

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**



**DESARROLLO DE TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS A
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, LABORALES Y
RECREATIVAS EN EL PERSONAL DE SALUD, EN EL HOSPITAL
EUGENIO ESPEJO DURANTE EL PERÍODO DE MAYO A JUNIO
DEL 2015.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
COMO MÉDICO CIRUJANO**

CEVALLOS MORENO NATALIA SALOMÉ

DIRECTOR DE DISERTACIÓN

DR. JOSÉ MOSQUERA

DIRECTOR METODOLÓGICO

DR. GONZALO MONTERO

QUITO, 2015

AGRADECIMIENTO

Agradezco sobre todo a Dios, por permitirme estudiar una carrera tan humanitaria y llena de experiencias enriquecedoras, aprendiendo a desarrollar empatía por quienes están sufriendo, lo que te lleva a comprender que ser médico es precisamente tener el deseo de calmar el dolor y el sufrimiento de la persona, exigiéndote excelencia y calidad para hacerlo de la mejor manera.

Quiero agradecer también a mis padres, quienes siempre estuvieron animándome a seguir cuando la situación era difícil. A mi madre por acompañarme siempre en todas mis desveladas, preocuparse de que no deje a Dios de lado, y por ser esa madre que se desvive por sus hijos. A mi padre que ya no nos acompaña en cuerpo pero si en espíritu, porque creyó en mí y me dio la oportunidad de levantarme y seguir adelante, sin juzgarme.

A mis hermanos de los que siempre tuve apoyo y ánimo con alegría, enseñándome que aunque vivamos momentos difíciles, es posible y necesario sonreír. También quiero agradecer a Jonathan por darme ánimo y no permitir que me rinda, recordándome que soy capaz de llegar a la meta que me proponga.

Especial agradecimiento a mis tutores, Dr. José Mosquera y Dr. Gonzalo Montero quienes han sido muy pacientes y amables, prestando la mejor atención y servicio para la guía en la elaboración de este estudio.

DEDICATORIA

A mi madre, por siempre estar a mi lado de la manera en la que yo la necesitara con su amor incondicional y por enseñarme qué es lo más importante en la vida.

A mi padre, por ser ese ejemplo de amor a Dios y deseo de alcanzar la excelencia.

A mis hermanos que han sido los mejores, gracias por su apoyo.

A todos quienes padecen de algún trastorno mental y sufren mucho por la ignorancia e incomprensión de las personas.

A Jonathan, que siempre ha estado para mí cuando más lo necesitaba, ha sido y será mi sine qua non.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	9
CAPÍTULO I	11
1.1-Introducción:.....	11
CAPÍTULO II	17
2.1-Revisión bibliográfica: Trastornos mentales.....	17
2.1.1-Definición:.....	17
2.1.2 Aspectos epidemiológicos:.....	19
2.1.3 Factores influyentes en el desarrollo de trastornos mentales en el personal de salud:	27
2.1.3.1.-Trabajo:.....	28
2.1.3.2.-Personalidad	30
2.1.3.3.-Factores psicosociales.....	31
2.1.4.- Trastornos del estado de ánimo:	32
2.1.4.1-Episodio Depresivo mayor:	33
2.1.4.2.-Trastorno Distímico	41
2.1.5.- Suicidio:.....	45
2.1.6.- Episodio maníaco e hipomaníaco	47
2.1.7.-Trastornos de ansiedad	50
2.1.7.1.-Trastorno de angustia (pánico).....	52
2.1.7.2.-Trastorno de ansiedad generalizada.....	55
2.1.7.3.- Fobia social.....	57
2.1.7.4.-Trastorno obsesivo compulsivo	60
2.1.7.5.-Estado por estrés postraumático.....	62
2.1.8.-Dependencia o abuso de alcohol y otras sustancias	65
2.1.9.-Trastornos psicóticos	68
2.1.9.1.- Esquizofrenia.....	68
2.1.9.2.-Trastorno esquizoafectivo	70
2.1.9.3.-Trastorno delirante	70
2.1.9.4.-Trastorno esquizofreniforme y psicótico breve.....	71
2.1.10.-Trastornos de la alimentación	72

2.1.10.1.-Anorexia nerviosa	72
2.1.10.2.-Bulimia	73
CAPÍTULO III	75
3.1.-Metodología.....	75
3.1.1.- Problema de investigación.....	75
3.1.2.- Hipótesis	75
3.1.3.- Objetivos	75
3.1.4.- Tipo de estudio	76
3.1.5.- Procedimiento de recolección de información.....	76
3.1.6.- Muestra.....	76
3.1.7.- Criterios de selección	77
3.1.8.- Operacionalización de variables	77
3.1.9.- Procedimientos de diagnóstico e intervención	82
3.1.10.- Análisis de datos	82
3.1.11.- Aspectos bioéticos	83
CAPÍTULO IV	84
4.1.- Análisis y Resultados	84
4.1.2.- Características de los participantes según tipo de variables	84
4.1.2.1-VARIABLES socio-demográficas	84
4.1.2.2.-Variables Laborales	85
4.1.2.3.-Variables de recreación	86
4.1.2.4.-Prevalencia de trastornos mentales	87
4.1.2.5.-Frecuencia de los trastornos mentales.....	87
4.1.3.- Correlación de variables: análisis bivariado	88
4.1.3.1-Relación entre género y trastorno mental	88
4.1.3.2.- Relación entre edad y trastorno mental.....	89
4.1.3.3.- Relación entre estado civil y trastorno mental.....	89
4.1.3.4.- Relación entre Nivel de escolaridad y trastorno mental	89
4.1.3.5.- Relación entre Antecedentes Patológicos Personales y trastorno mental.....	89
4.1.3.6.- Relación entre la funcionalidad familiar y trastorno mental	90
4.1.3.7.- Relación entre el cargo (profesión) y trastorno mental	90
4.1.3.8.- Relación entre horario de trabajo y trastorno mental	91
4.1.3.9.- Relación entre el tiempo de trabajo en el Hospital Eugenio Espejo, con trastorno mental	91

4.1.3.10.- Relación entre número de pacientes atendidos en el día y trastorno mental.....	91
4.1.3.11.- Relación entre Actividad física y trastorno mental.....	92
4.1.3.12.- Relación entre actividad recreativa y trastorno mental.....	92
4.1.3.13.- Relación de cada variable con los trastornos mentales específicos más frecuentes.....	92
CAPÍTULO V.....	95
5.1 Discusión:.....	95
CAPÍTULO VI.....	102
6.1.-Conclusiones.....	102
6.2.-Recomendaciones:.....	102
CAPÍTULO VI.....	105
7.1.-Bibliografía.....	105
ANEXOS.....	110
ANEXO 1: Consentimiento informado.....	110
ANEXO 2: Encuesta para recolección de datos.....	114
ANEXO 3: Apgar familiar e interpretación.....	116

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1.....	84
Tabla 2.....	85
Tabla 3.....	86
Tabla 4.....	93
Tabla 5.....	93
Tabla 6.....	93
Tabla 7.....	94
Tabla 8.....	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1.....	85
Gráfico 2.....	87
Gráfico 3.....	88
Gráfico 4.....	90

RESUMEN

Se ha propuesto a la salud mental como un fenómeno complejo, determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, por lo que todos y cada uno de los factores influyen en la presencia o no, de padecimientos como la depresión, ansiedad, demencias, esquizofrenia, trastornos obsesivos, fobia, etc. Una creciente carga de trastornos mentales que afecta a la población de América latina es constatada en diferentes estudios y crea una necesidad de conocer con mayor exactitud la presencia de los mismos en nuestra población. Se ha estudiado por tres ocasiones en la ciudad de Quito, la prevalencia de los trastornos mentales, obteniendo como resultado que el 50,1% de encuestados presentó uno o más trastornos mentales. Dicho antecedente alarmante, nos lleva a preguntarnos sobre la presencia de trastornos mentales en el personal de salud, quienes se encuentran en un ambiente de trabajo que conlleva una carga horaria extendida, exceso de trabajo, contacto físico y emocional cercano. Al hablar del ambiente hospitalario, hablamos de un ambiente que se convierte en un factor de estrés, el mismo que puede estar afectando a la salud mental de los trabajadores.

Objetivo: determinar la existencia de trastornos mentales en el personal de salud del Hospital Eugenio Espejo y relacionarlos con diferentes factores demográficos, laborales y recreativos.

Metodología: se realizó un estudio analítico observacional de tipo transversal, tomando una muestra de 200 trabajadores de salud, entre los cuales se encontraba médicos, estudiantes de medicina, enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital Eugenio Espejo. La información fue obtenida mediante una encuesta y una entrevista

neuropsiquiátrica M.I.N.I., ésta última ha sido valorada anteriormente en la población de Quito. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS versión 22.

Análisis y Resultados: del total de los participantes el 63% presentó algún trastorno mental, entre los más frecuentes encontramos la depresión actual, episodio hipomaníaco pasado, abuso de alcohol, trastorno de angustia, episodio maníaco pasado, trastorno obsesivo compulsivo y depresión recidivante. Los factores asociados positivamente para presentar trastorno mental fueron, el estado civil divorciado o viudo, la presencia de algún antecedente patológico personal de tipo orgánico, y el tener cualquier grado de disfuncionalidad familiar. El factor asociado negativamente para presentar trastorno mental fue la realización de actividad física más de 3 horas a la semana, y aunque el cargo de los profesionales no estuvo relacionado, su cifra fue cercana al rango de significación siendo médico tratante el que presentó menor porcentaje de trastorno mental.

Conclusiones: el personal de salud del Hospital Eugenio Espejo presenta trastornos mentales en un gran porcentaje, relacionados con diferentes factores demográficos, laborales y recreativos. Sin embargo son necesarios estudios que identifiquen de manera más específica las condiciones y factores que determinan la presencia de trastornos mentales en trabajadores de la salud.

ABSTRACT

It is proposed to mental health as a complex phenomenon determined by multiple factors: social, environmental, biological and psychological, so that each and every one of the factors influencing the presence or absence of conditions such as depression, anxiety, dementia, schizophrenia, obsessive disorders, phobias, etc. A growing burden of mental disorders that affect the population of Latin America is observed in different studies and creates a need to know more accurately the presence of the same in our population. It has been studied by three times in the city of Quito, the prevalence of mental disorders, resulting in 50.1% of respondents had one or more mental disorders. This alarming precedent, makes one wonder about the presence of mental disorders in health personnel who are in a work environment that involves an extended close emotional workload, overwork and physical contact. Speaking of the hospital environment, we talk about an environment that becomes a stressor, it may be affecting the mental health of workers.

Objective: To determine the existence of mental disorders in health personnel of the Hospital Eugenio Espejo, and relate them to different demographic, occupational and recreational factors.

Methods: An observational analytical cross-sectional study was conducted, taking a sample of 200 health workers, including doctors, medical students, nurses and nursing assistants in Eugenio Espejo Hospital. The information was obtained through a survey and a neuropsychiatric interview MINI. The interview has been assessed previously in the town of Quito. The data were processed using SPSS version 22 program.

Analysis and results: the total participants 63% had a mental disorder, the most frequent are the current depression, hypomanic past alcohol abuse, panic disorder, past manic episode, obsessive compulsive disorder and recurrent depression. Factors associated positively to mental disorder were the divorced or widowed marital status, presence of any personal pathological history of organic type, and having any degree of family dysfunction. The negative factor associated to present mental disorder was making physical activity more than 3 hours a week, and although the charge was not related professionals, the figure was close to the level of significance being physician, who had a lower percentage of mental disorder.

Conclusions: The health workers of Eugenio Espejo Hospital presents mental disorders in a large percentage, related to different demographic, employment and recreational factors. But more studies are needed to identify specifically the conditions and factors that determine the presence of mental disorders in health workers.

CAPÍTULO I

1.1-Introducción:

Al hablar de la salud mental nos referimos a un elemento básico del ser humano, que ha sido estudiado a lo largo de la historia, pero ha sido abandonado en la práctica al ignorar su importancia en la vida cotidiana. Actualmente nos enfrentamos al desarrollo, por cualquier motivo, de trastornos que afectan el equilibrio mental que en la mayoría de personas, es un elemento pasado por alto, provocando situaciones que en ocasiones son irreversibles, y otras que causan mucho daño no solo a la persona sino también en su entorno y a la sociedad.

Un informe redactado por la OMS se refiere a la salud mental como un estado de bienestar, donde el individuo es consciente de sus propias aptitudes, se siente y es capaz de afrontar diferentes condiciones de la vida, de manera que puede desarrollarse y desenvolverse en su trabajo y labores cotidianos con resultados óptimos, manteniendo relaciones y vida social adecuada; es así como la OMS afirma que no existe salud sin salud mental (OMS, 2001), siendo la misma imprescindible para el correcto desarrollo de una sociedad equilibrada, donde todos los individuos tengan iguales oportunidades de contribuir a la misma de manera positiva, encontrando satisfacción y bienestar en su entorno y trabajo, sintiendo que aportan y son útiles para su comunidad, entrando en un círculo virtuoso donde la misma contribución a la sociedad provocaría estabilidad en la persona y al mismo tiempo le vuelve más capaz de contribuir, dejando poco espacio al desarrollo de trastornos mentales en la mayoría de la población. Nos menciona la OMS en el informe citado anteriormente, en el que aborda el tema de promoción de la salud mental, que no pueden existir salud mental o física aisladas, siendo las facultades mentales, físicas y sociales, interdependientes, para mantener un balance, no solo en el

propio ser, sino conjuntamente con los demás y el ambiente. Existen diferentes factores que pueden estar influyendo en la preservación de la salud mental o que determinan el desarrollo de trastornos mentales; factores sociales como los recursos de una sociedad, sus valores morales, la interacción, incluso la situación económica, las oportunidades de estudio y trabajo, en fin las condiciones que la sociedad puede ofrecer. De la misma manera debemos mencionar los factores dependientes de cada individuo, experiencias en familia, trabajo, comunidad y como cada ser reacciona frente a diferentes situaciones según su tipo de personalidad, apoyo y su propia manera de responder a la problemática que se pueda presentar, sin olvidar la respuesta o ayuda que pueda encontrar en los demás convivientes y entidades al servicio de su comunidad. (García, octubre 2004)

Una vez comprendido el concepto de salud mental y su importancia no solo para el individuo, debemos mencionar la magnitud de dicha problemática a tratar; en otro informe realizado por la ya mencionada OMS, donde nos habla sobre la prevención de los trastornos mentales, detalla que en el 2001 a nivel mundial aproximadamente 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta, y que una de cada cuatro personas será afectada por uno o más trastornos mentales a lo largo de toda su vida. También nos menciona en el informe que para el 2020, se predice un aumento del 13% a un 15% de la responsabilidad que tienen los trastornos mentales en provocar **Años de Vida Ajustada por Discapacidad**¹, como consecuencia de la afección neuropsiquiátrica producida por los trastornos mentales y el impacto en la salud física de la persona que los padece, sin dejar de lado la proporción indicada en el informe, donde aclara que cinco de cada diez causas de muerte prematura y discapacidad se deben a condiciones psiquiátricas. (OMS, Prevención de los Trastornos Mentales, 2004)

¹Años de Vida Ajustada por Discapacidad (AVAD): hace referencia a una manera de medir los años de vida en relación con la pérdida de salud.

No sería correcto señalar en la sociedad, exponiendo como excusa para justificar ésta prevalencia de trastornos mentales tan alta y común, a determinados grupos sociales; si bien es cierto que existen factores como habíamos mencionado anteriormente que aumentan el riesgo de padecer trastornos, no es la responsabilidad del individuo que la padece presentar una u otra patología, sino las condiciones que llevaron al individuo a la situación en la que se encuentra, misma que genera diferentes respuestas según el individuo. En la mayoría de poblaciones encontramos como patrón ese tabú hacia el tema de la salud mental. Se considera a la persona que padece de algún trastorno psíquico de una manera despectiva, cuando en realidad es más común de lo medido en diferentes investigaciones y por diferentes entidades, sólo que al no existir una verdadera preocupación ni sistema para prevenir estos trastornos, tampoco existe una verdadera medida, puesto que no se toma en cuenta el estado integral de la persona, sino solo al estado físico. Se propone que la salud física refleja la salud mental y viceversa, pero existen muchas patologías tanto físicas como mentales que no se revelan desde un principio en signos, sino solo en síntomas que solo la persona que los padece es capaz de experimentar, y en muchas ocasiones ni siquiera la misma persona lo evidencia en un comienzo sino cuando el daño que dicha patología ha provocado es ya evidente. Es así como en la actualidad se exige en la sociedad solo resultados, pero no se toma en cuenta condiciones ni derechos, poniendo a los individuos en un estado de estrés continuo, donde cualquier molestia o síntoma de afección tanto física como psicológica debe ser ignorada aún por la misma persona afectada, porque sencillamente el que se enferma no tiene derecho a trabajar ni contribuir, no tendrá oportunidad ni lugar en la sociedad y como si eso fuera poco, tampoco tendrá apoyo en su familia ni círculo social, porque será tildado de “loco”, “enfermo mental”, alguien con quien es difícil e inútil convivir y tratar, donde la misma persona tiene la culpa de su enfermedad, y en lugar de ser

acogida y considerada es rechazada y puesta de lado debido a que “no dará lo que se espera de él”, no será funcional ni productivo para la comunidad, y además será simplemente una carga para la empresa o entidad laboral provocando solo gastos y nada de resultados. En dichas condiciones es muy común que las personas presenten trastornos mentales que ni siquiera son diagnosticados, por el tabú mencionado y por la falta de importancia en el sistema de salud, dejando sin tratamiento y por supuesto sin resolución, cronificando la condición mental, de manera que con el tiempo genere cada vez más daño a la persona y en muchas ocasiones tornándose irreversible o difícil de tratar.

En diferentes trabajos e instituciones educativas encontramos este mismo nivel de exigencia y frialdad con los trabajadores y estudiantes, poniendo a los seres humanos en condiciones propicias para desarrollar cualquier tipo de trastorno mental. Es por esto que he visto la importancia de indagar, en la rama de la medicina, donde la exigencia es más alta que en otras carreras por el mismo hecho de ser personas con quienes trabajamos y de las cuales su salud depende mucho de nuestra actitud, conocimiento, decisión e importancia que prestemos a dichos pacientes. Siendo las condiciones en la carrera de medicina, más exigentes como realizar turnos, privando el sueño, cambio de horario en las comidas y muchas veces privando al profesional de la misma alimentación, estudio permanente de los avances médicos para mejor servicio a la comunidad, y sacrificando tiempo valioso con familia o seres queridos, es todavía más probable que los trastornos mentales se desarrollen en el personal de salud, quienes a pesar de haber escogido la carrera y ser conscientes de lo que ser médico, enfermera o estudiante de medicina implica, no conocen las herramientas o recursos necesarios que pudieran evitar que algunas condiciones inevitables propias de la profesión tengan el menor impacto posible en su salud mental, y al mismo tiempo tampoco se ha propuesto

cambiar las condiciones para evitar el desarrollo de trastornos mentales, como el hecho de aumentar el número de días entre turno y turno, disminuir las horas de duración de un turno que en muchas ocasiones llega a ser de 36 horas corridas con apenas dos o tres horas de sueño, esto sin contar las horas que debe dedicar saliendo del hospital a las clases y el estudio. En otros países se habla ya de prevención y tratamiento de trastornos mentales en el personal de salud, puesto que las cifras que indican la prevalencia de dicha patología y sus consecuencias son alarmantes, presentando resultados favorables a partir de una detección de los mismos y creación de organismos que se encarguen de cuidar la salud mental de los profesionales. (OMS, Invertir en salud mental, 2004) Sin embargo en nuestro país la situación de estudios sobre la salud mental se limita a la población en general. Un estudio realizado por post-gradistas de psiquiatría en el 2011, en la ciudad de Quito, entrevistando a la población en general, se encontró que el 51% de los entrevistados presentó uno o más trastornos mentales siendo los más comunes la depresión, ansiedad, alcoholismo, drogadicción y fobias. (Benítez, 2011)

Por todo lo mencionado se ha visto la necesidad de investigar la existencia o no de trastornos mentales en el personal de salud, en un hospital, asociándolo con factores positivos o negativos para la presencia de trastorno mental, con el fin de poder realizar una sugerencia para todos los médicos que pudieran leer el presente o conocer sus resultados, de manera que se tome en cuenta la importancia que tiene el aspecto psicológico y me atrevo a decir también el aspecto espiritual, en la salud y bienestar de la persona como tal; al mismo tiempo enfocándolo a la profesión como médico para su propia salud y también para un cambio en la atención a sus pacientes, con la esperanza de que en algún momento sea contemplado en nuestro sistema de salud, y porque no, en el sistema laboral, como una prioridad no solo para la salud de cada individuo que conforma a una comunidad, tanto trabajadores como estudiantes que en muchos casos

son las dos cosas, sino también para la salud y buen funcionamiento de toda una sociedad, que cuando decida tomar en cuenta todo lo mencionado y cambie su prioridad, preocupándose primero de las condiciones de todos quienes la conforman antes que de qué tan “productiva” sea la misma, solo entonces estará asegurando no solo la salud mental y física de todos, sino un desarrollo y prosperidad de toda una comunidad como consecuencia de ese equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu.

CAPÍTULO II

2.1-Revisión bibliográfica: Trastornos mentales

2.1.1-Definición:

Salud mental.- antiguamente la **salud** se consideraba como la “ausencia de enfermedad” o sencillamente aflicción del cuerpo debido a una causa orgánica biológica, es decir se consideraba que el cuerpo podía enfermar y esa enfermedad podía tener consecuencias psicológicas pero no que alguna afección psicológica pudiera causar consecuencias físicas. Cuando empiezan a surgir patologías que no tienen una base orgánica que pudiera explicarlas, es cuando se toma en cuenta el papel que ejerce la psicología en el cuerpo. Es entonces cuando se enfoca el concepto propiamente de **salud mental**, misma que es definido por la OMS como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2001). En otro texto se refieren a la salud mental como “la realización de las potencialidades humanas, donde la productividad resulta un reflejo de las mismas” (García, octubre 2004).

Trastorno mental.- se ha definido en el manual del DSM-4, como un “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar como dolor, o discapacidad (deterioro en una o más áreas del funcionamiento), o a un riesgo aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.” (Frances, 1995) Se define también como: “cualquier alteración genérica de

salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida” (Martínez, 2007).

Sin embargo como en el manual mismo lo menciona, se debe aceptar que hasta la actualidad no existe un término que sea capaz ni de reemplazar a las palabras “trastornos mentales”, ni una definición que especifique los límites del término trastorno mental.

En el manual del DSM-5 define al trastorno mental como “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”. (J.Kupfer, 2015)

En las dos versiones de los manuales del DSM, se aclara que el comportamiento del individuo que se considere padece un trastorno mental, para considerarlo como tal, no debe ser culturalmente aceptado y sin embargo señala que un comportamiento de índole ya sea político, religioso o sexual, que se presente como anómalo, aun cuando éste pueda generar conflictos entre el individuo y la sociedad, no es considerado como trastorno mental a menos que esto produzca una disfunción en el individuo que lo padece.

Definir a los trastornos mentales, nos lleva a tomar en cuenta la asociación de estos con la cronicidad (González, Octubre 2002), de manera que llegan a afectar el funcionamiento de una persona en diversas áreas, principalmente en la social, y de ésta manera provocan discapacidades y afección del estado físico, por lo que se debe tomar en cuenta la importancia que tiene el conocer su definición con la mayor claridad posible de manera que no caigamos en el infradiagnóstico.

2.1.2 Aspectos epidemiológicos:

Cuando se habla de atención dirigida a la salud mental, en general no se ha prestado mayor importancia a la promoción ni prevención. Por mucho tiempo se ha centrado la atención únicamente en casos de especialidad, siendo ésta limitada y al alcance de muy pocos.

Se ha cometido el error de pensar que el tema salud mental es pertinente para un grupo reducido de la población, manteniendo la falsa idea de que los que padecen trastornos mentales son pocos. La Dra. Gro Harlem, directora de la OMS, afirmó que: “el mensaje de la OMS es muy sencillo: la salud mental, a la que durante demasiado tiempo no se ha prestado la atención que merece, es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva”. (OMS, Invertir en salud mental, 2004)

Habíamos citado anteriormente el informe de la OMS donde señala que en el 2001 la prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 450 millones de personas, considerando que una de cada cuatro personas padecerá al menos un trastorno mental a lo largo de su vida, siendo la depresión el trastorno más frecuente, afectando a más de 350 millones de personas de diferentes edades en el mundo. Además se ha identificado que el 25% de la población que habita en poblaciones ya sean de países desarrollados como en vías de desarrollo, han padecido uno o más trastornos mentales o del comportamiento y que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro que sufre o ha sufrido algún trastorno. (OMS, 2001). Es necesario resaltar que los trastornos mentales han sido identificados como una importante causa de discapacidad a largo plazo. En el año 2005 la OMS reporta un 31,7% de años vividos con discapacidad atribuidos a condiciones neuropsiquiátricas. Entre las principales culpables de estos se encuentran la depresión unipolar con un 11,8%, trastornos ligados al consumo de alcohol con un 3,3%, esquizofrenia con 2,8%, depresión bipolar 2,4% y

demencia 1,6%. Han sido responsables también de 1,2 millones de muertes cada año en personas con patologías específicas, 400.000 muertes por trastornos mentales propiamente dichos. (Rodríguez, 2009) Sin embargo en la revista The Lancet, se menciona que estas estimaciones de la OMS pueden ser inferiores a los reales. En la guía para intervención con personas que padecen trastornos mentales, realizada en el 2015 por la OMS, indica que las personas con dichos trastornos rara vez tienen acceso a profesionales sanitarios especializados que estén capacitados para evaluar y tratar esas afecciones. (OMS, 2015)

Un artículo realizado por el departamento de psiquiatría clínica de la Universidad de Navarra, Pamplona, afirma que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en atención primaria de salud es de aproximadamente un 50%, tomando en cuenta que dicha cifra puede variar en cada país y según los instrumentos que se utilicen para detectar patología mental. El comportamiento observado señala que es más común en mujeres y tiende a aumentar con la edad. Los trastornos más comunes reportados son la ansiedad, depresión y trastornos somatomorfos. (Guedea, 2011)

Se realizó un proyecto en España denominada ESEMeD- España, estudio epidemiológico cuyo objetivo era describir la prevalencia de los trastornos mentales en el país mencionado. Por medio de encuestas domiciliarias mediante la entrevista CIDI² dirigido a mayores de 18 años, se obtuvo una tasa de 78,6% de trastorno mental. Se reportó que una de cada 5 personas entrevistadas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos más frecuentes fueron el episodio depresivo mayor con un 6,2% en hombres y un 14,4% para mujeres, seguido de fobia específica, distimia y abuso de alcohol. En el estudio ESEMed, se afirma también que según los estudios que se han realizado en los últimos 20 años sobre trastornos mentales en la población

² CIDI: Composite International Diagnostic Interview, desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la Organización Mundial de Salud.

general, la frecuencia es alta causando discapacidad en los individuos que los padecen. En los países occidentales donde se han realizado los estudios mencionados, se ha evidenciado que una de cada 4 personas cumple criterios diagnósticos de trastorno mental, y alrededor de 40% de los entrevistados llega a presentar un trastorno mental alguna vez en su vida. (Haro, 2006) Es importante conocer la epidemiología de nuestra propia región una vez que se ha mencionado la prevalencia en poblaciones que de alguna manera, al ser hispanas, puedan tener algún parecido con nuestra cultura, para esto haré referencia nuevamente al artículo anteriormente citado, sobre la epidemiología de los trastornos mentales en américa latina y el caribe, donde expone que los trastornos mentales y neurológicos representan un 22% de la carga total de enfermedades, misma que en el año 1990 representaba el 8,8%, provocando un impacto importante en cuánto a morbilidad, mortalidad y discapacidad. Este aumento que ha tenido el desarrollo de trastornos mentales en nuestra región es alarmante, pues es evidente que el impacto que tiene la afección de la salud mental es un asunto de gravedad, que ha sido responsable de causar sufrimiento individual y social. Dicho aumento tiene su base en que no existe una atención óptima o eficaz para todos quienes los padecen, dejando muchos casos con evoluciones negativas, y sin una prevención y promoción que pudiera frenar un poco esta afección en personas que por muchos factores corren peligro de padecer algún trastorno en su salud mental, hecho que se vio fundamentado en los resultados que arrojaron los estudios epidemiológico más relevantes realizados en nuestra región, mencionados en el mismo artículo, donde se reporta que las personas que padecían psicosis no afectivas, más de la mitad de quienes padecían trastornos de ansiedad y tres cuartas partes de persona con abuso o dependencia de alcohol, no recibieron ninguna clase de atención, ni de atención general o primaria, ni de especialidad. Se obtuvo una

prevalencia de 5.7% de abuso o dependencia de alcohol, un 4.9% para trastorno depresivo mayor y 1% para psicosis no afectivas como la esquizofrenia.

Uno de los primeros estudios de prevalencia realizados en América Latina y el Caribe, que se llevó a cabo en varios distritos estratificados de Buenos Aires, Argentina, mediante el examen PSE³, reveló una prevalencia de esquizofrenia sumamente alta del 3%, la psicosis afectiva presentó un 4%, paranoia 0,2%, depresión neurótica 3,5%, y la neurosis un 14,5%. En Brasil y Chile se realizaron estudios multicéntricos nacionales para determinar los trastornos psiquiátricos más frecuentes en poblaciones representativas; los resultados reflejaron similitud en cuanto al orden de frecuencia, donde la depresión ocupaba el primer lugar, seguida de la ansiedad y finalmente abuso de sustancias. Otro dato resultante de varios estudios en la región de Latinoamérica fue que el consumo de tabaco es más frecuente en mujeres, mientras que en hombres es más elevado el consumo de alcohol. Además el índice de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas era mayor en adolescentes trabajadores que en los que no desempeñan un labor.

En Colombia se realizó un estudio nacional sobre salud mental, que fue parte del estudio mundial de la OMS, denominado Encuesta Mundial de Salud Mental, para establecer la prevalencia de trastornos mentales, asociando con variables sociodemográficas. Se utilizó como instrumento la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), en personas con hogar fijo, entre los 18 a 65 años de edad, que vivían en áreas urbanas. El resultado obtenido fue que el 40,1% de la población reportó haber tenido alguna vez en su vida, uno o más trastorno mentales, el 16% presentó trastorno mental en los últimos 12 meses de cuando se hizo el estudio y un 7,4% presentó algún trastorno en los últimos 30 días. El trastorno más frecuente resultó ser

³ PSE: Present State Examination. Instrumento para evaluar el estado mental en pacientes adultos.

ansiedad con un 19,3%, trastorno del estado de ánimo con un 15% y trastorno por uso de sustancias de 10,6%. También se exploró el intento de suicidio, obteniendo que el 4,9% intentó suicidarse alguna vez en su vida, y el 1,3% lo intentó en los últimos 30 días de realizada la entrevista. Al igual que en otros países de América Latina, como habíamos mencionado, se observó que apenas una de cada diez personas con un trastorno, y uno de cinco con dos o más trastornos recibió atención o servicio de cualquier tipo, lo que refleja esa falta enorme de planificación para la atención de la salud mental tanto para la morbilidad psiquiátrica como para la promoción y prevención que asegure una correcta sanidad mental. (Jose, 2004)

Después de situarnos en el contexto de nuestra población en general en cuánto a salud mental, es necesario dirigir el tema hacia el campo de los profesionales de la salud. Para justificar el interés que se ha centrado en este grupo de la población para la realización del presente estudio, cabe mencionar las condiciones y factores a los que dicho grupo está expuesto. Si bien es cierto que en todo tipo de trabajo en la actualidad, existe un ambiente estresor que no permite armonía, se debe destacar que en los profesionales de salud como médicos, enfermeras, auxiliares, existe la peculiaridad de trabajar directamente con personas, de quienes se debe proteger y promover su bienestar. Es decir, la persona pasa a ser la materia prima así como el producto de trabajo, como lo menciona García Arturo (García, octubre 2004). Es así como una decisión que en otra profesión podría ser de rutina, en el ámbito médico puede estar significando la vida o la muerte de una persona. Por esto y más razones, en diferentes lugares del mundo se ha puesto atención a la salud de los profesionales de salud.

En Perú se evaluó a estudiantes de medicina con la Entrevista neuropsiquiátrica MINI⁴, con el fin de obtener una orientación diagnóstica psiquiátrica, en la Universidad Peruana

⁴ MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Disponible en internet:

Cayetano Heredia; se entrevistó alumnos de cuarto, quinto y sexto año de medicina. El resultado fue una prevalencia del 45,6%, siendo la depresión con 31,6% la más común seguida de la ansiedad con un 22,4%. También se encontraron trastornos como distimia, episodio maníaco, agorafobia, fobia social, trastornos alimenticios, manías, dependencia o abuso de alcohol u otras sustancias y episodio psicótico recurrente. Mencionan en el mismo estudio que la tasa de depresión clínica en los estudiantes de medicina cuando cursan el año de internado, se ha encontrado entre el 27 y 30%, con un 25% que ha presentado ideación suicida. Además se encontró asociación entre trastornos, quienes presentaban depresión, presentaban también ansiedad y trastorno de alimentación (Galli, 2002). En Chile se realizó en estudiantes de diferentes carreras, un estudio similar, con jóvenes entre los 21 años promedio, obteniendo un 13,7% de estudiantes con depresión mayor y un 26,9% de cualquier tipo de depresión. Un 10,4% presentó trastorno bipolar y un 5,3% presentó puntuaciones altas de desesperanza, que va ligado al riesgo de suicidio. (Baader, 2014) Se puede evidenciar la diferencia que existe entre la prevalencia en estudiantes de otras carreras comparado con estudiantes de medicina. Las condiciones que ponen al estudiante de medicina en mayor morbilidad psiquiátrica, es probablemente el contacto directo permanente con el sufrimiento y padecimiento de los pacientes, los horarios extensos y en el año de internado la alta responsabilidad que recae en los mismos.

Se ha creado un proyecto encaminado a la atención de médicos denominado Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, el cual fue implementado en España hace 14 años. Se han atendido alrededor de 3.099 médicos, por trastornos mentales y adicción a drogas y alcohol, obteniendo una recuperación de más de 3.000 médicos (90%), quienes han podido recuperarse e incorporarse a ejercer nuevamente su profesión. El programa

tiene la intención de atender a todos los profesionales que pudieran padecer problemas psíquicos o conductas adictivas. El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, declara que además de existir completa confidencialidad en el programa, se trata de un modelo pionero en toda Europa, que trata de evitar mala praxis y de mejorar la atención médica para los ciudadanos. El secretario de OMC, Serafín Romero, anunció que se detectaron 59 médicos que se encontraban en riesgo de mala praxis, y 55 profesionales tenían conflictos en su entorno laboral, en los últimos dos años. También se indicó la importancia de este tipo de atención para médicos, pues el 67% de motivos para demanda legal a médicos ha sido por trastornos mentales, seguidos de alcoholismo con 16%, patología dual: adicción y algún trastorno mental 10%, y adicción a drogas un 7%. El programa ha obtenido porcentajes en cuanto a la especialidad que ejercían los médicos rehabilitados, donde los más afectados resultaron ser médicos familiares y de medicina comunitaria con un 40%, seguido de cirugía general, medicina interna, pediatría, psiquiatría y anestesiología, con un 5% en cada una, traumatología 3% y ginecología 2%. Refiriéndose a la edad, se encontró que un 38% pertenecían a edades entre 51 y 60 años, con un 26% de 41 a 50 años, 19% en edad de 31 a 40 años, y un 8% en más de 61 años. El lugar donde ejercían también reveló cifras, demostrando que la mayoría de médicos atendidos provenía un 78% de zonas urbanas y el 22 % restante de zonas rurales. Los médicos casados resultaron ser la mayoría con un 45 %, solteros con un 27%, divorciados con un 13 %, el 7% de separados, en pareja de hecho 6 % y viudos 2%. (PAIME, 2010)

Se ha estudiado en varios países y por medio de diferentes diseños a los médicos, especialmente quienes laboran en la atención primaria, para conocer la morbilidad psiquiátrica en los mismos. En Mallorca, España se evaluó por medio de una invitación a los médicos de atención primaria a realizar un cuestionario, el cual consistía en el

Cuestionario General de Salud, y se exploró el desgaste profesional midiendo sus tres componentes: cansancio emocional, despersonalización y realización personal mediante el cuestionario de Maclash. Tuvieron una colaboración de 266 médicos que contestaron al cuestionario de los que se eliminó 5 cuestionarios por no cumplir con ciertas condiciones; se obtuvo una morbilidad psiquiátrica del 25,7%, cansancio emocional de 53,3%, alta despersonalización con un 47,1%, y una realización personal baja con un 33,3%. Se quiso relacionar con algunas variables demográficas, pero no se obtuvo una relación concreta. Estuvo relacionada la satisfacción laboral con menor riesgo de padecer algún trastorno mental. La edad media de los médicos que colaboraron fue de 42 años, con una media de 14 años de trabajo, y un 57% de ellos tenían puesto fijo. Entre los médicos que presentaban algún trastorno, las puntuaciones más altas obtenidas fueron para las escalas que median ansiedad e insomnio, seguido de síntomas somáticos, disfunción social, depresión grave y finalmente se reportó que un 6.5% de los profesionales experimentó ideación suicida. (Esteva, 2006) En México se estudió la prevalencia de la depresión y ansiedad, donde se evaluó a 71 médicos residentes que seguían postgrados de anestesia, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina integrada, medicina interna y pediatría, en el Hospital “Dr. Antonio González Guevara” en Tepic, entre el año 2009 y 2010. Se utilizó la escala de Hamilton para la depresión y el inventario de Beck para la ansiedad y un cuestionario para recolectar datos demográficos. El resultado demostró una prevalencia de ansiedad del 59,1% y un 32,3% de depresión, además el 29,6% de los estudiantes presentaron ambos trastornos. Se reportó en mujeres una prevalencia de la ansiedad y depresión del 68,4% y 36,9% respectivamente, mientras que en hombres los valores fueron para ansiedad de 48,5% y depresión con 27,2%, siendo claramente mayor en mujeres que en hombres, comportamiento que se ha repetido en muchos estudios. (Aguirre, 2011) Otros de los

trastornos mentales que se presentan con frecuencia en el personal médico han sido el abuso o dependencia de alcohol, mismo que fue estudiado en Murcia, donde se enviaron las encuestas a los centros de salud de Murcia, Cartagena y Lorca por medio de las Unidades Gerentes de formación continuada. Originalmente se enviaron a 486 médicos, pero fueron 232 médicos que accedieron a participar llenando la encuesta. En los resultados se encontró que un 75,7% consumía alcohol, siendo de forma ocasional el patrón más frecuente de consumo; la mayoría de encuestados había comenzado a consumir entre los 16-20 años. El consumo fue mayor en hombres que en mujeres, pero el consumo de riesgo se presentó más en mujeres que en hombres. (Rodríguez, 2001)

Tras esta breve revisión sobre la prevalencia de trastornos mentales en el personal médico, se puede afirmar que es urgente que se realicen cambios en las condiciones de trabajo del personal de salud.

2.1.3 Factores influyentes en el desarrollo de trastornos mentales en el personal de salud:

El desarrollo de los trastornos mentales tanto en la población general como en el personal de salud, como es evidente por los datos mencionados anteriormente, han ido en aumento en las últimas décadas, provocando una situación alarmante. Afirma la OMS en una publicación denominada “Invertir en salud mental” que se torna cada vez más evidente que las funciones mentales están interconectadas con el funcionamiento físico y social y con el estado de salud, por ejemplo el que la depresión constituye un factor de riesgo en el cáncer y en patologías cardiovasculares. (OMS, Invertir en salud mental, 2004)

No cabe duda que los aspectos psicológicos y sociales tales como las condiciones de trabajo, apoyo social, el cambio de perspectiva y objetivos en el área laboral, tienen gran parte de responsabilidad en ese aumento de morbilidad psiquiátrica. Se comentará

acerca de los factores que están más en relación con el ámbito de los trabajadores de la salud.

2.1.3.1.-Trabajo: se ha identificado al ámbito laboral como un factor que dependiendo sus condiciones, puede afectar la salud mental de los trabajadores, como lo afirma Joseph J. Hurrell et al, en un artículo sobre salud mental y trabajo, donde afirma que los precursores de la mala salud mental está en el entorno laboral, como la relación que guarda el trabajador con sus compañeros, condiciones de empleo, y contenido del mismo, (Hurrell). Al dirigirnos a la rama de la medicina, debemos resaltar que, la naturaleza o esencia de dicha profesión, que originalmente fue el altruismo, la abnegación, el sacrificio del descanso a cambio de velar por la salud de los demás, ha sufrido un cambio paulatino por objetivos de distinta índole como la productividad, la eficiencia, rentabilidad y control que en parte han sido impuestos por la burocratización, y el modelo de atención que se exige en muchos servicios públicos o privados, como el hecho de atender a una cantidad masiva de pacientes en tiempos cortos, provocando una atención despersonalizada en la consulta por falta de tiempo o la falta de recursos en los mismos centros de salud de atención primaria. Dichos aspectos han influido en gran manera en el ambiente de los trabajadores, provocando en ellos mayores niveles de estrés y cansancio, los cuales han abierto la puerta a diferentes afecciones a la salud mental, entre ellos el famoso síndrome de Burnout, como lo menciona J. Cebriá Andreu, y otros trastornos como la depresión, ansiedad, abuso de alcohol, alimenticios, etc (Andreu, 2003). Dentro del ámbito laboral también se mencionan factores que influirían en la salud mental, como el hecho, que no es inusual, la escasez de personal que a su vez supone una sobrecarga de trabajo, llevando a una menor satisfacción y agotamiento en los trabajadores, así como falta de especificidad en la tareas, lo mismo que genera ambigüedad y conflicto en el rol que debe desempeñar cada trabajador, ya sea médico

tratante o residente, como enfermeras y auxiliares. La satisfacción laboral es un componente que influye de manera importante en la salud mental como se refleja en un estudio citado anteriormente donde se evaluó la satisfacción y el estrés, y cómo repercuten éstos en la salud mental de los médicos; Se observó que la satisfacción laboral protege a los profesionales del malestar psíquico e incluso del síndrome de Burnout, y a su vez el estrés se relacionó con mayor cansancio emocional y despersonalización. Cabe recalcar que los factores estresores identificados por los mismo médicos en dicho estudio, fueron la percepción de falta de tiempo, interrupciones telefónicas durante la consulta, exceso de trabajo a realizar en poco tiempo, problemas de comunicación con los pacientes, déficit de recursos y la burocracia (Esteva, 2006). El horario de trabajo que supone turnos, en el caso de los médicos que llegan a ser de 32 horas de corrido, muchas veces con pocas horas de sueño y sin una correcta alimentación o sin ella. Particular es el caso de los residentes quienes siguen un postgrado, pues al haber terminado el turno de 32 horas, deben cumplir además con horas de clase y proveer tiempo para el estudio. El trato con pacientes o familiares de estos, se puede tornar difícil, con lo que también tendrá que lidiar el personal de salud. El hecho de tener un contacto permanente y muy cercano con el dolor, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, es también un factor que afecta mucho el aspecto mental y afectivo de los trabajadores, hecho que se ha visto fundamentado en varios estudios realizados en algunos países, concluyendo que el contacto continuo de los profesionales de la salud con otras personas y carga afectiva alta, produce gran afectación en la salud mental (García, octubre 2004). La presión por mantener el trabajo, o enfrentar el hecho de que muchas veces se sienten vigilados y supervisados por los mismos pacientes, quienes en nuestro medio aprovechan en muchas ocasiones para demandar al personal por cualquier pretexto que pudiera

beneficiarlos, se ha identificado como otro factor influyente. En nuestra realidad el personal de salud enfrenta muchas veces la falta de recursos físicos, como equipos de diagnóstico, medicación, equipos para exámenes de imagen, lo que limita al médico quien puede caer en un sentimiento de invalidez o ineficiencia generándole a su vez mayor estrés y malestar psíquico.

2.1.3.2.-Personalidad: Existen variables psicosociales propios de cada individuo, como la personalidad, que pueden asociarse estrechamente con el estado de la salud mental de cada individuo, relacionándose de manera directa con el desarrollo de algún trastorno, o bien relacionarse de manera positiva, representando un factor protector o modulador que le permite a la persona mantener un equilibrio mental a pesar de las diferentes condiciones o eventualidades que se puedan presentar (Halles, 2013), incluso se ha propuesto ciertos rasgos de personalidad, como un buen predictor de salud mental. (PerttiMutanen, 2002) De acuerdo con los tipos de personalidad que en psiquiatría se estudian, se nos plantea un ejemplo de cómo pueden éstos influir en el estado mental, especialmente de un trabajador; por ejemplo un trabajador con personalidad tipo A, puede tener más riesgo de sufrir ansiedad, puesto que por su propia personalidad mantendrá cierto estado de tensión por realizar su trabajo al máximo, como pasaría en el caso de un médico o paramédico en una emergencia, trataría de cubrir todas las situaciones que se le presenten, a diferencia de otro profesional de salud que por su diferente tipo de personalidad, mantenga la idea de que “no puede salvarlos a todos”, cambiando la actitud en su labor y conducta en el trabajo. Consecuentemente, del tipo de personalidad se afirma que: “las características de la persona pueden interactuar con factores psicosociales de riesgo en el trabajo y exacerbar o amortiguar sus efectos” (Hurrell). De ésta manera se podría afirmar que quienes tienen una personalidad más firme, segura y optimista, tienden a afrontar de mejor manera los problemas o

situaciones que se presenten, disminuyendo la posibilidad de sufrir algún trastorno mental. Con respecto a la relación que guarda el trabajo y la personalidad en la salud mental, cabe destacar el hallazgo sobre la percepción de los trabajadores acerca de la combinación de estos dos factores: laboral y personal. Algunos dan prioridad al factor social- laboral dentro de un contexto, minimizando al papel que jugaría la personalidad, mientras que otros maximizan el papel de las diferencias individuales, de manera que restan importancia al factor social laboral (Noriega 2000, Friedman et al 2001). De estas dos perspectivas, se afirma en el estudio citado anteriormente sobre factores psicosociales en salud mental, que ambas variables tomadas en conjunto pueden tener mayor potencia predictiva sobre qué tipo de influencia tendrían sobre la salud mental.

Dentro de la personalidad, mencionaré dos factores que han sido estudiados en las personas en general y que se aplica no solo al ámbito laboral. Los factores que han demostrado estar muy relacionados con la salud mental son la autoeficacia, que se puede entender como la creencia de tener capacidad y habilidad para afrontar cualquier demanda específica, que tiene la persona de sí misma, y el control emocional que trata sobre la tendencia disminuida de una persona a ser hostil, irritable o colérica. Se observó que las personas que tenían poca autoeficacia y pobre control emocional eran más vulnerables a sufrir afecciones en su salud mental (García, octubre 2004). Se puede deducir de todo esto, que la capacidad de afrontamiento que tiene una persona, percibida por la misma, podría moderar o mediar los factores de riesgo tanto ambientales como psicosociales (Hurrell).

2.1.3.3.-Factores psicosociales: dentro de éstos factores se encuentran el apoyo social y situación económica. El apoyo social es definido como “provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”. (Barrón, 2001) Se han identificado dos maneras sobre cómo influye el apoyo

social. Se propone que puede influir como un efecto directo, donde afirma que el apoyo social tiene un efecto en la salud mental independiente del estrés que puede afrontar la persona. El otro efecto propuesto es de amortiguación, donde se dice que podría estar moderando otros factores que influyen el bienestar psíquico. Ambos efectos han sido respaldados por varios estudios. De ésta manera podríamos asumir que el apoyo social del que la persona disponga o encuentre en su entorno, depende mucho el que llegue a desarrollar o no un trastorno mental. En los trabajadores de la salud no es menos importante este apoyo social, pues muchas veces las condiciones, que ya hemos descrito anteriormente, en las que se desenvuelven, resulta necesario contar con un tiempo y espacio de dispersión, distanciándose un poco de los casos y vivencias con los que cada día se enfrentan, que además están cargados de emociones ya sea por dolor, enfermedad o muerte. Es necesario que el médico, enfermera o estudiante tenga un espacio donde pueda cambiar de ambiente, de actividad y encuentre personas que lo apoyen y no que lo critiquen o juzguen por el disminuido tiempo que éstos puedan tener para su vida social. Es importante mencionar la situación económica que al mismo tiempo determina la clase social, pues como afirma Wheaton y Lloyd (1995) “las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relaciona con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo, la edad.” Es decir que las condiciones y directrices impuestas por la estructuración socioeconómica, genera también un ambiente de estrés, es otro factor que llega a influir en el estado psíquico y por lo tanto en el balance mental de una persona.

2.1.4.- Trastornos del estado de ánimo:

Como indica en el tratado de psiquiatría de Marchant y Monchablon, la persona en diferentes etapas de la vida debe enfrentar muchas circunstancias que pueden afectar de manera positiva o negativa su esfera afectiva, y a su vez la esfera volitiva y cognitiva.

De esta manera los sentimientos de tristeza o alegría son respuestas normales de la persona hacia alguna experiencia, puede ser de fracaso, triunfo, adversidad o éxito; incluso períodos de irritabilidad, desgano, pesimismo o tristeza son normales, por ejemplo en la fase premenstrual, en el puerperio, o al perder a seres queridos, tanto a temprana edad como en cualquier etapa. Al considerar ciertos estados de ánimo como normales, en muchas ocasiones se torna difícil el identificar y diferenciar un estado patológico de un estado completamente normal, es por esto que los parámetros que se deben tomar en cuenta para esta diferenciación son:

- 1) La intensidad de la vivencia.
- 2) La duración del estado.
- 3) Los rasgos de personalidad y la historia vital.
- 4) Los factores desencadenantes.

Se debe considerar como guía principal para el diagnóstico de cada trastorno, el manual diagnóstico DSM 5.

2.1.4.1-Episodio Depresivo mayor: es uno de los trastornos más frecuentes e incluso en la antigüedad ha sido identificado por varias culturas y en distintos lugares, por ejemplo en el Antiguo Egipto ya se lo reconocía como una entidad patológica definida. A pesar de su elevada frecuencia ha sido y sigue siendo uno de los trastornos menos diagnosticados y tratados, lo que probablemente se deba a que la depresión se puede dar a cualquier edad y puede manifestarse con síntomas que no precisamente abarcan cambios manifiestos en el estado de ánimo.

-Epidemiología: aunque se señala a la depresión como el trastorno más común, a pesar de ser infra-diagnosticado, obtener una apreciación correcta sobre su prevalencia es difícil debido a la variación en la metodología de los diferentes estudios realizados. Sin

embargo los resultados arrojados por estudios internacionales, mencionan que la depresión se encuentra entre el 5-10% de la población adulta, siendo del 10 al 15% en mujeres, y del 5 al 12% en hombres. Se ha identificado que el 15% de la población en general padecerá de dicho trastorno alguna vez en su vida. La edad en la cual se suele dar con mayor frecuencia la depresión, es entre los 35-45 años. Se debe tomar en cuenta que mientras más temprano se de este trastorno, peor será el pronóstico del mismo. El suicidio se da en 3-4% en depresión mayor (Alarcón, 2008). En otras bibliografías se menciona que la edad de inicio se encuentra a finales de los 20 años, con un promedio de 27,4 y en otra fuente entre los 29,9 años de edad. Ciertos estudios han investigado la prevalencia actual y a lo largo de la vida de la depresión y del trastorno bipolar, siendo el resultado muy variable de acuerdo al tipo de instrumento utilizado para el diagnóstico, de ésta manera las tasas varían desde el 2,7% al 10,3%, y a lo largo de la vida del 7,8% al 17,1%. La depresión se presenta más en el género femenino, siendo la frecuencia el doble que en el hombre, pero dicha relación difiera en la adolescencia, pues en éste periodo la frecuencia es similar en los dos géneros. Dicha diferencia se puede deber a factores de tipo hormonal, social o diferencia en la exposición a situaciones que pueden generar estrés como maltrato, abuso o discriminación. También se ha identificado diferencia en cuánto al estado civil, siendo más frecuente en personas solteras, pero solo al comparar con personas casadas, pues las personas que nunca se habían casado, presentaban menor depresión que quienes se habían divorciado o enviudado(Hales, 2009).

-Factores de riesgo: dentro de los factores más conocidos y mencionados anteriormente, está el género femenino, la edad en adultos jóvenes entre los 18 y 44 años, y genéticos donde los familiares de primer grado han presentado riesgo aumentado de padecer depresión grave, recidivas y posiblemente inicio precoz. Dentro

de este factor, se ha identificado variantes en el gen que codifica la serotonina en relación con los acontecimientos denominados vitales, los cuales se definen como cualquier evento que requiere un reajuste sustancial en la conducta de la persona, que de acuerdo al grado de cambio que produce se relaciona al mismo tiempo con el nivel de estrés que este genera en la persona; de esta manera el acontecimiento vital puede ser adverso, por ejemplo algún trauma en la infancia, pérdida, humillación, etc.

Se puede mencionar a los factores sociales que se han señalado como factores de riesgo, a pesar de que más adelante se menciona que el aspecto psicológico de la persona es el principal factor que repercute en la salud mental de la persona, se podría afirmar que ciertos factores sociales pueden actuar como disparadores para el desarrollo de una depresión mayor. Estos factores son: experiencias de privación psicosensorial, o de abuso y explotación extrema, que por lo general se pueden dar en la infancia y en un contexto de disfunción familiar. Condiciones como desempleo, exclusión, rechazo social, dificultad para adaptarse a la sociedad, una vivienda inadecuada y altos niveles de violencia en el vecindario, son factores externos que juegan un papel importante en el riesgo de padecer depresión.

-Etiología: existen varias teorías tanto psicológicas como biológicas, que se han postulado desde hace varios años, sin embargo el aspecto bioquímico que ha sido estudiado últimamente ha planteado teorías que explican de manera más concreta la génesis de los trastornos del estado ánimo(Monchablon, 2005).

-Factores bioquímicos: se basa principalmente en la alteración de varios neurotransmisores, entre los más importantes están noradrenalina, serotonina y dopamina. Se puede dar una disfunción en la producción y liberación de los neurotransmisores por las neuronas correspondientes, o bien puede existir un fallo a nivel de los receptores para diferentes neurotransmisores. Varias investigaciones

respaldan esta teoría, al reportar valores alterados de laboratorio de dichos neurotransmisores en personas deprimidas o suicidas. Los reportes que se han hecho sobre la alteración de los niveles de los neurotransmisores señalan en diferentes casos: disminución de dopamina, aumento o disminución de la función dopaminérgica, reducción de tirosina o de triptófano en sujetos vulnerables, incluso anomalías en la regulación neuroendocrina de origen primario, en el control hipotálamo- hipofisario o secundario por la disfunción de neurotransmisores en sus receptores en ciertas partes del sistema límbico. Se ha observado que los pacientes con depresión grave tienen secreción excesiva de cortisol por la corteza suprarrenal, debido a una liberación excesiva de factor liberador de corticotropina por el hipotálamo. Además de una alteración del eje hipófisis- suprarrenal, se ha evidenciado elevación en la triyodotironina y tiroxina sérica (Howard, 2001).

-Factores psicosociales: aunque los distintos factores ambientales o externos pueden repercutir en nuestra salud mental, y a su vez precipitar un episodio depresivo, existe la vulnerabilidad biológica, la misma que pone en mayor riesgo a una persona de padecer un episodio depresivo, al enfrentar algún evento en su vida que pueda generar depresión. Se ha denotado rasgos de carácter histriónico u hostil, y antecedentes prolongados de dificultad para conservar relaciones interpersonales estables. Investigadores mencionan deformaciones cognitivas, que pueden alargar la alteración afectiva; tales deformaciones como la interpretación cognitiva negativa de la experiencia, valoración negativa de sí mismo y pesimismo por el futuro. Estas condiciones en una persona pueden provocar esa mayor tendencia a padecer un trastorno del ánimo, incluso en situaciones en las que otras personas sin dichas condiciones no sufrirían un episodio depresivo.

***Clínica:** los parámetros que caracterizan a los trastornos del estado de ánimo son los siguientes:

-Exploración del estado mental: se puede evidenciar un aspecto abatido, desalentado, limitado contacto visual, aumento o disminución de la actividad psicomotriz. El lenguaje puede ser lento, con latencia en el habla y monótono. El propio paciente se describe con estado de ánimo bajo. En el campo afectivo pueden haber variaciones, y encontrar pacientes con expresiones afectivas suaves, restringidas, ansiosas o también pueden presentarse expresiones disfóricas y agitadas. El pensamiento suele tener un flujo lento o llegar a una pobreza de ideas; incluso puede presentar un deterioro cognitivo que altera la memoria, la capacidad de concentración, atención y funciones ejecutivas.

-Estado de ánimo deprimido y anhedonia: acompañando al estado de ánimo bajo, es crucial el desinterés o incapacidad de sentir placer en las actividades que antes le agradaban (anhedonia), para que se cumplan los criterios del episodio depresivo mayor. Puede darse ausencia de reactividad del estado de ánimo, es decir que la persona no experimenta ninguna mejoría aún en situaciones que normalmente serían gratificantes para el paciente.

-Síntomas cognitivos, neurovegetativos y conductuales: el deterioro cognitivo se hace evidente mediante la observación de errores en el procesamiento de la información y distorsiones, como pensamientos negativos en el yo y el futuro, que conducen a la aparición de pensamientos suicidas. Al ser examinado un paciente deprimido, generalmente indica un rendimiento deficiente al realizar los test de memoria, concentración y funciones ejecutivas.

Dentro de los síntomas neurovegetativos cabe mencionar las alteraciones en el apetito, cambios en el sueño y la conducta sexual; los cambios pueden ser aumento o disminución, a excepción de la conducta sexual que por lo general suele estar disminuido.

***Criterios diagnósticos:** se deben cumplir los criterios diagnósticos presentados en el DSM- 5.⁵

***Historia natural:** el episodio depresivo tiene grandes variaciones tanto en su presentación como en su evolución, dependiendo en gran parte de los antecedentes del paciente. Como se mencionó anteriormente puede ocurrir a cualquier edad pero el promedio es entre los 30 y 40 años. Los síntomas se van desarrollando de manera gradual durante meses, aunque puede hacerlo de manera repentina en períodos más breves. Sin tratamiento puede resolverse de manera espontánea en un período de semanas a meses o puede tornarse crónico, y permanecer sin mayor variación durante varios años. Por lo general la duración de un episodio depresivo mayor es de aproximadamente 20 semanas. Se ha evidenciado que la recuperación no es tan efectiva, al observar que la mitad de los pacientes tratados y con seguimiento a un año logran recuperarse, con un riesgo de recaída elevado. El antecedente de una recaída aumentará a su vez el riesgo de la misma, y cuantas más recaídas haya presentado el paciente, disminuirá el tiempo en el que recaiga (Howard, 2001).

***Tratamiento:** como sucede en todas las patologías, mientras el tratamiento sea instaurado en el menor tiempo posible, se evitará mayor deterioro en la persona y habrá

⁵ David J.Kupfer MD, Michael B. First MD, Darrel A. Regier MD. Asociación Americana de psiquiatría (APA), MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES V. 2014

menos consecuencias negativas en los diferentes aspectos de la vida que puede afectar una enfermedad y más una patología tan nociva como es la depresión mayor.

El objetivo que persigue el tratamiento son la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional, de manera que la persona pueda incorporarse a sus actividades cotidianas, o mejorar su situación, reduciendo el impacto social negativo que suele darse en esta patología.

El tratamiento en este caso, debe dividirse en farmacológico-biológico y psicológico, pues no se debe olvidar que el ser humano posee diferentes ámbitos: corporal, psicológico y espiritual, por lo que su bienestar y homeostasis depende siempre de la integridad de las tres esferas en conjunto y no por separado.

-Farmacológico- biológico: con el tiempo la tecnología ha logrado que se fabriquen fármacos con menos efectos adversos y más efectivos. Sin embargo se debe tomar en cuenta que uno de las condiciones necesarias para observar mejoría es que la dosis se debe mantener por un tiempo aproximado de dos a tres semanas.

Antidepresivos:

Antidepresivo	Ejemplo	Actividad principal	Indicaciones	Efectos adversos	Posología
Antidepresivos tricíclicos (ADT)	Amitriptilina, desipramina, imipramina.	IRS, IRN, Ach-M, Hist, α_1 .	Depresión mayor y enuresis.	Sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión, toxicidad cardíaca y sedación.	Comenzar con 25 mg, aumentar hasta 100-200 mg/día.
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Fluoxetina, paroxetina, sertralina.	IRS	Depresión mayor, trastorno de ansiedad, trastorno del control de los impulsos, bulimia nerviosa.	Agitación, insomnio, cefalea, náusea y vómitos, disfunción sexual, hiponatremia.	Normalmente 20mg/día (fluoxetina); se puede aumentar hasta 60mg/día.
Inhibidores	Venlafaxina,	IRN, IRS	Depresión	Hipertensión	Venlafaxina:

selectivos de la recaptación de la serotonina-noradrenalina (ISRSN).	duloxetina.		mayor, trastorno de ansiedad generalizada.	(Venlafaxina), náuseas, insomnio, sequedad de la boca, sedación, sudoración, agitación, cefalea, disfunción sexual.	coenzar con 75mg/día, aumentar a 225mg/día según necesidades.
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)	Bupropión	IRN, IRD	Depresión mayor, abandono del tabaquismo.	Agitación, insomnio, cefalea, náuseas y vómito, convulsiones (0,4%).	150mg dos veces al día.
Antidepresivo específico noradrenérgico y serotoninérgico (AENS)	Mirtazapina	α_2 , 5-HT ₃ , 5HT _{2A} , 5HT _{2C} , Hist.	Depresión mayor.	Aumento de peso, sedación, mareos, cefalea; disfunción sexual frecuente.	14-45mg/día por la noche.

Nota: Ach-M: muscarínico anticolinérgico; Hist: bloqueo de histamina; MAO: inhibición de la monoaminoxidasa; IRD: inhibición de la recaptación de serotonina; IRN: inhibición de la recaptación de noradrenalina; IRS: inhibición de la recaptación de la serotonina; α_1 : bloqueo α -1 adrenérgico; α_2 : bloqueo α -2 adrenérgico; 5-HT₂: antagonismo del receptor de serotonina tipo2; 5-HT_{2a}: antagonismo del receptor de serotonina tipo 2a ; 5-HT_{2c}: antagonismo del receptor de serotonina tipo 2c; 5-HT₃: antagonismo del receptor de serotonina tipo3.

Fuente: Robert E. Hales, Tratado de psiquiatría clínica, quinta edición. Trastornos del estado de ánimo, tratamiento. Tabla 11-14. Antidepresivos disponibles en la actualidad: actividad, indicaciones, efectos adversos y posología, pág: 460 y 461. Modificación: se han excluido los fármacos que no se encuentran disponibles en el país.

-Psicológico: es necesario además del tratamiento farmacológico, como se mencionaba anteriormente, realizar un abordaje integral del paciente. La combinación de un antidepresivo con psicoterapia es indudablemente más efectiva que cualquier antidepresivo solo.

Es importante que el paciente reconozca y entienda el estado en el que se encuentra, pues así se facilitará el apego al tratamiento y seguimiento de las indicaciones. Suele suceder que en algunas etapas por percepción subjetiva del paciente de un estado de bienestar, abandona el tratamiento, o bien porque empieza a presentar efectos adversos. Por otro lado el apoyo que debe tener de la familia es fundamental, las personas con las

que convive deben ser educadas en el tema, pues suelen tener la idea de que el paciente no está mejor por mala disposición y que se trata de un estado deseado por el paciente.

Además de la mejoría que presente el paciente por la medicación, es necesario el complemento de una psicoterapia que ayude al paciente a reconocer conflictos y tenga motivaciones, de manera que sus vínculos afectivos mejoren y se favorezcan mediante una pro-positividad vital, es decir consolidar la mejoría de la calidad de vida.

2.1.4.2.-Trastorno Distímico: se lo define como un estado depresivo crónico con una duración de al menos 2 años, presentado síntomas depresivos leves que pueden desaparecer durante 2 meses al año, de manera que posee un carácter fluctuante o intermitente, pero con un curso crónico. Los síntomas depresivos se presentan la mayor parte del día, de la mayoría de los días en el tiempo mencionado anteriormente.

-Epidemiología: puede darse a tempranas edades, en cuyo caso se clasifica como distimia de inicio temprano, cuando se da antes de los 21 años, y a su vez la de inicio tardío después de los 21 años. La prevalencia según el estudio “ECA” estimada en la población adulta a lo largo de su vida es cercana al 3%, siendo el género femenino afectado en relación 1,5 a 3 veces mayor que en el género masculino. La prevalencia a lo largo de la vida, ya sea asociado a depresión mayor, superpuesto o sin él, se calcula es del 6%, y la prevalencia que puede estar camuflada u oculta en pacientes psiquiátricos ambulatorios se estima entre el 10 y 20%. En diferentes fuentes, como reportes de la OMS, la prevalencia a lo largo de toda la vida se encuentra entre el 4,2 y 17%, y según otras fuentes de acuerdo al género se encuentra entre el 10 y 25% en mujeres, y un 5 a 12% en hombres.

-Etiología: como en muchos otros trastornos, su etiología es compleja precisamente por ser de carácter multifactorial, se involucran mecanismos biológicos, psicológicos y

sociales. Aunque se han realizado varios estudios acerca de la parte neurobiológica, las alteraciones encontradas no son específicas de dicho trastorno, incluso los mismos hallazgos se han dado en otros trastornos, de manera que no existe un modelo teórico neurobiológico que sea propio de la distimia. Se ha mencionado anteriormente los modelos que tratan de explicar el origen no solo de distimia sino de los trastornos del estado de ánimo, de los cuales el más común y aceptado es la hipótesis aminérgica, que sostiene que los trastornos depresivos son causados por una deficiencia en los niveles de serotonina, noradrenalina y/o dopamina en el sistema nervioso central o bien en su neurotransmisión. También se ha mencionado los cambios funcionales o actividad permanente del eje Hipotálamo- hipófisis- adrenal, pero el mismo se ha hecho presente en otros trastornos del estado de ánimo.

-Clínica: las pacientes que sufren de distimia, pueden referir malestares mal definidos, letargia, fatiga; pueden ser referidos de manera espontánea por el paciente o al realizar una anamnesis dirigida, los síntomas resultan ser los mismos que en la depresión mayor, pero con dos diferencias puntuales: la gravedad, que en la distimia son síntomas leves, y la duración, que en el caso de distimia se presenta alrededor de 2 años.

Los síntomas más frecuentes en el trastorno Distímico que se registraron en varios estudios fueron:

-Sentimientos de incompetencia.

-Pérdida generalizada de interés o placer.

-Aislamiento social.

-Tristeza.

-Sentimientos de culpa referida al pasado.

-Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva.

-Descenso de la actividad.

Los cambios profundos en cuanto a las funciones psicomotoras y vegetativas que se suelen dar en la depresión mayor, no se presentan con mucha frecuencia en pacientes distímicos, siendo más comunes rasgos como: inercias, letargia y anhedonia, los cuales en muchos casos son más pronunciadas por la mañana. Marchant y Monchablon mencionan en su tratado que en un estudio realizado por Akiskal y col (1998), buscaron detectar las características nucleares de los pacientes distímicos, obteniendo datos de sólida consistencia. Las características halladas fueron: pesimismo, tristeza, incapacidad de tener alegría, autocrítica exagerada, tendencia a sentirse culpable, falta de confianza, baja autoestima, temor a equivocarse, facilidad para la desilusión, agotamiento rápido, inactividad y rutina, falta de asertividad, resignación y entrega, timidez y sensibilidad. Los paciente distímicos tienden a reaccionar de manera exagerada frente a las tensiones normales de la vida, respondiendo con un estado de ánimo depresivo. A pesar de tener poca confianza en sí mismo, pueden ser muy exigentes y quejumbrosos, culparán a otros y a sí mismo de sus fracasos. También suelen presentar rasgos obsesivos.

***Criterios diagnósticos:** se deben cumplir los criterios diagnósticos presentados en el DSM- 5.

-Historia natural: los pacientes suelen referir que durante toda su vida se han sentido deprimidos, sin ser posible identificar una época específica de comienzo, o suelen referir que comenzó en su infancia o adolescencia seguido de intervenciones terapéuticas. La distimia en su desarrollo puede producir una depresión mayor, lo cual se denomina depresión doble, y no es difícil que esto suceda, se estima que el 75% de los pacientes con distimia presentarán una depresión doble en el curso de los 5 años

siguientes. Se ha denominado a los pacientes distímicos como “consumidores voraces de los recursos de la asistencia médica y salud mental”.

Con frecuencia se subestima las repercusiones que puede tener este trastorno en la vida de los que lo padecen, por el hecho de que los síntomas son “leves” o no tan graves como en la depresión mayor. Sin embargo se ven afectadas diferentes áreas como social, laboral y por su puesto suelen referir problemas de salud; se ha evidenciado deterioro de la calidad de vida, altos niveles de discapacidad, mal ajuste social y mala relación marital al comparar con adultos que padecen otro tipo de patología como diabetes o hipertensión. La recuperación o remisión de los pacientes, se incrementa lentamente con el tiempo, alrededor de los 35 meses de estar en tratamiento continuo, y se ha evidenciado que apenas la mitad de los pacientes en tratamiento logran recuperarse.

-Tratamiento: el manejo correcto de la distimia se basa en tres estrategias: psicoeducación, farmacoterapia y psicoterapia.

-Psicoeducación: con el antecedente de que los pacientes por lo general han recibido ya tratamientos inefectivos durante su vida, por lo que sus expectativas de entrada suelen ser bajas incluso por la misma enfermedad; de manera que es necesario dar al paciente una información completa acerca de su padecimiento y que la necesidad de seguir el tratamiento; es aconsejable persuadir no solo al paciente sino también a sus familiares o personas significativas para el mismo, sobre las bases biológicas de la enfermedad y cómo el tratamiento farmacológico lo ayudará.

-Farmacoterapia: la medicación utilizada en la depresión mayor es igual de efectiva en el trastorno Distímico, siendo la mayor parte de antidepresivos efectivos. Quienes han recibido el tratamiento pueden experimentar reducción profunda de su sintomatología y

una mejora duradera en su funcionalidad. Los fármacos más destacados en su efectividad han sido los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), siendo los ISRS de primera elección por ser más tolerables. Sin embargo los fármacos antidepresivos mejoran apenas el 50 a 70% de la distimia, por lo que es necesario un estudio profundo del paciente, y en algunas ocasiones es necesario el uso de litio o tiroxina, pues se ha visto que potencian los efectos de algunos antidepresivos.

-Psicoterapia: las terapias que han demostrado mejores resultados han sido la terapia cognitiva, interpersonal, y conductual; pero también se puede utilizar la cognitivo-conductual, psicodinámica y de apoyo. Además de mejorar síntomas como la anhedonia, incapacidad para experimentar o percibir eventos positivos y desesperanza, ayuda al paciente a aprender estrategias de afrontamiento adecuadas.

2.1.5.- Suicidio: desde tiempos antiguos, el suicidio ha sido un evento incomprendido y rechazado por la sociedad; aproximadamente desde hace dos siglos comienza a ser estudiado desde el punto de vista científico, a través de dos líneas de investigación, la primera desde un aspecto psicopatológico, y la segunda desde un aspecto sociológico. A pesar de existir este rechazo por parte de la sociedad, la OMS indica que está entre las diez primeras causas de muerte en diferentes países y para todas las edades, y es responsable de un 0,4 a 0,9% del total de muertes, con una tasa global de 26,9 por 100.000 habitantes. Se calcula que alrededor de un millar de personas se suicidan cada día en todo el mundo, y que cientos de miles lo han intentado. Es más habitual en varones, pero en mujeres se presenta cada vez con métodos más violentos. Se considera que por cada suicidio se dan entre 10 y 25 tentativas, y que entre 10 y 15% de las personas que lo intentaron lo consiguieron (Alarcón, 2008).

El suicidio es un fenómeno que presenta varios aspectos y connotaciones que deben ser tomados en cuenta. Para considerar suicidio, es necesario que sea voluntario, activo, limitado en el tiempo, en la mayoría de casos espontáneo, e intencional. Se trata de una conducta o comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza.

El sociólogo Emile Durkheim, plantea 3 tipos de suicidio basado en su afirmación “las tasas de suicidio guardan relación inversa con la integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo”, de esta manera describe: el egoísta, cuya integración social es escasa, el altruista quien presenta una integración social excesiva, y el anónimo para quien las normas sociales y morales son confusas o están ausentes, presentando un estado de desorganización personal o social.

La relación del suicidio con los trastornos mentales ha sido descrita mediante estadísticas, se menciona que el 98% de las víctimas de suicidio padecía algún trastorno mental previo, el mismo que se identificó como controlable con tratamiento, es decir por medio de prevención. El 48% de las personas que consumaron el suicidio había sido atendido en algún momento en algún servicio, hospital psiquiátrico o centro de atención primaria, en el mes previo al suicidio. Se ha postulado al suicidio como un síndrome complejo, que depende de varios factores, ya sean psicopatológicos como también características de la personalidad: impulsividad o vulnerabilidad. Existen ciertos factores de riesgo que se han relacionado a un intento de suicidio o al mismo, como por ejemplo situaciones sentimentales, desempleo, maltrato, pérdida de año en escuela y colegio, embarazos no planificados, deudas, etc. Sin embargo se han identificado trastornos mentales vinculados estrechamente con el suicidio y también patología médica; la depresión predomina entre los trastornos mentales como una de las causas más frecuentes para cometer suicidio, presentando tasas de 4,5 veces mayores a otras

patologías psiquiátricas. De pacientes con depresión el 15% llega a suicidarse y el 10% presenta un intento de suicidio y lo repite. En frecuencia le sigue la esquizofrenia, entre los que la padecen cerca del 15% comete suicidio y el 50% lo intenta una vez en su vida. El alcohol presenta una relación con el suicidio, siendo alta la tasa de alcohólicos que se suicidan, como también es frecuente el uso de alcohol por parte de las personas que van a suicidarse. Las drogodependencias, el trastorno de pánico, trastornos alimenticios y otras enfermedades médicas como el SIDA, cáncer, epilepsia, corea de Huntington, son entre las más destacadas en presentar suicidios.

En pacientes que presenten intención suicida, se debe realizar exámenes exhaustivos, y nunca subestimar las amenazas o anuncios que la persona pueda presentar, y se debe tratar de tranquilizar al paciente, asegurándose de que no posea ningún objeto que le pueda ser útil. Deberá permanecer en una unidad cerrada, con atención de enfermería muy cercana y disponible. Realizar una buena historia clínica y un examen psicopatológico detallado, son actos importantes para poder determinar un diagnóstico e instaurar un tratamiento dirigido al problema de base y al riesgo que presenta la persona, asegurándose de que la atención que la persona reciba sea de tipo integral.

2.1.6.- Episodio maníaco e hipomaníaco: a pesar de que ambos episodios son característicos del trastorno bipolar I y II, la manía se puede identificar como un síndrome aparte del trastorno bipolar; éste se clasifica como una alteración del estado de ánimo, que se presenta de la misma manera adicionando otras disfunciones como trastornos cognitivos psicomotores y alteraciones vegetativas. No existen cifras claras sobre la epidemiología del trastorno bipolar I y II, pero en países como en Estado Unidos se ha determinado tasas de prevalencia que superan el 1 a 2%. Sin tratamiento, dichos trastornos poseen alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Entre el 25 y 50% de los pacientes presentarán intento de suicidio. En un estudio epidemiológico de gran

escala se reportó una prevalencia de 3,4 y evidencia de subdiagnóstico del trastorno bipolar.

En cuanto al estado de ánimo suelen presentar hipertimia, euforia, júbilo, sensación de bienestar, elevada autoestima y omnipotencia, con la característica de que cuando se le contradice a la persona, se torna fácilmente irritable, hostil o agresivo. En algunos casos desde el principio el paciente puede presentarse agresivo, conflictivo y aún peligroso. Se presenta labilidad anímica que suele estar muy marcada en la manía, provocando un cambio muy fácil de la euforia al llanto o a la hostilidad. Suelen presentar recursos abundantes de energía, involucrándose de lleno en actividades y aventuras múltiples. Sus niveles de productividad son altos, tanto en la crisis como en estado basal, y se suele pensar que son personas con mucho talento creativo, que realizan actividad genuinas y solo un poco excéntricas; sin embargo con el tiempo los recursos que los pacientes emplean en dichas actividades, se vuelven excesivos, poco a poco pierden la capacidad de comportarse con precaución y según las expectativas y normas sociales. Las alteraciones del pensamiento incluyen flujo excesivo de ideas, ideas de grandiosidad, religiosas o de persecución, ideas delirantes estafalarias. Pueden presentar trastornos de la percepción como alucinaciones auditivas o visiones de índole religioso. En las alteraciones cognitivas pueden presentar distracción fácil, falta de atención que puede ser resultado de un flujo excesivo de pensamiento o alteración del procesamiento de información y la atención; de igual manera se puede dar disfunción ejecutiva, deterioro de la memoria y de la capacidad de juicio. En cuanto a los síntomas vegetativos se presenta descenso de la necesidad de sueño, aumento de la libido y del apetito. Problemas conductuales como dirigir la conducta hacia ciertos objetivos que en algunos casos puede aumentar la productividad, aumentar el autoestima e incluso los ingresos, y presentar además comportamiento potencialmente lesivo. En relación a las

conductas peligrosas se suelen involucrar en gastos excesivos, juegos, promiscuidad sexual, viajes, consumos de sustancias y diversas conductas de riesgo.

Dicha elevación del estado de ánimo, puede presentarse de manera más sutil, ya sea en gravedad o duración, y no se asocia con alguna alteración notable en el funcionamiento de quien padece de estos episodios o trastornos; cuando éste sea el caso, se debe reconocer como un episodio hipomaníaco en lugar de maníaco.

El hecho de presentar un episodio maníaco, ya sea pasado o presente, es suficiente para cumplir los criterios de trastorno bipolar tipo I, el cual debe plantearse en cualquier paciente que se presente con síntomas depresivos. Por otro lado la presencia de episodios hipomaníacos y depresivos mayores, indican un trastorno bipolar tipo II. Si el paciente presenta cambios de estado de ánimo con síntomas de hipomanía y depresión, en un período menor al necesario para trastorno bipolar I o II (2 años), sugiere ciclotimia, pero estos pacientes no suelen acudir en busca de ayuda a los servicios de salud mental, sino que suelen ser derivados por intento de suicidio, abuso de sustancias o problemas de relaciones sentimentales caóticas.

Hay episodios en el trastorno bipolar que pueden tener características de manía y depresión en el mismo momento, lo que hace difícil su diagnóstico y manejo.

En cuanto al tratamiento, tomando en cuenta la gran variedad y matiz que puede presentar este trastorno, se debe realizar un buen diagnóstico en base a los criterios expuestos por el DSM 5, para poder instaurar un tratamiento adecuado, pues de éste depende el pronóstico, mismo que sin el tratamiento, en términos generales no es tan benigno como antiguamente se lo planteaba.

Los objetivos del tratamiento son controlar el estado mental del paciente, realizar psicoeducación dando al paciente toda la información necesaria, fomentar el

cumplimiento del tratamiento y el mantenimiento de patrones regulares del sueño y actividad, anticiparse a los estresores ambientales, identificar de forma precoz los nuevos episodios y minimizar el deterioro funcional, garantizar la seguridad del paciente y de quienes lo rodean, con la meta de obtener una respuesta adecuada hacia ambas fases del trastorno y prevenir sus recurrencias mejorando la calidad de vida entre episodios. El tratamiento de elección para los episodios maníacos graves es inicialmente un fármaco del grupo de estabilizadores emocionales como litio, lamotrigina o valproato, más un antipsicótico. Para episodios de menor intensidad, como el hipomaníaco, será suficiente monoterapia con litio, o valproato o un antipsicótico atípico. Se puede coadyuvar con una benzodiacepina por un tiempo corto. Cuando se presenta depresión en dicho trastorno, se ha visto efectivo el uso de lamotrigina, que generalmente se usa con un estabilizador del humor, para evitar que el paciente cicle a manía o hipomanía. En conclusión se recomienda escoger entre tres estrategias: litio, lamotrigina o una combinación de fluoxetina- olanzapina. Después de controlar el episodio agudo, se debe plantear el tratamiento de mantenimiento, siendo el litio y valproato los que mejor evidencia han presentado. La terapia electroconvulsiva es una opción como mantenimiento para los pacientes que tuvieron respuesta a la misma en la fase aguda, y en la fase aguda se utiliza cuando el episodio es muy grave, con la combinación de eutimizantes como el litio.

2.1.7.-Trastornos de ansiedad: son las patologías psiquiátricas más comunes en atención primaria, presentando una prevalencia en la población general del 2 al 8%, y en atención primaria de salud presenta un 10 a 12%. Según el estudio National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area (NIMH-ECA), los trastornos por ansiedad fueron más prevalentes en los seis meses precedentes que cualquier otro trastorno mental. De los pacientes que padecían trastornos de ansiedad apenas el 23%

recibía tratamiento. En el estudio National Comorbidity Survey, se reportó una prevalencia los trastornos de ansiedad del 24.9%.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de patologías que se caracterizan por presentar: preocupación, temor excesivo, tensión o activación provocando un malestar notorio en la persona o un deterioro clínicamente significativo en la actividad de la misma.

La ansiedad se define como un estado emocional displacentero cuyo origen es difícil de identificar, acompañado de síntomas fisiológicos que pueden causar fatiga o incluso agotamiento a la persona que lo sufre. También se la define como una emoción que surge ante situaciones ambiguas, donde se identifica una posible amenaza, de manera que prepara al individuo para responder frente a dichas situaciones mediante reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Pero lo característico de la ansiedad como trastorno, es que aunque dicha respuesta sea normal frente a situaciones de peligro, un trastorno de ansiedad se da frente a situaciones que realmente no son una amenaza, surgiendo por falsas alarmas, lo cual impide que se dé una mejor adaptación de la persona. De esta manera la ansiedad se torna patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada.

La intensidad de la ansiedad tiene varios grados, de manera que puede ir desde inquietudes leves o menores hasta temblores notables e incluso crisis de angustia completa. Existen diferentes términos para la ansiedad dependiendo de la situación en la que se presenta; cuando aparece de manera inesperada, sin ningún motivo aparente se la denomina **ansiedad espontánea**. Cuando ocurre de manera predecible, como respuesta a una situación específica, se denomina **ansiedad manifiesta, situacional o fóbica**. También se puede dar la **ansiedad anticipatoria**, cuando se desencadena una crisis de ansiedad por el hecho de pensar en las situaciones que suelen causar ansiedad en la persona. Muchos médicos antes de tratar al paciente esperan que haya desorganización

del funcionamiento evidente e incluso sufrimiento intenso. Varios autores proponen que cuando la persona presenta mucho sufrimiento y deterioro sustancial del estilo de trabajo y la adaptación social, está indicada una cuidadosa evaluación y que el tratamiento puede ser muy útil.

2.1.7.1.-Trastorno de angustia (pánico): se debe aclarar que las crisis de angustia no solo se presentan en un trastorno de angustia, sino que pueden darse en otros trastornos de ansiedad como en la fobia social, fobia específica y estado por estrés postraumático. De esta manera las crisis de angustia son independientes del trastorno de angustia, y pueden ser: inesperada (no inducida), situacional (inducida) o situacionalmente predispuesta.

Por lo general, cuando se da el inicio del trastorno de angustia, la persona suele encontrarse realizando alguna actividad cotidiana como leer un libro, comer en un restaurante o conducir un auto. Súbitamente comienza a presentar síntomas como falta de aire y que el corazón palpita muy rápido. Entre los síntomas que se presentan se describen: palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, inestabilidad, mareo o desmayo, náuseas o molestias abdominales, sensación de irrealidad o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones. De todos los síntomas se presentan por los menos 8, y es la naturaleza de los síntomas la causa por la que no suelen consultar a psiquiatras, sino a médicos emergenciólogos, cardiólogos, neurólogos, clínicos, etc. La primera sensación que tienen es de temor, terror o aprensión abrumadora, con sensación de desastre inminente, seguida de los síntomas mencionados anteriormente, los cuales se deben a una sobrestimulación masiva del sistema nervioso autónomo. Las crisis tiene un comienzo abrupto, su duración es

alrededor de 5 a 20 minutos y raramente llegan a durar una hora, la persona puede quedar agitada y fatigada hasta varias horas después de la crisis. Se da un patrón de oleada, donde las crisis aparecen, remiten y aparecen de nuevo. Los pacientes que sufren de crisis suelen ser adultos, entre los 30 años aunque puede retrasarse hasta la sexta década. Como se mencionó anteriormente se suele desencadenar cuando la persona está haciendo alguna actividad rutinaria, pero el antecedente de algún evento como enfermedad, accidentes graves, pérdida de una relación interpersonal o separación familiar, puede hacer que el ataque se presente de manera precoz, y aun cuando estas situaciones se resuelvan las crisis siguen sin disminuir. Cuando sufren la primera crisis los pacientes tienen la idea de estar sufriendo un ataque cardíaco o sensación de estar perdiendo la cabeza. Con el tiempo en algunos casos, puede desarrollarse una ansiedad de anticipación grave, relacionándose con la expectativa de sufrir futuras crisis de angustia. Es decir, los pacientes tienen temor de las experiencias de las crisis, y comienzan a preocuparse por la posibilidad de que se desencadenen dichas crisis, permaneciendo en un estado de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, prácticamente equivalente al que se alcanza durante la propia crisis. Es aconsejable prestar atención al síntoma más crucial que por lo general suele ser la hiperventilación, la cual causa hipocapnia, alcalosis, disminución del flujo sanguíneo cerebral y mareo, confusión, desrealización, síntomas que se ha visto desaparecer a la administración de medicamentos antipánico, y tratamientos conductuales de reeducación respiratoria.

Las crisis de angustia se pueden dar con agorafobia o sin ella, por lo que a continuación se mencionará sobre dicho trastorno como parte del trastorno de angustia.

***Agorafobia:** se puede dar como respuesta a las crisis de angustia, debido a que los diferentes lugares o situaciones donde se produce una crisis, son relacionados por el paciente con el mismo evento. De ésta manera se desarrollan ciertas conductas o

comportamientos de evitación, relacionados a 3 temas principales: a) temor a abandonar el hogar, b) el temor a estar solo y c) el temor a estar lejos del hogar en situaciones en las que uno puede sentirse atrapado, turbado o indefenso. Sienten temor a la posibilidad de desarrollar síntomas de la crisis en lugares donde sea difícil escapar o conseguir ayuda, por ejemplo estar en transporte público, multitudes, teatros, ascensores, restaurantes, tiendas o supermercados, hacer colas o viajar lejos de casa. En casos graves los pacientes se refugian en su hogar, sin salir por evitar cualquier situación mencionada. Como se indicó anteriormente, se puede presentar ansiedad de anticipación constante, es decir que la persona empieza a estar preocupada y ansiosa por miedo a sufrir alguna crisis de angustia. Sin embargo existe un efecto interesante, se ha observado que cuando la persona se encuentra acompañada por un individuo que sea de su confianza, el temor y evitación de las situaciones suele desaparecer, por ejemplo si es una persona que difícilmente sale de su casa, acompañada es capaz de realizar viajes largos.

Además de presentar crisis de angustia, dichos pacientes con agorafobia pueden tener síntomas de desmoralización o de depresión secundaria, múltiples síntomas somáticos y abuso de alcohol o sustancias sedantes.

En cuanto a la evolución de la enfermedad, sin tratamiento, es muy variable con períodos de exacerbaciones y de remisiones. Alrededor del 33% se recupera, el 50% padece discapacidad limitada y el 20% tiene discapacidad mayor. Los factores que predicen un peor pronóstico son: crisis de angustia iniciales más graves, agorafobia inicial más grave, mayor duración de la enfermedad, depresión comórbida, antecedentes de desaparición de la figura materna o paterna (muerte, divorcio). Alta sensibilidad interpersonal, situación civil de soltería (Hales, 2009). Para establecer el diagnóstico de

crisis de angustia, con agorafobia o sin ella, se deben tomar los criterios diagnósticos del DSM-5.

El tratamiento de primera elección para las crisis de angustia, es la monoterapia con inhibidores de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como sertralina, paroxetina o escitalopram. Se debe iniciar con dosis menores de antidepresivos pues los pacientes suelen presentar hipersensibilidad al fármaco, refiriendo sensación de inquietud, agitación, sensación de ir acelerados e insomnio. La segunda línea son los antidepresivos tricíclicos si los de la primera fallan o no son bien tolerados, entre estos puede ser imipramina, clomipramina o desipramina. Si fuera necesario se podría utilizar concomitante una benzodiacepina que será escogida de acuerdo a requerimientos y vida media. También se deberá realizar psicoterapia psicodinámica, de apoyo o cognitivo-conductual, y educar al paciente sobre su patología para que pueda aprender a enfrentarse con la situación fóbica.

2.1.7.2.-Trastorno de ansiedad generalizada: se caracteriza porque a diferencia de la ansiedad “normal”, la preocupación es excesiva, generalizada, es difícil de controlar y se asocia con sufrimiento o discapacidad que son marcados. Es muy importante diferenciarla de una crisis de angustia, u otros trastornos para poder realizar un buen manejo y tratamiento. Se debe tomar en cuenta que si la persona sufre otros trastornos mayores, se descarta el diagnóstico de ansiedad generalizada.

La prevalencia de la TAG (trastorno de ansiedad generalizada), varía desde una tasa estimada en el 5.1% para la población adulta, a un 3.6% anual, y a lo largo de toda la vida ha sido estimada en un 0.1% a 18,7%. Las tasas más elevadas se han presentado en mujeres con un 2,7% y en ancianos con un 2,2%; también en personas con las siguientes descripciones: mediana edad o mayores de 55 años, viudo, separado, divorciado y con bajo nivel de ingresos. El grado de discapacidad que puede causar la TAG es

comparable al que produce la depresión mayor, y es similar al de las enfermedades físicas crónicas tales como úlcera péptica, artritis, asma o incluso diabetes mellitus. En índices de calidad de vida, las personas con TAG puro han presentado los peores resultados que los que padecen de depresión mayor pura.

En cuanto a la clínica, los individuos que padecen de TAG presentan ansiedad constante y a largo plazo, pero sin un motivo claro; es decir son incapaces de explicar a qué se debe ese temor constante, y permanecen preocupados y tensos aun cuando no existen causas objetivas que motiven esos estados de estrés. La preocupación exagerada y mantenida suele tener su motivo en diversas circunstancias, por ejemplo un tiempo se debe a problemas familiares y en otro momento a relaciones interpersonales, cuestiones de trabajo, dinero, salud entre otros; pero lo característico es que los problemas o circunstancias que generan dicha preocupación y ansiedad, no son temas menores, y sin embargo los paciente con TAG esperan lo peor.

En rasgos generales se ha señalado a la ansiedad persistente por seis meses, como lo esencial del trastorno, acompañado de expectación aprensiva, preocupación, a lo que se suman los síntomas físicos tales como: inquietud, sensación de tener “los nervios de punta”, dificultad para concentrarse, insomnio, irritabilidad, fatiga, tensión muscular, los cuales han sido clasificados como lo más distintivo y característicos. El diagnóstico se realiza cuando el paciente haya presentado seis meses de ansiedad crónica y preocupación excesiva, y al menos 3 de los síntomas mencionados anteriormente, identificando que no sea secundario a un factor orgánico específico ni otro trastorno del Eje I. Debido a la ansiedad y demás síntomas, los pacientes presentan dificultad para desenvolverse con normalidad, no logran concentrarse y debido a sus temores, su vida comienza a enfocarse en la ansiedad que sienten, provocándoles síntomas físicos como dolor de cabeza, mareos, temblores, agitación, tensión y dolor muscular, ojeras, pérdida

de peso, molestias abdominales y sudoración. Los pacientes no suelen acudir en un inicio al médico, pues al no existir un motivo en concreto que dispare la ansiedad, no logran identificar como patológico o anormal su estado constante de preocupación sino cuando ha pasado un tiempo, logran hacer conciencia de que éste estado de tensión crónica y ansiedad es excesivo. El abuso de alcohol, barbitúricos y ansiolíticos es muy frecuente, y se ha observado que apenas del 18 a 35% en un período de cinco años, logra llegar a la remisión completa.

En relación al tratamiento farmacológico, se ha visto que la venlafaxina de liberación prolongada ha mostrado mayor eficacia, por lo que se propone como tratamiento de primera línea, aprobada por la FDA. La dosis única diaria es de inicio recomendada de 75mg/día. Dentro de la primera línea también se encuentran los inhibidores de la recaptación de la serotonina, como la paroxetina, con dosis única diaria de 20mg/día, y que generalmente es bien tolerada. Otros medicamentos como benzodiazepinas, han demostrado eficacia y tolerancia aceptable, sin embargo también se ha visto problemas de dependencia y abstinencia en algunos individuos. Pueden tener eficacia más para los síntomas físicos del trastorno.

Se ha utilizado psicoterapia con éxito, enfocándose en ciertos aspectos del trastorno, como la tendencia aumentada a percibir amenazas, expectativa de desenlaces catastróficos de baja probabilidad, pobre capacidad para resolución de problemas y la preocupación, todo esto por medio de reestructuración cognitiva, manejo conductual de la ansiedad mediante técnicas de relajación y control de la respiración, etc. No existe evidencia fuerte acerca de los resultados sobre manejar farmacoterapia en combinación con psicoterapia por lo que sería necesario evaluar cada caso en particular.

2.1.7.3.- Fobia social: se comprende como fobia al trastorno caracterizado por un miedo exagerado, intenso, persistente, hacia un objeto o situación en concreto, que hace

que quien lo padezca evite dichas situaciones u objetos. La mayoría de fobias se presentan en la infancia y parecer ser que la falta de tratamiento cuando se trata de una fobia específica, conlleva a que su curso sea crónico; sin embargo la prevalencia de fobias es mayor en la infancia que en la adultez, por lo que se debe considerar que los niños al crecer y madurar pueden superar dicha fobia sin necesidad de tratamiento profesional. En la fobia social se presenta un marcado y persistente temor a situaciones que tengan interacción social o desempeño interpersonal, es decir donde se vean obligados a interactuar con otras personas o tengan que realizar alguna actividad delante de otros, lo que les provoca un grado menor de discapacidad y distress. Temen dichas situaciones donde es posible la humillación pública o vergüenza, de entre las más características se encuentran: hablar, alimentarse o comer en público, usar lavabos públicos, asistir a fiestas o entrevistas, y en especial temen que los demás noten su ansiedad en dichas situaciones y que los ridiculicen por ello. Los individuos que padecen de este trastorno, pueden temer una situación en concreta o pueden presentarse de forma generalizada, es decir que el miedo se presenta en la mayoría de situaciones sociales, y por supuesto ésta variante es una situación más grave y discapacitante. Cuando su inicio es precoz, los pacientes afectados suelen ser solteros y tener más temores a la interacción con personas.

Los síntomas que se presentan en los trastornos de ansiedad, son similares y se los ha mencionado anteriormente, sin embargo es interesante notar que según el tipo de trastorno, resaltan diferentes síntomas, por ejemplo en el trastorno de angustia está más marcado el dolor o presión torácica y las palpitaciones, mientras que en la fobia social está más marcada la ruborización, sudor y la sequedad de la boca. Pero también se pueden producir crisis de angustia en la fobia social como respuesta o reacción a una de las situaciones temidas. El síntoma principal de la fobia social es la ruborización, y en

cuanto al ámbito cognitivo: tendencia a fijarse en una mismo, autoevaluaciones negativas acerca del propio desempeño social, dificultad para evaluar aspectos no verbales de la propia conducta, menosprecio de las competencias sociales y un sesgo positivo hacia el elogio del desempeño social de los demás (Hales, 2009). Aquellos pacientes que tienen fobia limitada, suelen tener un buen nivel funcional, porque son menos las situaciones que les generan ansiedad, pero cuando se presenta la necesidad de enfrentar dicha situación pueden presentar intensa ansiedad anticipatoria. Por el contrario los pacientes que presentan fobia a múltiples situaciones pueden presentar desmoralización crónica, aislamiento social y deterioro laboral e interpersonal. Dichos factores les llevan a recurrir al alcohol y fármacos sedantes para eliminar los síntomas anticipatorios. Según el estudio National Comorbidity Survey, encontró que la fobia social tuvo una incidencia de 13,3%, una incidencia al año del 7,9%, y una incidencia al mes de 4,5%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, y una tercera parte de los afectados declaró tener miedo exclusivo a hablar en público, otra tercera parte tenía temores múltiples. La fobia social casi siempre precedía al trastorno del estado de ánimo y pronosticaba mayor gravedad y cronicidad. Se trata de una trastorno discapacitante, y su impacto sobre la actividad y la calidad de vida, por ejemplo abandonan los estudios y presentan discapacidad significativa en cualquiera de sus actividades principales. Los individuos que padecen de fobia social, refieren insatisfacción con muchos aspectos de su vida y evalúan negativamente la calidad de su vida. El diagnóstico se lo realiza en base al DSM-5.

El Tratamiento de la fobia social se plantea como tratamiento de primera línea los ISRS (inhibidores de la recaptación de serotonina). Son bien tolerados y efectivos, se puede usar paroxetina en dosis de 40mg/día, venlafaxina y mirtazapina. Se propone también

las terapias cognitivo- conductuales, en las cuales se trabaja con exposición, reestructuración cognitiva y el entrenamiento de habilidades sociales.

2.1.7.4.-Trastorno obsesivo compulsivo: se trata de un trastorno que representa una carga de sufrimiento e incapacidad enorme para los pacientes y familiares; sin embargo es muy común que el diagnóstico no sea fácil pues es propio de la patología que el paciente trate de esconderla o no llega a reconocerla. En algunos estudios se ha reportado una prevalencia por mes del 1,3%, un 1,5% de prevalencia por 6 meses y un 2,5% de prevalencia por vida. En cuanto al género, no se ha reportado diferencia entre mujeres y hombres, pero cuando se inicia en la infancia el 70% de los pacientes son hombres. Otros estudios han propuesto cierta predisposición a que dicho trastorno sea heredado.

Lo que caracteriza a este trastorno son las obsesiones y compulsiones, cuyo concepto se suele confundir con otras condiciones. El TOC (trastorno obsesivo compulsivo), suele iniciar en la adolescencia o en la vida adulta, siendo un 31% entre los 10 y 15 años y el 75% a los 30 años. Se pueden dividir en grupos dependiendo de los síntomas, así el primer grupo incluye pacientes con obsesiones relacionadas con suciedad y contaminación, realizando rituales que giran en torno al lavado compulsivo o evitación de objetos contaminados. En un segundo grupo se encuentran pacientes con recuentos patológicos y comprobaciones compulsivas. Un tercer grupo se trata de pacientes puramente obsesivos, sin compulsiones. La lentitud obsesiva es otro síntoma que puede caracterizar a un grupo, donde el paciente dedica varias horas a un ritual y su vida transcurre a una velocidad extremadamente lenta. También existen los “acumuladores” que son incapaces de deshacerse de ciertos objetos por la idea obsesiva de que algún día podrán necesitar. Las obsesiones y compulsiones pueden estar relacionadas con la ansiedad, la misma se ve aliviada cuando el paciente realiza las compulsiones y

generalmente el TOC se asocia con otros trastornos de ansiedad por lo que se lo clasifica dentro de los trastornos de ansiedad a pesar de que los miedos que tienen los pacientes con TOC tienen un diferente contenido. Los rituales mentales se observan en la mayoría de pacientes y su objetivo al igual que las compulsiones conductuales, es reducir la ansiedad y evitar el daño. El 90% de los pacientes tienen obsesiones y compulsiones, pero el 28% se ve afectado principalmente por obsesiones, el 20% por compulsiones y el 50% por ambas. Se ha descrito a las obsesiones como un fenómeno mental intrusivo e indeseado que suele producir ansiedad o malestar (Hales, 2009). Las obsesiones pueden presentarse como ideas, imágenes, convicciones, miedos o impulsos, con contenido sexual, religioso, sin sentido o desagradable, y estas obsesiones suelen interrumpir el discurso normal del pensamiento. Estas obsesiones pueden ser ideas aterradoras y la persona puede pensar en hacer lo imposible.

La compulsión por otro lado se define como un comportamiento que puede reducir el malestar, pero que el paciente lo realiza en modo rígido o bajo presión, por ejemplo el lavado frecuente, comprobaciones, repeticiones, evitaciones, esfuerzos de complitud y meticulosidad. Algunos pacientes tienen preocupación por estar contaminados o sucios, otros tienden a “comprobar” una y otra vez ciertas cosas como el no haber atropellado a nadie o no haber dejado la puerta cerrada, y de la misma manera pueden consumir bastante tiempo en compulsiones mentales como recrear conversaciones pasadas una y otra vez.

En cuanto a su evolución, del 24 al 33% presentan un curso fluctuante, del 11 al 14% un curso fásico con períodos de remisión completa, y del 54 al 61% presentan un curso constante o progresivo. El diagnóstico se realiza en base a los criterios presentados en el DSM-5.

En cuanto al tratamiento se utilizan los tricíclicos como la cloimipramina, inhibidores de la recaptación de serotonina como la primera línea; entre los que se usan está la fluoxetina, fluvoxamina y sertralina. Se ha visto que sumar antipsicóticos como pindolol y clonazepam muestran un beneficio adicional. El tratamiento de mantenimiento con sertralina ha demostrado ser beneficioso, consiguiendo una buena respuesta a diferencia de tratamiento discontinuado donde los pacientes vuelven a presentar la necesidad después de un tiempo de recibir medicación. También se ha visto efectivos la terapia cognitivo conductual, por medio de procedimientos de exposición dirigidos a reducir la ansiedad del paciente provocada por las obsesiones y técnicas de prevención para evitar los rituales.

2.1.7.5.-Estado por estrés postraumático: la existencia de un evento traumático como origen o etiología de un estado por estrés postraumático (TEPT) es lo que le diferencia al mismo de otros trastornos de ansiedad; dicho trastorno fue incluido como tal en el DSM 3 debido a las condiciones traumáticas en las que se encontraban algunos veteranos de la guerra de Vietnam. A pesar de que la ansiedad sea un rasgo muy característico en este trastorno, no es el único pues los pacientes suelen presentar también depresión y disociación, por lo que algunos investigadores no están de acuerdo con que pertenezca a los trastornos de ansiedad.

Aunque cada individuo tenga diferente forma de reaccionar frente al estrés, existen situaciones extremas que pueden marcar la vida de una persona, aumentando la tasa de morbilidad por TEPT. Hechos como los campos de concentración, guerras, violaciones, maltrato, son situaciones de estrés prolongado que pueden incluso cambiar la conducta o personalidad de quien la sufre. Según varios estudios, como el ya mencionado Comorbidity Survey, han identificado una prevalencia de vida entre el 7,8% y 9,2%, siendo más alta en las mujeres con un 11,3% que en los hombres con un 6%. El motivo

más común en mujeres fue la agresión sexual y en hombres situaciones de combate. Se ha encontrado individuos que no cumplen los criterios completos para diagnosticar un TEPT, pero presentan algunos síntomas que les causan sufrimiento significativo y deterioro funcional. La comorbilidad se presenta con Trastorno Obsesivo Compulsivo, agorafobia, crisis de pánico y depresión.

Es muy importante establecer el concepto de: evento traumático, pues aunque se mencionan situaciones extremas, también se ha observado desarrollo de TEPT después de situaciones normales como por ejemplo: divorcio, pérdida repentina de la pareja, y son más frecuentes que un asalto o violencia. Se ha observado la influencia que tiene el tipo de evento con la naturaleza de los síntomas, es decir que según el tipo de acontecimiento prevalecían unos síntomas sobre otros, e incluso varía la probabilidad de sufrir TEPT. Otro factor importante es el hecho de que muchos pacientes no relacionan los síntomas que sufren con el evento traumático, ya sea porque el mismo no es muy claro ni específico, o porque el propio síntoma de evitación hace que la persona no recuerde el evento, o puede sentir vergüenza hablar del tema como una violación o abuso infantil, y por otro lado les resulta muy doloroso hablar de la situación traumática.

Los síntomas del TEPT pueden aparecer inmediatamente después del acontecimiento o bien tardar meses o años en presentarse. Los individuos pueden presentar embotamiento psíquico o anestesia emocional, que se manifiesta como la disminución de la capacidad de respuesta hacia el mundo externo como desapego hacia otras personas, pérdida de interés en las actividades habituales, incapacidad de sentir emociones como ternura, intimidad o interés sexual; re- experiencia del trauma que se presenta como recuerdos intrusivos y dolorosos, ensoñaciones diurnas o pesadillas, aumento de la excitación del sistema nervioso autónomo como hiperactividad, irritabilidad, reacciones con sobresalto

exagerado, problemas de concentración y alteraciones del sueño; estados disociativos que pueden durar de minutos a días se presentan como un estado de irrealidad parecido al sueño, donde la persona tiene recuerdos borrosos y no está ubicada en tiempo. Otros síntomas que se pueden presentar son: sentimientos de culpa por haber sobrevivido, o no haber evitado la experiencia traumática, depresión, ansiedad, rabia, crisis de angustia, vergüenza, episodios prolongados de afecto intenso, irritabilidad aumentada, comportamiento explosivo, hostil, impulsivo, y se pueden dar conductas como abuso de sustancias, comportamiento auto-lesivo, intento de suicidio, deterioro laboral e interferencia con las relaciones interpersonales. Puede que la persona no recuerde el trauma durante años por amnesia disociativa y después por cualquier causa recuerde el suceso con detalle y se desencadena el TEPT. Se han propuesto tres etapas a desarrollarse en el individuo con TEPT.

Etapa I: respuesta al trauma con brote adrenérgico inmediatamente después de producido el evento, pero el individuo no se fija en el incidente. Quienes son más susceptibles pueden tener mayores niveles de ansiedad y disociación, preocupación obsesiva con el trauma después de que este se haya dado. Si esta etapa se mantiene más de 4 a 6 semanas, sigue la siguiente.

Etapa II: el paciente tiene sentimientos de indefensión o pérdida de control, síntomas de aumento de activación autónoma, re-vivencia del trauma y síntomas somáticos. La vida del paciente gira alrededor al trauma y éste empieza a cambiar su estilo de vida, la personalidad y su actividad social, evitación fóbica, respuestas de sobresalto e ira.

Etapa III: el TEPT se torna crónico, con desmoralización, discapacidad y abatimiento. El paciente comienza a preocuparse por la discapacidad que el trauma le genera, y puede presentar ansiedad crónica, depresión, abuso de sustancias, desempleo e

interferencia en las relaciones interpersonales. De igual manera para el diagnóstico, se debe referir a los criterios presentados por el DSM-5.

La primera línea de tratamiento farmacológico ha sido planteado con los ISRS que han sido bien tolerados, en dosis únicas se puede usar la sertralina, venlafaxina o mirtazapina. Se puede utilizar antidepresivos tricíclicos, pero los inhibidores de la monoaminoxidasa han demostrado superioridad frente a estos. Si el tratamiento de primera línea no fuera eficaz se puede utilizar medicamentos adicionales para síntomas específicos, como prazosina para pesadillas e intrusiones diurnas, antipsicóticos atípicos, clonidina o litio. Se menciona que la estimulación magnética transcraneal ha demostrado mejoría en cuanto a los síntomas principales del TEPT. De igual manera que en los trastornos anteriormente descritos, la psicoterapia temprana ha demostrado efectividad para reducir el sufrimiento inmediato y prevenir estados de respuesta crónica frente al trauma.

2.1.8.-Dependencia o abuso de alcohol y otras sustancias: a pesar de todas las consecuencias que pueden causar el consumo de sustancias y alcohol, su abuso y dependencia muestra tendencia a acentuarse y aún a crecer en todo el mundo y en todo tipo de estrato social, incluso en los profesionales médicos. Se estima que entre el 15 y 20% de la población adulta de América Latina es alcohólica o bebedora excesiva. Se han realizado varios estudios a nivel mundial sobre el consumo de sustancias en estudiantes de postgrado de medicina, encontrando mayor prevalencia en las especialidades de cirugía, medicina interna y anestesia con un 14,4%, 19,9% y 16,8% respectivamente. Dentro de las sustancias más consumidas se encontraba la marihuana con un 54,7%, anfetaminas con un 32,9% y 9,4% para la cocaína. Se cumplía criterio para dependencias de sustancias en un 15,8%.

El consumo de alcohol está muy difundido y se considera una práctica social aceptada en la mayoría de países del mundo. Sin embargo cuando su consumo se torna excesivo aumentan las probabilidades de que la persona sufra consecuencias familiares, médicas, sociales y psiquiátricas. Es por esto que la evaluación sobre el abuso y dependencia tiene un lugar importante dentro de la revisión de los trastornos mentales.

Existen tres grandes grupos de consumos: el **consumo de riesgo** que se da cuando supera los límites del consumo moderado o prudente, el mismo que aumentan los riesgos de presentar consecuencias, las cuales al presentarse se definen como **consumo perjudicial**. Cuando las consecuencias del consumo perjudicial conducen hacia una conducta adictiva, se denomina **dependencia del alcohol o alcoholismo**.

El síndrome de dependencia de alcohol consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas donde el consumo de alcohol se torna en la prioridad para el individuo que lo consume. Dos síntomas son los más característicos, el primero es sensación de deseo o necesidad de beber alcohol que puede llegar a ser de gran intensidad. El segundo es disminución de la capacidad para controlar la ingesta de alcohol. El desarrollo de la dependencia de alcohol puede ser más lento en comparación con otras sustancias, por lo que sus consecuencias pueden aparecer más tarde, alrededor de los 40-45 años de edad. Aparte de la dependencia, hay individuos que todavía no han caído dentro de esta categoría, pero pueden clasificar como abuso de alcohol. El abuso se cumple cuando hay consumo recurrente de alcohol o de cualquier sustancia, que lleva al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa; situaciones como ausencias repetidas, rendimiento pobre, suspensiones o expulsiones del colegio, descuido de los niños o de las obligaciones de la casa. Pueden llegar a tener problemas legales por el consumo, y continúan consumiendo a pesar de que esto les haya generado problemas sociales o familiares, como haber sido motivo de discusiones o riñas.

De la misma manera se puede dar dependencia o abuso del consumo de sustancias, de entre las cuales las señaladas en el test aplicado en el presente estudio (M.I.N.I test), se encuentran: estimulantes como las anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, cocaína ya sea inhalada o intravenosa, narcóticos como heroína, morfina, opio, demerol, metadona, codeína, alucinógenos como LSD, mescalina, PCP o polvo de ángel, hongos, éxtasis, inhalantes como pegamento, óxido nitroso, éter, marihuana, tranquilizantes u otras sustancias como esteroides, píldoras dietéticas o para bajar de peso, píldoras para dormir sin receta y analgésicos. El diagnóstico se lo debe realizar en base a los criterios del DSM-5.

En las pacientes que presentan trastorno por consumo de alcohol, ya se dependencia o abuso, el tratamiento está encaminado a la retirada total y programada del consumo de bebidas alcohólicas, no sin la ayuda de ciertos fármacos: hipno-sedantes como las benzodiacepinas o el clormetiazol que compensan la hiperactividad glutamatérgica y noradrenérgica, favoreciendo la actividad gabérgica, fármacos anticonvulsivantes que favorecen la transmisión gabérgica y son antagonistas de los receptores glutamatérgicos; también se pueden utilizar fármacos simpaticolíticos como betabloqueantes o clonidina los cuales pueden controlar los síntomas de hipernoradrenergia que no hayan respondido a la administración de los hipno-sedativos. Dicho tratamiento se denomina desintoxicación de alcohol, el mismo que busca evitar el desarrollo del síndrome de abstinencia y encaminar al paciente hacia un tratamiento de deshabitación y rehabilitación. Los fármacos antidopaminérgicos como el haloperidol, olanzapina, quetiapina y risperidona permiten controlar alteraciones cognitivas que se presentan en el síndrome de abstinencia. De igual manera en el caso de abuso y dependencia de sustancias se debe encaminar hacia la deshabitación y rehabilitación, dependiendo siempre de cual sea la situación en la que se encuentre el paciente, en términos

generales sería: tratamiento de intoxicación, del síndrome de abstinencia, complicaciones producidas por el alcohol o sustancias, tratamiento de la dependencia y seguimiento a largo plazo.

2.1.9.-Trastornos psicóticos: dentro de este grupo se encuentra la esquizofrenia y sus subtipos, esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico breve y esquizofreniforme, de los cuales se hará una muy breve mención. Para el diagnóstico de los siguientes trastornos se debe revisar los criterios diagnósticos del DSM-5.

2.1.9.1.- Esquizofrenia: se ha dedicado especial atención a este trastorno por el hecho de ser uno de las más graves, incapacitantes para quienes lo padecen y perturbador. Su prevalencia mundial es de 1% en toda la población, donde los pacientes ocupan el 25% de las camas de psiquiatría en los hospitales y representan el 50% de los ingresos, es una de las 10 primeras causas de años de vida perdidos por discapacidad. Representa el 2,3% de gasto sanitario en los países desarrollados y el 0,8% en los países en vías de desarrollo. Esto sin mencionar que se puede observar desproporción con respecto a otros sectores de la población, entre las personas que viven en la calle por largos tiempos, pacientes que tienen ingresos repetitivos, que no son manejados correctamente o no tuvieron un seguimiento y personas que sufren este trastorno que pasan la vida de cárcel en cárcel.

La esquizofrenia se desarrolla durante la adolescencia o inicios de la etapa adulta, momento en el que la persona está empezando a establecer un sentido sólido sobre sí mismo, establecer relaciones interpersonales duraderas y la oportunidad de contribuir de manera productiva a la sociedad, a diferencia de otras enfermedades como el cáncer, cardiopatías, Alzheimer; en este trastorno la persona no logra tener una etapa de adultez con normalidad previa a la enfermedad. En general, afecta a varios campos de la persona como el bienestar, la salud mental y física, la capacidad para la función social.

Se caracteriza por alteraciones en el funcionamiento mental que se expresan en signos y síntomas categorizados en: alteración del sentido de la realidad con alucinaciones y delirios denominados síntomas positivos, empobrecimiento del pensamiento y de las emociones, relaciones sociales, los cuales se identifican como síntomas negativos. Una vez que la enfermedad empieza a desarrollarse, el individuo es incapaz de ser independiente y de mantenerse por largo períodos en un mismo trabajo. Cuando el curso de la enfermedad es crónico, los pacientes caen en estados que se pueden señalar como sintomatología psicótica franca, donde se ve afectada su capacidad de percibir el entorno de manera adecuada, mantener procesos de pensamiento coherente y captar un significado que permita orientar su pensamiento, planes y conducta. Aun en los períodos de calma, pueden presentar alteraciones del funcionamiento cognitivo y sus relaciones sociales. En general, la sintomatología que es muy variada, afecta a la conducta de la persona y a los procesos mentales. La organización de los síntomas que se ha planteado, propone:

-Síntomas positivos: procesos mentales patológicos, dentro de ellos están las **alucinaciones**, que son percepciones de experiencia sensorial real pero sin un estímulo externo. Suelen ser auditivas en la mayoría de paciente como voces que comentan sobre la conducta del paciente o sobre sus pensamientos, dos o más voces que dialogan entre sí y/o sonidos que proceden de una fuente externa. A pesar de ser la más frecuentes las alucinaciones auditivas, pero pueden ser de cualquier modalidad sensorial. **Delirios**, que son definidos como creencias falsas de carácter inamovible, de entre los cuales los más frecuentes son paranoides, de grandiosidad, somáticos, religiosos y de referencia.

-Síntomas negativos: ausencia o deterioro de un funcionamiento mental normal. El afecto esta alterado y se evidencia mediante una disminución de la expresión emocional a lo cual se lo ha denominado “aplanamiento afectivo”, también expresado como apatía

o falta de motivación. Se observa retracción social, falta de interés en las relaciones con otras personas y pobreza del lenguaje o alogia en la parte cognitiva.

-Síntomas desorganizados: donde se observa alteraciones del lenguaje, mediante un trastorno formal del pensamiento y conducta con movimientos sin propósito.

-Deterioro cognitivo: alteraciones en las funciones cognitivas mayores como problemas en la atención, memoria a largo plazo, memoria de trabajo, abstracción, planificación, producción y comprensión del lenguaje.

-Signos neurológicos menores: principalmente alteraciones motoras, que se han observado incluso en niños o personas que han padecido de éstas y posteriormente han desarrollado esquizofrenia.

2.1.9.2.-Trastorno esquizoafectivo: se refiere a estados donde el individuo presenta síntomas prominentes de esquizofrenia y del trastorno afectivo. Para diagnosticarlo debe cumplir los criterios A para esquizofrenia, durante un período ininterrumpido y además cumpla los criterios para el episodio depresivo mayor, episodio maníaco o mixto, lo que le diferencia de una esquizofrenia. Durante el periodo mencionado el paciente debe haber presentado al menos durante 2 semanas, alucinaciones o delirios en ausencia de síntomas prominentes del trastorno afectivo. Esto mencionando la diferencia de un trastorno depresivo con síntomas psicóticos.

2.1.9.3.-Trastorno delirante: se caracteriza por presentar delirios de contenido no extravagante, en ausencia relativa de síntomas psicóticos sin cumplir el criterio A de la esquizofrenia. Los rasgos de personalidad y las funciones cognitivas suelen estar intactos, de esta manera el comportamiento no debe ser extraño o extravagante. El diagnóstico se realiza por descarte de otros trastornos psicóticos, afectivos, demencia y otros de etiología médica.

2.1.9.4.-Trastorno esquizofreniforme y psicótico breve: los criterios del trastorno esquizofreniforme son los mismos que los de esquizofrenia pero la diferencia es la duración de los síntomas del criterio A, que es más corta siendo de un mes o más pero menos de 6 meses. Se ha llegado a plantear que muchos de los que presentaron un episodio esquizofreniforme se encontraban en una etapa previa a presentar esquizofrenia. Por la duración no llega a producir deterioro del funcionamiento. Sin embargo se ha dicho que este diagnóstico es muy heterogéneo e inestable.

El episodio psicótico breve se diferencia de la esquizofrenia por su inicio brusco de síntomas psicóticos pero con duración de menos de un mes. Quienes lo padecen no tienen antecedentes de deterioro funcional ni signos que puedan atribuirse a una fase prodrómica y suelen asociarse con desencadenantes intensos como cambios agudos del estado de ánimo. De igual manera que el episodio esquizofreniforme, resulta un diagnóstico heterogéneo e inestable.

Para el tratamiento se utilizan antipsicóticos de segunda generación que han demostrado tener la misma eficacia que los de primera generación para los síntomas positivos, pero mejor eficacia para los síntomas negativos, que son lo que producen mayor deterioro funcional. En diferentes estudios se ha demostrado mayor eficacia de la olanzapina sobre la perfenazina, y otros antipsicóticos de segunda generación como la risperidona, quetiapina y ziprasidona. Se debe instaurar tratamientos para la psicosis aguda en la que se puede emplear olanzapina, risperidona e incluso coadyuvar con benzodiazepinas. El primer episodio de psicosis se debe tratar con bajas a moderadas dosis de antipsicóticos de segunda generación. Para el tratamiento de mantenimiento se requiere de un seguimiento estricto, donde lo principal es la administración continua del antipsicótico al cual el paciente haya presentado mejor respuesta, evitando siempre la recaída del paciente. No se debe olvidar que el tratamiento debe ser integral, de manera que se

realiza psicoeducación especialmente con la familia para conseguir el mayor apoyo posible al paciente.

2.1.10.-Trastornos de la alimentación: se aclara que los trastornos como la bulimia, anorexia y obesidad, pero en especial los primeros, es mejor catalogarlos de síndromes antes que como enfermedad pues no se ha definido exactamente una causa común, un curso común o patología común; se conceptualizan mejor como síndromes porque así se puede clasificar en base al conjunto de síntomas que se presenten.

2.1.10.1.-Anorexia nerviosa: se define como un trastorno caracterizado por la preocupación excesiva sobre el peso corporal y la cantidad de comida que ingiere la persona, adoptando una conducta enfocada a perder peso, patrones de manipulación de los alimentos, miedo intenso a ganar peso, perturbación de la imagen corporal y amenorrea como consecuencia del comportamiento mencionado.

Dentro de la clínica, la persona suele expresar un miedo intenso a ganar peso, se turba por pensamientos relacionados con la comida, y su preocupación por la gordura es irracional, pero los pacientes anoréxicos niegan todos estos síntomas que son muy notorios. Suelen estar pendientes de mirarse en los espejos para asegurarse de que están delgados, con mucha frecuencia expresan preocupación por sentirse o verse gordos. Es común la manipulación de la comida, cortándola en pequeño fragmentos que luego reordenan en el mismo plato. Por otro lado esconden carbohidratos, mantienen caramelos o dulces en sus bolsillos y también se deshacen de los alimentos disimuladamente. Coleccionar recetas y realizar platos elaborados para la familia es otra característica. La pérdida de peso se debe a la restricción drástica de la ingesta de alimentos y disminuida reducción de ingesta de carbohidratos y grasas. Programas rigurosos de actividad física o el procurar estar en constante actividad también es otra característica de la anorexia, vómito inducido, abuso de laxantes y diuréticos son parte

de los rituales purgantes que realizan. Presentan una alteración en la percepción de su silueta y peso corporal, sin aceptar o reconocer que su peso llega a un grado peligroso para su salud. Su cognición se encuentra afectada de manera que su autovalía se centra en su silueta y peso corporal. Pueden desarrollar una conducta obsesiva compulsiva, un tiempo después de haber desarrollado la anorexia, centrándose en actividades como limpieza de casa y un enfoque compulsivo en los estudios. También presentan amenorrea, mala adaptación sexual con retraso en el desarrollo psicosexual. Se pueden observar dos tipos de pacientes anoréxicos según el patrón de su conducta en relación con el control del peso. Están los anoréxicos que recurren a purgas y atracones, y aquellos que se limitan a restringir la ingesta de alimentos para bajar de peso. El diagnóstico se debe basar en los criterios presentados por el DSM-5. El tratamiento debe ser multidisciplinario entre farmacológico, terapias conductuales, individuales, cognitivas y familiares. Se debe comenzar por obtener la cooperación del paciente en cuanto al programa de tratamiento. Con los pacientes que acuden obligados y de mala gana es importante convencerles de los beneficios del tratamiento como mejorar el estado de ánimo, insomnio, nivel de energía, concentración, aumentar el bienestar físico, disminuir los pensamientos obsesivos sobre la comida y mejorar las relaciones con sus compañeros.

2.1.10.2.-Bulimia: su significado es “ingestión voraz”; ésta conducta se ha tornado habitual entre los jóvenes universitarios y en colegios. Pero el identificar ésta conducta no necesariamente debe ser diagnosticada como enfermedad psiquiátrica porque se puede presentar junto con la anorexia de manera que tendrá que ser diagnosticada como anorexia nerviosa de tipo compulsivo purgativo; una persona puede presentar bulimia con un peso normal y asociada con síntomas psicológicos, en cuyo caso el diagnóstico sería bulimia nerviosa la cual implica alteraciones psiquiátricas, donde los síntomas

predominantes son los atracones y la bulimia, y debe diferenciarse de una simple bulimia.

Los atracones se definen como la ingesta de abundantes cantidades de comida de forma episódica, rápidamente y sin control por un corto período de tiempo que termina con dolores abdominales, vómitos autoinducidos, sueño o interrupción social y presentan sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo.

La bulimia suelen comenzar posterior a un período de régimen dietético que puede ir desde unas pocas semanas hasta un año o más y puede haber perdido peso o no. Después de un episodio de atracón, se autoinducen el vómito o en otros casos usan laxantes o diuréticos. Los pacientes bulímicos no comen de manera regular y no suelen sentirse saciados al finalizar una comida normal; prefieren comer en casa y a solas. Se pueden presentar signos y síntomas depresivos, problemas en las relaciones interpersonales, concepto sobre sí mismo, conductas impulsivas, abuso de alcohol y sustancias, por ejemplo el uso de anfetaminas para reducir el apetito y así perder peso. Dentro de las conductas impulsivas se encuentra el robo de artículos como ropa, joyas y alimentos entre los más frecuentes. El diagnóstico se debe realizar en base a los criterios diagnósticos del DSM-5.

En cuanto al tratamiento, se propone terapia cognitivo conductual en grupo, para pacientes ambulatorios jóvenes; individual para pacientes hospitalizados y ambulatorios en adolescentes o adultos con trastorno de carácter grave; terapia conductual, y la terapia interpersonal para pacientes ambulatorios adultos jóvenes. Dentro de la farmacoterapia se enuncia antidepresivos como fluoxetina, desipramina, imipramina o nortriptilina que mejora la conducta de atracones, depresión y falta de voluntad para entrar en la terapia cognitivo conductual.

CAPÍTULO III

3.1.-Metodología:

3.1.1.- Problema de investigación:

¿Presenta el personal de salud del Hospital Eugenio Espejo, trastornos mentales? y ¿cómo se relacionan éstos trastornos con las diferentes variables demográficas, laborales y recreativas?

3.1.2.- Hipótesis:

-Las variables demográficas (edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, APP y funcionalidad familiar), laborales (profesión, tiempo de trabajo medido en horas a la semana y años de servicio en el hospital y número de pacientes atendidos al día) y recreativas (realización de actividad física y actividades recreativas) son factores asociados para el desarrollo de trastornos mentales en el personal de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

3.1.3.- Objetivos:

Objetivo General:

Determinar la existencia de trastornos mentales en el personal de salud del Hospital Eugenio Espejo y relacionarlos con las diferentes variables demográficas, laborales y recreativas.

Objetivos específicos:

*Identificar los trastornos mentales más frecuentes en el personal sanitario del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

*Relacionar las diferentes variables demográficas, laborales y recreativas que influyen como factores asociados en el desarrollo de trastornos mentales en el personal sanitario del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

3.1.4.- Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo analítico observacional de corte transversal.

3.1.5.- Procedimiento de recolección de información:

Se entrevistó al personal de salud de diferentes servicios del hospital mediante los siguientes pasos:

- 1.-Se informó a los posibles participantes sobre el estudio que se estaba realizando, preguntando si quisieran colaborar y participar del mismo.
- 2.-Una vez aceptado se entregaba el consentimiento informado (ver **Anexo 1**) para que pudieran leerlo y firmarlo en caso de estar de acuerdo con su participación en el estudio.
- 3.-Para quienes aceptaban y firmaban el consentimiento, se empezó con la encuesta (ver **Anexo 2**) para obtener la información necesaria sobre las variables planteadas. Dentro de dicha encuesta se encontraba el esquema para valoración de la funcionalidad familiar denominado Apgar familiar (ver **Anexo 3**).
- 4.-Posteriormente se realizó la entrevista neuropsiquiátrica M.I.N.I, que está diseñada para una duración de 18 minutos promedio a cada participante del estudio, que en el caso de éste estudio se realizó en un promedio de duración de 10 minutos.
- 5.-Al terminar todas las encuestas y entrevistas planificadas según el tamaño de la muestra, se realizó la calificación del test para obtener los resultados.

3.1.6.- Muestra:

-Universo: todo el personal de salud que trabaja en los diferentes servicios de hospitalización y emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo conformado por médicos tratantes, residentes, internos rotativos, licenciadas en enfermería y auxiliares de enfermería.

-Muestra: para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epi-info 7, basándose en la bibliografía, se realizó un promedio de las prevalencias reportadas de trastorno

mental en diferentes estudios, obteniendo un valor de 34,4% de psi-comorbilidad en médicos de varias especialidades y estudiantes. De ésta manera al realizar el cálculo se utilizó: nivel de confianza de 95%, con un poder de 80%, razón de expuestos a no expuestos de 1, con valor esperado del grupo no expuesto de 20%, y un 40% para los expuestos, considerando la literatura ya mencionada. Se aumentó un 10% del valor obtenido (182) sumando a 200 personas, para cubrir cualquier inconveniente.

3.1.7.- Criterios de selección:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Todo el personal de salud que labore en el hospital Eugenio Espejo, en los servicios de hospitalización y emergencia con y sin turnos, sin tomar en cuenta el tiempo de servicio al Hospital o a cualquier otra institución.	No se excluyó a ningún trabajador, siempre que el mismo aceptaba participar en el estudio.

3.1.8.- Operacionalización de variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR
Edad		Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el presente.	Razón.	-Promedio -Desviación estándar.
Género		Características físicas observadas: -Hombre -Mujer	Nominal: -Femenino -Masculino	-Proporción -Porcentaje.
Estado civil		Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Nominal: -Soltero -Casado -Divorciado -Viudo -Unión libre	-Proporción -Porcentaje
Nivel de escolaridad		Grado más avanzado, terminado y/o último año de	Ordinal: -Primaria.	-Proporción -Porcentaje

		estudio cursado en el sistema educativo.	-Secundaria -Superior	
Profesión		Título obtenido por estudios en educación superior. Se debe mencionar la especialidad en caso de ser médico.	Nominal: -Médico -Enfermera -Auxiliar	-Proporción -Porcentaje
Cargo en la institución		Nombre del puesto al que ha sido asignado en la institución según su profesión.	Nominal: -Md. Tratante -Md. Residente -IRM -Enfermera -Auxiliar enfermería.	-Proporción -Porcentaje
Horario de trabajo.		Horas de trabajo realizado en una semana, incluyendo las horas del turno.	Razón: -horas por semana.	-Promedio -Desviación estándar.
Antigüedad en la institución		El tiempo que lleva laborando en el hospital.	Razón.	-Promedio -Desviación estándar.
Antecedentes patológicos personales.		Enfermedades crónicas diagnosticadas anteriormente, de tipo orgánico y no mental.	Nominal: -Hipertensión arterial -Diabetes tipo2 -Enfermedad Gastrointestinal -Enfermedad Articular -Otros	-Proporción -Porcentaje.
Funcionalidad familiar		La calidad de las relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia, atribuida por la percepción personal del encuestado, sobre su familia, medida a través del apgar familiar.	Nominal: -Función familiar normal -Disfunción leve -Disfunción moderada -Disfunción severa.	-Proporción -Porcentaje.
Número de pacientes atendidos en la consulta al día,		Cuántos pacientes son atendidos en la consulta externa o en hospitalización,	Razón	-Promedio -Desviación estándar.

o en hospitalización.		por parte de todo el personal necesario.		
Realización de actividad física		Si realiza algún tipo de actividad física con regularidad.	Nominal -Sí -No	-Proporción -Porcentaje.
Tipo de a. física		Naturaleza de la actividad, es decir si se trata de ejercicio aeróbico o anaeróbico.	Nominal -Aeróbico -Anaeróbico	-Proporción -Porcentaje
Duración de a. física		Cuántas horas a la semana dedica a realizar a.f.	Razón	-Promedio -Desviación estándar.
Actividades recreativas		Si dedica tiempo a realizar actividades de recreación fuera del hospital o estudios académicos.	Nominal: -Sí -No	-Proporción -Porcentaje
Tipo de actividad recreativa		La descripción de la actividad a la que se dedica.	Nominal.	-Proporción -Porcentaje
Duración de actividad recreativa		Tiempo a la semana que dedica para dichas actividades.	Razón	-Promedio -Desviación estándar.
Enfermedad Mental/Trastorno Mental M.I.N.I.	Episodio depresivo mayor	Combinación de tristeza, desinterés, disminución de energía pérdida de la confianza y la autoestima, sentimientos de culpabilidad, ideas de muerte; los síntomas duran al menos dos semanas.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Trastorno Distímico	Depresión crónica del humor que dura más de 2 años y no es suficientemente grave.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Riesgo de suicidio	Variable que implica una mayor probabilidad de intentar una conducta suicida.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje

	Episodio maníaco	Enfermedad depresiva asociada a episodios de euforia, mayor actividad, excesiva confianza en sí mismo y dificultad para concentrarse.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Episodio hipomaníaco	Variación del episodio maníaco, pero que su gravedad y duración se presentan de una manera más sutil, sin interferir de manera significativa en las actividades.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Trastorno de angustia	La angustia es un afecto similar al miedo, pero no obedece a un estímulo amenazante externo.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Agorafobia	Temor que desarrolla la persona a lugares donde podrían tener una crisis de angustia, y sería difícil conseguir ayuda.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Fobia social	Parte del trastorno de ansiedad, se caracteriza por el miedo a situaciones sociales que incluyan interacción social y desempeño interpersonal.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Ansiedad generalizada	Caracterizada por preocupación excesiva, generalizada, difícil de controlar, asociada a sufrimiento y discapacidad grave.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	Se caracteriza por obsesiones y compulsiones que	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje

		causan marcada ansiedad e interfieren en el funcionamiento diario.		
	Trastorno de estrés post-traumático	Respuesta diferida a una situación breve o duradera de naturaleza catastrófica.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Consumo de alcohol	Se considera uso nocivo cuando la salud física o mental ha sufrido daños.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Consumo de sustancias psicoactivas	Interacción del Organismo con una sustancia que modifica la conducta.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Trastornos psicóticos	Distorsiones de los procesos de pensamiento, percepción y alteraciones de la afectividad.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Anorexia nerviosa	Trastorno que incluye cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, se caracteriza por miedo mórbido a la gordura y búsqueda pertinaz de la delgadez.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje
	Bulimia nerviosa	Acceso repetitivo de hiper-ingestión de alimentos, seguido de vómitos y uso de purgantes.	Nominal: -SI -NO	-Proporción -Porcentaje

3.1.9.- Procedimientos de diagnóstico e intervención:

Las encuestas, las definiciones uniformes de síntomas y signos, y los criterios de diagnóstico normalizados permiten alcanzar un alto grado de fiabilidad y validez en el diagnóstico de los trastornos mentales.

Gracias a los criterios de diagnóstico de estos trastornos, mencionados en el DSM 5, se han normalizado a escala internacional de manera que se pueden diagnosticar con tanta fiabilidad y exactitud como las enfermedades orgánicas.

El M.I.N.I test es una entrevista de breve duración, estructurada para la orientación hacia los trastorno psiquiátricos que pertenecen al Eje I- II del DSM 4 y el CIE 10. El MINI test tiene una validez y confiabilidad aceptablemente alta y puede ser administrada en tiempos mucho más cortos. En cuanto a las propiedades psicométricas de la MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), se reporta que tiene una sensibilidad equivalente al 96% y una especificidad de 88% en los 19 trastornos que pretende diagnosticar. El test fue validado en la población de Quito mediante una prueba piloto, realizado por estudiantes de psiquiatría para poder aplicarlo, quienes reportan una sensibilidad del 100%, antes que a la especificidad 62.79% para diagnosticar trastornos mentales con el MINI y una validez externa del 84%.

Después de realizar los test se procedió según las instrucciones del M.I.N.I test, a la calificación para obtener los resultados.

3.1.10.- Análisis de datos:

Se procedió a realizar la base de datos en el programa SPSS versión 22, mediante los resultados de la encuesta y la entrevista neuropsiquiátrica realizada a 200 trabajadores del personal de salud. Se realizó análisis univariar de las variables cualitativas y cuantitativas, y el análisis bivariado. Las medidas de asociación fueron Odds Ratio, Chi2 sin corrección, con intervalos de confianza del 95%, y valor P menor a 0,05.

3.1.11.- Aspectos bioéticos:

Se obtuvo el permiso y consentimiento del comité de bioética del Hospital de Especialidad Eugenio Espejo para realizar la toma de muestra en los diferentes servicios de hospitalización y el área de emergencia.

Al tratarse de un estudio que explora la presencia o ausencia de trastornos mentales, se informaba al posible participante sobre el estudio y el tipo de preguntas, entregándole un consentimiento informado para orientarle sobre el estudio y sobre todo informando que no existe ningún riesgo por participar en el estudio pues la información sobre el test fue confidencial.

Se protegió la identidad del participante, separando el consentimiento informado que llevaba su nombre y firma del test, mezclando con todos los consentimientos de manera que no se identificaba cuál era su test. Se anotó el mail del participante en el test para enviar el resultado al participante de manera que solo él podía saber que ese resultado le pertenecía. El test se mantuvo adjunto a la encuesta sin colocar ningún tipo de información más que el mail, del cual se mencionó anteriormente su motivo.

CAPÍTULO IV

4.1.- Análisis y Resultados.

4.1.2.- Características de los participantes según tipo de variables:

En la muestra tomada en Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, de 200 trabajadores de salud de distintos servicios de hospitalización incluyendo la emergencia y terapia intensiva, se obtuvieron los siguientes resultados.

4.1.2.1-Variables socio-demográficas: El género predominante fue femenino con 56%, el promedio de edad fue de 34 años con una desviación estándar (DE) igual a 10,95. En relación con el estado civil, el estado soltero y casado fueron los más comunes con un porcentaje de 48,5% y 40,5% respectivamente. El nivel de escolaridad superior fue predominante con un 96%. El 41% de los participantes no presentó algún antecedente patológico personal (patologías de naturaleza orgánica más no de tipo mental). De éstos antecedentes orgánicos el más frecuente fue la enfermedad gastrointestinal como se puede apreciar en la **Tabla 1**.

TABLA 1

Distribución de los profesionales del H.E.E según la presencia de APP, en el período mayo-junio 2015.	
HTA	2,50%
DM2	1,50%
Enfermedad Gastrointestinal	15%
Enfermedad Articular	3%
Otros	19%
Ninguno	59%
TOTAL	100%

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

La funcionalidad familiar fue normal en el 62,5% de los participantes, la disfuncionalidad leve representó el 25,5%, la funcionalidad moderada fue del 7% y la disfuncionalidad severa fue del 5% como se indica en la **Tabla 2**.

TABLA 2

Distribución de los profesionales del H.E.E según la funcionalidad familiar, en el período mayo-junio 2015.

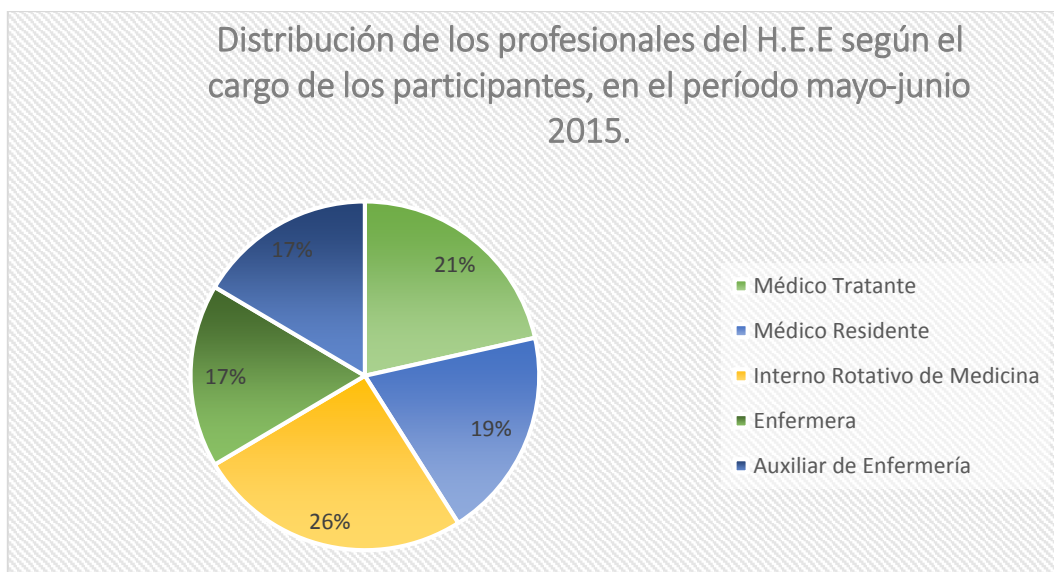
Función Familiar Normal	62,50%
Disfuncionalidad Leve	25,50%
Disfuncionalidad Moderada	7%
Disfuncionalidad Severa	5%
TOTAL	100%

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

4.1.2.2.-Variables Laborales:

En cuanto a las variables relacionadas con el trabajo, la mayoría de participantes fueron Internos rotativos de medicina, seguidos por Médicos tratantes con porcentajes de 25,5% y 21,5% respectivamente. (**Gráfico 1**).

GRÁFICO 1



Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

En relación al horario de trabajo el promedio fue de 55 horas a la semana (DE= 17,11). Los años de trabajo en el Hospital Eugenio Espejo en promedio fueron 6 años (DE= 8,41), y un promedio de 23 pacientes al día eran atendidos por los profesionales encuestados (DE= 16,47).

4.1.2.3.-Variables de recreación:

El 57,5% de los participantes realizaba actividad física con predominancia del tipo aeróbico con un 55%, y un tiempo promedio de 2,59 horas a la semana (DE= 3,22). De igual manera la mayoría (97%) realizaba actividades recreativas en su tiempo libre con una media de 7,51 horas a la semana (DE= 4,96), de entre éstas la más predominante fue el entretenimiento, lo cual se refleja en la siguiente **Tabla 3**, siendo el entretenimiento la actividad más frecuente; dentro de ésta categoría se encontraban actividades como lectura, películas, escuchar música e internet. El segundo tipo de actividad recreativa más frecuente fue salida, que correspondía a festejos, reuniones, cine y visitas a parques. En la categoría hobby se encontraban: tocar algún instrumento musical y también artes como pintura, escritura, canto, etc. Dentro de paseos se encontraban viajes o visitas turísticas.

TABLA 3

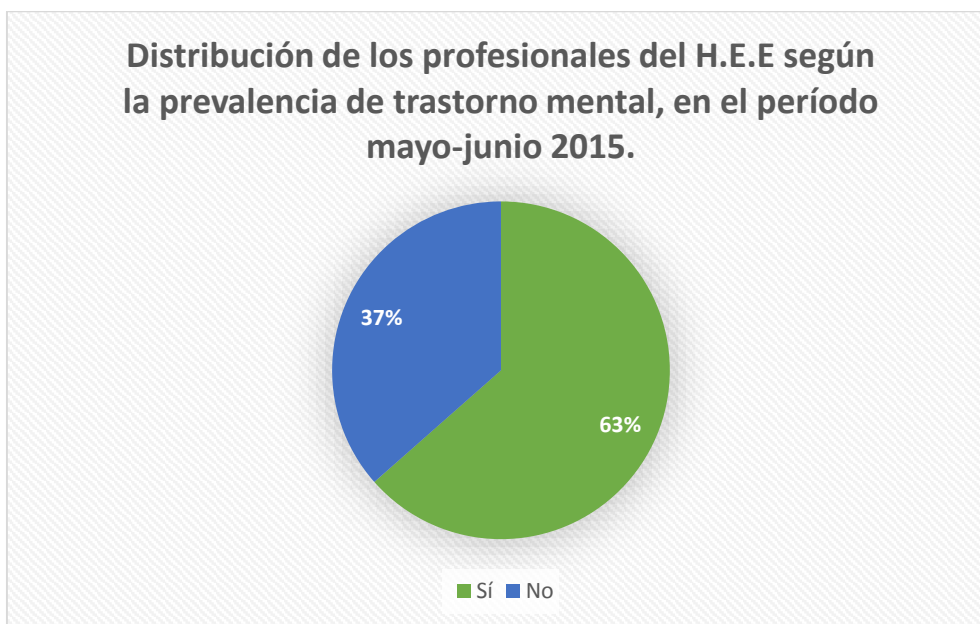
Distribución de los profesionales del H.E.E según el perfil de Actividad recreativa, en el período mayo-junio 2015.	
Tipo	
Entretenimiento	46%
Hobby	10,50%
Paseo	7%
Salidas	33,50%
TOTAL	97%

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

4.1.2.4.-Prevalencia de trastornos mentales:

En el personal de salud del Hospital Eugenio Espejo, de acuerdo al resultado de las encuestas, se encontró que el 63% de los participantes tenía uno o más trastornos mentales. (Gráfico 2)

GRÁFICO 2

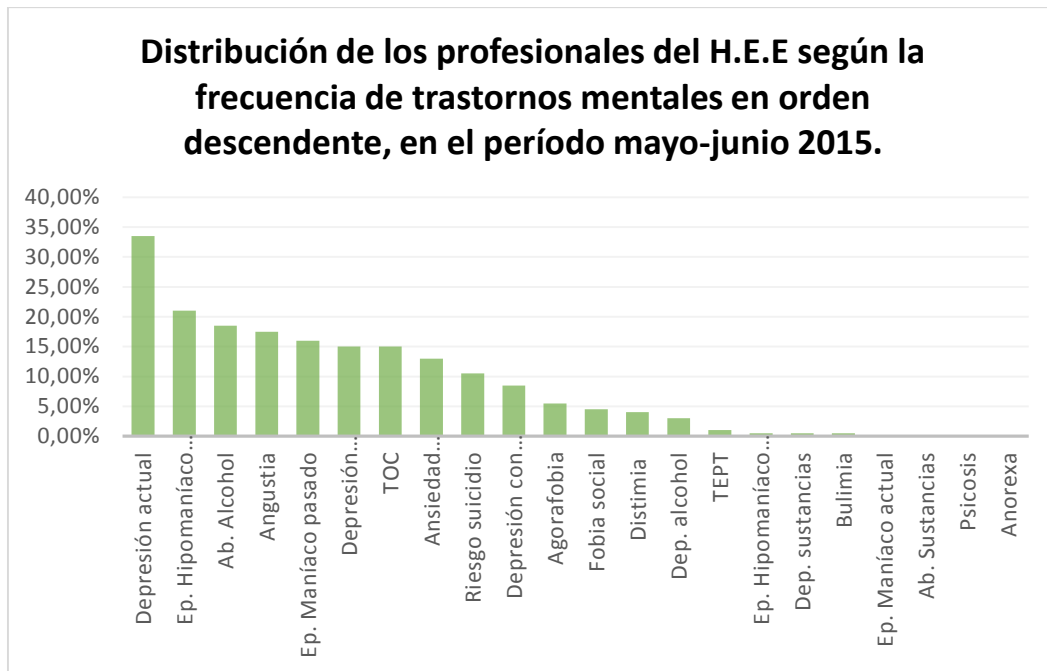


Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015..

4.1.2.5.-Frecuencia de los trastornos mentales.

Según la frecuencia los trastornos mentales, los más comunes fueron: la depresión actual con 33,5%, el episodio hipomaníaco pasado con 21%, abuso de alcohol con 18,5%, angustia con 17,5%, el episodio maníaco pasado con 16%, la depresión recidivante y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con 15%. El resto de trastornos tuvieron frecuencias menores al 13%. Es importante mencionar que algunos participantes presentaban más de una patología mental. (Gráfico 3)

GRÁFICO 3



**Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.**

4.1.3.- Correlación de variables: análisis bivarial.

Se utilizó como medida de asociación el Odds ratio (OR) y como medida de significancia el Chi2 sin corregir con un valor de $p > 0,05$. Para relacionar las diferentes variables con la presencia o no de trastorno mental, se utilizaron tablas de contingencia, y de la misma manera se analizó las variables con cada uno de los cinco trastornos más comunes.

Variabes demográficas:

4.1.3.1-Relación entre género y trastorno mental:

La relación entre el género y trastorno mental, no tuvo una dependencia. Es decir que ser hombre o mujer no estuvo asociado positiva o negativamente con presentar algún trastorno mental, OR= 1,28 (IC: 0,72 - 2,29), Chi 2= 0,72 y valor de P= 0,39.

4.1.3.2.- Relación entre edad y trastorno mental:

La asociación entre presentar un trastorno mental y la edad agrupada en mayores de 50 años o menores a 50 años, no fue estadísticamente significativa con OR= 0,93 (IC: 0,41-2,09), Chi²= 0,03 y valor de P= 0,86.

4.1.3.3.- Relación entre estado civil y trastorno mental:

Se agrupó la variable estado civil, en un grupo conformado por divorciados y viudos, pues en base a la literatura dichos grupos se han relacionado con mayor presencia de trastorno mental (Hales, 2009); el otro grupo fue conformado por el estado civil soltero, casado o unión libre, de ésta manera se realizó la asociación, obteniendo que el estado civil, viudo o divorciado presenta asociación positiva con la presencia de algún trastorno mental, con un valor de OR= 9,64 (IC: 1,24 – 74,5), Chi²= 6,86 y valor de P= 0,0087.

4.1.3.4.- Relación entre Nivel de escolaridad y trastorno mental:

Debido a que la mayoría de los encuestados, tenía educación superior, se agruparon entre educación superior y secundaria. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad y la presencia de trastornos mentales con valor de OR= 0,23 (IC: 0,02 – 1,97), Chi²= 2,07 y un valor de P= 0,15.

4.1.3.5.- Relación entre Antecedentes Patológicos Personales y trastorno mental:

Al relacionar la presencia de APP, cualquiera sea su tipo (Hipertensión arterial, diabetes tipo2, enf. Gastrointestinal, articular u otra), se asoció positivamente para presentar trastorno mental, con un valor OR= 3,1 (IC: 1,64 – 5,86), Chi²= 12,69 y un valor de P= 0,0003.

4.1.3.6.- Relación entre la funcionalidad familiar y trastorno mental:

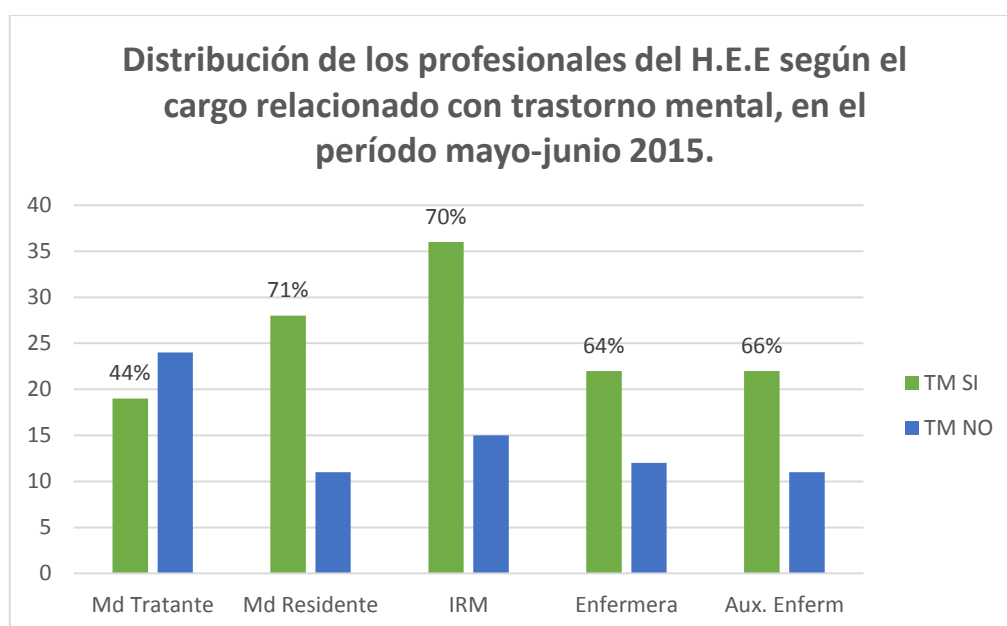
La variable funcionalidad familiar, se agrupó en algún grado de disfuncionalidad familiar o no, de manera que el presentar algún grado de disfuncionalidad familiar se asoció positivamente para presentar un trastorno mental, con un valor de OR: 3,09 (IC: 1,60 – 5,95), Chi 2= 11,90 y un valor de P= 0,0005.

Variables laborales:

4.1.3.7.- Relación entre el cargo (profesión) y trastorno mental:

El cargo con mayor porcentaje de trastorno mental fue médico residente con 71%, seguido de Interno 70%, auxiliar de enfermería 66%, enfermera 64% y médico tratante con 44%. (Gráfico 4).

GRÁFICO 4



**Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.**

Al relacionar el cargo (profesión) con la presencia o ausencia de trastorno mental, mediante una tabla de contingencia, se obtuvo una asociación cercana al nivel de

significación con un valor de $\text{Chi}^2= 9,34$ y $P= 0,053$. La prevalencia de trastornos mentales fue menor en la categoría Médico tratante.

4.1.3.8.- Relación entre horario de trabajo y trastorno mental:

Al cruzar la variable horario de trabajo agrupado en horario de trabajo $> 0 < 40$ horas a la semana con trastorno mental no hubo una asociación estadísticamente significativa con un valor de $\text{OR}= 2,58$ (IC: 0,79 – 8,47), $\text{Chi}^2= 2,62$ y valor de $P= 0,10$.

4.1.3.9.- Relación entre el tiempo de trabajo en el Hospital Eugenio Espejo, con trastorno mental:

Al realizar el cruce de la variable tiempo de trabajo, agrupado en $>0 < 6$ años, el cual fue el promedio, no se obtuvo una asociación estadísticamente significativa pues los resultados fueron los siguientes: $\text{OR}= 0,81$ (IC: 0,42 – 1,54), $\text{Chi}^2= 0,40$ y un valor de $P= 0,52$.

4.1.3.10.- Relación entre número de pacientes atendidos en el día y trastorno mental:

Considerando el promedio de pacientes atendidos en el día (22) se dividió en dos grupos para asociar con trastorno mental, de manera que se cruzó el grupo que atendía más de 20 pacientes al día y los que atendieron menos de 20. No se encontró una asociación significativa con valores de $\text{OR}= 1,52$ (IC: 0,85 – 2,72), $\text{Chi}^2= 2,04$ con un valor de $P= 0,15$.

Es importante mencionar que algunos participantes aunque no atendían más de 20 pacientes al día, señalaban haber atendido pacientes críticos, que no representa el mismo nivel de atención y cuidado que atender pacientes en condiciones estables; se debe tomar en cuenta el tipo de paciente atendido, pues es un factor importante que pudiera

generar mayor tensión en el personal que se encuentra a cargo y no solo el número de pacientes atendido o asistidos.

VARIABLES DE RECREACIÓN:

4.1.3.11.- Relación entre Actividad física y trastorno mental:

Se realizó el cruce de la variable actividad física con trastorno mental, sin encontrar asociación significativa con valores para OR= 0,63 (IC: 0,35 – 1,15), Chi²= 2,22 y un valor de P= 0,13. Sin embargo al relacionar las horas de actividad física, se encontró que el realizar más de tres horas de actividad a la semana se asoció negativamente para presentar trastorno mental, con un OR: 0,51 (IC: 0,28 – 0,01.), Chi²= 5,09 y un valor de p= 0,02.

4.1.3.12.- Relación entre actividad recreativa y trastorno mental:

No hubo relación estadísticamente significativa entre la realización de actividades recreativas y presentar algún trastorno mental, con valores de OR= 0,86 (IC: 0,15 – 4,84), Chi²= Fisher exacto de 0,61 y valor de P= 0,45. En cuanto al tiempo dedicado a realizar actividades recreativas, se comparó la relación entre realizar más de cinco horas a la semana de actividad recreativa con trastorno mental; sin embargo no hubo una asociación estadísticamente significativa, con valores de OR= 0,87 (IC: 0,46 – 1,64), Chi²= 0,16 con un valor de P= 0,68.

4.1.3.13.- Relación de cada variable con los trastornos mentales específicos más frecuentes:

Se analizó la relación entre cada variable con los trastornos mentales más frecuentes, encontrando las siguientes relaciones:

-La Depresión actual resultó estar asociada positivamente con el género femenino, disfunción familiar y la presencia de antecedentes patológicos personales. Por otro lado se encontró una asociación negativa con la actividad física y con su realización por más de 3 horas a la semana. (Tabla 4)

TABLA 4

Distribución de los profesionales del H.E.E según la relación con Depresión actual, en el período mayo-junio 2015.					
Variabes	Femenino	Dis. Familiar	Presencia APP	Act. Física	Ac. Fis. >3h/s
Depresión	OR: 2,2 P=0,01	OR: 4,59 P=0,000002	OR:2,001 P=0,02	OR:0,55 P=0,04	OR:0,52 P=0,03

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

-El episodio hipomaniaco estuvo asociado negativamente con el nivel de escolaridad superior. (Tabla 5)

TABLA 5

Distribución de los profesionales del H.E.E según la relación con Episodio hipomaniaco pasado, en el período mayo-junio 2015.	
Variabes	Educación Superior
Episodio Hipomaniaco pasado	OR: 0,14 P=0,01

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

-El abuso de alcohol se asoció negativamente con el género femenino, grupo mayor a 50 años de edad y el trabajo por más de 6 años en el Hospital Eugenio Espejo. (Tabla6)

TABLA 6

Distribución de los profesionales del H.E.E según la relación con Abuso de alcohol, en el período mayo-junio 2015.			
Variabes	Femenino	Edad >50 años	Trabajo >6^a
Abuso de Alcohol	OR: 0,30 P=0,01	OR: 0,13 P=0,01	OR:0,05 P=0,00003

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

-La angustia se relacionó positivamente con el estado civil divorciado y viudo, tener algún grado de disfunción familiar y la presencia de antecedente patológico personal. La asociación con el nivel de escolaridad superior fue negativo para presentar trastorno mental. (Tabla 7)

TABLA 7

Distribución de los profesionales del H.E.E según la relación con Angustia, en el período mayo-junio 2015.				
Variab les	Divorciados y viudos	Ed. Superior	Dis. Familiar	Pres. APP
Angustia	OR: 5,8 P=0,0003	OR: 0,11 P=0,004	OR:2,66 P=0,008	OR: 2,55 P=0,01

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

-El episodio maníaco pasado presentó una asociación positiva con el hecho de tener algún grado de disfunción familiar y una asociación negativa con el género femenino. (Tabla 8)

TABLA 8

Distribución de los profesionales del H.E.E según la relación con Episodio maníaco pasado, en el período mayo-junio 2015.		
Variab les	Femenino	Disfunción Familiar
Episodio Maníaco pasado	OR: 0,34 P=0,007	OR: 2,92 P=0 ,005

Fuente: obtenido a partir de la Encuesta al personal del H.E.E.
Elaboración: por Natalia Cevallos, de mayo a junio del 2015.

CAPÍTULO V

5.1 Discusión:

A pesar de la importancia que tiene la salud mental en la salud integral de la persona, no existe mucho material de investigación acerca del mismo en la población general, y todavía menos en el personal de salud. El hecho que ha motivado al presente estudio ha sido precisamente el determinar la presencia de los diferentes trastornos mentales que puedan darse en el personal de salud, y asociarlos con las diferentes variables demográficas y laborales.

Un estudio realizado en el Distrito Metropolitano de Quito sobre la prevalencia de trastornos mentales en la población general, reportó que el 50,1% de los encuestados presentaron uno o más trastornos mentales. (Benítez, 2011) En el personal de salud la presencia de trastornos mentales ha demostrado ser igual, y en algunos casos hasta mayor comparado con la población en general, (Braquehais et al., 2012) (Györffy, 2015).

La prevalencia de trastornos en ésta investigación fue del 63% en el personal de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, mediante una muestra tomada de 200 participantes de varios servicios del hospital. Entre los trastornos mentales se encontraron en orden de mayor frecuencia: depresión actual con un 33,5%, episodio hipomaníaco pasado con 21%, abuso de alcohol en un 18,5%, trastorno de angustia 17,5%, episodio maníaco pasado con un 16%, la depresión recidivante y el trastorno obsesivo compulsivo se presentaron con igual porcentaje de 15%; el resto de trastornos tuvieron prevalencias menores al 13%. Los factores asociados positivamente para presentar algún trastorno mental fueron el estado civil viudo o divorciado, tener algún grado de disfuncionalidad familiar y la presencia de algún antecedente patológico

personal. Por otro lado los factores asociados de manera negativa para presentar trastorno mental, fue el realizar más de 3 horas de actividad física a la semana. El cargo no obtuvo una asociación, sin embargo estuvo cerca de la medida de significación. A su vez cada variable se relacionó con diferentes trastornos mentales tomando en cuenta los más frecuentes descritos anteriormente. De ésta manera se puede considerar que algunas variables demográficas y al menos una considerada como recreativa, están relacionadas con la presencia de diferentes trastornos mentales.

Si bien en ésta investigación las variables de tipo laboral como las horas de trabajo a la semana, el número de pacientes atendidos al día, los años de trabajo en la institución, no se asociaron con el presentar trastorno mental, si se han asociado en diferentes estudios las condiciones laborales y personales con el estrés generado por la ansiedad en el personal sanitario, lo cual produce un malestar psíquico y fatiga, llevando al trabajador a presentar bajos niveles de motivación, baja productividad, cambio de comportamiento y alteraciones de las relaciones sociales y familiares, concluyendo que se debe procurar mejorar el ambiente organizacional y laboral, (Gisbert, 2002) (Grau, 2005).

A pesar del alto porcentaje de trastorno mental en la población estudiada, no se puede asegurar que los trastornos mentales hayan sido desarrollados a partir del ambiente o condiciones propiamente laborales, al referirse a un ambiente hospitalario. Los factores demográficos como el estado civil viudo o divorciado y la disfuncionalidad familiar, identificados como factores asociados a la presencia de trastorno mental, no son características únicas de una u otra profesión en quienes conforman el personal de salud, ni son únicas del ámbito sanitario. Sin embargo, la carga laboral en cuanto al tiempo que debe dedicar el personal de salud, su presencia y disposición a cualquier momento, por la propia naturaleza de la profesión, podría ser una condición que colabore a presentar dichos factores asociados de manera positiva con trastorno mental.

Se ha sugerido que la salud mental en relación con el estrés laboral, no debe ser señalada únicamente como un problema individual de quienes pueda padecer algún trastorno, sino que es un problema a nivel de toda una organización, refiriéndose al ambiente sanitario (Esteva, Larraz, & Jiménez, 2006); los nombrados sacrificios propios de la profesión, se han identificado como un factor que afecta al profesional de salud en su convivencia familiar y en general, convivencia social, hecho fundamentado en un estudio que evaluó el impacto en la salud del personal que realizaba turnos nocturnos, evidenciando alteraciones en cuanto al apoyo social, ocio y bienestar físico y psicológico (Bonet-Porqueras et al., 2009). De ésta manera, se puede asociar las condiciones a las que un trabajador de la salud se ve sometido, como posibles determinantes de cierto perfil relacionado con la presencia de trastorno mental. En otro estudio se afirma que, según lo observado en el mismo y reflejo de diferentes estudios, un desgaste en el personal sanitario puede generar problemas familiares, lo que al mismo tiempo genera mayor desgaste, debido a poco tiempo dedicado a la familia que además se encuentra entorpecido por actividades de tipos académicas que se suele realizar en el hogar. (César, 2004)

La variable de cargo (profesión) no estuvo asociado a presentar trastorno mental, sin embargo estuvo cerca de la significancia, por lo que sería importante determinar mediante un estudio más profundo las condiciones propias de cada profesión, pues en el presente estudio las condiciones de cada profesional difería según su tipo de especialidad, área de trabajo, tiempo y lugar de trabajo, sin poder establecer un patrón según dichas condiciones. Se sabe que la satisfacción en el trabajo, protege al personal de malestar psicológico (Esteva et al., 2006). En un estudio realizado en el personal sanitario de Madrid, se investigó el bienestar psíquico del mismo, obteniendo una prevalencia de malestar psíquico de 18,2% asociado con el hecho de trabajar en

hospital, el sexo femenino, edades entre 36 y 50 años, cargo de auxiliar de enfermería, turnos rotativos y llevar trabajando entre 11 y 15 años (Ángeles Sánchez-Uriz, Fe Gamó, Godoy, Igual, & Romero, 2006), condiciones que varían según la profesión del personal siendo diferente aun en el mismo tipo de cargo, por ejemplo no son iguales las condiciones de un médico de Terapia Intensiva, que un médico dermatólogo o cirujano; por ejemplo se ha identificado que los médicos de emergencia tiene mayor riesgo de enfrentar situaciones de violencia por la naturaleza de su trabajo, lo cual genera mayor ansiedad y depresión, (Zafar, 2015). A su vez el cargo de enfermera, a pesar de que se podría comparar con el médico tratante en el sentido de que tiene estabilidad laboral a diferencia del residente, IRM o auxiliar de enfermería, puede verse afectado por el hecho de que la enfermera realiza turnos a lo largo de su carrera. Se han realizado estudios sobre el personal de enfermería y cómo se relacionan con la salud mental las diferentes condiciones en las que se desenvuelve, señalando que algunas variables demográficas como el tener más de 40 años, no tener otro trabajo aparte del institucional, más de 10 años de antigüedad institucional, predominaron en el personal sanitario femenino que presentaba depresión, (Aguilera, 2011); también se ha identificado en el personal de enfermería una relación entre los diversos estresores laborales con la salud mental, pues se ha visto que dichos estresores provocan una serie de consecuencias negativas en su salud física y mental, como despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal, (Arrogante, 2014).

El número de pacientes que atendían o asistían los participantes, también tuvo gran variación sin presentar un patrón que se pudiera establecer en cuanto al tipo de profesión, horario de trabajo e incluso especialidad en la que trabajaban los participantes. Factores como la presencia de alguna patología de tipo orgánica (APP) como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedad gastrointestinal y articular, se

asociaron fuertemente a la presencia de trastorno mental, aunque tampoco son propias de los profesionales de salud, pero guardan relación con el estilo de vida al cual, en muchas ocasiones se deben adaptar los profesionales de salud, como condiciones de alimentación en la que por la falta de tiempo no siempre es saludable además de episodios frecuentes de largo ayuno. La falta de tiempo para realizar actividad física llevando al sedentarismo a los profesionales, es otro factor que influye grandemente y ha sido relacionado mediante el resultado que indica que el realizar más de 3 horas de actividad física, ya sea aeróbica o anaeróbica, se asocia negativamente para presentar trastorno mental.

Existen otros factores que no han sido incluidos en este estudio, que se han identificado como más propios o frecuentes de los profesionales de salud y que están vinculados con el desarrollo o la presencia de trastornos mentales. Dentro de estos se encuentra la presión que tienen los profesionales, especialmente los médicos, de representar lo que la sociedad les ha impuesto, el cumplir su labor en un máximo nivel de competencia, lo que podría causar inadecuación profesional y desaprobación social si no lo cumple. Este factor determina que los profesionales comiencen a trabajar el doble y ponerse en condiciones que no son del todo saludables, además de la exigencia propia de la profesión (Bailey, 1979). Otro factor identificado en un estudio realizado en médicos residentes que cursaban los años de postgrado, indicó que un perfil de personalidad neurótico y alta diligencia se relacionaba con un perfil en riesgo de psicopatología, presentando bajos niveles de extroversión, apertura y amabilidad, siendo dicho perfil una vulnerabilidad para presentar un trastorno mental (Vargas-Terrez, Moheno-Klee, Cortés-Sotres, & Heinze-Martin, s. f.). Factores como rasgos obsesivos, perfeccionismo, los cuales llegan a ser disfuncionales, la inflexibilidad, compromiso excesivo al trabajo, el aislamiento del afecto y persistencia, se han descrito en el personal de salud, con

predominancia en los médicos. Estas características nombradas, han sido señaladas como una debilidad en los médicos, que los vuelve susceptibles al desarrollo de algún trastorno mental. (Geoffrey J Riley, 2004). Los hallazgos presentados apuntan a los factores personales, más que a factores externos; sin embargo la situación hospitalaria lleva un ritmo acelerado y exigente y esto podría a su vez provocar el tipo de respuesta por parte del personal, que lo lleve a condiciones de riesgo para presentar o exacerbar algún trastorno mental.

Limitaciones del estudio:

Como se ha citado con anterioridad, los trastornos mentales más frecuentes señalados en la literatura existente sobre el tema, coinciden con los obtenidos en este estudio; sin embargo se debe tomar en cuenta que los resultados pueden no reflejar la realidad completa, debido a probables repuestas falsas por parte de los participantes. Varios factores podrían haber sido causantes de falsas respuestas, entre éstos el hecho de no contar con un espacio privado donde los participantes podrían sentirse más cómodos asegurándose de que sus respuestas no serían escuchadas por terceras personas, pues el test se realizó en el lugar de trabajo de los participantes, en horarios de trabajo y muchas veces con premura. Se había planificado realizar el test en un lugar fijo, con privacidad, pero no fue posible, y habría sido necesario una mayor promoción del estudio, para que el personal acudiera por propia voluntad a realizarse el test demandando mayor tiempo, lo que posiblemente habría determinado una menor participación.

En un principio, se había planificado obtener un mismo número de participantes por cada cargo, con el fin de obtener una muestra homogénea. Sin embargo, gran cantidad de personal correspondiente al cargo de enfermera y auxiliar de enfermería, a pesar de explicar el tema y la confidencialidad de los resultados, se negaban a participar en el estudio aun después de que se aclaraba la naturaleza del mismo, probablemente por

miedo a ser señalado según el resultado de su test, y que éste determinará alguna consecuencia negativa en su labor, como despido o advertencia. Es decir que hizo falta una promoción sobre el estudio a nivel hospitalario, pues de ésta manera se hubiera dado una mayor participación, con mejor voluntad, sin prisa y con libertad en un momento en que el participante así lo disponga, obteniendo respuestas más cercanas a la realidad, sin temor a consecuencias negativas según el resultado del test.

Además de los factores mencionados, se debe señalar que en nuestra sociedad el concepto sobre salud y trastorno mental suele ser erróneo, pues el padecer de un trastorno mental cualquiera que éste sea, es motivo de vergüenza, estigma social y presión.

CAPÍTULO VI

6.1.-Conclusiones:

- Mediante este estudio se estableció que el personal de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, presenta trastornos mentales en un 63%.
- Los trastornos mentales más frecuentes fueron depresión actual con 33,5%, episodio hipomaníaco pasado con 21%, abuso de alcohol en un 18,5%, trastorno de angustia 17,5%, episodio maníaco pasado con un 16%, y la depresión recidivante junto al trastorno obsesivo compulsivo, se presentaron con igual porcentaje de 15%, mientras que el resto de trastornos tuvieron prevalencias menores al 13%.
- Los factores asociados a una mayor presencia de trastorno mental, fueron el estado civil viudo o divorciado, tener algún grado de disfuncionalidad familiar y la presencia de algún antecedente patológico personal.
- El factor que se asoció de manera negativa para presentar algún trastorno mental, fue el realizar más de 3 horas de actividad física a la semana. La variable cargo de los profesionales no presentó asociación, sin embargo sus cifras estuvieron cercanas al valor de significación.

6.2.-Recomendaciones:

- Se recomienda realizar estudios sobre salud mental, en las diferentes instituciones de salud con el objetivo de establecer la existencia de trastornos mentales en el personal sanitario, de manera que se pueda disponer de un dato más general. Además se recomienda que los estudios tengan una orientación más profunda y específica, evaluando diferentes factores mencionados anteriormente como el tipo de personalidad, malestar psíquico, satisfacción

laboral, determinando las diferentes condiciones y situaciones que se pudieran relacionar con la presencia y desarrollo de trastornos mentales en una población sujeta a constante estrés y carga laboral, como lo es el personal de salud.

- Aquellos factores que se pudieran modificar como la realización de actividades recreativas, mejor administración del tiempo de trabajo, se deberían encaminar a mejorar el estado mental de todo el personal de salud. De acuerdo a la relación de tipo negativa encontrada entre la actividad física y la presencia de trastorno mental, se recomienda realizar un mínimo de 3 horas de actividad física a la semana.
- El asegurar espacios para el personal de salud, como salas de recreación donde el personal pueda tener un cambio de actividad y descanso, para mejorar el estado mental, debería ser tomado en cuenta partiendo del hecho de que el ambiente hospitalario puede significar situaciones de estrés constante y desgaste mental. Dentro del cambio en el ambiente laboral, se debería contemplar el propiciar residencias acogedoras, permitiendo que el personal sanitario tenga un espacio de descanso más familiar, con el fin de disminuir la insatisfacción laboral que puede generarse al no contar con espacios apropiados para el descanso.
- Se recomienda la implementación de un servicio para la prevención y tratamiento enfocado específicamente a la salud mental del personal sanitario, al cual puedan acudir con total libertad, pues al invertir en salud mental como una prioridad, se incrementaría la eficacia del personal acompañado de una mayor satisfacción en relación al trabajo, ofreciendo a su vez mejor calidad de atención a los pacientes y usuarios del hospital.

- En base a los resultados obtenidos en el presente estudio, el alto porcentaje de trastorno mental en el personal de salud, se sugiere evaluar la posibilidad de implementar ciertas normas que pudieran favorecer las condiciones para mantener un equilibrio en la salud mental, como disminuir el número de turnos a la semana, aumentar el personal necesario para evitar la sobrecarga laboral, procurar lugares donde el personal pueda adquirir alimentos a la hora que sea necesario, pues por muchos factores entre ellos las cirugías, el horario de alimentación no siempre será el mismo y en muchas ocasiones el personal debe salir del hospital para conseguir alimentos, en horarios tardíos.

CAPÍTULO VI

7.1.-Bibliografía:

- 1.- Organización Mundial de la Salud, 2004. "Promoción de la salud mental:conceptos, evidencia emergente y práctica." Departamento de Salud mental y Abuso de sustancias. Ginebra. ISBN 92 4 159159 5.
- 2.- Arturo Juárez García, 2004. Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México.
- 3.- Organización Mundial de la Salud, 2004. "Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de política." Ginebra. ISBN 92 4 159215 X.
- 4.- Allen Francés MD et al, 1995. DSM 4, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona ISBN 84-458-0297-6 Versión española.
- 5.- David J. Kupfer MD et al, 2014. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5. Asociación Americana de psiquiatría (APA).
- 6.- Abelardo Rodríguez González, 2002. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. **I.S.B.N.:** 978-84-368-1104-9.
- 7.- Worl Health Organization, 2015. Clinical managment of mental, nuerological and susbtance use conditions in humanitarian emergencies. Humanitarian Intervention Guide. Geneva ISBN 978 92 4 154892 2.
- 8.- Joseph M. Haro et al, 2006. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio Esemmed- España. Barcelona, España, MedClin (Barc) 126(12):445-51.
- 9.- E. Aubá Guedea et al, 2011. Enfermedad psiquiátrica en atención primaria de salud. España Medicine. 10(85):5759-65.
- 10.- Jorge J. Rodríguez et al, 2009. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. OPS, Oficina Oficial de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. ISBN: 978-92-75-31632-0.
- 11.- José A. Posada-Villa et al, 2004. Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XXXIII. No.3 Colombia.
- 12.- Organización Médica Colegial (OMC), Programa de Atención Integral al Médico Enfermo, (PAIME). Efesalud. Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias>.
- 13.- Enrique Galli Silva et al, 2002. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. RevMedHered 13 (1).

- 14.- M. Esteva et al, 2006. La Salud Mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Gerencia de Atención Primaria de Salud. Mallorca. RevClin Esp. 206(2):77-83.
- 15.- Raúl Aguirre H, 2011. Prevalencia de la Ansiedad y Depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Unidad Académica de Medicina, Universidad Autónoma de Nayarit, México. Revista Fuente Año 3 No. 8. ISSN 2007 – 0713.
- 16.- E. Rodríguez Fernández et al, 2001. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. Centro de Salud de Jumilla y Alhama. Universidad de Murcia. Atención Primaria. Vol. 28. Núm. 4.
- 17.- J. Cebriá Andreu, 2003. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotácicas. Universitat Ramon Llull. Barcelona, España. Aten Primaria; 31(9):564-74.
- 18.- Organización Mundial de la Salud, 2004. Invertir en salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra. ISBN 92 4 356257 6.
- 19.- Joseph J. Hurrell, et al. Trabajo y Salud Mental. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.
- 20.- Ana Barrón López de Roda et al, 2001. Estructura social, apoyo social y salud mental. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de psicología social. Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. Vol. 13, nº 1, pp. 17-23.
- 21.- Isabel Montero Piñar. Salud Mental. Universidad de Valencia. Programa de formación de formadores en Perspectiva de género en salud.
- 22.- Natalie Hayes et al, 2003. Big 5 correlates of three measures of subjective wellbeing. Department of Psychology, University of Warwick, Coventry. Personality and Individual Differences 34 (2):723-727.
- 23.- Raija Kalimo Krista Pahkin et al, 2002. Work and personal resources as long term predictors of well being. Finnish Institute of Occupational Health, Department of Psychology, Helsinki. Stress and Health. 18:227-234.
- 24.- Néstor Marchant y Alberto Monchablón Espinoza, 2005. Tratado de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatría (AAP). Grupo Guía, Buenos Aires, Argentina. Tomo I, ISBN: 987- 1113-21-8.
- 25.- Ricardo Alarcón Terroso et al. Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. Sudirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencia y Emergencias Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia, Consejería de Sanidad.
- 26.- Howard H- Goldman, 2001. Psiquiatría General. Sección III Trastornos Mentales. Quinta edición en español traducida. México D.F Editorial Manual Moderno. ISBN 968-426-939-0.
- 27.- Robert. E. Hales et al, 2009. Tratado de Psiquiatría Clínica. Parte III Trastornos Psiquiátricos. Quinta edición traducida al español de la obra original en inglés The

American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry. ElsevierMasson, España, ISBN 978-84-458-1965-4.

28.- Miriam E. Jiménez Maldonado et al, 2013. La Distimia en el contexto clínico. Artículo de revisión. Elsevier Doyma. Revista colombiana de psiquiatría; **42(2)**:212-218.

29.- Jenny García Valencia et al, 2007. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXVI / No. 4.

30.- Sergio Pérez, Médico Psiquiatra, 1999. El suicidio, Comportamiento y Prevención. Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. 15(2): 196-217. Editorial Oriente, Santiago de Cuba.

31.- Rafael Tuesca Molina y Edgar Navarro Lechuga, 2003. Factores de riesgo asociados al suicidio. Departamento de Salud Familiar y Comunitaria, Programa de Medicina, Universidad del Norte, Barranquilla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 17: 19-28.

32.-Alejandro Castañeda et al, 2009. Diagnóstico y Tratamiento del trastorno bipolar. Evidencias y Recomendaciones, Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. IMSS-170-09. Consejo de Salubridad General, Secretaría de Salud, México DF, CENETEC.

33.- J. Cambra Almerge et al, 2015. Trastornos de ansiedad relacionados con traumas y otros factores de estrés. Servicio de Psiquiatría B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, España. Medicine, 11(84):4999-5007.

34.- J. Sáis Ruíz et al, 2003. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las crisis de angustia/ pánico aguda. Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal, Madrid-España. Medicine; 8(106):5715-5717.

35.- Belén Arranz, 2014. Duloxetina y trastorno de ansiedad generalizada, una buena asociación. Elsevier España, Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Psiq Biol; 21(1):3–8.

36.- Josep Serecigni et al, 2013. Alcoholismo, guía clínica basada en evidencia científica. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías. Edición: SANED, Madrid España, tercera edición.

37.- Sánchez García M. et al, 2015. Consecuencia del abuso de alcohol. Elsevier. SEMERG-866; No. of Pages 4.

38.- Diana Z. Urrego Mendoza, 2002. Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de especialidades médicas. Rev. Salud Pública. 4 (1): 59 -73.

39.- Irina Kowalska et al. Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. Endocrinology: Adult and Pediatric (Seventh edition), Pages 498–514.e7. Volume I2016. Consultado en Elsevier Inc.

- 40.- Adriana Bohórquez Peñaranda et al, 2014. Modalidades de atención para el paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia en fase aguda y de mantenimiento. *Revista Colombiana de psiquiatría*; 44 (S1):101–109.
- 41.- P. Sanz Vellosillo et al, 2015. Trastorno obsesivo compulsivo. Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid- España. *Medicine*. Volumen 11, Issue 84, pág 5008-5014.
- 42.- María Dolores Braquehais et al, 2012. El programa de atención integral al médico enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis. *Revista Española de Medicina Legal*. Barcelona- España; 38(3):107-112.
- 43.-S.E.D. Shortt, PH D, MD. Psychiatric illness in physicians. *CMA JOURNAL/AUGUST 4, 1979/VOL. 121*.
- 44.- Blanca E. Vargas-Terrez, et al, 2015. Médicos residentes rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación en Educación Médica*, 03 de agosto, México D.F. *Model RIEM 22*.
- 45.- Geoffrey J Riley, 2004. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *MJA Volume 181 Number 7, 4 October, Australia*.
- 46.- Braquehais, M. D et al, 2012. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona: salud mental para una buena praxis. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(3), 107–112. Doi: 10.1016/j.reml.2012.05.003
- 47.- Bonet-Porqueras M et al, 2009. Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 19(2), 76–82. Doi: 10.1016/j.enfcli.2008.10.010.
- 48.- Ángeles Sánchez-Uriz et al, 2006. ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? *Revista de Calidad Asistencial*, 21(4), 194–198. Doi: 10.1016/S1134-282X (06)70780-1.
- 49.- Bailey, G. A, 1979. Psychiatric illness in physicians. *Canadian Medical Association journal*, 121(12), 1572.
- 50.- Vargas-Terrez, B. E et al, 2015. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación en Educación Médica*. Doi: 10.1016/j.riem.2015.08.001.
- 51.-Györffy Z, Girasek E, 2015. Mental health of physicians, nationwide representative study from hungary. *Ideggyógy Szle*. 30 de julio; 68 (7-8):258–69.
- 52.- Serrano Gisbert Ma, 2002. Estrés laboral en el personal sanitario. *Fisioterapia*; 24, Supplement 1:33– 42.
- 53.- Grau A, Suñer R, García MM, 2005. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*; 19(6):463–70.

54.- Zafar W, et al, 2015. Workplace Violence and Self-reported Psychological Health: Coping with Post-traumatic Stress, Mental Distress, and Burnout among Physicians Working in the Emergency Departments Compared to Other Specialties in Pakistan. *J Emerg Med.* 24 de septiembre.

55.- Aguilera EC, de Alba García JEG, 2011. Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgos sociodemográficos y laborales. *Rev Colomb Psiquiatr.* Septiembre;40(3):420–32.

56.- Arrogante Ó, 2014. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enferm Clínica.* Septiembre; 24 (5):283–9.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

-Investigador principal: Natalia Salomé Cevallos Moreno.
02/02/2015

Fecha de realización:

Consentimiento informado dirigido a personal de salud que labora en el Hospital Eugenio Espejo, independientemente de su área de trabajo, tomando en cuenta la variabilidad en el horario de trabajo, a quienes se invita a participar en el estudio a realizarse en el Hospital Eugenio Espejo (H.E.E), sobre los trastornos mentales que se pueden presentar en el personal de salud.

Investigador principal: Natalia Salomé Cevallos Moreno.

Interna rotativa de medicina en el Hospital Eugenio Espejo.

-Estudio sobre el posible desarrollo de los trastornos mentales en el personal de salud del H.E.E

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información sobre el estudio).**
- **Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).**

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

Introducción:

Yo soy estudiante de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y he culminado el internado rotativo en el Hospital Eugenio Espejo, estoy trabajando en el proyecto de investigación que será mencionado más abajo en éste documento, el cual lo realizo como tema de tesis para el egresamiento de mi carrera. Mi objetivo es investigar la presencia de trastornos mentales en el personal de salud, los mismos que son muy frecuentes en nuestra sociedad y han sido investigados en la ciudad de Quito. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No es necesario que decida hoy si participar o no en esta investigación. Antes de tomar la decisión sobre participar o no, puede hablar con alguien con quien usted se sienta cómodo sobre la investigación. Si encuentra términos que no entiende, tenga la libertad de preguntar acerca de su significado. Si las preguntas surgen más tarde, de la misma manera le pido pregunte sin recelo.

Propósito

La motivación de este estudio surge de datos obtenidos de estudios sobre los trastornos mentales en nuestra sociedad. Se ha evidenciado que los trastornos mentales entre los cuales se encuentra: la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, alcoholismo, fobias, manías, bulimia, anorexia, entre otros, lo presenta la mitad de la población. El desarrollo de dicho trastornos se ha relacionado con varios factores, entre estos el estilo de vida y el grado de estrés al que pueden estar expuestos los trabajadores, en especial quienes laboran en hospitales debido a la responsabilidad que tienen y en muchas ocasiones a los horarios de trabajo que muchas veces es desgastante. Al determinar si existen o no trastornos mentales en el personal, serán referidos al servicio de psiquiatría del hospital

y como parte de las recomendaciones del presente estudio se dará la sugerencia del desarrollo de una estancia que pueda ayudar a la salud mental de todo el personal del hospital que la necesite.

Tipo de Intervención de Investigación

Para la realización del estudio mencionado, se necesitará realizar dos entrevistas. La primera será sobre datos sin identificación de ningún tipo, con el objetivo de poder relacionar las diferentes condiciones del entrevistado con la presencia o ausencia de algún trastorno mental. La segunda se trata sobre el M.I.N.I test que sirve para evidenciar si la persona entrevistada presenta inclinación a padecer algún trastorno.

Selección de participantes

Estamos invitando a todos los trabajadores de la salud que laboran en este hospital, tanto quienes trabajan en horarios de promedio ocho horas al día, pero que se encuentran con trabajo excesivo, y en trabajadores que realizan turnos de aproximadamente 24 horas, con el fin de evaluar si se presentan trastornos y en el caso de serlo, en qué magnitud relacionando con el tipo de trabajo que realiza.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y ninguna condición cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Se realizará las dos entrevistas mencionadas anteriormente por parte del investigador, el mismo que lo hará en un lugar privado y tranquilo, con el fin de tener comodidad por parte del entrevistado y confidencialidad de sus respuestas. Se le pide de favor, contestar con sinceridad y naturalidad con el fin de obtener datos fidedignos.

Duración

La recolección de datos se realizará en tres semanas, con un tiempo aproximado para el test y la entrevista de los datos en aproximadamente 30 minutos. De preferencia se realizará en un momento que usted disponga para no molestar o interrumpir su horario de trabajo, en el hospital.

Efectos Secundarios

El test mencionado ha sido utilizado mundialmente, y ha sido validado en nuestra población sin reportar ningún tipo de efectos secundarios en los entrevistados.

Riesgos

De la misma manera no se ha reportado ningún tipo de riesgo por contestar al test mencionado, y tal vez la entrevista para recolectar datos produzca temor en el entrevistado por miedo a violar la confidencialidad, pero se informa que no existen preguntas que vayan a identificar al entrevistado, sino son preguntas de tipo general.

Molestias

Pueda ser que el tiempo de 30 minutos agote al entrevistado, por lo que se pide de favor la persona acuda a la entrevista cuando disponga de tiempo y no le produzca preocupación.

Beneficios

Podrá conocer si presenta algún tipo de trastorno mental, y acudir por ayuda para evitar que se cronifique.

Incentivos

Se otorgará información sobre su estado de acuerdo a los resultados del test.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número. No será compartida ni entregada a nadie excepto el investigador.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación, pero como ya se mencionó sin revelar información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Su participación en esta investigación no es obligatoria y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en esta casa de salud. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos de cualquier índole.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas:

*Natalia Cevallos, Monteserrín, 0987152761/ nataliasal18@gmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación del Hospital Eugenio Espejo, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte [nombre, dirección, número de teléfono.]

*

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre el desarrollo de los trastornos mentales en el personal de salud que trabaja en el Hospital Eugenio Espejo. Entiendo que se me realizará dos entrevistas, de una duración aproximada de 30 minutos. He sido informado de que no se ha registrado riesgos por contestar al test, por lo que no se mencionan. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona, sino el de conocer el resultado del test mencionado. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

***Si es analfabeto**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

**Fecha _____
Día/mes/año**

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

**Fecha _____
Día/mes/año**

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistent).

ANEXO 2: Encuesta para recolección de datos.

ENTREVISTA DISEÑADA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

-Nombre del entrevistador:

-Información para el entrevistado:

Esta entrevista ha sido diseñada con el único objetivo de obtener los datos necesarios para el estudio del cual se le ha mencionado antes de firma el consentimiento informado, y no requiere de datos personales como nombre o número de cédula. La información recolectada no será difundida abiertamente, sino solo en resultados generales en el estudio mencionado. Con el fin de obtener fidelidad en los datos se pide al entrevistado que conteste con sinceridad. De antemano se agradece su colaboración.

-Preguntas:

1.- Edad: _____

2.-Sexo:

-Masculino

-Femenino

3.-Estado civil:

-Soltero

-Casado

-Divorciado

-Viudo

-Unión libre

4.-Nivel escolaridad:

-Primaria

-Secundaria

-Superior

5.-Profesión:

*_____

6.-Cargo (tipo de trabajo que realiza):

*_____

7.-Horario de trabajo:

*Horas por día: _____

*Horas por semana: _____

8.- Antigüedad en la institución (en años):

* _____

9.- Antecedentes patológicos personales (diagnosticados por facultativo):

*Hipertensión arterial: _____

*Diabetes mellitus: _____

*Enf. Gastrointestinal: _____

*Enf. Articular: _____

*Otros (especifique): _____

10.-Funcionalidad familiar:

APGAR FAMILIAR. ADULTOS					
FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.P

Resultado (numérico): _____ Interpretación: _____

11.-Número de pacientes atendidos en la consulta por día (en el caso de ser médico) o registrados (en caso de ser enfermera):

* _____

12.-Actividad física (horas a la semana, indique el intervalo):

- Sí No

-Tipo: _____

-Horas por semana: _____ -Horas por día: _____

13.-Tiempo dedicado a realizar actividades recreativas (en la semana):

-Sí No

-Tipo: _____

-Horas por semana: _____

ANEXO 3: Apgar familiar e interpretación.

APGAR FAMILIAR. ADULTOS					
FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.B

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Función familiar normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.
- Disfunción severa: 9 puntos o menos.