitalizaciones más prolongadas y frecuentes, mayor grado de discapacidad, diagnóstico difícil de esclarecer y más tiempo de los profesionales que resulta en un tratamiento menos efectivo. ⁽²¹⁾

Se desconoce la real frecuencia de trastornos psiquiátricos que acompañan a las enfermedades médicas, debido a la presentación somática de los mismos



que pueden confundirse con otras entidades clínicas o se pasan por alto. Así lo demuestra el estudio “Detección y análisis de síntomas físicos que acompañan a los trastornos de ansiedad y depresión” en el que a través del cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening questionnaire for depressive symptoms) se estableció la prevalencia de episodio depresivo mayor en torno al 15%, trastorno de ansiedad generalizada y distimia de un 13% cada uno. Llegándose a la conclusión de que la presencia de un trastorno psiquiátrico sí podría empeorar el pronóstico de la patología médica de base. ⁽²²⁾

2.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Los trastornos psiquiátricos son anomalías conductuales, que afectan la función cognitiva, emocional y adaptativa dificultando el desarrollo normal del ser humano.

2.2.1. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO

La OMS estima que en los próximos 20 años aumentara significativamente los trastornos mentales. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. ⁽²³⁾

Fisiopatología de la depresión

La predisposición a la depresión, es compleja. Hay varios estudios, en pacientes con depresión a largo plazo, que evidencian dos formas básicas de depresión: la exógena y la endógena en el que intervienen varios factores (genéticos, biológicos y psicosociales).

Dentro de lo biológico la Psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal, mediado por citoquinas y alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión, dentro de las cuales tenemos la reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos. Esto



demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo. ⁽²⁾

La depresión también puede deberse a causas primarias debido a factores bioquímicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos, y a causas secundarias como:

- Herencia, existe un mayor riesgo de padecer depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad en primer grado hasta 1.5-3 veces más, sin embargo, la depresión grave también ocurre en personas que no tienen historia familiar, determinando que hay factores extras que pueden causar la depresión. ⁽²⁴⁾
- Situaciones psicosociales de riesgo que predisponen a padecer de depresión como: muerte de una persona, enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, divorcio, pobre red de apoyo social, pesimismo, autoestima y autoeficacia baja y tendencia a la preocupación excesiva. ⁽³⁾

Existen variaciones del estado de ánimo, patológicas en calidad y en intensidad que incluyen varias categorías como:

Episodio depresivo mayor (EDM)

Según en el DSM IV TR se caracteriza por un período de al menos 2 semanas con un estado de ánimo deprimido, cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía, culpa; dificultad para pensar y pensamientos recurrentes de muerte. Debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo. ⁽²⁵⁾

Trastorno distímico

Es un trastorno afectivo crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión.



Riesgo de suicidio

Es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos, morales. La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos. Los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre su situación vital y sus emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación).

Episodio maníaco

El estado de ánimo es anormal y muy elevado, expansivo o irritable que debe durar, al menos, 1 semana (siempre menos si se requiere de hospitalización). Lo expansivo de este episodio, lleva al sujeto a un incesante entusiasmo en las interacciones interpersonales, laborales o sexuales. Es característica también, la labilidad en este estado.

Episodio hipomaníaco

Existe un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días. Incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves.

Factores de riesgo asociados a la depresión y riesgo suicida y su prevalencia en pacientes hospitalizados

En el largo camino de la vida del ser humano, van a influir muchos factores sociales, ambientales, biológicos y psíquicos que determinan su salud mental, espiritual y física; es por eso que en varios estudios revelan los factores de riesgo que determinan la aparición de la depresión y su relación con el riesgo de suicidio.

En un estudio realizado en la población adulta, 1 de cada 5 personas mayores de 64 años tiene síntomas depresivos. La magnitud de la prevalencia estimada se encuentra entre el 8 y el 36,2%. Por otro lado, la prevalencia de depresión



clínica es de un 5%. Así mismo, se halló como factor de riesgo una mala dinámica familiar, la presencia durante varios meses de sucesos vitales estresantes, la falta de apoyo social, deterioro cognitivo, enfermedades que generan discapacidad, evento cerebro vascular y pérdida visual. ⁽²⁶⁾

En la investigación realizada en la población que consulta en los servicios de psicología ofrecidos en varias universidades de Colombia se estableció los niveles de prevalencia de los trastornos mentales, que se presentan con el 51,4%, el trastorno depresivo mayor 26,3%, el cual es menos frecuente en mujeres en un 33,3%, mientras que en hombres es un 66,6%, y de estos; los de condición socioeconómica baja en un 17,1%, medio en un 69% y alto en un 11,6%. Se halló como factores de riesgo para la depresión, los problemas de vivienda, de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, problemas económicos, el ambiente social y los problemas laborales. ⁽²⁷⁾

En ambos estudios se concluye diciendo que la mayoría de los sujetos con síntomas psiquiátricos pasan desapercibidos para el sistema sanitario.

Los individuos que padecen enfermedades médicas crónicas presentan un mayor riesgo de desarrollar trastorno depresivo mayor. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej. Diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales). Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable según el estudio realizado por Alberdi et al. ⁽²⁸⁾

Debido a que la depresión es considerada la más prevalente en la población, el tratamiento usual ha ido perdiendo su eficacia y por ende dificultando el bienestar de la población a tratar. Un estudio realizado para explicar esta resistencia al tratamiento para la depresión, nos indica que primero es necesario confirmar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor unipolar, descartando otros trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar u otras enfermedades médicas no psiquiátricas. Luego de la aclaración diagnóstica, y ante la ausencia de remisión, el médico se ve enfrentado a una gran diversidad en las definiciones y criterios clínicos sugeridos para la resistencia/refractaria al tratamiento (DRT). El DTR se justifica por la presencia de síntomas depresivos residuales (como insomnio, fatiga y ansiedad), que se han asociado de manera



consistente con un pobre efecto antidepresivo, mayor riesgo de recurrencias y de deterioro del funcionamiento psicosocial. Además, en comparación con los pacientes cuya depresión está totalmente en remisión, los pacientes con respuesta incompleta tienen un mayor riesgo de recurrencias, de cronicidad con una duración cada vez más corta entre los episodios, de alteraciones en el rendimiento laboral y de suicidio. Aunque se han utilizado diferentes criterios para definir las DRT, parece que se está llegando a un consenso general respecto a que la resistencia/refractaria del tratamiento es clínicamente significativa cuando un episodio de depresión mayor no ha mejorado después de al menos dos intentos adecuados con distintas clases de antidepresivos (IMAO y ATC). Sin embargo no se puede establecer una real frecuencia para la aparición del DTR, solo se argumenta tener el conocimiento adecuado del paciente y del tratamiento mejor aceptado por el mismo para mejorar su calidad de vida. ⁽²⁹⁾

Debido a una alta relación del suicidio y los trastornos depresivos la OMS (2008) refiere que en el mundo se producen un millón de muertes por suicidio al año y la edad promedio más afectada son los adultos mayores (56,2%). En la Clínica de Dolor del Hospital El Tunal de Bogotá (Colombia) en pacientes con dolor crónico, el 34% presentaba riesgo suicida, y el 25% ideación suicida; el 75,5% de los pacientes presentan síntomas de ansiedad y el 61,2%, de depresión. ⁽³⁰⁾

El estudio realizado en el Municipio de San Luis Cuba, en relación con los factores de riesgo para conducta suicida, se observó una prevalencia de 77,8% en mujeres, mientras que en el sexo masculino solo estuvo representado por 22,2 %; el grupo etario más afectado correspondió entre 12-19 años en un 50 %, le siguió el grupo de 20-29 años. Estos 2 grupos representaron 72,2 % del total; en el caso de la depresión existe 14,15 veces más probabilidad de conducta suicida. Se observó que 29,6 % de los casos presentaban este síntoma. En cuanto a la falta de apoyo familiar representa un 24,1 % con intento suicida previo, de los cuales el 18,5 % de los casos reinciden en el intento suicida. ⁽³¹⁾



2.2.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un sentimiento de temor acompañado de síntomas somáticos debido a una hiperreactividad del sistema nervioso autónomo ante un estímulo (estrés). Sin embargo es un mecanismo importante de defensa para enfrentarse a un peligro.

Fisiopatología

La entrada sensorial de un estímulo va hacia el tálamo anterior y posteriormente hacia la amígdala generando una respuesta autonómica y de comportamiento.

Su conexión con distintas estructuras da lugar a las siguientes reacciones: ⁽³²⁾

- Striatum: proporciona una activación motora esquelética para huir o atacar.
- Núcleo parabranchial: aumenta la frecuencia respiratoria.
- Núcleo lateral hipotalámico: activa el sistema nervioso simpático.
- Locus ceruleus: aumenta la liberación de norepinefrina provocando incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar.
- Núcleo paraventricular del hipotálamo: libera neuropéptidos y adrenocorticoides como respuesta hormonal al estrés.
- Región gris periacueductal: comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
- Núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo produciendo activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
- Núcleo del trigémino y facial motor: produce la expresión facial de miedo y ansiedad

La ansiedad es catalogada como patológica cuando es desproporcionada para la situación, demasiado prolongada o si se presenta sin un motivo externo.



La OMS determina que la ansiedad tiene una prevalencia de 12% en los servicios de atención primaria, con una prevalencia a lo largo de la vida en los Estados Unidos y Países Bajos del 40%, en Turquía 12% y en México 20%. Siendo más frecuente en edades entre 25 y 45 años, en el sexo femenino y además relacionado con condiciones socioeconómicas que perciben bajos ingresos económicos, nivel de instrucción bajo, desempleo y estado civil soltero. ⁽³³⁾ Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un trastorno de ansiedad, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. ⁽¹⁹⁾

En pacientes atendidos en los centros de atención primaria de las ciudades más pobladas de Brasil se encontró una prevalencia de 37,6% de trastornos de ansiedad, además se determinó su asociación con factores demográficos como género femenino (OR 1,7), nivel educativo menor de 4 años (OR 1,2) y de ingresos con menos de la mitad del salario mínimo mensual. (OR 1,3). Lo cual es corroborado con otro estudio realizado en Chile, que demuestra su asociación con bajos ingresos económicos y con sexo femenino pues se encontró 3 veces más probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico si es mujer. ⁽³⁴⁾

Otro estudio señala una prevalencia de ansiedad de 10,6% de pacientes que acuden al servicio de consulta externa de dos centros de salud de la ciudad de México y 5,4% de pacientes que presentan comorbilidad con depresión diagnosticados a través de la M.I.N.I. ⁽³⁵⁾

Los trastornos de ansiedad más comunes diagnosticados a través de la entrevista clínica estructura da SCID en la población de Georgia son el trastorno de estrés postraumático en un 6,6%, trastornos de ansiedad generalizada 5,8% y fobias específicas 4%, dando una prevalencia de trastornos de ansiedad de 19,4% ⁽³⁶⁾, según la OPS en América Latina y Caribe los trastornos de ansiedad más frecuentes son: el trastorno de ansiedad generalizada (3,4%), trastorno obsesivo compulsivo (1,4%) y el trastorno de pánico (1%); mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el trastorno de ansiedad generalizada y en el trastorno de pánico.



Ansiedad generalizada

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación excesiva por asuntos económicos, laborales, de salud, familiares; es decir acontecimientos o conflictos de la vida cotidiana; los cuales están presentes por más de seis meses. En donde al individuo le resulta difícil controlar sus preocupaciones, se asusta con facilidad, tienen dificultad para concentrarse, para dormir además de manifestaciones somáticas como fatiga, cefalea, tensión muscular, temblores, nerviosismo.

Generalmente se acompaña de otros trastornos como, depresión o abuso de sustancias, es más frecuente en mujeres y a menudo relacionado con estrés ambiental crónico.⁽³⁷⁾

Trastorno de angustia o pánico

Son crisis inesperadas y recurrentes de miedo o aprehensión que alcanzan su máxima intensidad en 10 minutos, en donde existe preocupación de tener nuevas crisis, implicaciones de las crisis o cambio del comportamiento durante al menos un mes. Caracterizado por presentar principalmente síntomas somáticos como palpitaciones, transpiración, hormigueo de extremidades, náuseas, dolor de pecho con sensación de fatalidad inminente o miedo a perder el control.

Es importante un diagnóstico oportuno y acertado ya que se relaciona con el uso frecuente de los servicios de salud debido a las manifestaciones somáticas que dan una interpretación errónea, siendo este suceso más frecuente en mujeres puérperas y enfermedades pulmonares.⁽³⁸⁾ Si el paciente no recibe un tratamiento oportuno, puede empezar a evitar las actividades que les causa angustia pudiendo evitar salir de sus casas o hacerlo solo con una persona de su confianza a lo que se denomina agorafobia. Es frecuente su comorbilidad con otras patologías como depresión, abuso de drogas o alcohol.

Agorafobia

Es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde se puede estar con otras personas



desconocidas. Esta frecuentemente asociada a síntomas depresivos, obsesivos y fobia social.

Fobia Social

Es un miedo intenso y persistente a ciertas situaciones sociales como ser juzgado y observado por los demás o hacer cosas que le producirán vergüenza. La persona reconoce este sentimiento como irracional, por lo que se ve afectado el desarrollo personal y su calidad de vida. ⁽³⁹⁾ Los síntomas físicos son enrojecimiento, transpiración intensa, temblor, náuseas y dificultad para hablar.

Estrés Postraumático

Es producido luego de una experiencia aterrizante que involucra daño o amenaza física; se caracteriza por presentar síntomas disociativos, reexperimentación del evento traumático, evitación de estímulos asociados al evento, y ansiedad, con el consecuente deterioro psicosocial; estos síntomas deben durara al menos un mes. Este trastorno puede presentarse en la persona afectada por dicho evento, haberle sucedido a una persona querida o ser testigo del evento traumático. ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾

Entre los factores causales se encuentran ser víctima de violencia o presenciara, ser víctima de delitos violentos como robo o tiroteo, muerte o enfermedad grave de un ser querido, pérdida del empleo, guerra o combate militar, accidentes automovilísticos y aéreos, y eventos catastróficos como huracanes, tornados, e incendios. ⁽⁴²⁾

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Son pensamientos persistentes y perturbadores (obsesiones) acompañados de rituales (compulsiones) para controlar la ansiedad producida por estos pensamientos. Los rituales les resultan agobiantes y reconocen que estos interfieren con sus actividades cotidianas.

Ansiedad en pacientes hospitalizados

La hospitalización genera una gran cantidad de estrés que suele manifestarse con un elevado índice de ansiedad. Los agentes desencadenantes de ansiedad



son principalmente la ideación de la enfermedad y la hospitalización, pero además influyen otros factores como la pérdida de privacidad, la separación de sus familiares, experiencias relacionadas con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad o la falta de información de ésta. ⁽¹⁾ Considerando los efectos negativos que tiene la ansiedad sobre la evolución de los pacientes y sobre su percepción de síntomas como el dolor, se encontró que la ansiedad disminuye el umbral del dolor haciéndolo más intenso. En pacientes con insuficiencia renal se encontró mayor prevalencia de síntomas somáticos principalmente musculo esqueléticos. ⁽⁴³⁾

En el paciente oncológico la ansiedad afecta principalmente en el momento del diagnóstico del cáncer, tratamiento o cuando hay recidiva, provocando síntomas de sufrimiento y perturbaciones del sueño. ⁽⁴⁴⁾ La prevalencia de trastornos de ansiedad en pacientes oncológicos es de 14,6% utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, pero este estudio revela además que los familiares que están a cargo de los cuidados de estos pacientes también presentan una alta prevalencia de trastornos de ansiedad, situándose en un 36,4%. ⁽⁴⁵⁾ En el caso de cáncer testicular se encontró una prevalencia de ansiedad y depresión de 60% en estos pacientes. ⁽⁴⁶⁾ El tipo de personalidad del paciente oncológico puede influir en la aparición de trastornos adaptativos, así personalidades como la ciclotímica que representa el 75%, paranoide el 67%, anancástica el 43% y dependiente 40% son más propensas a desarrollar un trastorno adaptativo mixto; este último se diagnosticó a través de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes oncológicos de Ambato donde se encontró una prevalencia de 44%. ⁽⁴⁷⁾

En pacientes sometidos a hemodiálisis se encontró una prevalencia de 46,6% de ansiedad, de los cuales el 50% presenta síntomas ansiosos leves. La sintomatología está asociada a factores como descenso en la actividad física, disminución de actividades sociales, falta de energía para sus actividades cotidianas. ⁽⁴⁸⁾ En otro estudio realizado en pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis se encontró una prevalencia de 45,7% de trastornos de ansiedad el cual tiene un impacto negativo en la calidad de vida percibida por el enfermo. ⁽⁴⁹⁾



En pacientes hospitalizados en el área de dermatología de un hospital de Sao Paulo se encontró una prevalencia de 52%; en donde la sintomatología de los pacientes más frecuente incluye el nerviosismo, inquietud, insomnio, vigilia después de pocas horas de sueño, irritabilidad. Los autores concluyeron que la alta prevalencia de trastorno de ansiedad se debe al impacto negativo que sufre la funcionalidad y calidad de vida de estos pacientes, ya que la piel al estar expuesta y visible influyen en la autopercepción y relaciones sociales. ⁽⁵⁰⁾

En pacientes hospitalizados en el área de medicina interna con diversas enfermedades crónicas como neoplasias, EPOC, insuficiencia cardíaca y hepática se encontró una prevalencia de 51,1% de trastorno de ansiedad. ⁽⁵¹⁾ Mientras que en pacientes con artritis se encontró 1,9 veces más probabilidad de padecer trastornos de ansiedad que aquellos sin artritis. ⁽⁵²⁾

2.2.3. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

El alcohol es una sustancia psicoactiva de uso extendido y generalizado en el mundo al ser una sustancia permitida legal y socialmente. Su acción resulta de la interacción de factores neuroquímicos, fisiológicos, psicológicos y sociales; y afecta a todos los órganos del cuerpo, gracias a su fácil difusión a través de las membranas biológicas, y al ser capaz de atravesar la membrana hematoencefálica produce una reducción de la transmisión sináptica en el sistema nervioso central actuando como depresor. ⁽⁵³⁾

Además de ser un importante problema de salud pública, su consumo se relaciona con problemas de índole social y del desarrollo; en particular con la violencia, el descuido, el maltrato a menores y el absentismo laboral ⁽⁵⁴⁾; siendo el responsable de una morbilidad y mortalidad considerables. Según la OMS es el causante de 2,3 millones de muertes por año y en el continente americano las tasas de mortalidad por consumo de alcohol, por cada 100.000 defunciones anuales, varían según los países, así encontramos las más altas en El Salvador 27,4, Guatemala 22,3, Nicaragua 21,3, México 17,8 y Brasil 12,2; en comparación con las tasas más bajas que se registran en Colombia 1,8, Venezuela 5,5 y Ecuador 5,9. Sin embargo, las tasas de consumo total de alcohol son más altas en los países con mortalidad más baja. ⁽⁵⁾



Así mismo está relacionado con un gran número de trastornos médicos que implican hospitalización; un estudio realizado en un Hospital de Santiago de Chile en el servicio de medicina interna revela que los diagnósticos al egreso del paciente fueron las enfermedades digestivas en el 32%, donde destacan las úlceras gástricas y esofágicas, las hemorragias digestivas, la cirrosis hepática y el reflujo gastroesofágico; las enfermedades circulatorias en el 19%, el cáncer, la diabetes mellitus y las enfermedades genitourinarias en el 11% cada una, las enfermedades mentales o del comportamiento en el 5%. Entre estas últimas destaca el síndrome de dependencia al alcohol. ⁽⁵⁵⁾

Según DSM-IV-TR la característica esencial de dependencia al alcohol consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo, a pesar de la aparición de problemas psicológicos o físicos clínicamente significativos por un periodo continuado de 12 meses. ⁽²⁷⁾

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011, reportó que en México el 71,3% de la población consumen alcohol y de ellos el 6,2% tienen dependencia. La dependencia es mayor en hombres, y del 2008 al 2011 aumentó su prevalencia de 8,3 a 10,8%. ⁽⁵⁶⁾

En un hospital general de Cuba, con la finalidad de caracterizar a los pacientes con dependencia alcohólica se realizó un estudio que demostró un predominio de pacientes varones, con edades comprendidas entre 46 y 60 años, la hepatopatía alcohólica fue la enfermedad asociada con mayor frecuencia, la mayoría de los pacientes presentó un índice de masa corporal de 17-18,4 que determinó que el 75% de los pacientes tienen algún grado de malnutrición; ⁽⁵⁷⁾ debido a que el alcohol interfiere en la absorción y aprovechamiento de nutrientes, por su efecto tóxico y a las irregularidades en la dieta.

Por su parte el abuso de alcohol se caracteriza por el consumo recurrente de alcohol que da lugar al incumplimiento de obligaciones, además de problemas legales, sociales e interpersonales, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, representando una de las principales causas de muerte, enfermedad y accidentes evitables en muchos países del mundo. ⁽⁶⁾



Factores de riesgo para el consumo de alcohol

Varios estudios internacionales se han llevado a cabo con el objeto de identificar los factores asociados al abuso y dependencia de alcohol. Uno de ellos realizado en Cuba demuestra como factor de riesgo la edad mayor a 35 años en un 58,2%, la no aceptación de la enfermedad 77,6%, padre como bebedor en el hogar 53,7%, familia disfuncional 58,3% y los problemas laborales 43,6%. ⁽⁵⁸⁾

En las mujeres los factores de riesgo incluyen antecedente de depresión 66,6%, maltrato físico 50%, seguido por padre alcohólico 46,6% y la pareja alcohólica 46,5%, hermano alcohólico 36% y abuso sexual en la infancia 26%. ⁽⁸⁾

En nuestro país los factores de riesgo para el consumo de alcohol son sexo masculino 75%, residencia en el sector urbano 71%, nivel de escolaridad bajo 51%, salario inferior al básico 54% y padres ingieren alcohol 61%. ⁽⁵⁹⁾

Comorbilidad con trastornos psiquiátricos

A nivel mundial los pacientes con dependencia al alcohol presentan comorbilidad con algún tipo de padecimiento psiquiátrico. Es decir, ciertos trastornos psiquiátricos pueden conducir al consumo de alcohol y a su vez este último ser capaz de producir un trastorno psiquiátrico. Aunque puede ser difícil establecer cuál de los dos diagnósticos fue primero, se requiere un enfoque integral que identifique y evalúe a ambos trastornos.

La comorbilidad entre dependencia al alcohol y otros trastornos psiquiátricos tiene una alta prevalencia en la población general, con consecuencias clínicas importantes; en un hospital general de Santiago de Chile se encontró que la dependencia de alcohol se relaciona con el 52% de trastornos psiquiátricos, ⁽²⁾ y en América la dependencia de alcohol se relaciona con trastornos de ánimo en un 26%, con ansiedad 28%, con personalidad antisocial 18% y con esquizofrenia 7%. ⁽⁶⁰⁾

2.2.4. ABUSO DE SUSTANCIAS

Este trastorno se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, manifestado por consecuencias dañinas y recurrentes; que se



traduce en el incumplimiento de las obligaciones laborales, familiares o escolares, en conflictos interpersonales y problemas legales.

Las sustancias causantes de este trastorno incluyen aquellas con efectos estimulantes, alucinógenos, narcóticos y tranquilizantes. En un hospital general en España, la sustancia con mayor frecuencia de consumo fue la cocaína con un 61,3%, cannabis 38,5%, hipnosedantes 20,8% y heroína 21,8%. Los hombres consumen en mayor proporción heroína, cocaína y cannabis, en comparación con las mujeres que consumen en mayor medida hipnosedantes. El 46,8% de urgencias en usuarios de drogas, se encuentran provocados por el consumo de alguna sustancia psicoactiva. ⁽⁶¹⁾ De una población de 580.000 personas, el 7,1% consumieron una sustancia psicoactiva en el último año, principalmente marihuana 6,5% y cocaína 2,7%, predominando el sexo masculino de entre los 18 y 34 años. ⁽⁶²⁾

En el Ecuador, entre estudiantes universitarios cuya edad promedio era de 20 años, el consumo de cocaína mostraba una prevalencia de 1,7%. ⁽⁶³⁾

El abuso de sustancias constituye en sí misma un problema de salud mental y es un importante factor de riesgo de otros trastornos mentales; pudiendo iniciar o agravar un trastorno psiquiátrico, y estos a su vez pueden favorecer la evolución hacia el alcoholismo o la drogadicción. Así un estudio realizado en Perú muestra que el Trastorno Esquizofrénico asociado a dependencia de sustancias psicoactivas se presenta en el 63,2% de los casos. ⁽⁶⁴⁾ Otro estudio revela que el grupo de trastornos psiquiátricos asociados al consumo de sustancias más frecuentes son el déficit de atención y comportamiento 56,94%, seguido por los trastornos de la ansiedad 30,35%, afectivos 23,99%, de control de los impulsos 12,14% y de la conducta alimentaria 6%. ⁽⁶⁵⁾

Factores que influyen en el uso y dependencia de sustancias

Las características personales, sociales y familiares permiten predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y sitúan a la persona en una situación de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamiento siendo los factores individuales los más importantes e incluyen: ⁽⁶⁶⁾

- Edad: el comienzo se sitúa entre los 13 y los 15 años.



- Sexo: los hombres consumen más sustancias psicoactivas que las mujeres.
- Actitudes, creencias y valores.
- Percepción del riesgo: el cual es específico a la frecuencia de uso.
- Habilidades sociales: ya que la carencia de ellas es causante de estrés y lleva a consumir sustancias.
- Autoconcepto y autoestima: los jóvenes con baja autoestima son más vulnerables a la presión para realizar comportamientos de riesgo.
- Autocontrol: a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas.
- Experimentación y búsqueda de sensaciones: cuando percibe que el consumo de la sustancia resulta una estrategia de afrontamiento adecuada.
- Accesibilidad a las drogas.
- Personalidad antisocial y problemas de la conducta.
- Aprobación social.

2.2.5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas caracterizadas por alteraciones en el comportamiento y actitudes frente a la ingestión de alimentos, acompañadas de intensa preocupación por el peso o la forma del cuerpo.

- *Anorexia nerviosa*

En la población en general la prevalencia de anorexia nerviosa es muy baja (0,5-1,5 por cada 100.000 habitantes) siendo el 95% de los casos mujeres. ⁽⁶⁷⁾ Según la encuesta del test de actitudes alimentarias (EAT) el 5% de la población muestra conductas alimentarias patológicas y según la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner representa del 4%. ⁽⁶⁸⁾

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo, en el miedo intenso a ganar peso y en la alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. ⁽⁶⁹⁾



Se inicia en la pubertad, en la época de los cambios físicos sexualmente diferenciadores, que fueron vividos de forma traumática.

En la ciudad de Cuenca, la prevalencia de anorexia nerviosa en los adolescentes es de 2,7%, el grupo etario más afectado está entre los 17 – 19 años en un 3,1%, en su mayoría pertenecen al sexo masculino 3,2% y los factores asociados son: la migración familiar 3,4%, imagen corporal distorsionada 2,9%, exposición a programas televisivos: de modelaje 5,2% y de revistas 4,4%. Concluyendo que la anorexia nerviosa es una patología de baja prevalencia, los programas televisivos cuyo enfoque se centra en el cuerpo y la moda aumenta el riesgo de anorexia aunque no se fue estadísticamente significativa. ⁽⁷⁰⁾

- *Bulimia nerviosa*

La bulimia nerviosa se destaca por la impulsividad en relación con la comida, atracones y preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo que origina la adopción de medidas extremas para mitigar el aumento de peso, dado que el paciente se muestra excesivamente preocupado por su imagen corporal, con miedo patológico a engordar.

En el 2011, la prevalencia de bulimia nerviosa en la población en general fue muy baja (0,04% por año por cada 100.000 habitantes), representando el 1-3%, el grupo de mayor riesgo por sexo y edad son las mujeres sobre los 20 años. ⁽¹⁾

Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa ⁽⁷¹⁾

- Factores biológicos que incluyen la genética, la pubertad por acción de las hormonas esteroideas en la psicología de la conducta alimentaria, el sobrepeso y la obesidad.
- Factores socioculturales que generan presión por tener el cuerpo “ideal”, generando insatisfacción corporal; la influencia de los medios de comunicación que imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo”, estigmatizando la obesidad; y la influencia de las relaciones interpersonales.
- Factores psicológicos como la preocupación por el peso, la concepción del ideal de delgadez, la insatisfacción con la imagen corporal,



comportamientos inadecuados para bajar de peso, la baja autoestima y afecto negativo.

Los trastornos de la conducta alimentaria se relacionan con trastornos de la personalidad, según un estudio realizado en Bolivia, la anorexia nerviosa restrictiva guarda relación con el trastorno obsesivo-compulsivo en el 100%, y en el 50% de las mujeres se presenta asociado a los trastornos de la personalidad, principalmente el esquizotípico 25% y evitativo 25%. La bulimia nerviosa purgativa guarda relación con el trastorno de la personalidad histriónico en un 50%, límite 20% y evitativo 30%. ⁽⁷²⁾

2.3. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI)

La MINI es una entrevista diagnóstica de breve duración y altamente estructurada que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10; puede ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. de la “Salpêtrière” de París y D. Scheehan y col. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. ⁽⁷³⁾ Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad, comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10), donde se demuestra que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta.

En la población de Lima se obtuvo la validez de contenido mediante un conjunto de especialistas de cada área (criterio de expertos). El grado total de sensibilidad encontrado del MINI es del 92,3% y de especificidad es del 95,4%. ⁽⁷⁴⁾

La MINI se divide en 14 módulos identificados con letras, cada una correspondiente a una categoría diagnóstica. Está organizado por secciones sindromáticas y diseñado con preguntas de respuesta positiva y negativa, que en caso de ser “no” nos llevaría al punto de salto que se usa para disminuir los tiempos de aplicación, saltándose la exploración de esa área y pasando a la



siguiente. Se halla disponible en 33 idiomas, la duración de la entrevista clínica es de entre 15 y 20 minutos.

Es necesario informar al paciente que se le va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no. ⁽⁷⁵⁾ El MINI se ha convertido para algunos en la entrevista estructurada de elección para la evaluación psiquiátrica y de seguimiento en estudios farmacológicos y epidemiológicos. ⁽⁷⁶⁾

Sirve para diagnosticar episodio depresivo mayor, trastorno distímico, riesgo de suicidio, episodio maníaco, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, estado por estrés postraumático, abuso y dependencia de alcohol, trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno antisocial de la personalidad.

En el estudio “Validez y aplicabilidad del MINI” administrada por residentes de medicina familiar en servicios de atención primaria del Brasil a pacientes mayores de 15 años, se comparó esta herramienta con el SCID encontrándose los siguientes resultados: coeficientes Kappa entre 0,65 y 0,85, sensibilidad entre 0,75 y 0,92, especificidad de entre 0,90 y 0,99, valor predictivo positivo entre 0,60 y 0,86; valor predictivo negativo entre 0,92 y 0,99; y precisión 0,88 y 0,98. En otro estudio en el que se comparó la validez y fiabilidad comparando la MINI con el SCID-P y el C.I.D.I. se encontró que el MINI tiene un índice de validez y fiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados ⁽³⁷⁾ y una sensibilidad del 96% y una especificidad de 88% para los trastornos que pretende diagnosticar. ⁽⁷⁷⁾

En otro estudio, los resultados reportados por Amorim (2000) muestran una confiabilidad test-retest mayor a 0,75, una concordancia con el CIDI (kappa) superior a 0,50 para todos los diagnósticos, sensibilidad mayor o igual a 0,70, especificidad mayor o igual a 0,70 y eficiencia mayor o igual a 0,81. Del mismo, se reporta una concordancia entre los diagnósticos generados por el MINI y



diagnósticos clínicos de médicos generales y psiquiatras en un 85% de los casos. ⁽⁷⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud ha informado que en los adultos mayores se incrementará y agravará la magnitud de los problemas de salud mental, lo que estará relacionado al incremento de su expectativa de vida y al aumento de las personas que alcanzarán edades avanzadas. En un estudio realizado en mayores de 60 años, residentes en una Institución de Asistencia Social de la Ciudad de México. Se obtuvo una muestra ponderada de 80 entrevistas completas en un 67%. En su mayoría fueron femeninas y viudas, con una media de edad de 80 años y 5 de escolaridad. Encontramos ausencia en el 30%; en un 40% sólo se reportó sintomatología y en el 30% restante se cubrieron diagnósticos psiquiátricos. La salud mental y los desórdenes psiquiátricos han sido escasamente conocidos y estudiados en esta población. La entrevista MINI permitió identificar y estimar la frecuencia de síntomas y diagnósticos de desórdenes mentales. Nuestra estimación del 30% fue similar a la reportada en otro estudio con un 29.7%. ⁽⁷⁹⁾



CAPÍTULO III

3.1. HIPÓTESIS

Los trastornos psiquiátricos no son diagnosticados en los pacientes hospitalizados, superando el 44,5% similar a otros estudios realizados en otros países.⁽¹¹⁾ La aparición de los trastornos psiquiátricos está asociado a los siguientes factores de riesgo: edades mayores a 60 años, sexo femenino, estado civil viudo y divorciado, sin ocupación, sin instrucción y enfermedades médicas crónicas.

3.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados y su asociación con edad, sexo, estado civil, ocupación y la enfermedad médica en pacientes hospitalizados del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso

3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados según la MINI.
- Caracterizar a los pacientes con trastornos psiquiátricos no diagnosticados según la MINI, según edad, sexo, estado civil, instrucción y ocupación y determinar su influencia como factor de riesgo en la aparición de estos trastornos.
- Identificar las patologías clínicas asociadas a trastornos psiquiátricos no diagnosticados según la MINI.
- Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados por personal médico de esta u otra institución



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal.

4.2. AREA DE ESTUDIO

El Área de estudio es el servicio de Hospitalización Clínica del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”. Al que acuden pacientes referidos de las provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago, El Oro, Loja y Zamora.

El Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” queda ubicado en la Avenida 12 de Abril y Paraíso, en la Ciudad de Cuenca – Ecuador.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo aproximado es de 2026 pacientes que ingresan en el lapso de un año al servicio de clínica de esta institución de salud

La muestra fue calculada con el EPIDAT, con nivel de confianza de 95%, un error muestral de 6%, y una prevalencia estimada del 50%; obteniéndose 236 pacientes.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Se consideran los siguientes puntos como criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyen	Se excluyen
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes del Servicio de Clínica• Pacientes mayores de 18 años• Legalmente en acuerdo mediante la firma del consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con alteración del estado de conciencia.



4.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver anexo 1

4.6. PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La recolección de datos se llevó a cabo por los investigadores, previamente capacitadas sobre el manejo de la ficha personal (Anexo 2) y la M.I.N.I (Anexo 3).

La entrevista se realizó directamente a los pacientes del área de clínica, quienes estuvieron de acuerdo, a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 4) y cumplían los criterios de inclusión.

Se entrevistó al paciente al segundo día de su ingreso con el propósito de evitar interrupciones y dificultades que suelen presentarse el primer día. Para ello, previa explicación de la finalidad del estudio, la importancia y el tipo de preguntas ha realizarse; se aplicó la entrevista en una duración aproximada de 20 minutos, y a los pacientes con algún impedimento se realizó un seguimiento hasta obtener sus datos. Además se evitó los horarios de visita y comidas del paciente.

El instrumento que se utilizó fue la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión en español 5.0.0, (Anexo 3) que contiene 14 módulos correspondientes cada uno a una categoría diagnóstica; al inicio de cada módulo hay preguntas de tamizaje que al ser negativas dan un salto al siguiente módulo, y de ser afirmativas se investigó si cumple o no con los suficientes criterios para el diagnóstico del trastorno psiquiátrico. El tiempo aproximado de la entrevista fue de 20 minutos.

Los resultados fueron registrados en la ficha personal descrita en el anexo 2; la misma que incluye datos demográficos, el diagnóstico de la patología psiquiátrica determinado con la MINI y el diagnóstico médico revisado en su respectiva epicrisis. Para lo que se solicitó la historia clínica del paciente en el departamento de Estadística cada fin de mes.



4.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACION

Previo a la realización de este trabajo de investigación se aprobó el protocolo por el comité de Bioética y Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, posteriormente se solicitó autorización para la ejecución en el Departamento de Investigación y Docencia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso.

Los datos fueron manejados única y exclusivamente para procesos de investigación, manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Con el fin de cumplir con los aspectos éticos en esta investigación, explicamos verbalmente y entregamos a cada paciente el CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo 4) que contiene información detallada de lo que pretende este estudio, sus beneficios y posibles riesgos, la duración y métodos que serán aplicados. Posteriormente respondimos a sus interrogantes, se especificó que no se recibirá compensación económica por su participación, ni costo alguno por la intervención de los investigadores. Al estar el paciente de acuerdo se dejó por constatado su rúbrica y firma en el documento.

4.8. PLAN DE TABULACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se elaboró la base de datos en el programa EXCEL 2007 y en el programa estadístico SPSS versión 15 se realizó el análisis estadístico junto con las tablas de contingencia; finalmente se procedió con el plan de tabulación y análisis establecido.

Se tomaron en consideración una o dos patologías de base para cada paciente, responsables de la hospitalización del mismo, de los que se tomó las diez patologías más frecuentes que se analizaron con los trastornos psiquiátricos más prevalentes.

Se obtuvieron los índices estadísticos: media, moda y mediana, máximo y mínimo de la edad, valor p e intervalo de confianza de la RP.

Posteriormente se interpretó los datos estadísticos obtenidos con lo cual se diagnosticó a los pacientes hospitalizados con algún trastorno psiquiátrico no diagnosticado.

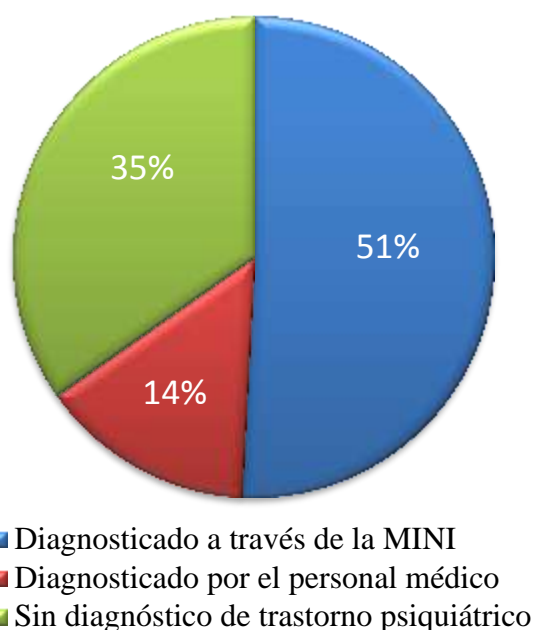


CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población de estudio

Gráfico 1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados y no diagnosticados en pacientes del área de clínica en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – 2014



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez

Interpretación: En el Servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) de la ciudad de Cuenca, de un total de 236 pacientes entrevistados, el 34,75% (n=82) de los pacientes no presentan diagnóstico de trastorno psiquiátrico según la MINI y criterio médico; el 14,4% (n=34) corresponde a pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico actual o pasado por personal médico de esta u otra institución. Y el 50,85% (n=120) son pacientes con trastorno psiquiátrico no diagnosticado ni antes ni actualmente y que al aplicar la MINI fueron diagnosticados; este último grupo será objeto de análisis en los siguientes apartados.



5.2. Caracterización demográfica de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico según la MINI

Tabla 1. Distribución según la edad de los pacientes con trastorno psiquiátrico diagnosticados a través de la MINI, en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Variables Demográficas		Trastorno psiquiátrico diagnosticado a través de la MINI		NO*	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
EDAD	< 30	19	44,19	24	55,81
	30-50	28	40,00	42	60,00
	51-70	43	56,58	33	43,42
	> 70	30	63,83	17	14,65
SEXO	Masculino	49	52,13	45	36,17
	Femenino	71	50,00	71	50,00
ESTADO CIVIL	Soltero	27	54,00	23	46,00
	Casado	51	45,13	62	54,87
	Unión libre	12	44,44	15	55,56
	Divorciado	12	57,14	9	42,86
	Viudo	18	72,00	7	28,00
OCUPACIÓN	Ninguna	25	55,56	20	44,44
	Agricultor	21	56,76	16	43,24
	Chofer	2	40,00	3	60,00
	Comerciante	7	41,18	10	58,82
	Albañil	7	43,75	9	56,25
	Empleado privado	6	50,00	6	50,00
	Empleado público	0	0,00	1	100,0
	Quehaceres domésticos	40	50,63	39	49,37
	Otros	12	50,00	12	50,00
INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	22	43,14	29	56,86
	Primaria	70	56,91	53	43,09
	Secundaria	22	44,00	28	66,00
	Superior	6	50,00	6	50,00

*Esta categoría incluye a pacientes con antecedente de trastorno psiquiátrico y pacientes sin trastorno psiquiátrico

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez.



Interpretación:

En los pacientes con trastorno psiquiátrico diagnosticado según la MINI (n=120) se encontraron los siguientes resultados:

El grupo etario mayormente afectado corresponde a los mayores de 70 años con un 63,83% (n=30), seguido por las edades comprendidas entre 51 a 70 años; mientras que el grupo menos afectado está entre 30 a 50 años. La media de edad es de 55 años, siendo el valor mínimo 18 y el máximo 96, la mediana es de 55,5 y la moda de 59 años. El 95% de los casos se encuentra entre 38,4 y 75,6 años.

En relación al sexo, el grupo masculino corresponde al 52,13% (n=49); mientras que el femenino representa el 50% (n=71). De tal manera que el sexo masculino fue el más afectado, sin una gran diferencia ante el femenino.

En cuanto al estado civil la población con mayor frecuencia de casos son los viudos con un 72% (n=18), seguido por los divorciados; y en menor porcentaje los casados y unión libre.

La agricultura representa la ocupación más frecuente con un porcentaje de 56,76% (n=21); seguido por ninguna ocupación, en la cual se incluyen desempleados, discapacitados y adultos mayores; y en tercer lugar quienes se dedican a los quehaceres domésticos.

Los pacientes con instrucción primaria son los más afectados en un 56,91%(n=70), mientras que aquellos sin instrucción tienen una menor prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados a través de la MINI.



Tabla 2. Prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados según la MINI en pacientes del área de clínica en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – 2014

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO DIAGNOSTICADO CON LA MINI		F	%
Trastornos del estado de ánimo	Episodio depresivo mayor	70	32,7
	Episodio depresivo mayor recidivante	9	4,2
	Episodio hipomaniaco	1	0,5
	Episodio maniaco	0	0
	Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos	2	0,9
	Trastorno distímico	9	4,2
Trastornos de ansiedad	Agorafobia actual	6	2,8
	Estado por estrés postraumático	11	5,1
	Fobia social	1	0,5
	Trastorno de angustia	6	7,5
	Trastorno de ansiedad generalizada	20	9,3
	Trastorno obsesivo compulsivo	2	0,9
Riesgo de suicidio	Riesgo de suicidio leve	20	9,3
	Riesgo de suicidio moderado	9	4,2
	Riesgo de suicidio grave	10	4,7
Trastornos de la conducta alimentaria	Anorexia nerviosa	0	0
	Bulimia nerviosa	1	0,5
	Bulimia nerviosa compulsiva purgativa	0	0
Abuso de alcohol	9	4,2	
Dependencia de alcohol	16	7,48	
Abuso de sustancias	0	0	
Dependencia de sustancias	1	0,5	
Trastorno antisocial de la personalidad	1	0,5	
Trastorno psicótico	0	0	
Los trastornos psiquiátricos resaltados serán analizados buscando factores de riesgo debido a que son los más frecuentes con importancia médico psiquiátrica			

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez.

Interpretación: Se observa que los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia independientemente de la patología médica son: episodio depresivo mayor actual que representa el 32,7%, trastorno de ansiedad generalizada y riesgo de suicidio leve con 9,3% para cada uno, trastorno de



angustia y dependencia de alcohol con 7,5% para cada uno, 5,1% para estado por estrés postraumático. Y no se encontró ningún caso para abuso de sustancias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa compulsiva tipo purgativa, episodio maníaco y trastorno psicótico.



5.3. Prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados por la MINI y su asociación con la enfermedad médica

Tabla 2. Distribución de los pacientes con trastorno psiquiátrico diagnosticado a través de la MINI, según las 10 patologías médicas más comunes en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Enfermedad médica	Abuso de alcohol		Agorafo-bia actual		Dependen-cia de alcohol		Episodio depresivo mayor		Episodio depresivo mayor recidivante		Estado por estrés pos traumático		Riesgo de suicidio leve		Riesgo de suicidio moderado		Riesgo de suicidio grave		Trastorno de angustia		Trastorno de ansiedad generalizada		Trastorno distímico		Otros trastornos psiquiátricos		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Otras enfermedades	4	6,90	2	3,45	4	6,90	14	24,14	3	5,17	4	6,90	2	3,45	5	8,62	3	5,17	4	6,90	7	12,07	2	3,45	4	6,90	58	100
EPOC	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	57,14	1	14,29	0	0,00	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	14,29	0	0,00	0	0,00	7	100
IC	0	0,00	0	0,00	3	23,8	7	53,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	7,69	1	7,69	0	0,00	0	0,00	1	7,69	0	0,00	13	100
ERC	1	7,14	1	7,14	0	0,00	4	28,57	2	14,29	0	0,00	3	21,43	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	14,29	1	7,14	0	0,00	14	100
Infecciones agudas	1	3,57	2	7,14	4	14,29	7	25,00	0	0,00	2	3,45	3	10,71	1	3,57	1	3,57	3	5,17	1	3,57	1	3,57	2	7,14	28	100
Neoplasias	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	31,82	1	4,55	0	0,00	4	18,18	0	0,00	0	0,00	5	8,62	3	13,64	1	4,55	1	4,55	22	100
Complicaciones del alcoholismo	3	20	1	6,67	2	13,3	4	26,67	0	0,00	1	1,72	1	6,67	0	0,00	3	20,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	15	100
HTA	0	0,00	0	0,00	1	8,33	5	41,67	0	0,00	1	1,72	2	16,67	0	0,00	0	0,00	2	3,45	1	8,33	0	0,00	0	0,00	12	100
DMT2	0	0,00	0	0,00	1	3,45	14	48,28	1	3,45	1	1,72	4	13,79	1	3,45	1	3,45	1	1,72	4	13,79	1	3,45	0	0,00	29	100
Patologías agudas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	66,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	100
ECV	0	0,00	0	0,00	1	7,69	2	15,38	1	7,69	2	3,45	0	0,00	0	0,00	1	7,69	1	1,72	1	7,69	2	15,38	2	15,38	13	100
TOTAL	9	4,21	6	2,80	16	7,48	70	32,71	9	4,21	11	18,97	20	9,35	9	4,21	10	4,67	16	27,59	20	9,35	9	4,21	9	4,21	214	100

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez



Interpretación:

Para el análisis de esta tabla se tomó en consideración las 10 causas médicas más frecuentes de hospitalización, en donde se encontró los siguientes resultados:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: se encontró 7 casos que presentaron trastorno psiquiátrico diagnosticado a través de la MINI, siendo el más frecuente el episodio depresivo mayor actual representando el 57,14% (n=4), y un caso de episodio depresivo mayor recidivante, uno de riesgo de suicidio leve, y uno de trastorno de ansiedad generalizada.

Insuficiencia cardiaca: se encontraron 13 casos, el más representativo es el episodio depresivo mayor actual con 53,8% (n=7), y 3 casos de dependencia de alcohol (23,1%) y un caso para riesgo de suicidio moderado, riesgo de suicidio grave y trastorno distímico cada uno.

Enfermedad renal crónica: se encontró 14 casos, donde el episodio depresivo mayor actual representa el 28,6% (n=4), riesgo de suicidio leve (n=3) 21,4%, episodio depresivo mayor recidivante y trastorno de ansiedad generalizada con 14,3% (n=2) cada uno y un caso para abuso de alcohol, agorafobia y trastorno distímico para cada uno.

Infección aguda: se encontró 28 casos con trastorno psiquiátrico no diagnosticado, el episodio depresivo mayor actual representa el 25% (n=7), la dependencia de alcohol 14,3% (n=4), trastorno de angustia y el riesgo de suicidio leve con 10,7% (n=3) para cada uno, estrés postraumático y agorafobia actual 7,1% (n=2) dos casos cada uno y un caso para abuso de alcohol, uno para riesgo de suicidio moderado y uno para grave, uno para trastorno distímico, uno para trastorno obsesivo compulsivo, uno para trastorno antisocial de la personalidad y uno para trastorno de ansiedad generalizada.

Enfermedad neoplásica: se encontraron 22 casos, el episodio depresivo mayor actual con 31,8% (n=7), trastorno de angustia con 22,7% (n=5), riesgo de suicidio leve 18,2% (n=4), tres casos para trastorno de ansiedad generalizada,



y un caso para episodio depresivo mayor recidivante, uno para trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos y uno para trastorno distímico.

En las complicaciones del alcoholismo se incluye la hemorragia digestiva alta, hipertensión portal, ascitis, cirrosis, encefalopatía hepática, entre otras; con 15 casos, el episodio depresivo mayor actual representa el 26,7% (n=4), abuso de alcohol y riesgo de suicidio grave con el 20% (n=3) para cada uno, dos casos de dependencia de alcohol, uno para agorafobia actual, uno para estado por estrés postraumático y uno para riesgo de suicidio leve.

Hipertensión arterial: son 12 casos que presentan trastornos psiquiátricos no diagnosticados, el episodio depresivo mayor actual representa 41,7% (n=5), dos casos para riesgo de suicidio leve y trastorno de angustia 16,7% (n=2) cada uno, un caso para dependencia de alcohol, uno por estrés postraumático y uno para el trastorno de ansiedad generalizada.

Diabetes mellitus tipo 2: se encontró 29 casos, el episodio depresivo mayor actual 48,3% (n=14), riesgo de suicidio leve 13,8% (n=4), trastorno de la ansiedad generalizada 13,8% (n=4), y un caso para cada uno de los siguientes: dependencia de alcohol, episodio depresivo mayor recidivante, trastorno por estrés postraumático, trastorno distímico, trastorno de angustia, riesgo de suicidio moderado y grave.

Patología aguda: con 3 casos, donde el episodio depresivo mayor actual representa el 66,7% (n=2) y para riesgo de suicidio moderado 33,3% (n=1).

Evento cerebro vascular: son 13 casos representados por el episodio depresivo mayor actual, estado por estrés postraumático, trastorno distímico con el 15,4% (n=2) para cada uno, para bulimia actual, dependencia de alcohol, episodio depresivo mayor recidivante, episodio hipomaniaco, riesgo de suicidio grave, trastorno de angustia y trastorno de ansiedad generalizada con el 7,7% (n=1) para cada uno.

En la categoría otros trastornos psiquiátricos se incluyeron aquellos con poca o ninguna prevalencia, así se encontraron para trastorno obsesivo compulsivo y trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos dos casos cada uno;



para dependencia de sustancias, episodio hipomaniaco, fobia social, trastorno antisocial de la personalidad y bulimia nerviosa un caso para cada uno; y ningún caso para abuso de sustancias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa tipo compulsivo purgativo, episodio maniaco y trastorno psicótico de por vida.

5.4. Factores de riesgo asociados a trastornos psiquiátricos diagnosticados a través de la MINI.



Tabla 3. Factores de riesgo asociados a episodio depresivo mayor actual diagnosticado según la MINI, en pacientes del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Factor de riesgo		Episodio depresivo mayor actual				RP (IC 95%)	P	
		Si		No				
		N	%	n	%			
SEXO	Masculino	25	26,6	69	73,4	1,3 (0,83–1,77)	0,269	
	Femenino	29	20,4	113	79,6			
EDAD	<30 años	Si	5	12,8	34	87,2	0,52 (-0,35–1,37)	0,102
		No	49	24,9	148	75,1		
	30-60 años	Si	24	20,9	91	79,1	0,84 (0,37–1,31)	0,473
		No	30	24,8	91	75,2		
	> 60 años	Si	25	30,9	56	69,1	1,65 (1,19–2,11)	0,035
		No	29	18,7	126	81,3		
ESTADO CIVIL	Soltero	Si	11	22	39	78	0,95 (0,37–1,54)	0,867
		No	43	23,1	143	76,9		
	Casado	Si	21	18,6	92	81,4	0,69 (0,2–1,18)	0,132
		No	33	26,8	90	73,2		
	Unión libre	Si	5	18,5	22	81,5	0,79 (-0,04–1,62)	0,566
		No	49	23,4	160	76,6		
	Divorciado	Si	6	28,6	15	71,4	1,28 (0,55–2)	0,515
		No	48	22,3	167	77,7		
	Viudo	Si	11	44	14	56	2,16 (1,64–2,68)	0,008
		No	43	20,4	168	79,6		
OCUPACION		Si	41	21,4	151	78,6	0,72 (0,19–1,25)	0,243
		No	13	29,5	31	70,5		
INSTRUCCIÓN		Si	40	21,6	145	78,4	0,79 (0,26–1,31)	0,380
		No	14	27,5	37	72,5		
ENFERMEDAD MEDICA	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Si	4	40	6	60	1,8 (1,01–2,6)	0,188
		No	50	22,1	176	77,9		
	Insuficiencia Cardiaca	Si	7	53,8	6	46,2	2,55 (1,99–3,12)	0,006
		No	47	21,1	176	78,9		
	Enfermedad Renal Crónica	Si	4	30,8	9	69,2	1,37 (0,52 –2,22)	0,486
		No	50	22,4	173	77,6		
	Neoplasias	Si	7	35	13	65	1,6 (0,96 –2,26)	0,177
		No	47	21,8	169	78,2		
	Infecciones Agudas	Si	7	13,5	45	86,5	0,53 (-0,2–1,26)	0,067
		No	47	25,5	137	74,5		
	Complicaciones del Alcoholismo	Si	4	12,5	28	87,5	0,51 (-0,44 –1,46)	0,133
		No	50	24,5	154	75,5		
	Hipertensión Arterial	Si	5	38,5	8	61,5	1,75 (1,02–2,48)	0,169
		No	49	22	174	78		
	Diabetes Mellitus tipo 2	Si	14	43,8	18	56,3	2,23 (1,7 –2,71)	0,003
		No	40	19,6	164	80,4		
	Patologías Agudas	Si	2	22,2	7	77,8	0,97 (-0,27–2,22)	0,962
		No	52	22,9	175	77,1		
	Evento cerebrovascular	Si	2	11,8	15	88,2	0,49 (-0,83 –1,82)	0,257
		No	52	23,7	167	76,3		
Otras	Si	14	21,2	52	78,8	0,9 (0,3 –1,44)	0,704	
	No	40	23,5	130	76,5			

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez



Interpretación: los factores de riesgo para episodio depresivo mayor lo constituyen ser mayor de 60 años con una prevalencia de 30,9% (RP 1,65 IC 1,19-2,11 $p=0,035$) y de estado civil viudo con una prevalencia del 44% (RP 2,16 IC 1,69-2,68 $p=0,008$), siendo ambos estadísticamente significativo, y está asociado a insuficiencia cardíaca con una prevalencia del 53,8% (RP 2,55 IC 1,99-3,12 $p=0,006$) y a diabetes mellitus tipo 2 con una prevalencia del 43,8% (RP 2,23 IC 1,75-2,71 $p=0,003$) siendo ambos estadísticamente significativo.



Tabla 4. Factores de riesgo asociados a trastorno de la ansiedad generalizada diagnosticado según la MINI, en pacientes del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Factor de riesgo		Trastorno de ansiedad generalizada				RP (IC 95%)	P		
		Si		No					
		n	%	n	%				
SEXO	Masculino	7	7,4	87	92,6	0,88 (-0,01–1,78)	0,781		
	Femenino	12	8,5	130	91,5				
EDAD	<30 años	Si	2	5,1	37	94,9	0,59 (-0,83–2,01)	0,463	
		No	17	8,6	180	91,4			
	30-60 años	Si	10	8,7	105	91,3	1,17 (0,3–2,03)	0,723	
		No	9	7,4	112	92,6			
	> 60 años	Si	7	8,6	74	91,4	1,12 (0,22–2)	0,809	
		No	12	7,7	143	92,3			
ESTADO CIVIL	Soltero	Si	6	12	44	88	1,72 (0,8–2,63)	0,248	
		No	13	7	173	93			
	Casado	Si	7	6,2	106	93,8	0,63 (-0,26–1,53)	0,315	
		No	12	9,8	111	90,2			
	Unión libre	Si	2	7,4	25	92,6	0,91 (-0,5–2,32)	0,896	
		No	17	8,1	192	91,9			
	Divorciado	Si	0	0	21	100	0	0,155	
		No	19	8,8	196	91,2			
	Viudo		Si	4	16	21	84	2,25 (1,23–3,27)	0,122
			No	15	7,1	196	92,9		
OCUPACION	Si	13	6,8	179	93,2	0,5 (-0,41–1,4)	0,131		
	No	6	13,6	38	86,4				
INSTRUCCIÓN	Si	15	8,1	170	91,9	1,03 (-0,02–2,09)	0,951		
	No	4	7,8	47	92,2				
ENFERMEDAD MEDICA	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Si	1	10	9	90	1,26 (-0,7–3,17)	0,817	
		No	18	8	208	92			
	Insuficiencia Cardiaca	Si	0	0	13	100	0	0,272	
		No	19	8,5	204	91,5			
	Enfermedad Renal Crónica	Si	2	15,4	11	84,6	2,02 (0,66 –3,37)	0,317	
		No	17	7,6	206	92,4			
	Neoplasias	Si	3	15	17	85	2,02 (0,88 –3,17)	0,233	
		No	16	7,4	200	92,6			
	Infecciones Agudas	Si	1	1,9	51	98,1	0,20 (-1,79–2,19)	0,066	
		No	18	9,8	166	90,2			
	Complicaciones del Alcoholismo	Si	0	0	32	100	0	0,072	
		No	19	9,3	185	90,7			
	Hipertensión Arterial	Si	1	7,7	12	92,3	0,95 (-0,98–2,89)	0,961	
		No	18	8,1	205	91,9			
	Diabetes Mellitus tipo 2	Si	4	12,5	28	87,5	1,7 (0,66 –2,74)	0,320	
		No	15	7,4	189	92,6			
	Patologías Agudas	Si	0	0	9	100	0	0,365	
		No	19	8,4	208	91,6			
	Evento cerebrovascular	Si	2	11,8	15	88,2	1,52 (0,14 –2,9)	0,559	
		No	17	7,8	202	92,2			
	Otras	Si	7	10,6	59	89,4	1,5 (0,61 –2,39)	0,369	
		No	12	7,1	158	92,9			

Fuente: Base de Datos



Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez

Interpretación: El factor de riesgo asociado al trastorno de ansiedad generalizada es el estado civil viudo con una prevalencia del 16% (RP 2,25 IC 1,23-3,27 $p=0,122$) pero no es estadísticamente significativo.



Tabla 5. Factores de riesgo asociados a dependencia de alcohol diagnosticado según la MINI, en pacientes del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Factor de riesgo		Dependencia de alcohol				RP (IC 95%)	P	
		Si		No				
		n	%	n	%			
SEXO	Masculino	8	8,5	86	91,5	4,03 (2,73–5,33)	0,022	
	Femenino	3	2,1	139	97,9			
EDAD	<30 años	Si	1	2,6	38	97,4	0,5 (-1,52–2,53)	0,497
		No	10	5,1	187	94,9		
	30-60 años	Si	6	5,2	109	94,8	1,26 (0,1–2,42)	0,693
		No	5	4,1	116	95,9		
	> 60 años	Si	4	4,9	77	95,1	1,09 (-0,1–2,29)	0,884
		No	7	4,5	148	95,5		
ESTADO CIVIL	Soltero	Si	3	6	47	94	1,39 (0,1–2,68)	0,613
		No	8	4,3	178	95,7		
	Casado	Si	4	3,5	109	96,5	0,62 (-0,58–1,82)	0,434
		No	7	5,7	116	94,3		
	Unión libre	Si	1	3,7	26	96,3	0,77 (-1,24–2,79)	0,802
		No	10	4,8	199	95,2		
	Divorciado	Si	1	4,8	20	95,2	1,02(-0,98–3,03)	0,982
		No	10	4,7	205	95,3		
	Viudo	Si	2	8	23	92	1,88 (0,4–3,35)	0,402
		No	9	4,3	202	95,7		
OCUPACION		Si	11	5,7	181	94,3	0	0,104
		No	0	0	44	100		
INSTRUCCION		Si	9	4,9	176	95,1	1,24(-0,26–2,74)	0,777
		No	2	3,9	49	96,1		
ENFERMEDAD MEDICA	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Si	0	0	10	100	0	0,475
		No	11	4,9	215	95,1		
	Insuficiencia Cardiaca	Si	3	23,1	10	76,9	6,43 (5,23–7,4)	0,001
		No	8	3,6	215	96,4		
	Enfermedad Renal Crónica	Si	0	0	13	100	0	0,412
		No	11	4,9	212	95,1		
	Neoplasias	Si	0	0	20	100	0	0,301
		No	11	5,1	205	94,9		
	Infecciones Agudas	Si	4	7,7	48	92,3	2,02 (0,83–3,21)	0,240
		No	7	3,8	177	96,2		
	Complicaciones del Alcoholismo	Si	2	6,3	30	93,8	1,42 (-0,07 –2,9)	0,647
		No	9	4,4	195	95,6		
	Hipertensión Arterial	Si	1	7,7	12	92,3	1,72 (-0,26–3,7)	0,594
		No	10	4,5	213	95,5		
	Diabetes Mellitus tipo 2	Si	1	3,1	31	96,9	0,6 (-1,38 –2,7)	0,658
		No	10	4,9	194	95,1		
	Patologías Agudas	Si	0	0	9	100	0	0,499
		No	11	4,8	216	95,2		
	Evento cerebrovascular	Si	1	5,9	16	94,1	1,29 (-0,7 –3,28)	0,804
		No	10	4,6	209	95,4		
Otras	Si	4	6,1	62	93,9	1,47 (0,28 –2,67)	0,525	
	No	7	4,1	163	95,9			

Fuente: Base de Datos



Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez

Interpretación: Son considerados factores de riesgo para dependencia de alcohol el sexo masculino con una prevalencia de 8,5% (RP 4,03 IC 2,73-5,33 $p=0,02$) siendo estadísticamente significativo y se asocia a insuficiencia cardiaca con una prevalencia de 23,1% (RP 6,43 IC 5,23-7,64 $p=0,001$) siendo estadísticamente significativo. (Sin embargo esta última asociación no parece razonablemente científica, por lo que se deja a criterio.)



Tabla 6. Factores de riesgo asociados a riesgo de suicidio leve diagnosticado según la MINI, en pacientes del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Factor de riesgo		Riesgo de suicidio leve				RP (IC 95%)	P	
		Si		No				
		N	%	n	%			
SEXO	Masculino	4	4,3	90	95,7	0,46 (-0,63—1,55)	0,154	
	Femenino	13	9,2	129	90,8			
EDAD	<30 años	Si	2	5,1	37	94,9	0,67 (-0,76—2,1)	0,583
		No	15	7,6	182	92,4		
	30-60 años	Si	7	6,1	108	93,9	0,74 (-0,2—1,67)	0,518
		No	10	8,3	111	91,7		
	> 60 años	Si	8	9,9	73	90,1	1,7 (-0,79—2,61)	0,251
		No	9	5,8	146	94,2		
ESTADO CIVIL	Soltero	Si	4	8	46	92	1,14 (-0,07—2,22)	0,806
		No	13	7	173	93		
	Casado	Si	6	5,3	107	94,7	0,59 (-0,37—1,56)	0,281
		No	11	8,9	112	91,1		
	Unión libre	Si	1	3,7	26	96,3	0,48 (-1,5—2,46)	0,455
		No	16	7,7	193	92,3		
	Divorciado	Si	1	4,8	20	95,2	0,64 (-1,33—2,6)	0,650
		No	16	7,4	199	92,6		
	Viudo	Si	5	20	20	80	3,52 (2,56—4,47)	0,009
		No	12	5,7	199	94,3		
OCUPACION		Si	13	6,8	179	93,2	0,74 (-0,33—1,82)	0,591
		No	4	9,1	40	90,9		
INSTRUCCIÓN		Si	14	7,6	171	92,4	1,29 (-0,08—2,5)	0,680
		No	3	5,9	48	94,1		
ENFERMEDAD MEDICA	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Si	1	10	9	90	1,41 (-0,5—3,33)	0,727
		No	16	7,1	210	92,9		
	Insuficiencia Cardíaca	Si	0	0	13	100	0	0,301
		No	17	7,6	206	92,4		
	Enfermedad Renal Crónica	Si	3	23,1	10	76,9	3,68 (2,56—4,79)	0,023
		No	14	6,3	209	93,7		
	Neoplasias	Si	4	20	16	80	3,32 (2,3—4,35)	0,21
		No	13	6	203	94		
	Infecciones Agudas	Si	3	5,8	49	94,2	0,76 (-0,45—1,97)	0,651
		No	14	7,6	170	92,4		
	Complicaciones del Alcoholismo	Si	1	3,1	31	96,9	0,4 (-1,59—2,38)	0,337
		No	16	7,8	188	92,2		
	Hipertensión Arterial	Si	2	15,4	11	84,6	2,29 (0,92—3,65)	0,241
		No	15	6,7	208	93,3		
	Diabetes Mellitus tipo 2	Si	4	12,5	28	87,5	1,96 (0,9—3,02)	0,213
		No	13	6,4	191	93,6		
	Patologías Agudas	Si	1	11,1	8	88,9	1,58 (-0,33—3,48)	0,644
		No	16	7	211	93		
	Evento cerebrovascular	Si	0	0	17	100	0	0,233
		No	17	7,8	202	92,2		
Otras	Si	2	3	64	97	0,34 (-1,1—1,79)	0,122	
	No	15	8,8	155	91,2			

Fuente: Base de Datos



Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez

Interpretación: los factores asociados a riesgo de suicidio leve son el estado civil viudo con una prevalencia del 20% (RP 3,52 IC 2,56-4,47 $p=0,009$), la enfermedad renal crónica con una prevalencia del 23,1% (RP 3,68 IC 2,56-4,79 $p=0,023$) siendo ambos estadísticamente significativos y a la enfermedad neoplásica con una prevalencia del 20% (RP 3,32 IC 2,3-4,35 $p=0,21$) pero no es estadísticamente significativo.



Tabla 7. Factores de riesgo asociados a riesgo de suicidio moderado diagnosticado según la MINI, en pacientes del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Factor de riesgo	Riesgo de suicidio moderado				RP (IC 95%)	P		
	Si		No					
	n	%	n	%				
SEXO	Masculino	4	4,3	90	95,7	3,02 (1,34–4,7)	0,174	
	Femenino	2	1,4	140	98,6			
EDAD	<30 años	Si	3	7,7	36	92,3	5,47 (3,9–7,03)	0,025
		No	3	1,5	194	98,5		
	30-60 años	Si	2	1,7	113	98,3	0,53 (-1,15–2,2)	0,445
		No	4	3,3	117	96,7		
	> 60 años	Si	1	1,2	80	98,8	0,38 (-1,75–2,51)	0,356
		No	5	3,2	150	96,8		
ESTADO CIVIL	Soltero	Si	3	6	47	94	3,72 (2,15–5,29)	0,080
		No	3	1,6	183	98,4		
	Casado	Si	1	0,9	112	99,1	0,22 (-1,9–2,35)	0,121
		No	5	4,1	118	95,9		
	Unión libre	Si	0	0	27	100	0	0,372
		No	6	2,9	203	97,1		
	Divorciado	Si	0	0	21	100	0	0,438
		No	6	2,8	209	97,2		
	Viudo	Si	2	8	23	92	4,22 (2,57–5,87)	0,067
		No	4	1,9	207	98,1		
OCUPACION	Si	4	2,1	188	97,9	0,46 (-1,2–2,12)	0,349	
	No	2	4,5	42	95,5			
INSTRUCCION	Si	3	1,6	182	98,4	0,28 (-1,29–1,85)	0,087	
	No	3	5,9	48	94,1			
ENFERMEDAD MEDICA	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Si	0	0	10	100	0	0,602
		No	6	2,7	220	97,3		
	Insuficiencia Cardíaca	Si	1	7,7	12	92,3	3,43 (1,36–5,5)	0,225
		No	5	2,2	218	97,8		
	Enfermedad Renal Crónica	Si	0	0	13	100	0	0,549
		No	6	2,7	217	97,3		
	Neoplasias	Si	0	0	20	100	0	0,45
		No	6	2,8	210	97,2		
	Infecciones Agudas	Si	1	1,9	51	98,1	0,7 (-1,42–2,83)	0,748
		No	5	2,7	179	97,3		
	Complicaciones del Alcoholismo	Si	0	0	32	100	0	0,326
		No	6	2,9	198	97,1		
	Hipertensión Arterial	Si	0	0	13	100	0	0,549
		No	6	2,7	217	97,3		
	Diabetes Mellitus tipo 2	Si	1	3,1	31	96,9	1,28 (-0,84–3,39)	0,822
		No	5	2,5	199	97,5		
	Patologías Agudas	Si	0	0	9	100	0	0,621
		No	6	2,6	221	97,4		
Evento cerebrovascular	Si	0	0	17	100	0	0,489	
	No	6	2,7	213	97,3			
Otras	Si	5	7,6	61	92,4	12,88 (10,8–15)	0,002	
	No	1	0,6	169	99,4			



Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez

Interpretación: los factores de riesgo que se asocian a riesgo de suicidio moderado son el sexo masculino con una prevalencia del 4,3% (RP 3,02 IC 1,34-4,7 $p=0,174$), pero no es estadísticamente significativo, pacientes con edad menor de 30 años con una prevalencia del 7,7% (RP 5,47 IC 3,9-7,03 $p=0,025$) siendo significativo, estado civil viudo con una prevalencia del 8% (RP 4,22 IC 2,57-5,87 $p=0,067$) y estado civil soltero con una prevalencia del 6% (RP 3,72 IC 2,15-5,29 $p=0,080$); y en cuando a la enfermedad médica se asocia a insuficiencia cardiaca con una prevalencia del 7,7% (RP 3,43 IC 1,36-5,5 $p=0,225$) sin embargo estos tres últimos no tienen significancia estadística.



Tabla 8. Factores de riesgo asociados a riesgo de suicidio grave diagnosticado según la MINI, en pacientes del área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014

Factor de riesgo		Riesgo de suicidio grave				RP (IC 95%)	P	
		Si		No				
		n	%	n	%			
SEXO	Masculino	4	4,3	90	95,7	2,01 (0,54–3,49)	0,342	
	Femenino	3	2,1	139	97,9			
EDAD	<30 años	Si	2	5,1	37	94,9	2,02 (0,42–3,62)	0,384
		No	5	2,5	192	97,5		
	30-60 años	Si	3	2,6	112	97,4	0,79 (-0,69–2,26)	0,752
		No	4	3,3	117	96,7		
	> 60 años	Si	2	2,5	79	97,5	0,77 (-0,85–2,38)	0,745
		No	5	3,2	150	96,8		
ESTADO CIVIL	Soltero	Si	2	4	48	96	1,49 (-0,12–3,1)	0,627
		No	5	2,7	181	97,3		
	Casado	Si	1	0,9	112	99,1	0,18 (-1,92–2,28)	0,071
		No	6	4,9	117	95,1		
	Unión libre	Si	0	0	27	100	0	0,334
		No	7	3,3	202	96,7		
	Divorciado	Si	3	14,3	18	85,7	7,68 (6,25–9,1)	0,001
		No	4	1,9	211	98,1		
	Viudo	Si	1	4	24	96	1,4 (-0,73–3,48)	0,747
		No	6	2,8	205	97,2		
OCUPACION		Si	6	3,1	186	96,9	1,38 (-0,72–3,47)	0,764
		No	1	2,3	43	97,7		
INSTRUCCIÓN		Si	5	2,7	680	97,3	0,69 (-0,92–2,3)	0,650
		No	2	3,9	49	96,1		
ENFERMEDAD MEDICA	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Si	0	0	10	100	0	0,572
		No	7	3,1	219	96,9		
	Insuficiencia Cardíaca	Si	1	7,7	12	92,3	2,86 (0,82–4,9)	0,301
		No	6	2,7	217	97,3		
	Enfermedad Renal Crónica	Si	0	0	13	100	0	0,517
		No	7	3,1	216	96,9		
	Neoplasias	Si	0	0	20	100	0	0,414
		No	7	3,2	209	96,8		
	Infecciones Agudas	Si	1	1,9	51	98,1	0,59 (-1,5–2,68)	0,616
		No	6	3,3	178	96,7		
	Complicaciones del Alcoholismo	Si	3	9,4	29	90,6	4,78 (3,3–6,23)	0,022
		No	4	2	200	98		
	Hipertensión Arterial	Si	0	0	13	100	0	0,517
		No	7	3,1	216	96,9		
	Diabetes Mellitus tipo 2	Si	1	3,1	31	96,9	1,06 (-1,02–3,15)	0,955
		No	6	2,9	198	97,1		
	Patologías Agudas	Si	0	0	9	100	0	0,593
		No	7	3,1	220	96,9		
	Evento cerebrovascular	Si	1	5,9	16	94,1	2,15(0,09–4,2)	0,462
		No	6	2,7	213	97,3		
	Otras	Si	3	4,5	63	95,5	1,93 (0,46–3,4)	0,373
		No	4	2,4	166	97,6		

Fuente: Base de Datos

Elaborado por: Paola Baculima, Azucena Iñamagua y Mónica Sánchez



Interpretación: los factores de riesgo que se asocian a riesgo de suicidio grave son el estado civil divorciado con una prevalencia del 14,3% (RP 7,68 IC 1,25-9,1 p=0,001), siendo estadísticamente significativo, y se asocia con el uso de alcohol y sus complicaciones con una prevalencia del 9,4% (RP 4,78 IC 3,13-6,23 p=0,022) siendo estadísticamente significativo.



CAPITULO VI

6.1. DISCUSION

Los trastornos psiquiátricos representan un grave problema de salud social, debido a su presentación somática que pueden confundirse con otras entidades clínicas o se pasan por alto; lo que ocasiona un incremento del gasto en salud pública debido a hospitalizaciones más prolongadas y frecuentes, mayor grado de discapacidad y diagnóstico difícil de esclarecer que resultan en un tratamiento menos efectivo. ⁽²¹⁾

En nuestro estudio, la prevalencia de trastornos psiquiátricos no diagnosticados en pacientes hospitalizados fue de 50,85% (n=120), en comparación con el 44,5% encontrado en pacientes médico-quirúrgicos en un hospital de Medellín – Colombia ⁽¹¹⁾ y al 62,2% que presentaron los pacientes del servicio de medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. ⁽¹⁰⁾ Las diferencias en las prevalencias podrían deberse a que en Colombia se incluyeron únicamente a pacientes que obtenían una puntuación mayor de siete en la escala de depresión y ansiedad hospitalaria a los que se les realizó la entrevista clínica para el diagnóstico psiquiátrico. Mientras que en el estudio realizado en Chile se aplicó la Entrevista Clínica Estructurada del DSM IV (SCID) que incluye otros trastornos psiquiátricos que no constan en la MINI como fobia simple, demencias y delirium.

La prevalencia de depresión fue de 32,7% (n=70) muy semejante a la encontrada por Domínguez, en el 2011, quien al utilizar el test de depresión de Hamilton determinó una prevalencia del 33% en el departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso. ⁽¹³⁾

Otros estudios revelan prevalencias más altas; como el realizado en una muestra de 174 pacientes de consulta externa que al utilizar la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg verificados con la Entrevista Estructurada basada en criterios del DSM IV muestra una prevalencia del 60%. ⁽⁷⁾ Sin embargo en la ciudad de Guayaquil se obtuvo un valor inferior del 19,2% pero que asciende al 40% al analizarlo en los pacientes con enfermedad crónica,



pudiendo deducir que las patologías crónicas constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de depresión. ⁽¹²⁾

En el servicio de Cardiología del hospital Rodolfo Rossi de la Isla de la Plata-Argentina se encontró un 20% depresión, al aplicar la MINI y posteriormente el test de Hamilton en 35 pacientes hipertensos. ⁽⁹⁾

Los factores de riesgo para depresión encontrados son: edad mayor de 60 años y estado civil viudo, con una prevalencia del 30,9% (RP 1,65 IC 1,19-2,11 $p=0,035$) y 44% (RP 2,16 IC 1,69-2,68 $p=0,008$) respectivamente, en cuanto al estado civil fue similar al 46% encontrado en pacientes viudos mayores de 60 años, internados en el hospital militar de Santiago de Chile. Mientras que en relación a la edad se encontró un 28,4% en el mismo grupo etario. La diferencia entre estos valores pueden deberse al instrumento utilizado; ya que en Chile utilizaron la escala de depresión geriátrica abreviada Yesavage-15 que podría resultar más específica para los adultos mayores que constituyen el grupo mayoritario estudiado en nuestra investigación. ⁸⁰

Al asociar la diabetes mellitus con depresión se encontró una prevalencia de 43,8% (RP 2,16 IC 1,69-2,68 $p=0,008$) a diferencia de dos estudios, el primero con el 65,7% encontrado en el servicio de endocrinología del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito, al aplicar el test de depresión de Beck a pacientes con diabetes mellitus, concluyendo que la depresión es un factor de riesgo para el mal control glicémico ⁸¹. Y el segundo realizado por Domínguez que al asociar la depresión con pie diabético encontró una prevalencia menor con 37,7% en pacientes (RP 1,2 IC 95% 0,8-1,7 $p=0,39$), sin embargo este dato no fue estadísticamente significativo. ⁽¹³⁾

En el caso de la insuficiencia cardíaca se encontró una prevalencia de 53,8% (RP 2,55 IC 1,99-3,12 $p=0,006$), cifra mayor a la encontrada por Domínguez de 31,8% (RP 1 IC 95% 0,7 - 1,4 $p=0,792$), ⁽¹³⁾ mientras que Bichara et. al encontró un 57% de probabilidad de depresión al aplicar el test de la OMS a 46 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, Tucumán-Argentina. ⁸²

A pesar de no mostrar significancia estadística, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica tiene 1,8 veces más probabilidad de desarrollar depresión



con una prevalencia del 40% (RP 1,8 IC 1,01 – 2,6 p=0,188); mientras que en el 2011, Domínguez encontró una prevalencia del 34,4% (RP 1,1 IC 0,7 – 1,5 p=0,079).⁽¹³⁾

La prevalencia de ansiedad fue de 9,3% (n=20) muy parecida a dos estudios que utilizan como instrumento la MINI, uno de ellos realizado por Xiao-Jing Li et. al que encontró una prevalencia de 9,42%, al aplicar el instrumento a una muestra de 1.059 pacientes con patología gastrointestinal en China.⁽⁸⁾ Y el otro realizado en La Isla de la Plata - Argentina, a pacientes hipertensos internados en cardiología que encontró una prevalencia de 8,6%.⁽⁹⁾ Y un tercer estudio al aplicar la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS) determinó una prevalencia de 9,28% en pacientes internados en el Hospital Abel Gilbert Pontón.⁽¹²⁾

Existen mínimas diferencias con otros estudios que buscan determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad, es así que en los servicios de atención primaria de salud se encontró una prevalencia de 10,6%, según la MINI en la Ciudad de México⁽³⁶⁾ y una prevalencia de 12% según la OMS.⁽³⁴⁾

Otros estudios señalan altas prevalencias de trastornos de la ansiedad en los servicios de atención primaria de salud de Brasil y Chile con 37,6%, 53% respectivamente; debido a que son países con un mayor nivel de desarrollo económico, más urbanizados, con mayor contaminación, que conlleva al estrés causante de este trastorno.⁽³⁵⁾

Los pacientes con trastorno de ansiedad en su mayoría son del sexo femenino en un 63,15%, de edades comprendidas entre 30 – 60 años 52,65% (RP 1,17), de estado civil viudo con 21,85% (RP 2,25 IC 1,23-3,27 p=0,122) y soltero con una prevalencia de 31,57% (RP 1,72); con cierto grado de instrucción 78,94% (RP 1,03). En comparación con datos obtenidos en atención primaria de salud en Brasil, al utilizar el Cuestionario de Salud General (GHQ-12), la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) y un cuestionario sociodemográfico, encontró mayor prevalencia en el sexo femenino 84,1% (OR 1,7), de edades comprendidas entre 25 y 45 años, de estado civil soltero 40% (OR 1,0) y nivel de instrucción menor de cuatro años 72% (OR 1,2), de



una muestra de 1857 pacientes, seleccionados al azar, de cuatro ciudades de Brasil (Río de Janeiro, Sao Paulo, Fortaleza y Porto alegre).⁽³⁵⁾

Un estudio realizado en un hospital general de Chile determina una mayor prevalencia de trastorno de ansiedad en el sexo femenino con 67% y edad promedio de 56,2 años y mediana de 62, escolaridad básica con 69,8% y amas de casa 22%.⁽⁸³⁾

Encontramos una prevalencia de dependencia de alcohol de 7,48%, similar al 7,6% de dependencia de curso de vida encontrada por Hernández et al en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Barros Luco Trudeau de Santiago de Chile en el 2001⁽¹⁰⁾ y que en el año 2002, Hernández al realizar el estudio nuevamente la ubicó en el 6,7% de dependencia actual o en remisión; mientras que la de curso de vida ascendió al 12,8%.⁽⁵⁶⁾

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 encontró una prevalencia de 6,2% de dependencia de alcohol en la población en general;⁽⁵⁷⁾ menor a la de nuestro estudio, debiendo considerarse que en pacientes hospitalizados esta cifra es mayor debido a que muchos de los pacientes ingresados a los servicios de hospitalización tienen patologías relacionadas con el consumo crónico del alcohol.

Dentro de los factores de riesgo asociados a dependencia de alcohol, existe una clara relación con el sexo masculino con una prevalencia de 8,5% frente al 2,1% en mujeres, habiéndose cuadruplicado el riesgo para desarrollar dependencia de alcohol. Hernández señala una prevalencia superior con 25,1% en comparación al 2,55 encontrado en mujeres.⁽⁵⁶⁾ Esta prevalencia superior puede deberse a que Chile es considerado el país con mayor índice de consumo de alcohol de Latinoamérica según la OMS. Al relacionarla con la patología médica muestra asociación con insuficiencia cardiaca con una prevalencia de 23,1% (RP 6,43 IC 5,23-7,64 p=0,001) mientras que en Cuba se encontró una prevalencia de 19% en pacientes con enfermedades cardiocirculatorias.⁽⁵⁹⁾ Además las guías de la Sociedad Europea de Cardiología identifican el consumo excesivo de alcohol como factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardiaca recomendando reducir su consumo a 10 – 20 g/día ya que su consumo exagerado aumenta la tensión arterial que



sumado al efecto tóxico que provoca en las células miocárdicas puede llevar a miocardiopatía alcohólica y posteriormente a insuficiencia cardiaca. ⁽⁸⁴⁾

En cuanto al riesgo de suicidio encontramos una prevalencia de 9,3% (n=20) para el leve, 4,2% (n=9) para el moderado y de 4,7% (n=10) para el grave; que sumados dan un total de 18,2%; comparable con el 20% de riesgo suicida, encontrada según la Escala de Desesperanza y de Ideación Suicida de Beck al ser aplicada a 95 internos condenados, reclusos en un establecimiento de Boyacá, en la región andina de Colombia. ⁸⁵

Existe una diferencia substancial en otro estudio en el cual se encontró una prevalencia de 35,1% (n=27) de ideación suicida, que se debe a que la muestra la conforman pacientes con atención por intento suicida. ⁽⁸⁶⁾

Los factores asociados al riesgo de suicidio leve son: estado civil viudo 20% (RP 3,52 IC 2,56-4,47 p=0,009), enfermedad renal crónica con un 23,1% (RP 3,68 IC 2,56 – 4,79 p=0,023) y enfermedad neoplásica con una prevalencia del 20% (RP 3,32 IC 2,3 – 4,35 p=0,21). El riesgo de suicidio moderado se presenta en el sexo masculino con una prevalencia de 4,3% (RP 3,02 IC 1,34 – 4,7 p= 0,174), con edad menor a 30 años 7,7% (RP 5,47 IC 3,9 – 7,03 p=0,025), estado civil viudo 33,3% (RP 4,22 IC 2,57 – 5,87 p=0,067), soltero 50% (RP 3,72 IC 2,15 – 5,29 p=0,08) y se asocia a insuficiencia cardiaca 7,7% (RP 3,43 IC 1,36 – 5,5 p=0,225). Y el riesgo de suicidio grave está asociado con estado civil divorciado 14,3% (RP 7,68 IC 1,25 - 9,1 p=0,001) y complicaciones del alcoholismo de 0,4% (RP 4,78 IC 3,13 – 6,23 p=0,022).

Lo anterior se compara con dos estudios realizados en México, en pacientes con ideación suicida; el primero revela una mayor prevalencia en el estado civil soltero 64%. ⁸⁷ Y en el segundo determina como factores el sexo femenino (OR 1,8), edades comprendidas entre 30 y 45 años (OR 1,3), divorciados o separados (OR 3,3), y desempleados (OR 1,6). ⁸⁸

Otro estudio realizado en México en 106 pacientes, determinó la edad promedio para intento de suicidio de 34,6 años \pm 11,8, de los cuales el 30,2 % eran de sexo masculino y el 69,8% de sexo femenino; los principales factores de riesgo fueron el vivir solo (OR 6,03 p=0,031) y la intoxicación etílica en la última semana (OR 3,76 p=0,038).



La media de edad de la población suicida fue de 32,08 años (DS 17,8), con una razón de 4,7 hombres (82,6%) por cada mujer, instrucción secundaria completa 40,9%, solteros 47,8% y el 21,7% tenían empleo. Además identificó asociación con la depresión 89,8% (OR=18,16 p=0,00), ansiedad (OR= 7,33; p=0,00), haber estado hospitalizado (OR= 2,81; p=0,00) y padecer una enfermedad crónica (OR=8,31; p=0,00).⁸⁹

Encontramos que quienes consumen alcohol tienen 4,78 veces más probabilidad de riesgo de suicidio grave (IC 3,13-6,23 p=0,022) similar al encontrado en Cuba (RP 4,1);⁽⁹⁰⁾

Los pacientes con enfermedad renal crónica presentan una prevalencia de 30,8% de depresión y casi 4 veces mayor probabilidad de riesgo de suicidio leve (RP 3,68 IC 2,56-4,79 p=0,023). Es conocida la relación entre depresión y riesgo suicida ya que el 15% de pacientes con depresión mayor se suicida.⁹¹ El valor de 4 puede deberse a la mayor importancia que se ha dado al diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos en los pacientes con enfermedad crónica.

Así mismo se observa que otras enfermedades crónicas tienen altas tasas de depresión con un mayor riesgo suicida. En nuestro estudio se encontró que la enfermedad neoplásica tiene 3,32 veces más probabilidad de riesgo de suicidio leve (RP 1,6 IC 0,96-2,26 p=0,177) y que además presenta una prevalencia de depresión de 35%, mientras que la insuficiencia cardiaca tiene 3,43 veces más probabilidad de riesgo de suicidio moderado (RP 2,55 IC 1,99-3,12 p=0,177) y con una prevalencia de depresión de 53,8%.



6.2. CONCLUSIONES

- ✚ La prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados a través de la MINI en pacientes hospitalizados en el área de clínica es de 50,85%. Y la prevalencia de pacientes con diagnóstico de trastornos psiquiátricos actual o pasado por personal médico de esta u otra institución es de 14,4%.
- ✚ Los pacientes con trastornos psiquiátricos detectados a través de la MINI en su mayoría son aquellos con edad superior a los 70 años representado por el 63,83%, la media de edad es de 55, la moda de 59 y la mediana 59,5. Afecta principalmente al sexo masculino con un 52,13%, de estado civil viudo 72%, agricultor 56,76% y de instrucción primaria 56,91%.
- ✚ Los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia, según la MINI, son el episodio depresivo mayor actual con el 32,7%, el trastorno de ansiedad generalizada con 9,3%, el riesgo de suicidio leve con 9,3%, moderado con 4,2%, grave con 4,7% y la dependencia de alcohol con 7,48%.
- ✚ Los factores de riesgo asociados a episodio depresivo mayor actual son edad mayor a 60 años (RP 1,658 $p=0,035$), de estado civil viudo (RP 2,16 $p=0,008$), en cuanto a la enfermedad médica se asocia a insuficiencia cardiaca (RP 2,55 $p=0,006$) y diabetes mellitus tipo 2 (RP 2,23 $p=0,003$).
- ✚ En cuanto a la dependencia de alcohol, se consideran factores de riesgo el sexo masculino (RP 4,03 $p=0,02$), la insuficiencia cardiaca (RP 6,43 $p=0,001$)
- ✚ El riesgo suicida leve se asocia a estado civil viudo (RP 3,52 $p=0,009$), a enfermedad renal crónica (RP 3,68 $p=0,023$) y enfermedad neoplásica (RP 3,32 $p=0,21$). El riesgo de suicidio moderado se asocia a sexo masculino (RP 3,02 $p=0,174$), edad menor a 30 años (RP 5,47 $p=0,025$), estado civil viudo (RP 4,22 $p=0,067$) y soltero (RP 3,72 $p=0,08$), y a la



insuficiencia cardiaca (RP 3,43 $p=0,225$). Por último el riesgo de suicidio grave se asocia a estado civil divorciado (RP 7,68 $p=0,001$) y las complicaciones del alcoholismo (RP 4,78 $p=0,022$).

6.3. RECOMENDACIONES

- ✚ El hospital Vicente Corral Moscoso, al ser una institución de referencia recibe a pacientes con enfermedades graves, crónicas y complejas que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos por lo que se recomienda utilizar un método de diagnóstico complementario para identificar y tratar oportunamente la salud mental de los pacientes, en especial los que tienen una mayor prevalencia como lo son la depresión, riesgo de suicidio y ansiedad.
- ✚ Capacitar al personal médico no psiquiátrico en la identificación de los trastornos psiquiátricos asociados a la patología médica y de ser posible, en lo posterior la implementación de un departamento dedicado a ello.
- ✚ Realizar nuevas investigaciones en otras áreas de este hospital y otras instituciones de salud, con el fin de investigar la prevalencia los trastornos psiquiátricos y sus factores asociados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Hernández G, Gallardo P, Sepúlveda R, Morales P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. *Rev. méd. Chile.* 2008; 132(6): 725-732. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-98871004000600009&lng=en
- ² Huyse F, Herzog T, Lobo A, Malt U, Opmeer B, Stein B et al. Consultation Liaison Psychiatry service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 124-32. Disponible en: [http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(01\)00139-6/abstract](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(01)00139-6/abstract)
- ³ Campo A, Suarez M. Detección de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados. *Rev. Col. Psiquiatría;* 27(3) Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-27/3/Detecci%C3%B3n%20de%20trastornos%20depresivos.pdf>
- ⁴ Martínez J, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45 (1): 21-28. Disponible en http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A91.pdf
- ⁵ Gawryszewski V, Monteiro M. (Mortalidad en las Américas por enfermedades, condiciones y lesiones donde el alcohol es causa necesaria, 2007-2009), *Addiction*, OMS/OPS. 2014
- ⁶ Gibson R, Martin J, Neita S. La enfermedad mental y la salud pública: la exploración de la función de los médicos de los hospitales generales en un hospital docente de Jamaica. *Rev West Indian med.* 2010; 59 (6):662-667. Disponible en: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00431442010000600012&lng=en
- ⁷ Valdes G, Contreras X, Romero W. Subdiagnóstico de depresión en atención primaria, en pacientes del área sur – oriente de Santiago, 2006, *Rev. Chile Salud Pública* 2006, 10 (3): 152-157. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2450/2461>
- ⁸ Xiao-Jing Li, Yan-Ling He, Hong Ma, Zhe-Ning Liu, Fu-Jun Jia, Ling Zhang, Lan Zhang. Prevalence of depressive and anxiety disorders in Chinese gastroenterological outpatients. *Gastroenterol Mundial* 2012; 18 (20): 2561-2568. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3360456/?tool=pubmed>
- ⁹ Lugercho C. Relación entre depresión e hipertensión arterial. Departamento de graduados de posgrado en Psiquiatría y Psicología Médica. La Plata 2007. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/7.pdf>
- ¹⁰ Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Núñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Med Chile* 2001; 129:1279-1288. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000600008



- ¹¹ Franco J, Gómez P, Ocampo M, Vargas A, Milena D; Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia; Colomb Med 2005; 36: 186-193
- ¹² Ribas J. incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, periodo 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007. Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. Rev Medicina-Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/230>
- ¹³ Domínguez J, Prevalencia de depresión y factores relacionados en Pacientes Hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2011.
- ¹⁴ OMS. Atlas de Salud Mental 2011. Ginebra: WHO. Disponible en: www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html.
- ¹⁵ Alarcón R, Psiquiatría, Segunda edición, Washington, Editorial El Manual Moderno, 2005: 839-842
- ¹⁶ Gonzalez J. El desarrollo histórico de la consulta psiquiátrica en el Hospital General: de la medicina psicosomática a la psiquiatría de enlace. Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática, ISSN 0210-8348, 21,(1), 2000: 9-16 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28172008_El_desarrollo_histrico_de_la_consulta_psiquitrica_en_el_Hospital_General_de_la_medicina_psicosomtica_a_la_psiquiatra_de_enlace?ev=srch_pub
- ¹⁷ Haring C, Florenzano R, et al. Psiquiatría de Enlace e interconsultoría psiquiátrica en el Hospital General de la ONU: 25 Años Después. Actas psiquiátrica y psicológica de América Latina. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/215593482_Psiquiatra_de_Enlace_e_interconsultora_psiquitrica_en_un_Hospital_General_25_aos_despus?ev=srch_pub
- ¹⁸ Hernández G, Gallardo P, Sepúlveda R, Morales P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. Rev. méd. Chile. 2004; 132 (6): 725-732. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000600009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000600009>
- ¹⁹ Romero J. Aspectos psicológicos del paciente frente a la enfermedad. Ilustrados. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/683/Aspectos-psicologicos-paciente-frente-enfermedad.html>
- ²⁰ Iglesias C, Aspectos psicológicos ante la enfermedad y la muerte, Psicología médica 2013: 3-4. Disponible en: www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/22PM-ENF-MUERTE.pdf
- ²¹ Erazo R. La depresión en el contexto de la medicina. Departamento de Psiquiatría. Disponible en: http://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Octubre_2005/articulo_001.htm
- ²² Gorosabel J. Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria. Universidad



Autónoma de Madrid, 2013. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/14125>

²³ Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México; Secretaría de Salud: 7 Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/lmss_161ER.pdf

²⁴ Montes C. La depresión y su etiología: Una patología compleja. Vitae: Academia Biomédica Digital, ISSN-e 1317.98X, (18)

²⁵ Kaplan, TRASTORNOS DE LE ESTADO DEL ÁNIMO. Trastorno depresivo mayor. Trastorno distímico. Riesgo suicida. Episodio hipomaniaco. Episodio maniaco. Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html#2>

²⁶ Torija J, Mayor J, Garcia M, R Torres R. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Barcelona 2010; 21 (1) Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-1112007000100008&lang=pt

²⁷ Londoño N, Marín C, Juárez F, Palacio J, Muñiz O, Escobar B et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. Bogotá 2010; 17 (1) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812010000100005&lang=pt.

²⁸ Alberdi J, Fernandez A, Iglesias D. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. Unidad de psiquiatría de interconsulta y enlace. Servicio de psiquiatría. Hospital de Oza. Complejo hospitalario universitario a Coruña 1990-2013. Disponible en <http://www.galiciaclinica.info/PDF/25/542.pdf>

²⁹ Tamayo J, Rosales J, Villaseñor S, Rojas C. Definición e impacto de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. México 2011; 34 (3) Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853252011000300008&lang=pt

³⁰ Amaya A, Bruce A, Herrán D, Martín D, Muñoz A. Variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un hospital de Bogotá. 2013 Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=698791&indexSearch=ID>

³¹ Campa C., Díaz C, Soler R, Brossard M, Carbonell I. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba; 2012; 16 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012000200008&script=sci_arttext

³² Reyes A, Trastorno de Ansiedad, Guía práctica para diagnóstico y tratamiento, biblioteca virtual en salud de Honduras; 33: 16-20. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

³³ Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica, Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos relacionados, Rev. Bulletin of the world health organization, 2000, 78 (4): 413–426. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_92-105_spa.pdf



- ³⁴ Gongalves D. Estudio multicéntrico brasileño de trastornos mentales comunes en atención primaria: los precios y los factores sociales y demográficos relacionados. *Rev Cad. Saúde Pública*, 30(3): 623-632. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000300623
- ³⁵ Vargas B, Villamil V, Rodríguez C, Pérez J, Cortés J, Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención, *Rev Salud Ment.* 2011; 34 (4): 323-331. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005
- ³⁶ Reeves W, Mann J, Nater U, La enfermedad mental en la población de Georgia, *BMC Public Health*, 2013, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3654957/?tool=pubmed#!po=33.7209>
- ³⁷ Morocho I. *Psiquiatría General*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2009:
- ³⁸ Stein D, Hollander E, *Tratado de los trastornos de ansiedad*, Barcelona-España; Editorial Ars médica 2010: 291-294.
- ³⁹ Staudt M., Stortti M., Thomaé V. Morales S., Fobia Social: Una enfermedad discapacitante cada vez más frecuente, *Rev. de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 2006:155: 16-18. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista155/5_155.pdf
- ⁴⁰ Verduzco W., Hector T. Trastorno por estrés postraumático, *AAPAUNAM*. 2010: 45-47. Disponible en: http://www.aapaunam.mx/Revista/Rev-A4-Vol4-Ene-Mar/Transtorno_por_Estres.pdf
- ⁴¹ Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *Trastornos de ansiedad*. NIH. 2009:09-3879, Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>
- ⁴² Instituto Nacional de Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. *Trastorno de Estrés Postraumático*. SEP Sociedad Española de Psiquiatría. Publicado en NIH. 2008:08-6388:2
- ⁴³ Perales C, Duschek S, Reyes G., Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica: relevancia de la ansiedad. *Rev Nefrología*; 2013; 33(6): 816-825. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952013000700009&lng=es.
- ⁴⁴ Instituto Nacional del cáncer. *Adaptación al cáncer: Ansiedad y Sufrimiento*. 2014. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/page1/AllPages/Print>
- ⁴⁵ Rodríguez B., Ortiz A., Palao A, et. al. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Rev Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.)*, 2002; 16(1):27-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000100004&lng=es.



- ⁴⁶ Galindo O, Ñalvarez A, Alvarado S., Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Rev Psicooncología*. 2013. 10(1), Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/41948/39950>
- ⁴⁷ Garcés D. Tipos de personalidad y su influencia en la prevalencia del trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en los pacientes oncológicos que acuden al Hospital Dr. Julio Enrique Paredes C. de la Ciudad de Ambato durante el período agosto-noviembre Del 2011. Universidad pontificia católica del Ecuador, Ambato, 2012, Disponible en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/708/1/80127.pdf>
- ⁴⁸ Moreno E, Arenas M, Bellmar E, Porta E, Escalant L, Canto M, et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis, *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 2004, 7(4): 225-233, Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>
- ⁴⁹ Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, et al. Los trastornos de ansiedad en adultos tratados por hemodiálisis: un estudio de un solo centro. *Am J Kidney Dis*. 2008; 14 :128-136. doi: 10.1053/j.ajkd.2008.02.300
- ⁵⁰ Gascón M, Ribeiro C, Bueno L, et. al. Prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en la sala de dermatología clínica de un hospital universitario. *Rev Una. Bras. Dermatol*, 2012, 87 (3): 403-407. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000300008>.
- ⁵¹ Palma A, Del Río I, Bonati P, Tupper L, Villaroel L, Olivares P, et al. Frecuencia y pesquisa de síntomas en pacientes crónicos en fases avanzadas en un hospital clínico. ¿Existe concordancia entre pacientes y médicos?, *Rev Med Chile*, 2008: 561-569.
- ⁵² He Y, Zhang M, Lin E, Bruffaerts R, Posada J, Angermeyer M, et al. Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys. *Rev Psychological Medicine*, 38(11): 1639-50, 2008, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18298879>
- ⁵³ Arias R. Reacciones fisiológicas y neuroquímicas del alcoholismo. 2005; 1 (2); 138 – 147. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2089832>
- ⁵⁴ OMS N° 349. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- ⁵⁵ Hernández G., Montino O., Kimelman M., Orellana G., Núñez C., Ibáñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos por uso de alcohol y otras sustancias en hombres y mujeres hospitalizados en medicina interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev. Méd. Chile*; 2012; 130(6); http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000600008&script=sci_arttext
- ⁵⁶ Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Alcohol. INPRFM. 2012 (1). 2012. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- ⁵⁷ Molina V., Fernández R., Arrate M., Linares M., Evaluación nutricional con dependencia alcohólica. *Rev. Hospital Psiquiátrico de la Habana* 2010, 7(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph04110.html>



- ⁵⁸ Hidalgo F., Martínez G., Fernández A., González V., Hidalgo Y. Alcoholismo y factores de riesgo: estudio descriptivo de corte transversal en área rural de Cumanayagua, Cuba. *Medwave*. 2013; 13(1); Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/562>
- ⁵⁹ Ruiz M., Andrade D., La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes -Ecuador *Rev. Latino-Am.* 2005, 13: 813-818. Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000700008&script=sci_abstract&tlng=es
- ⁶⁰ Merchán E., Leal M., Basso L., García M., Reid P., Vladimirovna O., et al. Comorbilidad entre abuso y dependencia de drogas y el estrés psicológico en siete países de latinoamérica y uno del caribe. *Florianópolis*, 2012; 21 (Esp): 87-95. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21nspe/v21nspea12.pdf>
- ⁶¹ Indicador urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas 1996-2009. *Observatorio español de la droga y las toxicomanías*. España; 2009: 158-168 Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/IndicadorUrgencias1996_2009.pdf
- ⁶² Ahumada G., Pereyra A., Steinberg C., El consumo de sustancias psicoactivas en la provincia de Buenos Aires, factores de riesgo y cuestión social. *Observatorio Argentino de Drogas*. 2008. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/informes/provinciales/Informe%20sobreeel_consumo-Pcia.Buenos_Aires_Factores%20de%20riesgo%20y%20cuestion%20social.pdf
- ⁶³ Rodríguez J., Kohn R., Aguilar S. *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. 2009: 177-190
- ⁶⁴ Jiménez J., Edith C., Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del Hospital Hermilio Valdizán. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán* 2011; 12 (1): 31-40. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/revista/2011/2011_1_02.pdf
- ⁶⁵ Marín R., Benjet C., Borges G, Hernández A., Alvarado R., Ayala M., et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental* 2013; 36: 471-479. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam136d.pdf>
- ⁶⁶ Peñafiel E., Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *E.U. Cardenal Cisneros*; 2009 32: 147-173.
- ⁶⁷ *Manual de CTO de Medicina y cirugía. Psiquiatría*. 2011. Ed. 8va: 58-61.
- ⁶⁸ Camarillo N., Cabada E., Gómez A., Munguía E. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev. Esp. Méd Quir*. 2013; 18(1): 51-55. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2013/rmq131h.pdf>
- ⁶⁹ Almenara C., Anorexia Nerviosa: una revisión del trastorno. *Rev. Neuro-Psiquiatría*. 2003. 66: 52-62. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/772/798>



- ⁷⁰ Chica G., Coronel J., Romero J., Prevalencia de anorexia nerviosa en los y las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca. 2012. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/bitstream/123456789/3438/1/MED107.pdf>
- ⁷¹ Portela M., Ribeiro H., Mora M., Raich R., La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Nutr. Hosp.* 2012; 27(2): 391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revisión_07.pdf
- ⁷² Pando M., Hurtado M., Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con los trastornos de la personalidad. *Rev. Neuro psiquiátrica.* 2003; 66: 52-62. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/772/798>
- ⁷³ Galli S, Feijó L, Romero S. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Rev. Medica. Hered.* 2002 13 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf>
- ⁷⁴ Galli A. Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. Lima. 2005; 6 (1): 58. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/6%20PREVALENCIA%20DE%20TRASTORNOS%20PSICOPATOLOGICOS.pdf>
- ⁷⁵ Sheehan D, Lecrubier Y, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0 DSM-IV, traducido al español por Ferrando L. Soto M. 2000. Disponible en: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>
- ⁷⁶ Peña F, Esquivel G, Et Al. Validación concurrente para trastornos externalizados del MINI-Kid y la entrevista semiestructurada para adolescentes *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2009 20;(1):8-12 Disponible en: <http://www.sopnia.com/boletines/Rev%20Sopnia%20Agosto%202009.pdf>
- ⁷⁷ M. Juracán. Sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida en pacientes con acné. Guatemala; 2010: 20-21. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8695.pdf.
- ⁷⁸ Idarraga D. Intervención psicológica con pacientes son trastorno afectivo bipolar. 2011 San Pablo-Bucaramanga 2011:16. Disponible en: http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1303/1/digital_20486.pdf
- ⁷⁹ López J, Barrios G, López B, Martínez M, Bazaldúa L, Cortés T. Frecuencia de desórdenes mentales en adultos mayores residentes en una institución de asistencia social en la ciudad de México 2008; 13 (1) Disponible en: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/6952>.
- ⁸⁰ Von Mühlenbrock S, Gómez D, González V Matías, Rojas A, Vargas G. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2011; 49 (4): 331-337. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004&lng=es.
- ⁸¹ Iturralde K, Arévalo M, La depresión como factor de riesgo para un inadecuado control glicémico en pacientes con diabetes mellitus, *Rev Fac Cien Med Quito* 2009; 34(1-2) : 8-14



- ⁸² Bichara V, Estofan L, De Rosa R. Depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica: prevalencia y evaluación en base a características clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y de laboratorio, *Rev Fed Arg Cardiol.* 2012; 41(3): 196-201
- ⁸³ Hernández G., Orellana G., Kimelman M., Núñez C., Ibáñez C. Trastorno de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Méd Chile* 2005; 133(8): 895-902. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000800005&script=sci_arttext
- ⁸⁴ Pérez R, García M, del Castillo F, Atención de enfermería en pacientes con insuficiencia cardíaca en atención primaria, *Enfermería comunitaria, Rev SEAPA,* 2013, 1(2):9-26
- ⁸⁵ Mojica, C; Sáenz, D; Rey-Anacona, C. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. 2009, *Rev. Colomb. Psiquiat.,* 38 (4): 681-691. Disponible en: www.uptc.edu.com/export/sites/default/facultades/f_salud/pregrado/psicologia/inf_adicional/investigacion/psicologia/documentos/psiquiatria.pdf.
- ⁸⁶ Pérez I; Ibáñez M; Reyes J; Atuesta J y Suárez M. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev. salud pública.* 10 (3):374-385, Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf>
- ⁸⁷ Villafaña, L; Gurrola, G; Balcàzar, P. Factores psicosociales y predisponentes en el intento de suicidio con pacientes hospitalizados. Facultad de Ciencias de la Conducta Universidad Autónoma del Estado de México. 2002. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/375/358>
- ⁸⁸ Mondragón, L; Saltijeral, Ma.; Bimbela, A; Borges, G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. 1998; *Rev. Salud Mental.* 21, (5) Disponible en: <http://inprf.bidigital.com:8080/bitstream/123456789/1767/1/sm210520.pdf>
- ⁸⁹ Tuesca R., Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento suicida. Barranquilla 2003; *Rev Científica Salud Uninorte.* 17: 19-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000200004&script=sci_arttext
- ⁹⁰ Arlaes L., Hernández G., Álvarez D., Cañizares T. Conducta suicida y factores de riesgo asociados. Ciudad de la Habana; *Rev Cubana Med Gen Integr;* 14 (2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000200004&script=sci_arttext
- ⁹¹ León E. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con insuficiencia renal crónica de la unidad renal del austro, 2009

**ANEXOS****ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha del estudio	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • Numérica
Sexo	Categorización de las personas de acuerdo a sus características orgánicas	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Instrucción	Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona en el ámbito académico	Último grado o nivel de estudios aprobado	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Instrucción • Primaria • Secundaria • Superior • Postgrados
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, de matrimonio o parentesco	Tipo de Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Divorciado • Vuido
Ocupación	Actividad laboral que desempeña habitualmente	Tipo de ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Agricultura • Comercio • Quehaceres domésticos • Construcción • Chofer • Empleado público • Empleada doméstica • Ninguno • Otros.
Trastorno psiquiátrico	Patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a malestar, discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor	Resultados del Test MINI en los módulos J, K	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso y dependencia de alcohol • Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas
		Resultados del Test MINI en el módulo L	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicóticos
		Resultados del Test MINI en los módulos A, B, D	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo mayor • Trastorno distímico • Episodio maniaco



		Resultados del Test MINI en los módulos E, F, G, H, I, O	<ul style="list-style-type: none">• Trastorno de angustia• Agorafobia• Fobia social• Estrés postraumático• Trastorno de ansiedad generalizada• Trastorno obsesivo compulsivo
		Resultados del Test MINI en los módulos M, N	<ul style="list-style-type: none">• Anorexia nerviosa• Bulimia nerviosa
		Resultados del Test MINI en el módulo P	<ul style="list-style-type: none">• Trastorno antisocial de la personalidad.
		Resultados del Test MINI en el módulo C	<ul style="list-style-type: none">• Riesgo de suicidio
Patología médica	Enfermedad del paciente confirmada con exámenes complementarios y observación médica	Diagnóstico definitivo del paciente que se encuentra en la epicrisis	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus 2• Hipertensión arterial• Complicaciones del alcohol• Insuficiencia cardiaca• Evento cerebrovascular• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica• Enfermedad renal crónica• Enfermedades coronarias• Asma• Fibrosis pulmonar• Vasculopatías• Lupus eritematoso sistémico• Artritis reumatoide• Hipotiroidismo• Neoplasias• Neumonía• Gastroenteritis• Pancreatitis• Pielonefritis• Otras infecciones• Enfermedad neurodegenerativa• Crisis convulsiva• Enfermedades hematológicas• Enfermedades genitourinarias• Intento autolítico



ANEXO 2: Ficha Personal

FICHA PERSONAL				
NOMBRE:				
SEXO:				
EDAD:				
ESTADO CIVIL:				
OCUPACIÓN:				
INSTRUCCIÓN:				
PATOLOGÍA MÉDICA DEL PACIENTE				
TRASTORNO PSIQUIATRICO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO CON LA MINI				

ANEXO 3: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)



Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

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

- * Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- * Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

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

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

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

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

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse si en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que exploran estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede contactar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 Paris, Francia
Tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
Fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.
LAP
Velázquez, 156,
28002 Madrid, España
Tel: + 91 564 47 18
Fax: + 91 411 54 32
e-mail: lap@lander.es

Marilyn Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: mon0619@aol.com

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	⇒ NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? <small>CONTINUA SI, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1 -A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	⇒ NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

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

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	⇒ NO	SÍ	

A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

**B. Trastorno distímico**

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) BODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

**D. Episodio (hipo)maníaco**

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	



D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

↓ ↓

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO HIPOMANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

**E. Trastorno de angustia**

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió subitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

**F. Agorafobia**

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
----	----

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	NO	SÍ	1
----	---	----	----	---

G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SÍ	2
----	--	----	----	---

G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SÍ	3
----	---	----	----	---

G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4
----	--	----	----	---

FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL



H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4
¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?		NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO SÍ 6 TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		



I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**



J. Abuso y dependencia de alcohol

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

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

J2 En los últimos 12 meses:

a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	⇒ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	



K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball.

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

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

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

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, reefers.

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

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

- k. SI EXISTE USO CONCURRENTemente O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

- | | | | | |
|--|---|----|----|---|
| a | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? | NO | SI | 1 |
| b | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SI | 2 |
| CODIFICAR SI, SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA | | | | |
| c | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? | NO | SI | 3 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? | NO | SI | 4 |



- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? | NO | SI | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? | NO | SI | 7 |

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

NO	SI
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	

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

- | | | | | |
|------|--|----|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?
(CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SI | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SI | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? | NO | SI | 10 |
| d | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SI | 11 |

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

NO	SI
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	



L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				EXTRAÑOS	
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SÍ	1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, BUENA O DESTITUCIÓN, ETC.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ	11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:					
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12



L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SI	13
	b	Si Sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SI	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SI	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SI	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SI TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO SI 18 TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	=		
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1Ea: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SI	
			NO SI 19 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		

**M. Anorexia nerviosa**

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

**N. Bulimia nerviosa**(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN N5 O CODIFICÓ **NO** EN N7 O SALTÓ A N8?

NO SÍ

**BULIMIA NERVIOSA
ACTUAL**¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA
TIPO
COMPULSIVO/PURGATIVO
ACTUAL**

**O. Trastorno de ansiedad generalizada**

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.					
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:					
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	10
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?					
			<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	
					TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL		

**P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)****(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y BODEAR CON UN CÍRCULO NO)****P1 Antes de cumplir los 15 años:**

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	



ANEXO 4: Consentimiento Informado



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO DIAGNOSTICADOS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO. CUENCA - 2014**

Nosotras, Paola Baculima, Azucena Iñamagua, Mónica Sánchez, estudiantes de pregrado de Medicina de la Universidad de Cuenca, a través de la presente invitamos a usted a formar parte del estudio “Trastornos Psiquiátricos No diagnosticados en Pacientes Hospitalizados en el Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2014”, su colaboración nos servirá para determinar la frecuencia de problemas psiquiátricos en pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Si acepta participar en este estudio se le realizará un test acerca de sus conocimientos, emociones y conductas en las instalaciones de servicio de hospitalización de clínica, posteriormente se consultará su historia clínica para tomar información adicional. Los datos proporcionados, serán recolectados en el formulario adjuntado al presente documento, cualquier duda e interrogante podrá ser realizada en cualquier momento de la entrevista. Cabe recalcar que con este test no se realizará un diagnóstico verdadero ya que para ello es necesario entrevistas adicionales por especialistas, siendo los resultados utilizados para fines de investigación.

Comunicamos que su participación en esta investigación no recibirá compensación económica; así como nuestra intervención tampoco genera costos.

Usted podrá retirarse de este estudio el momento en el que considere necesario.

Todo este proceso será llevado a cabo bajo estricta confidencialidad. Si se llegara a publicar los resultados del estudio la identidad de los participantes no será revelada.

Habiendo leído y recibido las explicaciones pertinentes de este estudio, yo, con C.I. N°, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto (a) a responder a todas las preguntas de la encuesta.

Firma del Voluntario:

Fecha: