

**UNIVERSIDAD PERUANA UNION**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**EAP DE PSICOLOGÍA**



*Una Institución Adventista*

**TESIS**

**Prevalencia de trastornos mentales en pacientes de los consultorios externos de  
medicina del hospital “José Agurto Tello de Chosica” marzo - junio 2015**

**Tesis presentada para optar el título profesional de psicólogo**

**Autor**

**Rolly Guillermo Rivas Huamán**

**Asesor**

**Lic. Flor Leiva Colos**

**Lima, Julio del 2015**

A mis padres Guillermo y Paula, a quienes amo y adoro con toda mi alma y corazón  
A mis hermanos, quienes compartieron conmigo los buenos y los malos momentos de la  
vida  
A mis tíos, por darme una infancia feliz e inolvidable  
A mis primos, a quienes siempre llevo en mi corazón,  
A mis queridos amigos y amigas, incondicionales, y saben lo que significa lealtad...

## **Agradecimiento**

A mi querida universidad Peruana Unión, por permitir hacer realidad mi sueño, el de ser profesional y además poder llevar en mi recuerdo momentos lindos e imborrables que viví dentro de las aulas como estudiante.

A mis profesores, quienes me enseñaron e inculcaron los principios de mi profesión y despertaron en mí el deseo de servir.

A la Lic. Flor Leyva Colos

A la Lic. Evelyn Bravo Huauya, por sus conocimientos, orientaciones, por las correcciones y el asesoramiento en la etapa final de este trabajo.

Y por sobre todas las cosas a Dios, por su gracia, misericordia, y amor para conmigo.

## Tabla de contenido

Capítulo I.....	1
El Problema.....	1
1. Planteamiento del Problema.....	1
2. Formulación del Problema .....	4
2.1 Problema general.....	4
2.2 Problemas específicos. ....	4
3. Justificación.....	5
4. Objetivos de la investigación .....	6
4.1 Objetivo general. ....	6
4.2 Objetivos específicos. ....	6
Capitulo II .....	7
Marco Teórico .....	7
1. Marco Bíblico Filosófico .....	7
2. Antecedentes de la Investigación .....	9
3. Marco Conceptual .....	12
3.1 Definición de prevalencia. ....	12
3.2 Definición de trastorno mental.....	12
3.3 Depresión. ....	12
3.4 Ansiedad.....	17
3.5 Psicosis.....	26
3.6 Trastorno convulsivo.....	30

3.7 Trastornos por consumo de alcohol. ....	31
3.8 Marco teórico referente a la población de estudio. ....	35
Capítulo III.....	40
Materiales y Métodos.....	40
1. Método de la Investigación. ....	40
2. Variable de la investigación. ....	40
2.1 Trastorno mental. ....	40
2.2. Operacionalización de trastornos psiquiátricos-SRQ.....	41
3. Delimitación geográfica y temporal. ....	44
4. Participantes.....	44
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
4.2 Características de los participantes. ....	45
5. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	46
5.1 Instrumento de investigación. ....	46
6 Procesamiento de recolección de datos.....	47
7. Procesamiento y análisis de datos.....	48
Capitulo IV.....	49
Resultados y Discusión.....	49
1. Resultados. ....	49
1.1 Análisis descriptivos de la variable de estudio. ....	49
1.2 Análisis de estimación de la prevalencia de la variable.....	54

2. Discusión.....	55
Capítulo V .....	59
Conclusiones y Recomendaciones .....	59
1. Conclusiones .....	59
2. Recomendaciones.....	61
Referencias .....	63
Anexo 1 .....	75
Anexo 2 .....	76

## Índice de Tablas

Tabla N° 1.....	45
Características sociodemográficas de los participantes .....	46
Tabla N° 2.....	49
Indicadores según el género .....	49
Tabla N° 3.....	50
Indicadores del SRQ según rango de edad.....	51
Tabla N° 4.....	51
Indicadores del SRQ según estado civil.....	52
Tabla N° 5.....	52
Indicadores del SRQ según grado de instrucción. ....	53
Tabla N° 6.....	53
Indicadores del SRQ según ocupación.....	54
Tabla N° 7.....	54
SRQ según las dimensiones .....	55

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de trastorno mental en pacientes de consultorios externos del hospital José Agurto Tello de Chosica. El trabajo presentado es de tipo descriptivo y corte transversal; el cual se llevó a cabo con la participación de 220 personas de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 18 y 55 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ), con el cual se realizó un tamizaje psicológico, para establecer qué porcentaje de la población presentaba síntomas de presumible enfermedad mental. Para la validez de las dimensiones evaluadas ansiedad, depresión, psicosis, trastorno convulsivo y alcoholismo, se realizó la prueba alfa de cronbach, y se encontró la significancia que verifica la validez de la misma. Se pudo encontrar en los resultados que la ansiedad es el trastorno con mayor prevalencia en dicha población; seguido de la depresión, como el segundo trastorno más prevalente.

*Palabras claves: Ansiedad, depresión, psicosis, trastorno convulsivo, alcoholismo.*

## **Abstract**

The present study had as main objective determine the prevalence of mental disorder in patients of outpatients in the hospital José Agurto Tello of Chosica. The presented work is descriptive, and and cross-section; which it was held with the participation of 220 persons of both sexes whose ages were between 18 and 55 years. The instrument used was the questionnaire of psychiatric symptoms autorreporte (SRQ), which was performed a psychological screening, to establish what percentage of the population presented symptoms of presumed mental illness. For the validity of the dimensions assessed anxiety, depression, psychosis, seizure disorder and alcoholism, the cronbach alpha test was performed and the significance that verifies the validity of the same were found. It could be found in the results is the anxiety disorder presenting higher prevalence in this population, followed by depression, the second most prevalent disorder.

*Key words: anxiety, depression, psychosis, seizure disorder and alcoholism.*

## **Introducción**

En el presente trabajo se realizó un estudio para determinar cuáles son los porcentajes de prevalencia de cinco trastornos mentales: ansiedad, depresión, psicosis, trastorno, convulsivo y alcoholismo. Los datos se obtuvieron de pacientes atendidos en servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica.

El presente estudio se divide en 5 capítulos que son detallados a continuación con cada una de las secciones que las incluyen:

En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, formulación del problema general y de los específicos, la justificación, el objetivo general y objetivos específicos.

El capítulo II consta de la redacción de información que incluye el marco teórico, que involucra el marco bíblico filosófico y los antecedentes de investigaciones que respaldan el estudio presentado, además se aborda el marco conceptual de la variable, dando una definición a cada dimensión del cuestionario SRQ. Asimismo se detalla el marco teórico referente a la población de estudio.

En el capítulo III se muestran los materiales y métodos, que involucra diseño y tipo de investigación, la definición operacional de la variable, además se hace una delimitación geográfica y temporal del estudio. También se encuentra la descripción de la población y muestra, que tiene que ver con los criterios de inclusión y exclusión, con las características específicas de la muestra, representado por los datos sociodemográficos. Por otro lado también se presenta la técnica e instrumento de recolección SRQ, así como el proceso de recolección y análisis de datos.

En el capítulo IV se expone los resultados obtenidos con sus respectivas interpretaciones, seguido de la discusión de los datos de la muestra los cuales responden ingresados en el

programa estadístico SPSS, y que arrojan los resultados responden a los objetivos propuestos en el presente estudio.

Finalmente el V capítulo muestra las conclusiones generales de todo el estudio realizado, que responden a los objetivos planteados a inicios del presente estudio. Asimismo, las recomendaciones presentadas tienen que ver con las limitaciones que se encontraron durante el desarrollo de este trabajo.

## **Capítulo I**

### **El Problema**

#### **1. Planteamiento del Problema**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) hacia el año 1993 los padecimientos mentales eran responsables del 8.1% de la carga mundial de morbilidad, un porcentaje que incluso superaba a la tuberculosis, cáncer, o enfermedades cardíacas, y esto se realizó en referencia al costo y sufrimiento que provocaban todas las enfermedades en conjunto. Una cifra muy aproximada (8%) era aceptada para América Latina y el Caribe.

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales, se están convirtiendo en un problema sanitario en América Latina, así lo afirman Kohn et al. (2005) que para 1990 las atenciones psiquiátricas llegaban al 8.8%, para el 2002 esa cantidad había aumentado a más del doble (22.2%), esto indica que la demanda de atención en salud mental, va aumento.

Puertas, Ríos y Del Valle (2006) encontraron en una muestra de 878 personas en Colombia, que el 27.2% padecía trastorno mental común, el 11.3% reconoció haber tenido pensamientos suicidas en los últimos 30 días y el 13.6% reconoció tener algún problema con el alcohol, además se encontró que las mujeres presentaban índices más altos en presencia de patología en comparación con los varones con un 31% y 20% respectivamente.

Desde hace algunas décadas atrás, ya se venía realizando diversas investigaciones en Lima y sus distritos, por ejemplo Minobe, et al. (1990) en Lima encontraron que el 9.7% padecía depresión mayor, el 3.4% distimia, 0.6% esquizofrenia, el 18.6% dependencia y/o

abuso de alcohol, y un 32.1% había tenido antecedentes en algún momento de su vida en relación a cualquier enfermedad mental.

Por otro lado según Pérez (2008) la situación de salud mental en el Perú, de acuerdo a las estadísticas, eran las siguientes: en Lima Metropolitana la prevalencia en depresión es 18.2% en la Sierra 16.2%, y en la Selva 21.4%; aparte, en Lima Metropolitana la prevalencia en suicidio fue de 1% en la Sierra 0.7%, y en la Selva 0.6%. En base a los datos estadísticos, la autora también afirma que la violencia contra mujeres y niñas es uno de los indicadores de cuan desatendida está la salud mental en el Perú, afirmando que las mujeres cuzqueñas son las segundas más violentadas del mundo, después de las de Etiopía. Al respecto, Saravia (2010) director del Instituto Gestalt de Lima, afirma que ocho de cada diez casos de suicidios podrían evitarse si fueran detectados a tiempo. Se puede concluir que el sistema de salud actual aún no está preparado para afrontar la demanda de atención con respecto al área mental.

En tal sentido, Flores (2011) afirma que una de cada cuatro personas padece un trastorno mental en alguna fase de su vida y aproximadamente 450 millones de seres humanos en todo el mundo sufren trastornos mentales o neurológicos, aunque muy pocos reciben el tratamiento adecuado. Esto también se aplica al contexto nacional, es así que los estudios epidemiológicos del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2009) confirman estos hallazgos en el Perú, encontrando que hasta un 37% de la población general tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. Tal es el caso de la depresión que viene afectando notablemente al país, desencadenando el 75% de los suicidios acontecidos en los últimos años.

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2006) afirma que definir trastorno mental es difícil dado que no existe un diagnóstico o cuadro clínico unitario, sino un grupo de trastornos con algunos rasgos en común. Sin embargo Taipe, Lajo y Huamani (2012) afirman

que los trastornos mentales son enfermedades que producen gran discapacidad y disminuyen la calidad de vida, además de reducir la capacidad de producir recursos económicos en las personas que lo padecen. Aseguran también que muchas de estas personas que padecen este mal, viven en países de ingresos medianos y bajos, por ende no reciben la atención necesaria por parte de los servicios de salud.

Ortiz de Zarate, Alonso, Ubis y Ruiz de Azúa (2010) afirman que la enfermedad mental se caracteriza en general por un curso largo con recidivas y a veces deterioro progresivo. Estas recidivas son las que provocan habitualmente ingresos hospitalarios cada vez más largos y deteriorantes. El mismo deterioro progresivo contribuye a la desubicación sociocultural de la persona, el aislamiento social y como consecuencia se convierte en un factor de riesgo añadido para la aparición de nuevas crisis.

En este sentido, Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres (2005) realizaron un estudio con la intención de determinar cuáles eran los trastornos psiquiátricos que tienen mayor prevalencia en común en América Latina, para ello realizaron una comparación de resultados de investigación similares en cada país, encontrando que las cifras más altas son depresión mayor y las fobias de cualquier tipo; pero el trastorno de mayor alto índice era dependencia y/o abuso de alcohol.

Al realizar una entrevista con el jefe del departamento de psicología del hospital José Agurto Tello, Castro (2014) afirma en base a su experiencia y a los datos estadísticos del hospital, que a las interconsultas del hospital acude una población de todos los niveles económicos, de las diferentes regiones del país, y de diversos hogares ya sean funcionales o no funcionales. Es por ello que un centro de salud se convierte en un lugar adecuado para conseguir una muestra de personas que puedan estar presentando algún tipo de sospecha de un trastorno mental. Asimismo se puede determinar cuanta población que acude al centro de

salud, puede presentar indicadores de trastorno mental, y a la vez determinar la prevalencia de los mismos. En este sentido se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

## **2. Formulación del Problema**

### **2.1 Problema general.**

¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales en pacientes que son atendidos en el servicio de consultorios externos del hospital José Agurto Tello de Chosica en el periodo marzo-junio 2015?

### **2.2 Problemas específicos.**

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en pacientes que son atendidos en el servicio de consultorios externos del hospital José Agurto Tello Chosica en el periodo marzo – junio 2015?

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes que son atendidos en el servicio de consultorios externos del hospital José Agurto Tello Chosica en el periodo marzo – junio 2015?

¿Cuál es la prevalencia de psicosis en pacientes que son atendidos en el servicio de consultorios externos del hospital José Agurto Tello Chosica en el periodo marzo – junio 2015?

¿Cuál es la prevalencia de trastorno convulsivo en pacientes que son atendidos en el servicio de consultorios externos del hospital José Agurto Tello Chosica en el periodo marzo – junio 2015?

¿Cuál es la prevalencia de alcoholismo en pacientes que son atendidos en el servicio de consultorios externos del hospital José Agurto Tello Chosica en el periodo marzo – junio 2015?

### **3. Justificación**

El presente estudio es relevante porque permitirá conocer que trastorno mental es el que se presenta con mayor auge y prevalencia en la población que acude a los servicios de atención médica del hospital José Agurto Tello de Chosica.

A nivel clínico, el presente trabajo de investigación va a aportar conocimientos a los profesionales de salud mental, que tienen a su cargo la atención a los pacientes, para prevenir posibles trastornos. En el ámbito familiar, se podrá realizar un temprano diagnóstico de trastorno mental, y de esta manera la familia del paciente pueda informarse sobre el problema, para luego comprometerse activamente en la terapia de recuperación del paciente. El trabajo de investigación pretende demostrar la importancia de la evaluación psicológica y el diagnóstico temprano, de tal manera que la población afectada por algún tipo de trastorno conozca más sobre su patología y solicite atención psicológica, pudiendo someterse a las pruebas para su respectivo diagnóstico.

Asimismo se busca mostrar que gran parte de la población requiere de ayuda profesional psicológica, y sin embargo no lo saben. La importancia del tema es aún mayor, si se considera que muchas de esas personas que padecen un trastorno psicológico aun no diagnosticado, podrían ser padres y madres de familia, o en el mejor de los casos estos hijos convertidos en adultos podrán llevar una vida normal, sin embargo en otros casos, estos niños llegarán a la etapa adulta con serios problemas de personalidad, con traumas que no les permitirán llevar una vida plena y saludables; además de aclarar cuán importante es que todas las personas sean evaluadas, de manera especial los padres de familia, quienes tienen el deber de entregar personas de bien a la sociedad.

El presente trabajo de investigación es importante puesto que se presenta información actualizada, seleccionada y ordenada acerca de los trastornos mentales, porque se trabajó de manera personalizada con cada persona de la muestra, de tal manera que los resultados de las

pruebas aplicadas puedan tener validez, lo cual servirá como apoyo y modelo para futuros trabajos de especialistas en el área, tales como psicólogos clínicos, psiquiatras, sociólogos y médicos. De esta manera se pretende motivar a la facilitación de instrumentos que midan de manera exacta la variable de estudio de preferencia en la población participante.

#### **4. Objetivos de la investigación**

##### **4.1 Objetivo general.**

Describir la prevalencia de trastornos mentales en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica 2015.

##### **4.2 Objetivos específicos.**

Determinar la proporción de pacientes con ansiedad en los diferentes Servicios de Consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica 2015.

Determinar la proporción de pacientes con depresión en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica 2015.

Determinar la proporción de pacientes con psicosis en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica 2015.

Determinar la proporción de pacientes con trastorno convulsivo en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica 2015.

Determinar la proporción de pacientes con problemas de alcoholismo en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica 2015.

## **Capítulo II**

### **Marco Teórico**

#### **1. Marco Bíblico Filosófico**

Los trastornos de la mente no son ajenos a la Biblia, ya que leyéndola, se puede encontrar varias historias que hacen referencia a personas que tuvieron dificultades serias con el buen funcionamiento de la mente, al punto que ya no podían manejarlo por sí mismo.

La biblia da a entender que los males de la mente, también pueden venir de parte de Dios, como se va a mencionar más adelante en las historias del rey Saúl y el rey Nabucodonosor. Otros trastornos mentales pueden venir de parte del diablo, satanás, como se puede entender en las historias de los endemoniados: y un tercer grupo, son aquellas personas que aquejan un trastorno desde el nacimiento.

Una historia bíblica muy conocida e interesante se encuentra en el libro de 1 Samuel 16:14 - 15 que menciona “el espíritu de Jehová se apartó de Saúl, y le atormentaba un espíritu malo de parte de Jehová los criados de Saúl le dijeron: he aquí ahora un espíritu malo de parte de Dios te atormenta” en donde se narra la locura del rey Saúl, primer rey de Israel, quien de momento a otro se sentía atormentado por un espíritu malo, y perdía la calma. En el libro de Daniel 4:33 registra una historia similar que narra el acontecimiento de un rey imponente, cuando pasa de la normalidad a la locura:

En la misma hora se cumplió la palabra sobre Nabucodonosor, y fue echado de entre los hombres; y comía hierba como los bueyes, y su cuerpo se mojaba con el rocío del cielo, hasta que su pelo creció como plumas de águila, y sus uñas como las de las aves. Ahí encontramos una de las historias más conocidas

acerca de un trastorno mental. En dicho capítulo se narra la historia del rey de Babilonia, quien durante siete años vivió como bestia en el campo, alimentándose de hierbas, como lo hacían los otros animales.

En Salmos 51, se encuentra un caso de depresión, y se trató del rey David, de quien se dijo después, que era la lámpara de Israel. David tuvo que afrontar situaciones muy difíciles en su vida, hasta que enflaqueció, tal como se describe en el salmo, cumpliendo así con los indicadores que se conoce como depresión.

Los trastornos mentales que aquejan a la humanidad aparecieron desde que entró el pecado al mundo, por eso Dios en su infinita sabiduría, envió a su hijo Jesucristo, porque de no ser así, la humanidad no podría resistir tanta injusticia, indiferencia, violencia y desamor. La venida del Mesías Salvador al mundo, significa esperanza, refugio a la humanidad y de manera muy especial a los que deben sobrellevar un trastorno mental que les impide disfrutar de las buenas cosas que aún existen en el planeta tierra, por ejemplo, estabilidad emocional, apoyo familiar, alimentación y vida social saludable.

Jesús también se preocupó por los trastornos de la gente e hizo varios milagros con personas que presentaban indicadores de trastorno mental, una de ellas se puede leer en Mateo 4:32

Y recorrió Jesús toda Galilea, enseñando en las sinagogas de ellos, y predicando el evangelio del reino, y sanando toda enfermedad y toda dolencia en el pueblo. Y se difundió su fama por toda Siria; y le trajeron todos los que tenían dolencias, los afligidos por diversas enfermedades y tormentos, los endemoniados, lunáticos y parálíticos; y los sano.

White (1885) también hizo una afirmación muy polémica para ese tiempo, refiriendo que de cada diez enfermedades, nueve empiezan en la mente; afirmación que para aquellos tiempos fue por algunos bien recibida pero rechazada en general por la clase profesional, pero

que hoy comienza a tener mucha credibilidad, pues por doquiera prevalece la enfermedad mental. Es por ello que hoy en día se estima que los nueve décimos de las enfermedades que sufren los hombres tienen su fundamento en esto.

## **2. Antecedentes de la Investigación**

A continuación se detallan las investigaciones tanto internacionales como nacionales que guardan relación con la variable de estudio.

Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres (2005) realizaron un trabajo de investigación en Chile para determinar la prevalencia y factores de riesgo de las enfermedades mentales basados en un muestreo representativo de su población nacional, para ello utilizaron el instrumento CIDI (entrevista diagnóstica internacional compuesta). Los resultados fueron muy similares a los resultados de otras investigaciones hechas en América Latina, encontrando que un 36% de la población tiene un trastorno psiquiátrico, es decir uno de cada tres individuos sufre de un trastorno.

Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz y Segura (1998) investigaron la prevalencia de trastornos mentales en la población de Catalunya, a personas mayores de 14 años, para ello aplicaron la prueba General Health Questionnaire (GHQ-12). Los resultados fueron que un 17.42% presentó un probable trastorno mental, siendo el 18.66% en las mujeres y el 15.77% en los hombres. La prevalencia fue mayor en las mujeres respecto a los hombres, en todos los grupos de edad.

Paz et al. (1999) realizaron un estudio transversal, descriptivo y analítico para estimar la prevalencia puntual de trastornos mentales en la población general de Tegucigalpa y Honduras, para ello utilizaron a 1301 personas que pertenecían a 466 familias; dando uso al SRQ (Self-Reporting Questionnaire o cuestionario de autorreporte). La prevalencia global estimada de trastornos mentales en la población fue de 56.7%, estos trastornos (depresión,

ansiedad, psicosis, trastorno convulsivo, alcoholismo) fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (64.9% y 39.4%) respectivamente.

Heerlein, et al. (2000) en Alemania investigó sobre la identificación de trastornos mentales con la escala SRQ, para ello trabajó con una muestra de 26 pacientes de la clínica universitaria de Heidelberg, el autor deseaba verificar la confiabilidad del test, por lo tanto realizó esta investigación entre los años 1997 y 1998. En los resultados no se hallaron diferencias significativas de somatización e índices psicopatológicos, con una muestra similar de pacientes en Chile. Esto indica la validez de la prueba SRQ.

Gómez (2010) realizó un trabajo de investigación con el objetivo de realizar un tamizaje de salud mental en la ciudad de Antioquia, para ello se utilizó el cuestionario SRQ en una muestra de 45876 personas entre 18 y 60 años de edad, y se encontró que el 14.5% presentó sintomatología de trastorno mental, que requería otras evaluaciones diagnósticas.

En Perú desde hace años atrás se vienen realizando investigaciones, en diversos lugares del país, encontrando resultados similares, lo que indica que es evidente que gran parte de la población ha sufrido alguna vez en su vida, algún tipo de trastorno mental.

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2002) estudió la prevalencia de trastornos clínicos en la población general de Lima Metropolitana, para ello se utilizó los siguientes instrumentos: Cuestionario de Salud Mental, Índice de Calidad de Vida, EMBU (propia memoria acerca de la crianza, traducido del inglés), Mini Mental State Examination, Cuestionario de Violencia Familiar, MINI: Entrevista Neuropsiquiatría Internacional Versión Español CIE – 10, Cuestionario Sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú e Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se encontró que las mujeres padecen más trastornos psiquiátricos que los hombres. Además, más de un tercio de la población (37,3%) alguna vez en su vida ha sufrido algún trastorno psiquiátrico, cerca de una cuarta parte los ha sufrido en los últimos 6 meses 26,5 %, y un

23,5% lo presentaba al momento de realizarse la encuesta. Como grupo, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes.

Por otro lado, Chero, Figueroa y Luciano (2004) realizaron un trabajo de investigación con personas víctimas de diversas emergencias y desastres en Lima, como parte de intervenciones protocolizadas del sector público. El objetivo era brindar un espacio para la expresión emocional de manera rápida y oportuna. Para ello se utilizó una muestra de 45 personas víctimas de emergencias, y se les aplicó el cuestionario SRQ, en los resultados se encontró una población afectada 64% con algún trastorno mental, como ansiedad y depresión.

Cueva (2005) en Lima realizó estudios con pacientes impactados en desastres, su objetivo era brindar atención en salud mental a las personas que son afectadas por emergencias y situaciones de desastre, para ello obtuvo una muestra de 87 personas y aplicó las pruebas SRQ y TOP – 8, encontrando que el 65% de la población afectada presentaba síntomas de ansiedad y depresión, un mes después de presentado el evento de incendio.

Asimismo Chicchon y Peralta (2014) realizaron un estudio para describir los trastornos mentales en tres universidades de Lambayeque, para ello utilizaron el Test Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), en una muestra de 284 alumnos, y se encontró que el 49.07% presentaron al menos un trastorno mental, siendo los más prevalentes el trastorno hipomaniaco 19.7% seguido del trastorno episodio depresivo 17.3%.

La encuesta mundial de salud mental (EMSM citado por Piazza y Fiestas, 2014) realizó un trabajo de investigación en cinco ciudades del Perú (Lima, Huancayo, Iquitos, Arequipa, Chiclayo), con el objetivo de obtener datos empíricos que contribuyan a la toma de decisiones sobre cómo enfrentar mejor la carga pública creciente de los trastornos mentales. La muestra estuvo constituida por 3930 personas de 18 a 65 años de edad; para ello se utilizó el instrumento Composite International Diagnostic Interview (Entrevista diagnóstica internacional compuesta, CIDI). En los resultados se encontró que el 13.5% de la muestra

presentó síntomas de uno o más trastornos en los últimos 12 meses. Es decir 13 de cada 100 peruanos presento algún trastorno en el último año.

### **3. Marco Conceptual**

#### **3.1 Definición de prevalencia.**

Tapia (1994) afirma que prevalencia podría entenderse etimológicamente como la cualidad de algo que prevalece, o expresar el grado de algo que es frecuente. Por otro lado Moreno, López y Corcho (2000) afirman que prevalencia es una proporción que indica la frecuencia de un evento. En general se define como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado.

#### **3.2 Definición de trastorno mental.**

El ministerio de Sanidad y política social (2009) define a las personas que padecen trastorno mental como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

#### **3.3 Depresión.**

Alberdi (2006) afirma que depresión es un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento, en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar, impotencia frente a las exigencias de la vida.

Según la revista AUGE del ministerio de salud de Chile (2013) la depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo, que se manifiesta a partir de una serie de

síntomas, que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de angustia.

Por otro lado según el Sistema Nacional de Salud en México (SNS, 2009) afirma que la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor, en el que predominan los síntomas afectivos como tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, y sensación subjetiva de malestar, además de manifestar impotencia frente a las exigencias de la vida.

### **3.3.1 Tipos.**

#### *3.3.1.1 Episodio depresivo leve.*

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas de la lista de F32, según la CIE-10. El paciente por lo general está afectado por ellos. Pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza. (CIE-10, 2004).

#### *3.3.1.2 Episodio depresivo moderado.*

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas anotados en F32, según la CIE-10. Y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias. (CIE-10, 2004).

#### *3.3.1.3 Episodio depresivo grave síntomas psicóticos.*

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente: son típicas la pérdida de autoestima, y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas, y suelen estar presentes unos cuantos síntomas “somáticos” (CIE-10, 2004).

#### *3.3.1.4 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.*

Se trata de un episodio de depresión tal como se describe en F32.2, pero con la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente

graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo (CIE-10, 2004).

### ***3.3.2 Características.***

Si bien la edad promedio de aparición para el trastorno depresivo mayor se da a los 25 años en las muestras comunitarias de sujetos que no están en tratamiento, y de 29 años para los que están en tratamiento, la edad promedio de aparición parece estar disminuyendo. Un descubrimiento alarmante es que la incidencia de depresión y el consiguiente suicidio parecen estar incrementándose de manera regular. Weissman (1989) y sus colaboradores publicaron un estudio sobre personas de cinco ciudades distintas de Estados Unidos, el cual revela un riesgo altamente creciente de desarrollo de depresión en los estadounidenses más jóvenes. Entre los nacidos antes de 1905, solo un 1% había desarrollado la depresión a los 75 años de edad, de los nacidos a partir de 1955, el 6% se había deprimido a los 24 años. Un estudio posterior, basado en encuestas muy similares realizadas en Puerto Rico, Canadá, Italia, Alemania, Francia, Taiwán, Líbano y Nueva Zelanda, sugiere que es esta tendencia a desarrollar la depresión a edades cada vez más tempranas es un fenómeno que se está dando en todo el mundo.

La duración de los episodios es variable, algunos duran dos semanas; en casos más graves, podría durar varios años, con la duración promedio del primer episodio de 6 a 9 meses si no hay tratamiento (Eaton, 1997 y Tollefson, 1993). Aunque nueve meses es un periodo largo para sufrir un episodio depresivo mayor, las pruebas señalan que, incluso en los casos más graves, la probabilidad de remisión del episodio se aproxima al 90% dentro de un periodo de 5 años. E incluso en los casos graves en los que el episodio dura 5 años o más, puede esperarse que el 38% se recuperen, pero no obstante, los episodios no llegan a resolverse

completamente y queden algunos síntomas residuales. En este caso, la probabilidad de un episodio subsiguiente es más elevada. También es probable que los episodios sucesivos se asocien con una recuperación incompleta entre un episodio y otro. El conocimiento de ello es importante para la planificación del tratamiento, pues en estos casos debe continuar por un lapso más largo.

Las pruebas recientes también identifican subtipos importantes del trastorno distímico. Aunque se ha calculado que la edad característica de aparición es a principios de la década de los 20 años, Klein (1988) descubrió que la aparición anterior a los 21 años de edad, y a menudo mucho antes, se asocia con tres características; una mayor cronicidad (dura más tiempo), un pronóstico relativamente pobre (respuesta al tratamiento) y por último una probabilidad mayor de que el trastorno se dé en la familia del individuo afectado. Se ha hallado una mayor prevalencia de los trastornos de personalidad actuales en los pacientes con una distimia de aparición temprana que en los pacientes con el trastorno depresivo mayor. Los adolescentes que se han recuperado del trastorno distímico cuentan con un nivel más bajo de apoyo social y niveles más elevados de tensión que los adolescentes con trastornos depresivos mayores u otros trastornos no relacionados con los del estado de ánimo. Estos descubrimientos tal vez reflejen, además, lo insidioso de la psicopatología en la aparición temprana de la distimia. Los investigadores han descubierto una prevalencia bastante elevada del trastorno distímico en los niños (Kovacs, 1989), Además Kovacs (1994) halló que el 76% de una muestra de niños distímicos desarrolló posteriormente el trastorno depresivo mayor.

### ***3.3.3 Clasificación.***

La clasificación para el trastorno depresivo según la CIE-10, corresponde a F32:

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución

de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse esta reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo (CIE – 10, 2004).

#### ***3.3.4 Criterios de diagnóstico según la CIE-10.***

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir criterios de episodio hipomaniaco o maníaco (F30) en ningún periodo de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancia psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de (F00-F09).

Síndrome Somático:

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denomina “somáticos” tiene un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes en actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).

- Pérdida macada de apetito.
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
- Notable disminución de la libido.

### **3.4 Ansiedad.**

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o sensación desagradable, o de síntomas somáticos de tensión, así lo refiere el (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Asimismo refiere que se manifiesta como una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal, ante determinadas situaciones, y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, por ello cierto grado de ansiedad es incluso deseable, para el manejo normal de las exigencias día a día. Pero cuando sobrepasa cierta intensidad, o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan al plano físico, mental y conductual.

En el ser humano puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado, angustiado, inquieto) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular. Como la ansiedad resulta difícil de estudiar en los seres humanos, la mayor parte de las investigaciones se han realizado con animales, se puede mencionar en referencia al condicionamiento operante de Skinner (1974) que se podría enseñar a ratas de laboratorio que una luz indica una descarga inminente, y estos animales desde luego se ven y actúan con ansiedad cuando se enciende la luz; tal vez se inquieten, tiemblen, y quizá se agazapen en un

rincón. Las investigaciones con animales proporcionan solo información general sobre la naturaleza de la ansiedad en los seres humanos.

La ansiedad impulsa y mejora el rendimiento físico e intelectual, sin ella, muy pocas personas harían buena parte de lo que hacen. Liddell (1949) fue el primero en proponer esta idea al llamar a la ansiedad la “sombra de la inteligencia”, pensaba que la capacidad humana de planear con cierto detalle el futuro se relaciona con esa sensación persistente de que las cosas pueden salir mal y que debemos estar mejor preparados para ellas.

Aunque no todos los teóricos de las emociones están de acuerdo, hay muchas pruebas de que las reacciones de miedo y de ansiedad difieren psicológica y fisiológicamente (Barlow, 2002). Como ya se mencionó, la ansiedad es un estado de ánimo que se orienta hacia el futuro y que se caracteriza por la aprensión, pues no es posible predecir o controlar sucesos próximos. El miedo, por otra parte es una reacción emocional inmediata ante un peligro actual, que se caracteriza por fuertes tendencias escapistas y, con frecuencia, por un impulso en la rama simpática del sistema nervioso autónomo (Barlow, Brown y Craske, 1994).

### ***3.4.1 Teorías.***

#### *3.4.1.1 Contribuciones de orden biológicas.*

Se tienen evidencias de que se hereda una tendencia a estar tensos o nerviosos tal y como lo afirman, Gray y McNaughton (1996) y McGuffin y Reich (1984). Como sucede con casi la mayor parte de los trastornos psicológicos no parece haber un gen único que genere la ansiedad. En realidad, es el conjunto de pequeñas aportaciones de muchos genes de diversas áreas de los cromosomas el que nos hace vulnerables a la ansiedad, cuando están presentes los factores psicológicos y sociales precisos.

La tendencia al pánico también parece darse por familias y tal vez posea un componente genético (Barlow, 2002). Hay ciertas pruebas de que las contribuciones genéticas al pánico y la ansiedad difieren (Kendler, 1995), pero en ambas situaciones la vulnerabilidad genética, en

particular en una persona que se halla bajo tensión, quizá propicie las condiciones para el pánico, aunque no lo genere de manera directa. Recientemente, métodos complejos de estudio de la genética, llamados locus de rasgos cuantitativos, permitieron que los investigadores identificaran áreas relevantes en un gran número de cromosomas de animales, incluidos del cromosoma 1, al 12 y el 15. Al parecer, son numerosos los genes que producen una tendencia a estar nerviosos, emotivos o ansiosos en exceso (Flint, 1995).

La ansiedad también se asocia con circuitos cerebrales concretos, el sistema de AGAB (ácido gammaaminobutírico) y de benzodiacepina en particular. La reducción de los niveles de este neurotransmisor también se asocia con una ansiedad mayor. Aunque la relación no es tan directa. El sistema noradrenérgico se ha asociado asimismo con la ansiedad, y pruebas recientes de estudios con animales, además de investigaciones de la ansiedad normal en los seres humanos, sugieren que el sistema de neurotransmisores serotoninérgicos se asocia en particular con el proceso de ansiedad.

Desde hace unos años atrás se ha dado una gran atención al papel del sistema de liberación de la corticotropina (CFR) en la expresión de la ansiedad y la depresión (Heim y Nemeroff, 1999). El sistema CFR (corticotropinreleasing factor) activa el eje HPA y tiene un amplio rango de efectos sobre las áreas del cerebro implicadas en la ansiedad, incluyendo el cerebro emocional (sistema límbico), particularmente el hipocampo, la amígdala, el locus cerúleo en el tronco cerebral y la corteza pre frontal, al igual que sobre el sistema de neurotransmisión dopaminérgica. El sistema CRF también se relaciona directamente con el sistema AGAB (ácido gammaaminobutírico) AGAB-Benzodiacepina y los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y noradrenérgico.

Al área del cerebro asociada más a menudo con la ansiedad es el sistema límbico (Davis, 1992; Gray y McNaughton, 1996), que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral. El tallo encefálico, que es más primitivo, supervisa y registra los cambios de

las funciones corporales y transmite estas señales potencialmente peligrosas a procesos corticales más elevados del sistema límbico.

El sistema que Gray llamó sistema de inhibición conductual (SIC) se activa mediante señales del tallo encefálico ante sucesos inesperados, como cambios importantes del funcionamiento corporal. Las señales de peligro en respuesta a algo que vemos como amenazador descienden de la corteza cerebral al sistema septohipocampal. El SIC recibe también una gran estimulación de la amígdala (Davis, 1992 y LeDoux, 1996). Cuando se activa el SIC por señales que surgen en el tallo encefálico o descienden desde la corteza cerebral, nuestra tendencia es a inmovilizarnos, experimentar ansiedad y evaluar aprensivamente la situación para confirmar si hay un peligro presente.

El circuito del sistema de inhibición conductual es distinto del circuito asociado con el pánico. Gray (1982) y Gray y McNaughton (1996) identificaron lo que Gray denomina sistema de huida y lucha (SHL). Este circuito se origina en el tallo encefálico, y viaja a través de estructuras del cerebro medio, incluida la amígdala, el núcleo ventromedial del hipotálamo y la materia gris central. Cuando se estimula en los animales, este circuito genera una respuesta de alarma y escape inmediata que se parece mucho al pánico de los seres humanos (Gray y McNaughton, 1996). Asimismo los autores piensan que el SHL se activa particularmente cuando hay deficiencias de serotonina.

Es probable que los factores ambientales puedan modificar la sensibilidad de estos circuitos cerebrales, haciéndolos más o menos susceptibles al desarrollo de trastornos de ansiedad. Existe un significativo estudio que sugiere que el consumo de cigarrillos durante la adolescencia se asocia con un aumento del riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en la edad adulta, especialmente trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizado, Johnson (2000) trabajó con casi 700 adolescentes que fueron evaluados y seguidos desde esta edad hasta su etapa de adultos. Los adolescentes que fumaban 20 o más cigarrillos diarios eran 15

veces más propensos a padecer un trastorno de pánico, y era cinco veces más probable que desarrollaran ansiedad generalizada, que los adolescentes que fumaban menos de esa cantidad o nada. Una posible explicación es la exposición crónica a la nicotina, una droga que aumenta la ansiedad, al igual que los problemas respiratorios; y que, de alguna manera, sensibiliza los circuitos cerebrales asociados con la ansiedad e incrementa la vulnerabilidad biológica para desarrollar trastornos de ansiedad.

Las investigaciones sobre la neurobiología de la ansiedad y el pánico son aún muy recientes, pero se han hecho progresos interesantes al hacer que participen dos sistemas al parecer diferentes y confirmar la función esencial del sistema CRF de la amígdala. Los procedimientos de imagen cerebral generarán sin duda más información en años venideros.

#### *3.4.1.2 Contribuciones de orden psicológicas.*

En un inicio Freud, pensaba que la ansiedad era una reacción psíquica al peligro que rodea la reactivación de una situación infantil atemorizante. Los teóricos conductuales, en cambio, ven la ansiedad como producto del condicionamiento clásico, el modelado y otras formas tempranas de aprendizaje (Bandura, 1986).

Se acumulan pruebas (Mineka, 1985 y Mineka y Sinbarg, 1996) que sustentan un modelo integral de la ansiedad, el cual comprende una gran variedad de factores. En la niñez se adquiere una conciencia de que los sucesos no siempre están bajo control de una persona, Chorpita y Barlow (1998) afirmaron que el continuo de esta percepción puede oscilar entre la confianza total en el control de todos los aspectos de la vida y una profunda incertidumbre sobre la capacidad para enfrentar futuros sucesos. Esta percepción resulta más evidente como un conjunto de opiniones cargadas de peligro. Si una persona está ansiosa por el quehacer escolar, tal vez piense que hará mal el siguiente examen y no hay modo de que pueda aprobar el curso, aun cuando todas sus calificaciones sean de matrícula y sobresaliente. Tal vez surja

de forma temprana un “sentido de falta de control” general en función de la educación y de otros factores ambientales. Este parece ser el factor psicológico que, posteriormente en la vida, hace a las personas más vulnerables a la ansiedad.

Resulta interesante comprobar que la actitud que adoptan los padres durante la primera etapa de la infancia parece fomentar este sentimiento de control o de descontrol (Chorpita y Barlow, 1998). En general, los padres que interactúan de una manera muy positiva y predecible con sus hijos, respondiendo a sus necesidades como hambre, alivio de dolor, etc., especialmente cuando el niño las comunica exigiendo la atención a sus demandas, cumplen una importante función. Este tipo de actitud enseña a los niños que pueden tener control sobre su entorno y que sus respuestas tienen un efecto sobre sus padres y su ambiente. Además, los padres que permiten a sus hijos explorar a su mundo y desarrollar las habilidades necesarias para hacer frente a los sucesos inesperados permiten que éstos desarrollen un saludable sentido de control. Es fundamental crear una “base segura en el hogar” de modo que los padres estén ahí si el niño los necesita mientras explora su propio mundo (Chorpita y Barlow, 1998). Por el contrario, los padres sobre protectores, excesivamente invasivos, que allanan el camino a sus hijos no dejándolos experimentar adversidad alguna, generan una situación en la que el niño jamás aprende a manejar las adversidades cuando se presentan: así los niños no aprenden que pueden controlar el entorno (Barlow, 2002 y Chorpita y Barlow, 1998). El sentido de control que se desarrolla a partir de estas experiencias tempranas es el factor psicológico que nos hace más vulnerables a la ansiedad en la vida adulta.

Casi todas las explicaciones del pánico se acogen a razones de condicionamiento y cognitivas que resultan difíciles de separar. Así pues, una fuerte respuesta de miedo se da inicialmente durante el estrés extremo, o tal vez como resultado de una circunstancia peligrosa en el entorno, una verdadera alarma. Esta respuesta emocional se asocia después con una gran variedad de claves externas e internas. En otras palabras, las claves provocan la

respuesta de temor y una suposición de peligro, esté o no presente en realidad, (Mineka, 1985). Las claves externas con lugares o situaciones similares a aquellas en las que se produjo inicialmente el ataque de pánico. Las claves internas son incrementos de la frecuencia cardíaca o respiratoria que se asociaron con el ataque de pánico inicial, aunque ahora se deban a circunstancias perfectamente normales, como el ejercicio. Por lo tanto, cuando late el corazón con rapidez, es más probable pensar y tal vez, experimentar un ataque de pánico que cuando late de manera normal. Además, se puede no ser del todo consciente de las claves o desencadenantes del miedo intenso, esto es inconsciente. Por otro lado, la investigación experimental con animales ha demostrado que estas claves o desencadenantes pueden viajar directamente desde los ojos hasta la amígdala en el cerebro emocional, sin pasar a través de la corteza, la fuente de la conciencia (Bouton, 2001 y LeDoux, 1996).

#### *3.4.1.3 Contribuciones de tipo social.*

Los sucesos estresantes de la vida desencadenan la vulnerabilidad biológica y psicológica a la ansiedad. La mayor parte de ellos son de naturaleza interpersonal: el matrimonio, el divorcio, dificultades laborales, la muerte de un ser querido, etc. Algunos sucesos quizá sean físicos, como una lesión o una enfermedad. Las presiones sociales, o sobresalir en la escuela, podrían proporcionar también la suficiente tensión como para desencadenar la ansiedad.

Los mismos estresores pueden desencadenar reacciones físicas como dolores de cabeza o hipertensión y reacciones emocionales como los ataques de pánico (Barlow, 2002). La forma en que una persona reacciona a la tensión parece ser una característica familiar. Si una persona tiene jaqueca, hay probabilidades de que otros familiares también las padezcan. Si tienen ataques de pánico, probablemente a otros miembros de su familia también les ocurran. Este hallazgo sugiere una posible contribución genética, al menos para los ataques de pánico iniciales.

#### *3.4.1.4 Contribución de un modelo integral.*

Las alucinaciones constituyen, los trastornos más característicos de la psicopatología de la percepción y de la imaginación, y uno de los síntomas del trastorno mental por excelencia: el prototipo del loco es el de aquella persona que dice ver, escuchar o sentir cosas que nadie más que él puede experimentar. Sin embargo, pese a su indudable valor diagnóstico, no siempre indican la presencia de un trastorno mental, o dicho en otros términos, su aparición no está reservada en exclusiva a personas con trastornos mentales: algunas personas sanas mentalmente pueden experimentarlas en ciertas situaciones, pueden ser provocadas bajo condiciones estimulares especiales y, por último, históricamente han constituido incluso un objeto de deseo para muchas personas de muy diferentes ámbitos culturales.

La ansiedad puede ser muy general, evocada por muchos aspectos de la vida. Pero por lo común se concentra en un área, como puede ser la escuela (Barlow, 2002).

El pánico también es una respuesta característica de la tensión con un componente familiar, y quizá también genético. En virtud de que un individuo asocia el ataque de pánico con claves internas o externas (el condicionamiento es una forma de aprendizaje), los ataques se denominan alarmas aprendidas. Aun cuando usted tenga una respuesta de temor legítima a una situación peligrosa (alarma real), su reacción puede asociarse con una gran variedad de claves que pueden llegar a desencadenar un ataque en ausencia de cualquier peligro, convirtiéndola en una alarma aprendida. Además, la ansiedad y el pánico están estrechamente relacionados (Barlow, 2002), pues la ansiedad aumenta la probabilidad del pánico también. Esta relación tiene sentido desde un punto de vista etológico, en virtud de que sentir una posible amenaza o un peligro futuro (ansiedad) nos prepararía para reaccionar

instantáneamente con una respuesta de alarma si el peligro se vuelve inminente. La ansiedad y el pánico no necesariamente ocurren juntos, pero es razonable que frecuentemente sea así.

### ***3.4.2 Clasificación.***

La ansiedad está considerada dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. La clasificación para la ansiedad según la CIE – 10 corresponde de F40-F41, y se subdivide en las siguientes clasificaciones según los síntomas presentados:

F40 Trastornos de ansiedad fóbica.

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

F40.2 Fobias específicas (aisladas).

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.

F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.

F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

### ***3.4.3 Criterios de diagnóstico según la CIE-10.***

- Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardiaco acelerado.
- Sudoración.
- Temblor o sacudidas.
- Sequedad de boca.

- Dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.
- Dolor o malestar en el pecho.
- Náuseas o malestar abdominal.
- Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.

### **3.5 Psicosis.**

Según el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2009) se denomina esquizofrenia a un conjunto de trastornos mentales, caracterizados por alteraciones sustanciales y específicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, que comprometen las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma y suelen, por tanto, alterar de forma muy importante la vida de las personas que las padecen y también la de sus familiares y amigos, los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de incidencia de la esquizofrenia son comparativamente bajas, aproximadamente 15,2 por 100.000 habitantes al año, a pesar de ello, es uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de enfermedades producto tanto de su inicio a edades tempranas como del alto porcentaje de personas afectadas que mantienen alguna sintomatología a lo largo de su vida.

Para Díaz (2013) la esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta, y en cuanto a sus síntomas se engloba dentro de los trastornos psicóticos, aquellos en los que los pacientes pierden el control de la realidad, por ello cuando este trastorno cursa en forma de brotes se lo denomina esquizofrenia, y aproximadamente el 1% de la población mundial padece esta enfermedad con independencia del sexo, la raza y la clase social.

### **3.5.1 Características.**

#### **3.5.1.1 Delirios.**

Olivos (2009) explica que delirio viene del latín *delirare* que significa salirse del surco, no arar derecho, el autor menciona que el delirio implica exceso y esterilidad, salirse de la colectividad. En inglés se usa *delusion*, del latín *deludo* que implica una creencia u opinión falsa sostenida en relación a cosas objetivas, en alemán *wahn*, originalmente significaba expectación, tiempo después fue opinión vana o ilusión. Legalmente lo contrario a una verdad probada, lo opuesto a un juicio racional.

#### **3.5.1.2 Alucinaciones.**

Gonzales (2006) afirma que las alucinaciones constituyen, los trastornos más característicos de la psicopatología de la percepción y de la imaginación, y uno de los síntomas del trastorno mental por excelencia, y la persona que dice ver, escuchar o sentir cosas que nadie más que él puede experimentar. Sin embargo, pese a su indudable valor diagnóstico, no siempre indican la presencia de un trastorno mental, o dicho en otros términos, su aparición no está reservada en exclusiva a personas con trastornos mentales: algunas personas sanas mentalmente pueden experimentarlas en ciertas situaciones, pueden ser provocadas bajo condiciones estimulares especiales y, por último, históricamente han constituido incluso un objeto de deseo para muchas personas de muy diferentes ámbitos culturales.

#### **3.5.1.3 Apatía.**

El término apatía según Reinfelt y Rojas (2005)) proviene etimológicamente del griego “*pathos*” que significa falta de pasiones, descrita como un síndrome neuropsiquiátrico, el cual según el autor, se manifiesta en forma de disminución de la actividad dirigida a una meta por falta de motivación, no atribuible a un trastorno del intelecto, emoción o nivel de conciencia y los criterios por el utilizados giran en torno a falta de motivación respecto al nivel de

funcionamiento previo, el grupo etéreo y el aspecto cultural.

#### *3.5.1.4 Anhedonia.*

Según Olivares (1995) el término anhedonia fue introducido por Ribot (1887) para describir el estado mental de determinados pacientes que parecían no experimentar placer ante situaciones generalmente consideradas como placenteras. Dicho autor consideraba que el placer y el dolor no eran cualidades opuestas de un continuum, sino que ambos eran sensaciones que diferían únicamente en el nivel de excitación de los centros nerviosos. Así, del mismo modo que a la insensibilidad para el dolor se le llamaba “anestesia”, decidió llamar a la insensibilidad para el placer, anhedonia. Si bien las descripciones de este estado son numerosas a lo largo de los siglos XIX y XX, el término hizo poca fortuna hasta principios de los años sesenta. A partir de ese momento, por el contrario, el término de anhedonia adquiere un inusitado despliegue en la literatura psiquiátrica, adquiriendo una notable importancia diagnóstica en trastornos como la esquizofrenia y la depresión mayor y culminando con su oficialización en la CIE-10 3 y en el DSM-IV.

#### *3.5.1.5 Afectividad plana.*

Para Henry, et al. (2002) la disminución de la expresividad emocional en presencia de una experiencia emocional aparentemente normal se denomina aplanamiento afectivo y es una de las características clínicas observadas en los pacientes esquizofrénicos. Según lo informado, estos pacientes presentarían un déficit para anticipar el placer a pesar de referir experiencias emocionales normales en términos de valencia y ánimo. Esta diferencia entre la experiencia y la expresión emocional puede afectar la interacción social; por lo tanto, la identificación de los mecanismos responsables del aplanamiento afectivo en pacientes esquizofrénicos resulta importante. Cerca de dos terceras partes de las personas que padecen esquizofrenia

manifiestan lo que se denominan afecto plano. Son similares a la gente que lleva máscara pues no hacen que afloren emociones cuando uno esperaría por lo general que las manifestaran. Tal vez lo miren con expresión ausente, hablen de manera monótona y apagada, y parezca que no les afectan las cosas que suceden en torno a ellos. No obstante, aun cuando no reaccionen de forma manifiesta a las situaciones emocionales, quizá de hecho si respondan por dentro.

#### *3.5.1.6 Síntomas desorganizados.*

Según García (2010) la esquizofrenia de tipo desorganizado antes llamado hebefrénica, se caracteriza por una marcada regresión a comportamientos primitivos, desinhibidos y no organizados por la ausencia que cumplen los criterios catatónicos. En cuanto a lo personal es ruinoso, sus respuestas emocionales y su comportamiento social son inapropiados y a menudo estallan en risa, sin ninguna razón aparente, en esto casos son comunes las muecas y la gesticulación incongruentes; los adjetivos tonto o fatuo, son los que mejor describen su comportamiento.

#### *3.5.2 Clasificación.*

La clasificación para psicosis según la CIE-10, corresponde a F23:

Grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el inicio agudo de síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones, y alteraciones en la percepción, y por la grave perturbación del comportamiento ordinario. El inicio agudo se define como un desarrollo in crescendo de un cuadro clínico claramente anormal en unas dos semanas o menos. Para estos trastornos no hay pruebas no hay pruebas de una causa orgánica.

### ***3.5.3 Criterios de diagnóstico para psicosis según la CIE-10:***

G1. Inicio agudo de ideas delirantes, alucinaciones, discurso incomprensible o incoherente, o cualquier combinación de estos. El intervalo de tiempo entre la manifestación de algún síntoma psicótico y la presentación del trastorno, completamente desarrollado, no debe exceder a las dos semanas.

G2. Si se presentan estados transitorios de perplejidad, falso reconocimiento o déficit de atención o concentración, dichos estados no cumplen criterios de cuadro confusional de causa orgánica, tal como se especifica en F05, criterio A.

G3. El trastorno no cumple criterios de episodio maniaco (F30) episodio depresivo (F32) o trastorno depresivo recurrente (F33).

G4. No hay pruebas suficientes de consumo reciente de sustancias psicoactivas para satisfacer los criterios de intoxicación.

G5. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Ausencia de un trastorno mental orgánico (F00-F09) o de una alteración metabólica grave que afecte al sistema nervioso central. (No se incluye el parto).

Con fines de investigación se recomienda que el cambio del trastorno de un estado no psicótico al de claramente psicótico se especifique más como súbito (inicio en 48 horas) o agudo (inicio en más de 48 horas, pero en menos de dos semanas).

### **3.6 Trastorno convulsivo.**

Según MINSAL (2009) la epilepsia o trastorno convulsivo se define como una alteración que afecta al Sistema Nervioso Central, específicamente la corteza cerebral y que se manifiesta clínicamente como eventos discontinuos denominados “crisis epilépticas”. Es una afección neurológica crónica, de alta frecuencia, de manifestación episódica y de diversa etiología. Se estima que afecta a 50 millones de personas en el mundo. Para el ministerio de

salud en Chile MINSAL (2009) los datos de prevalencia son de 17 a 10.8 por mil habitantes y la incidencia de 114 por 100.000 habitantes por año. En relación a la incidencia acumulativa, que es el riesgo individual de desarrollar epilepsia en un tiempo determinado, en Chile, así como en el resto de Latinoamérica, esta información es desconocida.

### ***3.6.1 Clasificación.***

La clasificación para trastorno convulsivo según la CIE 10 corresponde a F44.5.

Las convulsiones disociativas pueden imitar muy bien a ataques epilépticos en cuanto a los movimientos, pero son raras las mordeduras de la lengua, las contusiones debido a las caídas y la incontinencia urinaria. No hay pérdida de conciencia o se reemplaza por un estado de estupor o de trance.

### ***3.6.2 Criterios de diagnóstico para trastorno convulsivo según la CIE-10:***

A. Deben cumplirse los criterios generales de trastorno disociativo (F44).

B. El individuo presenta movimientos espasmódicos repentinos e inesperados, muy parecidos a cualquiera de las variedades de crisis epilépticas, pero que no se siguen por una pérdida de conciencia.

C. Los síntomas del criterio B no se acompañan de mordedura de la lengua, contusiones o hematomas importantes debido a las caídas, o incontinencias urinarias.

### **3.7 Trastornos por consumo de alcohol.**

Según Guardia, Jiménez, Pascual, Flores y Contel (2007) el alcoholismo es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad aparecerán, de manera progresiva, sus consecuencias médicas, psiquiátricas y adictivas, que van a conducir al

paciente a recaídas sucesivas y a que esta enfermedad se convierta en crónica. Las personas que inician el consumo de bebidas alcohólicas durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de sufrir las consecuencias del consumo excesivo de alcohol al llegar a la vida adulta, entre las cuales se encuentran el riesgo de desarrollar alcoholismo o dependencia del alcohol.

Por otro lado Guzmán (2007) estima que aproximadamente el 50% de la población adulta a nivel mundial consume alcohol, pues los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de México (2011), reporto que el 55.6% de la población mayor de 18 años ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, asimismo, se observan incrementos dramáticos en el índice de consumo de alcohol en adolescentes; en 1998 el 27% de adolescentes varones lo consumían y para el 2002 un 35%. Respecto a las mujeres las cifras fueron de 18% a 25% respectivamente. Otro dato que llama la atención es que entre los adolescentes varones aumentó el consumo de 5 a más copas por ocasión de consumo, de 6.3% en 1998 a 7.8% en el 2002. Y es notable un incremento del 2% de adolescentes que reportaron haber manifestado, en los últimos años, al menos tres de los síntomas de dependencia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

### ***3.7.1 Tipos.***

#### *3.7.1.1 Intoxicación aguda.*

Para Izquierdo (2002) la Intoxicación Etfílica Aguda (IEA) es un síndrome clínico producido por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia individual de la persona. Dependiendo de la cantidad ingerida de alcohol y de la tolerancia, el curso puede oscilar desde leve desinhibición, hasta coma, depresión respiratoria y muerte. La vulnerabilidad es mayor en el sexo femenino y menor en alcohólicos, que constituye un marcador dinámico predictor de mayor riesgo de alcoholismo, hijos de padres

alcohólicos y varones con personalidad antisocial y abuso o dependencia de sustancias. Además difieren genéticamente según la raza.

#### *3.7.1.2 Alucinosis alcohólica.*

Según Ortega (2012) la alucinosis alcohólica comienza de forma brusca y suele empezar al inicio de la abstinencia o tras la disminución importante de consumo habitual. Está caracterizado por la existencia de alucinaciones auditivas intensas, que suelen ser amenazantes y son vividas por el enfermo con gran ansiedad e ideas delirantes de perjuicio secundarias. Se trata de un trastorno grave, en pacientes con abuso de alcohol de años de evolución, que requiere hospitalización e instauración de tratamiento antipsicótico. Con la abstinencia de alcohol y el tratamiento específico suelen desaparecer todos los síntomas en pocos días con recuperación completa.

#### **3.7.2 Clasificación.**

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, están considerados dentro de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, y la clasificación de alcoholismo según la CIE-10 corresponde a F 10.0.

#### **3.7.3 Criterios de diagnóstico para alcoholismo según la CIE-10:**

A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda

B. Debe existir un comportamiento alterado que se manifiesta por al menos uno de los siguientes:

- Desinhibición.
- Beligerancia verbal.
- Agresividad.

- Labilidad del humor.
- Deterioro de la atención.
- Juicio alterado.
- Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:

- Marcha inestable.
- Dificultad para mantenerse en pie.
- Habla disártrica (farfullante).
- Nistagmo.
- Disminución del nivel de conciencia (por ejemplo, estupor, coma).
- Enrojecimiento facial.
- Inyección conjuntival.

#### *3.7.3.1 Características socio demográficas.*

- Edad.- Será registrada como variable cuantitativa continua según unidades de análisis.
- Sexo.- Masculino y femenino. Escala nominal.
- Estado civil.- Soltero, casado, conviviente, separado, viudo o divorciado. Escala nominal.
- Nivel de instrucción.- Se registrarán las categorías: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico incompleto, técnico completa, superior incompleta, secundaria completa. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal.

### **3.8 Marco teórico referente a la población de estudio.**

El lugar donde se realizó el trabajo de investigación, fue en el Hospital José Agurto Tello, en el distrito de Lurigancho Chosica, DISA IV Lima Este. El cuál es el centro de salud principal de la zona, por lo tanto es el soporte de salud de distritos de alrededor como Ricardo Palma, San Mateo, Santa Eulalia, Chaclacayo, etc.

La muestra por lo tanto es variada, pues involucra personas de todas las clases sociales, culturales, y económicas. Para poder lograr el objetivo de que la prueba tenga confiabilidad, se ha decidido tomar la prueba a personas mayores de 18 años y menores de 65 años. Los motivos se explican en el marco teórico.

#### ***3.8.1 Teorías.***

##### *3.8.1.1 Teoría cognitiva.*

Según Del Carmen (2009) El cognitivismo es un enfoque estructuralista de la psicología, que surge en los años 50 y 60, “Pretende explicar el aprendizaje humano como un proceso integral en el que entran a funcionar mecanismos mentales complejos como la comprensión, el análisis y la propia aplicación del saber en un contexto social”. En la Psicología Cognitiva, el procesamiento de la información, además, pone énfasis en la influencia que el procesamiento de la información tiene sobre la conducta y afirma que el aprendiz lo que hace es comparar la información nueva con su “esquema” o estructura cognitiva preexistente. Los acontecimientos y situaciones nuevas se interpretan a la luz de lo que ya se ha aprendido. Las teorías cognitivas son una reacción al conductismo asociacionista, las cuales son ambas empiristas. Sin embargo, cuando se entiende al cognitivismo haciendo hincapié sólo en la adquisición del conocimiento y de estructuras mentales internas y, dentro de esta línea, al constructivismo estático o asimilación de Piaget, se dice que epistemológicamente se está

más cerca del racionalismo. O sea, cuando el aprendizaje se equipara a cambios discretos entre los estados del conocimiento más que con los cambios de probabilidad de respuesta.

### *3.8.1.2 Teoría evolutiva.*

Desde tiempos remotos han existido mitos sobre el origen de los seres vivos que no han contemplado la evolución de unas formas a otras. Las teorías de Platón y Aristóteles sobre esencias inmutables de las especies fueron posteriormente aprovechadas por el dogma cristiano para explicar la diversidad biológica. Hasta la revolución científica de los siglos dieciséis y diecisiete Europa no empiezan a acumularse evidencias sobre cambios históricos en flora y fauna que se enfrentan a mil años de dominancia del dogma creacionista. Durante la ilustración, naturalistas como Buffon y Linneo explican la diversidad de especies como resultado de su adaptación a distintas condiciones ambientales. El concepto de la escala natural de perfección es la idea más establecida para explicar la diversidad biológica, y en ella se basa Lamarck para proponer un mecanismo que haga llegar de una forma a otra (Moreno, 2009).

### *3.8.2 Juventud.*

Según las etapas del desarrollo moral de Kohlberg (1981) la cuarta etapa corresponde al finalizar la adolescencia e iniciar la juventud, y se denomina “mantener el orden social”.

Aquí la persona se preocupa más por la sociedad como un todo. Poniendo énfasis en obedecer las leyes, respetar la autoridad, y ejecutar los deberes para mantener el orden social. Las personas toman las decisiones morales desde la perspectiva de la sociedad como un todo, piensan como miembros totalmente integrados en la sociedad y tienen un concepto de la función que tienen las leyes dentro de la sociedad como un todo; un concepto que va mucho más lejos que el de los niños de la primera etapa.

En el Perú, a partir de los 18 años se considera a una persona en capacidad para tomar decisiones por sí solo, ya sea en el aspecto social, económico o civil, porque se considera que a esa edad la persona logrado la madurez necesaria (pero aun no total) en todos los aspectos de su desarrollo. Según Kohlberg (1981) en esta edad el joven ya es consciente de los deberes que tiene para con su comunidad o sociedad.

Se puede deducir entonces que a partir de esta edad la persona ya puede ser consciente de sus necesidades y falencias, ya puede describir sus dificultades de una manera clara.

### ***3.8.3 Adulter.***

Esta quinta etapa del desarrollo humano comprende el contrato social y los derechos individuales.

En esta etapa las personas comienzan a preguntarse, cuales son los motivos para que una sociedad sea buena, entonces comienzan a pensar sobre la sociedad de una manera muy teórica, distanciándose de su propia sociedad y considerando los derechos y los valores que una sociedad debería mantener. Entonces evalúan las sociedades existentes en términos de estas consideraciones anteriores.

Los entrevistados de la etapa cinco creen básicamente que una buena sociedad se concibe mejor como un contrato social en el cual las personas trabajan libremente por el bienestar de todos. Reconocen que diversos grupos sociales dentro de una sociedad tendrán diversos valores, pero creen que toda persona racional convendría en dos puntos. Primero, todos desean ciertos derechos fundamentales, tales como la libertad y la vida. En segundo lugar, desean procedimientos democráticos para cambiar leyes injustas y para mejorar la sociedad.

Por tanto, estas personas hablan de moralidad y derechos que están por encima de algunas leyes. Kohlberg (1981) insiste, sin embargo, en que no se debe considerar que las personas están en la etapa cinco simplemente por sus etiquetas verbales. Se necesita tener en cuenta su

perspectiva social y modo de razonamiento. En la etapa cuatro, las personas hablan con frecuencia también del derecho a la vida, pero para ellos, el derecho está legitimado por la autoridad de su grupo social o religioso por ejemplo, por la biblia. Probablemente, si su grupo valorara la propiedad por encima de la vida, ellos también lo harían. En la etapa cinco, en cambio, la gente está haciendo un esfuerzo más independiente para pensar lo que cualquier sociedad debería valorar. Razonan a menudo, por ejemplo, que la propiedad tiene poco significado sin la vida. Están intentando determinar lógicamente cómo debería ser una sociedad.

Según Peck (1968) la adultez tiene 4 etapas:

1. Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física, a medida que empiezan a deteriorarse la resistencia y la salud, las personas deben canalizar gran parte de su energía de las actividades físicas hacia las mentales.
2. Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas, es otro ajuste impuesto por las restricciones sociales y por los cambios biológicos. Los cambios físicos pueden obligar a redefinir las relaciones con miembros de ambos sexos, a dar prioridad a la camaradería sobre la intimidad sexual o la competitividad.
3. Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo, la flexibilidad emotiva es el origen de varios ajustes que se hacen en la madurez, cuando las familias se separan, cuando los amigos se marchan y los antiguos intereses dejan de ser el centro de la vida.
4. Flexibilidad frente a rigidez mental, el individuo debe luchar contra la tendencia a obstinarse en sus hábitos o a desconfiar demasiado de las nuevas ideas, pues la rigidez mental es la tendencia a dejarse dominar por las experiencias y los juicios anteriores.

Una persona que llega a la etapa adulta, se encuentra en la mejor expresión de su desarrollo, ya sea física, social o mentalmente. Por lo tanto su concepto acerca de sí mismo y de lo que le pasa internamente, es aún más claro y lúcido, incluso que cuando está en su etapa de joven.

## **Capítulo III**

### **Materiales y Métodos**

#### **1. Método de la Investigación.**

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal y tuvo un diseño no experimental, donde no se manipulan variables, por el contrario se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto, para que después se analice. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Describen situaciones, eventos o hechos, recolectando datos sobre una serie de cuestiones y se efectúan mediciones sobre ellas, buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Cortes y Iglesias, 2004).

#### **2. Variable de la investigación.**

##### **2.1 Trastorno mental.**

Ortiz de Zarate, Alonso, Ubis y Ruiz de Azúa (2010) afirman que la enfermedad mental se caracteriza en general por un curso largo con recidivas y a veces deterioro progresivo. Estas recidivas son las que provocan habitualmente ingresos hospitalarios cada vez más largos y deteriorantes. El mismo deterioro progresivo contribuye a la desubicación sociocultural de la persona, el aislamiento social y como consecuencia se convierte en un factor de riesgo añadido para la aparición de nuevas crisis.

A continuación se presenta la operacionalización de la variable y sus respectivas dimensiones: depresión, ansiedad, psicosis, trastorno convulsivo y alcoholismo.

## 2.2. Operacionalización de trastornos psiquiátricos-SRQ

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS
Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos para adultos (SRQ)	Ansiedad	Es el sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, y esa es la diferencia con el miedo, donde la amenaza es concreta y definida (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dolor de cabeza.</li> <li>➤ Insomnio.</li> <li>➤ Miedo, temor.</li> <li>➤ Nerviosismo.</li> <li>➤ Tensión, desmotivación.</li> <li>➤ Mala digestión.</li> <li>➤ Preocupación.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Tiene dolores de cabeza?</li> <li>3. ¿Duerme mal?</li> <li>4. ¿Se asusta con facilidad?</li> <li>5. ¿Sufre de temblor en las manos?</li> <li>6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?</li> <li>7. ¿Sufre de mala digestión?</li> <li>8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?</li> </ol>

Depresión	Según Josué, Torres, Urrutia, Moreno, Font y Cardona (2006) la depresión es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bajo apetito.</li> <li>➤ Tristeza.</li> <li>➤ Tendencia al llanto.</li> <li>➤ Desmotivación.</li> <li>➤ Toma de decisiones.</li> <li>➤ Actividades laborales.</li> <li>➤ Sentimiento de inutilidad.</li> <li>➤ Desinterés.</li> <li>➤ Apatía.</li> <li>➤ Pensamiento suicida.</li> <li>➤ Fatiga.</li> </ul>	<p>2. ¿Tiene mal apetito?</p> <p>9. ¿Se siente triste?</p> <p>10. Llora con mucha frecuencia?</p> <p>11. ¿Tiene dificultad para disfrutar de sus actividades diarias?</p> <p>12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?</p> <p>13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?</p> <p>14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida?</p> <p>15. Ha perdido interés en las cosas?</p> <p>16. Se siente aburrido?</p> <p>17. Ha tenido la idea de acabar con su vida?</p> <p>18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?</p>
Psicosis	Según García, Domínguez y Fernández (2014) la psicosis es juicio de realidad no correcta, que puede observarse en alucinaciones y delirios, además, la persona que lo padece se encierra en sí mismo, incapaz de ser objetiva y que se mueve en la subjetividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pensamiento paranoide.</li> <li>➤ Delirio de grandeza.</li> <li>➤ Pensamiento psicótico.</li> <li>➤ Alucinaciones auditivas.</li> </ul>	<p>19. ¿siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?</p> <p>20. ¿Es Ud. Una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?</p> <p>21. Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?</p> <p>22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?</p>

Trastorno Convulsivo	Se produce mediante una actividad eléctrica anormal en el cerebro, con pérdida de conocimiento, quedarse viendo fijamente en el espacio, sacudidas musculares y sensaciones o emociones anormales (Carson, 2015)	➤ Convulsiones.	23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas con mordedura de lengua o pérdida de conocimiento?
Alcoholismo	Es una enfermedad multifactorial que probablemente se debe a una alteración del funcionamiento de determinados circuitos cerebrales que intervienen en el auto-control de la conducta de ingerir bebidas alcohólicas. Si no se detiene el curso de esta enfermedad se podría convertir en enfermedad crónica, Guardia (2007).	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beber en exceso.</li> <li>➤ Dependencia al alcohol.</li> <li>➤ Conflictos sociales.</li> <li>➤ Agresividad.</li> <li>➤ Beber en exceso.</li> </ul>	<p>24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. Estaba bebiendo demasiado?</p> <p>25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?</p> <p>26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo, o estudio a causa de la bebida?</p> <p>27. Ha estado en riñas, o lo han detenido estando borracho?</p> <p>28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?</p>

### **3. Delimitación geográfica y temporal.**

El estudio se llevó a cabo en los consultorios de servicio externo del hospital “José Agurto Tello de Chosica” DISA IV Lima Este, el cual pertenece al nivel II de atención, del Ministerio de Salud, es considerado Unidad Ejecutora (Autónoma).

El trabajo de investigación se realizó a partir de la primera semana del mes de marzo del presente año, y se consideró la semana de atención de lunes a viernes en todos los consultorios externos, concluyendo para la quincena del mes de junio del presente año.

### **4. Participantes**

Conformada por el número de atendidos que se encuentran en el rango de edad de 18 años a 65 años, haciendo un total de 19007 personas en promedio al año, según informe de actividades del 2012, de la unidad de estadística del hospital José Agurto Tello de Chosica.

Para la elección de la muestra se consideró el muestreo no probabilístico por conveniencia, que se caracteriza por ser una técnica de muestreo donde los elementos son elegidos a juicio del investigador. No se conoce la probabilidad con la que se puede seleccionar a cada individuo. La misma fue conformada por 220 pacientes que acudieron para ser atendidos en consultorios externos de medicina del hospital “José Agurto Tello de Chosica” en los meses de marzo a junio de 2015.

#### **4.1 Criterios de inclusión y exclusión**

##### ***4.1.1 Criterios de inclusión.***

- Pacientes que acuden al servicio de consultorio externo.
- Son considerados personas entre 18 y 65 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos que aceptan voluntariamente participar del estudio.

#### **4.1.2 Criterios de exclusión.**

- Pacientes menores a 18 años y mayores de 65 años.
- Sujetos que están incapacitados de manifestar sintomatologías.
- Pacientes que acuden a otros servicios del hospital.

#### **4.2 Características de los participantes.**

En cuanto a las características de los participantes que acuden al hospital, presentan características multiculturales variadas como diversos niveles sociales y económicos. En tal sentido la muestra involucra personas de bajo, mediano y alto nivel económico. Además, de mencionar también a personas que proceden de un hogar funcional o disfuncional. También se toma en consideración el lugar de procedencia como la costa, sierra y selva.

En la tabla 1 se muestra que del total de la población, el género femenino es el grupo más representativo con un porcentaje de 69.3%. Referente a la edad, aquellos que oscilan entre los 25 y 34 años presentan un porcentaje elevado (26.1%) seguido de los 18 y 24 años (20.2%). Asimismo se aprecia que en la población hay más solteros (37.6%) como casados (32.1%) a diferencia de los viudos (2.3%). Por otro lado, existen más pacientes con secundaria completa (48.1%) en contraste con los analfabetos (3.7%). Finalmente, de la muestra estudiada, las amas de casa representan el 39.9% seguido de los trabajadores independientes (25.7%).

Tabla N° 1.

### *Características sociodemográficas de los participantes*

Variable		Frecuencia	%
Género	Femenino	151	69.3%
	Masculino	66	30.3%
Edad	18-24	44	20.2%
	25-34	57	26.1%
	35-44	38	17.4%
	45-45	40	18.3%
	55-más	34	15.6%
Estado civil	Soltero	82	37.6%
	Casado	70	32.1%
	Conviviente	43	19.7%
	Separado	9	4.2%
	Viudo	5	2.3%
Grado de instrucción	Analfabeto	8	3.7%
	Primaria completa	43	19.8%
	Secundaria completa	105	48.1%
	Superior completa	56	25.7%
Ocupación	Obrero	34	15.6%
	Desempleado	9	4.1%
	Ama de casa	87	39.9%
	Trabajo independiente	56	25.7%
	Estudiante	22	10.1%

## **5. Técnica e instrumentos de recolección de datos**

### **5.1 Instrumento de investigación.**

Para el presente estudio se utilizó el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos para adultos (SRQ), validado por la Organización Panamericana de la Salud y aplicado por el Ministerio de Salud.

El cuestionario Self-Reporting Questionnaire-SRQ ha sido diseñado por la organización Mundial de la Salud como parte de un estudio colaborador sobre estrategias para extender los servicios de salud mental (WHO Collaborative Study to Extend Mental Health Services, Harding T. y col. 1980; Climent, C. y Col, 1981).

Las primeras 18 preguntas corresponden a aquellos síntomas que implican una gravedad menor (los que son frecuentes en los trastornos depresivos y de angustia); las preguntas 19 a 22 corresponden a síntomas de mayor gravedad y cuando se encuentran

afirmativamente probablemente indican la existencia de un trastorno mental importante como psicosis.

La pregunta 23 indaga sobre la existencia de un trastorno convulsivo. Las preguntas 24 a 28 se refieren a los hábitos de beber alcohol.

La puntuación se obtiene sumando el número de respuestas positivas.

El cuestionario tiene varias partes: las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad, como los depresivos, angustia y otros. 11 o más respuestas positivamente en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por tanto se le considera un caso. Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno sicótico; una sola respuesta positiva entre estas cuatro determina también un caso. La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo. Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que el paciente tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo. Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un “caso”.

Para la presente investigación se estimó la validez de la prueba a través del juicio de expertos, así como la confiabilidad para la población en estudio, obteniéndose un índice de Alpha de Cronbach de 0.836 lo cual indica que la prueba en general posee una alta consistencia interna.

## **6 Procesamiento de recolección de datos.**

La recolección de datos se realizó en los meses de marzo y abril del presente año, en los establecimientos del servicio de consultorios externos de medicina del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

Para la administración de las pruebas se dio paso, en primer lugar a la lectura del consentimiento informado, donde se explicó el alcance de la investigación, los beneficios para el hospital y sobre todo se resaltó el rótulo que indica la confidencialidad de los datos registrados, haciendo prácticamente una participación anónima frente a la investigación realizada. La administración de la prueba se realizó de forma individual, con un tiempo estimado por cada uno de 25 minutos aproximadamente.

## **7. Procesamiento y análisis de datos**

Una vez recolectada la información con el cuestionario SRQ, se pasó al análisis estadístico de los datos recogidos el cual se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 22.0. Los resultados analizados se organizaron en tablas y gráficos de porcentaje de pacientes con trastorno mental respecto a total de la muestra, así como lo demás datos referentes a las variables sociodemográficas exploratorias; cada una de las tablas están debidamente interpretadas.

## **Capítulo IV**

### **Resultados y Discusión**

#### **1. Resultados.**

En este capítulo se muestra en primer lugar los resultados de la variable trastornos mentales con los datos sociodemográficos que presenta la muestra estudiada; estos resultados están seccionados en las dimensiones del cuestionario, la cuales son: ansiedad, depresión, psicosis, trastorno convulsivo y alcoholismo. Luego se presenta los resultados referentes a la estimación de la prevalencia de dichos trastornos.

##### **1.1 Análisis descriptivos de la variable de estudio.**

De la tabla 2 se puede observar que las mujeres (37.1%) presentan mayor inclinación a presentar ansiedad a diferencia que los varones (16.7%). En relación a depresión, el 28.5% de las mujeres presumen esta enfermedad y el 86.4% de los varones indican ausencia. El 22.5% de las mujeres son propensas a presentar psicosis que los hombres (7.6%). Asimismo son las mujeres quienes tienen más posibilidad de presentar indicadores de trastorno convulsivo (6%); en contraste con alcoholismo, donde los varones (22.7%) presentan indicadores mayores.

Tabla N° 2

*Indicadores del SRQ según género.*

SRQ	Mujer		Hombre	
	n	%	n	%
<b>Ansiedad</b>				
<i>Ausencia de enfermedad</i>	95	62.9%	55	83.3%
<i>Presumible enfermedad</i>	56	37.1%	11	16.7%
<b>Depresión</b>				
<i>Ausencia de enfermedad</i>	108	71.5%	57	86.4%
<i>Presumible enfermedad</i>	43	28.5%	9	13.6%
<b>Psicosis</b>				
<i>Ausencia de enfermedad</i>	117	77.5%	61	92.4%
<i>Presumible enfermedad</i>	34	22.5%	5	7.6%
<b>Trastorno Convulsivo</b>				
<i>Ausencia de enfermedad</i>	142	94%	64	97%
<i>Presumible enfermedad</i>	9	6%	2	3%
<b>Alcoholismo</b>				
<i>Ausencia de enfermedad</i>	144	95.4%	51	77.3%
<i>Presumible enfermedad</i>	7	4.6%	15	22.7%

De la tabla 3 se extrae que las personas con un rango de edad entre 35 y 44 años son quienes presentan porcentajes más elevados en la dimensión: ansiedad (36.8%), el grupo de 55 a más años fueron quienes presentan mayor sintomatología depresiva (32.4%), sin embargo fue el grupo de 35 y 44 años quien presento mayor sintomatología para psicosis (23.7%), por otro lado el grupo de edad que presento mayor sintomatología de trastorno convulsivo fue el grupo 25 y 34 años (8.8%), este mismo grupo presenta mayores índices de consumo de alcohol, respecto de los demás grupos.

Tabla N° 3.

*Indicadores del SRQ según rango de edad.*

SRQ	18-24		25-34		35-44		45-54		55-más	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ansiedad</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	31	70.5%	40	70.2%	24	63.2%	28	70%	23	67.6%
<i>Presumible enfermedad</i>	13	29.5%	17	29.8%	14	36.8%	12	30%	11	32.4%
<b>Depresión</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	32	72.7%	41	71.9%	31	81.6%	34	85%	23	67.6%
<i>Presumible enfermedad</i>	12	27.3%	16	28.1%	7	18.4%	6	15%	11	32.4%
<b>Psicosis</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	36	81.8%	45	78.9%	29	76.3%	35	87.5%	29	85.3%
<i>Presumible enfermedad</i>	8	18.2%	12	21.1%	9	23.7%	5	12.5%	5	14.7%
<b>Trastorno Convulsivo</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	44	100%	52	91.2%	35	92.1%	39	97.5%	32	94.1%
<i>Presumible enfermedad</i>	0	0%	5	8.8%	3	7.9%	1	2.5%	2	5.9%
<b>Alcoholismo</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	42	95.5%	49	86%	36	94.7%	35	87.5%	31	91.2%
<i>Presumible de enfermedad</i>	2	4.5%	8	14%	2	5.3%	5	12.5%	3	8.8%

Los resultados indican en la tabla 4 que el estado civil más representativo en la dimensión ansiedad es el grupo de viudos con un 40%, sin embargo son los solteros quienes presentan mayores síntomas depresivos (26.8%). Con respecto a psicosis son los viudos quienes presentan mayor sintomatología psicótica con un 40%, por otro lado son los convivientes quienes presentan mayor experiencia en trastorno convulsivo con un 7%, y es el grupo de separados quien presenta mayor dependencia a las bebidas alcohólicas (12.5%).

Tabla N° 4.

*Indicadores del SRQ según estado civil.*

SRQ	Soltero		Casado		Conviviente		Separado		Viudo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ansiedad</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	57	69.5%	48	68.6%	27	62.8%	8	93.8%	3	60%
<i>Presumible enfermedad</i>	25	30.5%	22	31.4%	16	37.2%	1	6.2%	2	40%
<b>Depresión</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	60	73.2%	54	77.1%	33	76.7%	7	87.5%	4	80%
<i>Presumible enfermedad</i>	22	26.8%	16	22.9%	10	23.3%	2	12.5%	1	20%
<b>Psicosis</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	68	82.9%	62	88.6%	30	69.8%	8	93.8%	3	60%
<i>Presumible enfermedad</i>	14	17.1%	8	11.4%	13	30.2%	1	6.2%	2	40%
<b>Trastorno Convulsivo</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	78	95.1%	67	95.7%	40	93%	8	93.8%	5	100%
<i>Presumible enfermedad</i>	4	4.9%	3	4.3%	3	7%	1.	6.2%	0	0%
<b>Alcoholismo</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	73	89%	66	94.3%	38	88.4%	7	87.5%	5	100%
<i>Presumible de enfermedad</i>	9	11%	4	5.7%	5	11.6%	2	12.5%	0	0%

De la tabla 5 se estima que el 31.9% del grupo de primaria completa experimenta mayor ansiedad, respecto de los demás grupos, además se puede observar que este mismo grupo presenta mayor sintomatología depresiva (50.7%). Asimismo este grupo de primaria completa presenta indicadores altos psicosis 25.4%. Sin embargo se puede observar que fue el grupo de estudios superiores quienes presentaron mayor sintomatología de trastorno convulsivo con un 8.9%. Finalmente el grupo de primaria completa fue quien presenta mayor dependencia al alcohol con un 13.4%.

Tabla N° 5.

*Indicadores del SRQ según grado de instrucción.*

SRQ	Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria completa		Superior completo	
	n	%	N	%	n	%	n	%
	<b>Ansiedad</b>							
<i>Ausencia de enfermedad</i>	6	71.4%	24	68.1%	75	70.3%	40	71.4%
<i>Presumible enfermedad</i>	2	28.6%	19	31.9%	30	29.7%	16	28.6%
<b>Depresión</b>								
<i>Ausencia de enfermedad</i>	6	71.4%	21	49.3%	86	79.1%	47	83.9%
<i>Presumible enfermedad</i>	2	28.6%	22	50.7%	19	20.9%	9	16.1%
<b>Psicosis</b>								
<i>Ausencia de enfermedad</i>	7	92.8%	32	74.6%	93	83%	42	75%
<i>Presumible enfermedad</i>	1	7.2%	11	25.4%	12	17%	14	25%
<b>Trastorno Convulsivo</b>								
<i>Ausencia de enfermedad</i>	8	100%	38	92.8%	104	99.5%	51	91.1%
<i>Presumible enfermedad</i>	0	0%	5	7.2%	1	0.5%	5	8.9%
<b>Alcoholismo</b>								
<i>Ausencia de enfermedad</i>	8	100%	37	86.6%	96	89.8%	51	91.1%
<i>Presumible de enfermedad</i>	0	0%	6	13.4%	9	10.2%	5	8.9%

En la tabla 6 se observa que la variable ocupación brinda una información relevante en torno a las dimensiones del SRQ, puesto que el 42.5% del grupo amas de casa presenta mayor ansiedad, asimismo se observa que el grupo de desempleados son los que experimentan mayor sintomatología depresiva con un 44.4%. Sorprendente también observar que el grupo de amas de casa también experimenta mayor sintomatología psicótica con un 26.4%. Por otro lado se verifica que el grupo de desempleados son los que más han experimentado trastorno convulsivo (22.2%). Finalmente es el grupo de trabajo independiente quienes presentan mayor dependencia hacia el alcohol (17.9%)

Tabla N° 6.

*Indicadores del SRQ según ocupación.*

SRQ	Obrero		Desem- pleado		Ama de casa		Trabajo independiente		Estudiante	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ansiedad</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	28	82.4%	6	66.7%	50	57.7%	40	71.4%	18	81.8%
<i>Presumible enfermedad</i>	6	17.6%	3	33.3%	37	42.5%	16	28.6%	4	18.2%
<b>Depresión</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	28	82.4%	5	55.6%	64	73.6%	41	73.2%	18	81.8%
<i>Presumible enfermedad</i>	6	17.6%	4	44.4%	23	26.4%	15	26.8%	4	18.2%
<b>Psicosis</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	29	85.3%	8	88.9%	64	73.6%	50	89.3%	19	86.4%
<i>Presumible enfermedad</i>	5	14.7%	1	11.1%	23	26.4%	6	10.7%	3	13.6%
<b>Trastorno Convulsivo</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	32	94.1%	7	77.8%	84	96.6%	52	92.9%	22	100%
<i>Presumible enfermedad</i>	2	5.9%	2	22.2%	3	3.4%	4	7.1%	0	0%
<b>Alcoholismo</b>										
<i>Ausencia de enfermedad</i>	29	85.3%	8	88.9%	85	97.7%	46	82.1%	20	90.9%
<i>Presumible de enfermedad</i>	5	14.7%	1	11.1%	2	2.3%	10	17.9%	2	9.1%

**1.2 Análisis de estimación de la prevalencia de la variable.**

En la tabla 7 se puede apreciar que el trastorno más prevalente de la muestra investigada, es ansiedad con un 30.7%, seguidamente se encuentra el trastorno depresivo que equivale a 23.9%. Esto indica que los trastornos más comunes y prevalentes en el hospital de Chosica es respectivamente la ansiedad y la depresión.

Tabla N° 7.

*SRQ según las dimensiones.*

	Ausencia de enfermedad		Presumible presencia de enfermedad	
	n	%	n	%
Ansiedad	151	69.3%	67	30.7%
Depresión	166	76.1%	52	23.9%
Psicosis	179	82.1%	39	17.9%
Trastorno Convulsivo	207	95.0%	11	5.0%
Alcoholismo	196	89.9%	22	10.1%

Asimismo, en la misma tabla, se puede observar que el 30.7% que representa a 67 personas presentan indicadores de presumible ansiedad, asimismo se aprecia que un 23.9% que equivale a 52 personas de la muestra, presentan presumible trastorno depresivo. También que se puede observar que el 17.9% que equivale a 39 personas de la muestra presenta presencia de presumible psicosis, además se puede apreciar que el 5% de la muestra que equivale a 11 personas que han convulsionado alguna vez en su vida, y por último se puede verificar que el 10.1% de la población encuestada que equivale a 22 personas, presentan problemas con el alcohol.

## **2. Discusión.**

En la presente tesis se investigó la prevalencia de trastornos mentales en personas de diversos niveles sociales, económicos y culturales que acuden a los diversos consultorios médicos del hospital José Agurto Tello de Chosica, sin considerar el consultorio de psicología. Para ello se utilizó una muestra de 220 personas a quienes se aplicó el cuestionario SRQ. Con esta base se planteó los objetivos generales y específicos en las que se desarrolla esta investigación.

Los trastornos mentales según la CIE-10 (2004) presenta una diversidad de diagnósticos, cada uno de ellos con sus sintomatologías particulares, sin embargo en la

presente investigación solo estamos considerando cinco trastornos que son ansiedad, depresión, psicosis, trastorno convulsivo y alcoholismo. Lo que se pudo apreciar en los resultados de las pruebas, a lo largo de toda la investigación, es que muchas personas que acudieron a consultorio médico por alguna enfermedad física, también presentaron sintomatología de algún trastorno mental.

Como respuesta a el objetivo general, se pudo encontrar que el trastorno mental más prevalente fue la ansiedad, seguido del trastorno depresivo. Esto se puede corroborar en un trabajo de investigación elaborado por Grau, Suñer, Abolí y Comas (2003) en donde se encontró que fue la ansiedad el trastorno más prevalente, y como segundo trastorno prevalente se halló a la depresión; sin embargo Balanza, Morales y Guerrero (2009) encontraron que fue la depresión el trastorno más prevalente seguido de la ansiedad.

Con respecto a la dimensión ansiedad se halló que el género femenino, caracterizado en su mayoría por ser amas de casa presentan mayores indicadores, los cuales se ven expresados por sentimiento de tensión, aburrimiento y nerviosismo; además; esto se corrobora con la investigación que realizo Valdez y Salgado (2004) en donde se encontró que son las mujeres las que llevan mayor índice de nerviosismo, tensión, angustia o ansiedad. Adicionalmente aquellos adultos con edades entre 35 y 44 años que concluyeron la primaria completa, caracterizados por ser convivientes se encuentran ubicados en esta categoría descriptiva de ansiedad. También se puede apreciar que el grupo de superior completa tiene frecuentes dolores de cabeza, duerme mal y se asusta con facilidad, lo mismo que hallaron Martínez y Sánchez (1992) en una población universitaria, en donde se encontró que el 91.9% de los estudiantes experimentaba dolores de cabeza.

En cuanto a la dimensión de depresión se encontró que el género femenino se sentía más triste y tenían más tendencia a llorar con frecuencia, respecto del género masculino;

podemos ver que Hall (2003) también encontró que las mujeres tenían el doble de tristeza comparado a los varones, asimismo se puede apreciar que el grupo de edad de 35-44 años son los que tenían mayores dificultades en su vida diaria, además de sentirse triste y tener dificultades para tomar decisiones; por otro lado se halló que en situaciones difíciles el grupo de solteros estaría dispuesto a terminar con su vida, pues presentan mayores indicadores de tristeza, mientras que los casados no llegarían a esta decisión; esto lo podemos corroborar en el trabajo de investigación que realizó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2011) en México, encontrando que el grupo de solteros es el más alto con respecto a los suicidios; asimismo Muños, Vega, Mendoza y Muños (2005) corroboran estos datos, pues en su trabajo de investigación, hallaron que el grupo de solteros es el que presenta mayores intentos de suicidios.

En cuanto a la dimensión de psicosis, las mujeres en su mayoría amas de casa, presentan tendencia a sentir mayor importancia de lo que piensan los otros, además de haber notado interferencias en su pensamiento, respecto de los varones, así lo confirman Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz y Segura (1998) quienes encontraron mayor sintomatología de trastorno en las mujeres, sin embargo el MINSAL de Chile (2013) encontró que los hombres tienen mayor probabilidad de presentar algún trastorno mental; de la misma manera, Paz et al. (1999) dice que son los hombres los que tienen mayor probabilidad de presentar algún trastorno mental. Por otro lado se observa que el grupo de edad de 35-44 años se ubica en esta característica. Otro detalle importante respecto al estado civil, es que son los viudos los que en mayor porcentaje oyen voces sin saber de dónde provienen, además los que tienen primaria completa sienten que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma.

En cuanto a la dimensión de trastorno convulsivo se encontró que son las mujeres las que presentan mayor porcentaje en haber convulsionado alguna vez en su vida, sin embargo De la Cruz, Zapata, Delgado y Mija (2014) encontraron que son los varones los que presentan mayor incidencia, a experimentar situaciones convulsivas. Además es el grupo de convivientes los que presentan mayor incidencia.

En cuanto a la dimensión de alcoholismo, son los varones entre 25 a 34 años de edad los que presentan mayor dificultad con respecto a esta dimensión, de la misma manera el Ministerio de Salud de Argentina (2011) encontró que son los varones quienes tienen mayor tendencia hacia las bebidas alcohólicas. Por otro lado la Encuesta Nacional de Adicciones ENA en México (2011) corroboró estos datos pues encontró que son los jóvenes adolescentes son los que presentan mayor consumo de alcohol, considerando pues que en dicho país el consumo en los menores de edad es aún mucho más grave que en nuestro país, por ello la diferencia en las estadísticas con respecto a los rangos de edad.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones y Recomendaciones**

#### **1. Conclusiones**

Los trastornos mentales, abarcan muchas enfermedades bien diagnosticadas las cuales se encuentran detalladas en la CIE-10. El presente estudio tuvo la intención de conocer la prevalencia de los trastornos mentales, considerados en el Cuestionario de Autoreporte de Síntomas Psiquiátricos-SRQ, para lo cual se ha llegado a las siguientes conclusiones.

De todos los trastornos mentales estudiados en el hospital José Agurto Tello de Chosica; la ansiedad es aquella con mayor prevalencia en la población estudiada; para ello se estima que del total de la muestra, el 30.7%, en su mayoría mujeres, presentan indicadores de ansiedad. Asimismo, se encontró que el 23.9% de los pacientes mostraban indicadores depresivos lo cual demuestra que la depresión es el segundo trastorno con mayor prevalencia en dicha institución clínica.

Respecto al primer objetivo específico, se encontró que la proporción de pacientes con ansiedad en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica es de 67 personas, lo cual equivale al 30.7% de la población.

Respecto al segundo objetivo específico, los resultados indican que la proporción de pacientes con depresión en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica es de 52 personas, que equivale al 23.9%.

Respecto al tercer objetivo específico, se halló que la proporción de pacientes con psicosis en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica es de 39 personas, con un porcentaje de 17.9% entre varones y mujeres.

Respecto al cuarto objetivo específico, se determinó que la proporción de pacientes con trastorno convulsivo en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica corresponde a 11 personas, con un porcentaje de 5% del total de la muestra.

Respecto al último objetivo específico, los resultados datan que la proporción de pacientes con problemas de alcoholismo en los diferentes servicios de consulta externa del hospital José Agurto Tello de Chosica es representado por el 10.1% que equivale a 22 pacientes entre hombres y mujeres.

## **2. Recomendaciones**

Se espera que los resultados obtenidos en la presente investigación sirvan para llamar la atención, y permita incrementar la toma de conciencia, acerca de la enorme necesidad que existe de abordar esta problemática, que cada vez va en aumento. A través de los diversos trabajos de investigación se puede corroborar, que casi un tercio de la población, a nivel nacional, y coincidentemente también a nivel internacional padece algún tipo de trastorno mental, lo cual es alarmante. Por lo tanto, con el objetivo de poder contribuir en la lucha contra esta problemática de salud mental, se detallan las siguientes recomendaciones, de acuerdo a las experiencias encontradas en la elaboración del presente estudio

Construir pruebas de tamizaje para trastornos mentales, adaptados al Perú. Esto involucra que dicha prueba elaborada, tenga su propio manual, y de esta manera facilitar, el trabajo a los investigadores, y puedan encontrarse datos exactos sobre el fenómeno estudiado.

A las instituciones de salud, fomentar la evaluación psicológica de tamizaje en los diversos sectores de la población, para que las personas con resultados de presumible enfermedad, se sometan a una segunda evaluación psicológica personalizada para lograr un diagnóstico más certero, y de esta manera iniciar un proceso de terapia para su recuperación.

Se recomienda a los investigadores interesados en el área, realizar una réplica con diferencias en la muestra, es decir enfocado a padres de familia, ya que en el presente estudio se encontró que muchas de las personas que se hallaron en sus resultados con presumible trastorno mental, eran padres de familia, lo cual se considera alarmante.

Una última recomendación del presente estudio, tiene que ver con la muestra equilibrada, por ello al momento de aplicar la prueba SRQ, y solicitar los datos

personales, se debe asegurar que por cada consultorio haya la misma cantidad de pacientes, y además se debe considerar una cantidad equilibrada con respecto al género en la muestra, esto se podrá verificar en la data. Esto va a permitir un resultado mucho más consistente y exacto para conseguir resultados más amplios, y que en el presente estudio no se ha considerado, por ejemplo a qué tipo de consultorio médico pertenece cada paciente.

## Referencias

- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y socio familiares asociados, *Madrid*. 20(2). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext&tlng=pt).
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. *Asian journal of social psychology*, 2 pp 21-41 Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1999AJSP.pdf>
- Barlow, D., Brown, T. y Craske, M. (1994). Definiciones de ataques de pánico y trastornos de pánico en el DSM – IV: implicaciones para la investigación. *Revista de psicología anormal*, 103, pp.553- 564.
- Bouton, M. (2001). Una perspectiva de la teoría moderna del aprendizaje sobre la etiología del trastorno de pánico. *Revista psicológica*, 108(1), pp. 4 - 32. Recuperado de:
- Carson, R. (2015). Trastorno convulsivo: adultos. *Willis-Knihgt Healt System*. Recuperado de <http://www.wkhs.com/Cancer/Education-Resources/Library.aspx?chunkid=103707>
- Cortes, M. e Iglesias, M. (2004). Generalidades sobre metodología de la investigación. Universidad Autónoma del Carmen, México. Recuperado de: [http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia\\_investigacion.pdf](http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf)
- Climent, C. (1983). *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

- Chero, E., Figueroa, D. y Luciano, R. (2004). Emergencias y desastres en el cono este de Lima: experiencias de intervención en salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5(1), pp. 57- 67.
- Chicchon, J. y Sanchez, C. (2014). *Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en lamabayaque durante el 2012* (Tesis para optar el título de: médico cirujano). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Recuperado de: [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/191/1/TL\\_ChicchonPeraltaJorge\\_SanchezMarinCesar.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/191/1/TL_ChicchonPeraltaJorge_SanchezMarinCesar.pdf)
- Chorpita, B. y Barlow, D. (1998). El desarrollo de la ansiedad: el papel de control en el ambiente temprano. *Asociación americana de psicología*.
- Cueva, G. (2005). Efectos de los eventos adversos sobre la salud mental: una aproximación, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 4(2), pp. 73-79.
- Davis, M. (1992). *The role of the amygdala in conditioned fear*. En J.P. Aggleton (Ed.), *the amygdala: Neurobiological aspects of emotion, memory, and mental disfunction*, pp. 255-305. New York: Wiley-Liss.
- De la Cruz, W., Zapata, W., Delgado, J. y Mija, L. (2014). Estado epiléptico convulsivo en adultos atendidos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas de Lima, 2011-2013. *Revista Psiquiátrica*, 77(4), pp 236-241. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972014000400006&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972014000400006&script=sci_abstract)
- Del Carmen, E. (2009). Las teorías asocionistas y cognitivas del aprendizaje: diferencias, semejanzas y puntos en común. *Revista docencia e investigación*, 19, pp. 175-191.
- Díaz, M. (2013). *Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*. Hospital clínico San Carlos. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Dirección Epidemiología (2011). Dirección de Salud IV Lima Este. Análisis de Situación de Salud DISA IV.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2012). Encuesta nacional de adicciones ENA 2011: Reporte de alcohol. México. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_ALCOHOL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf)

Eysenck, H. (2006). *The biological basis of personality*. EEUU. New Jersey: Transaction publishers.

Flores, M. (2011). Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Artículo de revisión Instituto nacional de peritonología Isidro Espinoza de los Reyes*, 147 pp. 33-37 México. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm111e.pdf>

Gallardo, G., Jimenez, M., Gonzales, A. y Villaseñor, T. (2013). La distimia como entidad nosológica, algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. *Revista Mexicana de Neurociencias*. 14(4) pp. 215-222  
Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/articulo/la-distimia-como-entidad-nosologica-algunas-consideraciones-clinicas-epidemiologicas-etilogicas-de-utilidad-diagnostica/>

García, J., Domínguez, M. y Fernández, V. (2014). La no organización de la subjetividad en la psicosis. *Bibliopsiquis*, 15. El repositorio de documentos electrónicos de psiquiatría.com, recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6232>

García, J. (2010). *Psicoanálisis multifamiliar en el proceso terapéutico del paciente psicótico*. Departamento de investigaciones, Universidad de Belgrano. Argentina. 427.

- Gómez, D. (2010). Proyecto: Familia con trato digno. Intervención integral en salud mental, Tamizaje de Salud mental, Departamento de Antioquia.
- Gonzales, J. (2006). *Alucinaciones auditivas en pacientes psicóticos: Características, fenomenologías y correlatos biológicos*. Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10026/gonzalez.pdf.txt?sequence=2>
- Guardia, J., Jiménez, M., Pascual, P., Flores, G. y Contel, M. (2007). *Guía clínica basada en la evidencia científica SOCIDROGALCOHOL*. Segunda edición. España. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Alcoholismo-Guias-clinicas-basadas-en-evidencia.pdf>
- Guzmán, F., Pedrao, L., Rodriguez, L. Lopez, K. y Esparza, S. (2007). Trastornos por consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles en México, *Revista de enfermería*, 11(4), pp. 611-618. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400009&script=sci_arttext)
- Graske, M. (1996). Trastorno por pánico. Manual de terapia cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Siglo XXI. En V.E.Caballo.
- Grau, A., Suñer, R., Abuli, P. y Comas, P. (2003). Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. 120(10) pp. 370-375. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303737075>.
- Gray, J. y McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety: Reprise, in D.A. Hope. *Perspectives on anxiety, panic and fear*. Nebraska: University of Nebraska Press. pp. 61–134.

- Hall, V. (2003). *Depresión: Fisiopatología y tratamiento*. Costa Rica: Centro nacional de información de medicamentos. Recuperado de: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
- Henry, J., Green, M. J., Restuccia, C., De Lucia, A., Rendell, P., McDonald, S. y Grisham, J. (2002). La desregulación Emoción y esquizotipia. *Investigación psiquiátrica*, 166 (2 y 3), pp. 116 – 124. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178108000115>
- Heim, C. y Nemeroff, C. (1999). The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biol Psychiatry*, 46(1) 1509-1522. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322399002243>
- Heerlein, A., Gabler, G., Chaparro, C., Kraus, A., Richter, P. y Berkau, C. (2000). Comparación psicométrica transcultural de la depresión mayor entre Chile y Alemania. *Rev. méd. Chile*, 128(6), pp.613-618. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000000600007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000600007)
- Hospital “José Agurto Tello de Chosica” (2011). Análisis de Situación de Salud. Lima. Unidad de Epidemiología.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio epidemiológico metropolitano de salud mental, informe general*. XVIII, (1 y 2), Perú.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2011). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. Recuperado de: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf)

- Izquierdo, M. (2002). *Intoxicación alcohólica aguda*. España: Unidad de alcoholismo, hospital psiquiátrico.
- Josue, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I. y Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de medicina militar*, 35(3), Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000300009&script=sci_arttext)
- Kendler, K. (1997). *Estudio sobre la dependencia de alcohol*. Virginia: Instituto de psiquiatría y genética del comportamiento.
- Kohlberg, L. (1981). *La filosofía del desarrollo moral. Etapas morales y la idea de la justicia*. San Francisco, CA: Harper & Row Pubs.ÑLLKÑ
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida J, Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*, 18(4/5), pp.229–40. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892005000900002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900002)
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: the mysterious underpinnings of emotional life*. Nueva York: Simon & Schuster Paperbacks.
- Liddell, H. (1949). Más allá de los límites: Liddell, las neurosis experimentales y el psicoanálisis. *Revista de historia de la psicología, publicaciones de la Universidad de Valencia*, 30(2-3), pp. 365-372. Recuperado de: [file:///C:/Users/pc13/Downloads/Dialnet-MasAllaDeLosLimites-3043435%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/pc13/Downloads/Dialnet-MasAllaDeLosLimites-3043435%20(2).pdf)
- Martinez, F. y Sanchez, A. (1992). Prevalencia de cefaleas en una población universitaria. *Rev San Hig Pub*, 66(5-6), España. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdr om/VOL66/66\\_5\\_313.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr om/VOL66/66_5_313.pdf)

- McGuffin, P. y Reich, T. (1984). *Psicopatología y genética. Manual completo*. Nueva York: Plenum Press.
- Mineka, S. (1985). *Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations*. (In A. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* pp. 199—244.
- Mineka, S. y Zinbarg, R. (1996). Conditioning and ethological models of anxiety disorders: stress-in-dynamic-context anxiety models, *43*, pp. 135–211, Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Ministerio de Salud. (2008). *Guía de Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención*. Lima: Grafica industrial Alarcón S.R.L. Recuperado de: <http://redperifericaaqp.gob.pe/normas/rm%20750-2008%20minsa%20-%20guia%20practica%20clinica%20para%20el%20diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20la%20psicosis%20en%20el%201er%20y%202do%20nivel%20de%20atencion.pdf?boxtype=pdf&g=false&s=false&s2=false&r=wide>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía práctica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf)
- Ministerio de sanidad y Política Social. (2009). *Guía de intervención clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf)
- Ministerio de Salud. (2011). *Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina. Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud mental y adicciones 4*. Recuperado de:

<http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>

Ministerio de Salud. MINSAL. (2008). Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría.

Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas, Dirección de salud mental. p56.

Ministerio de Salud. MINSAL. (2002). Lineamientos para la acción en salud mental, Documento de trabajo. Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental.

Ministerio de Salud. MINSAL (2009). Guía clínica epilepsia en el adulto. Series guías clínicas. Chile.

Ministerio de Salud. MINSAL. (2009). Guía clínica para personas desde el primer episodio de esquizofrenia. Series guías clínicas. Chile. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf>

Ministerio de Salud. MINSAL. (2013). Guía clínica AUGÉ. Depresión en personas de quince años y más. Serie de guías clínicas, Chile: ISBN. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Minobe K., Perales A., Sogi C., Warthon D., Llanos R., Sato T. (1990) Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental*, 6(1-2), pp 9–20. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=666413&indexSearch=ID&lang=p>

Moreno, A., López, S. y Corcho, A. (2000). Principales medidas en epidemiología. Universidad Autónoma de México. *Salud pública de México*, 42(4). Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/bibliotecav/epibasica%20spm.pdf>

Moreno, J. (2009). Historia de las teorías evolutivas. Estudio sobre comportamiento animal. Departamento de ecología evolutiva, museo nacional de ciencias naturales. 2. España.

Recuperado de: [http://www.sesbe.org/sites/sesbe.org/files/recursos-sesbe/Historias\\_TE.pdf](http://www.sesbe.org/sites/sesbe.org/files/recursos-sesbe/Historias_TE.pdf)

Muños, J., Vega, J., Mendoza, C., Muños, H. (2005). Suicidio e intento de suicidio por salto desde la altura en el puente Villena. *Rev. de Neuro-Psiquiat.* 68 pp.3-4, Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro\\_psiquiatria/v68\\_n3-4/pdf/a03.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v68_n3-4/pdf/a03.pdf)

Olivares, J. (1995). Aspectos neurobiológicos de la anhedonia. *Psiquiatría biológica*, 2 (1). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/neuropsiquiatria/aspectos-neurobiologicos-de-la-anhedonia/>

Olivos, P. (2009). La mente delirante. Psicopatología del delirio. *Revista Chilena Neuropsiquiátrica*. 47 (1) pp. 67-85. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272009000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272009000100008&script=sci_arttext)

Organización Mundial de la Salud OMS (2006) Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. El contenido de la legislación de salud mental, cap 2. Suiza

Organización Panamericana de la Salud. OPS (2005). Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. *Publicación Científica y técnica*, 601. Washington.

Ortega, F., Ferrero, T., Bujan, A., Pereiro, C. y Miguel, D. (2012). Alcohol y trastornos psicóticos: Alucinosis alcohólica. XXXIX jornada nacional SOCIDROGALCOHOL. España. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol2012.org/documentos/posteres/poster7.pdf>

Ortiz de Zarate, A., Alonso, I., Ubis, A. y Ruiz de Asua, A. (2010). Trastorno mental grave de larga evolución. Guías de cuidados de enfermería en salud mental, 2, p5. España.

Paz, A., Moneada, L., Sosa, C., Romero, G., Murcia, H. y Reyes, A. (1999). Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de villa nueva, región metropolitana. *Universidad nacional autónoma de Honduras. rev med post unah*, 4(1), pp 74 – 85.

- Peck R. (1968). Psychological developments in the second half of life. En B.L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pérez, C. (2008). Situación actual de la salud mental en el Perú, estadísticas. *Salud mental en latinoamerica*. Universidad Santo Tomas, Chile.
- Piazza, M. y Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(1). Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342014000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342014000100005&script=sci_arttext)
- Rajmil,L.,Gisper, R., Roset, M., Muños, P. y Segura, A. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria*, 12, pp153 – 159. España.
- Reinfeld, B. y Rojas, T. (2005). Reflexiones sobre la apatía. *Archivos Venezolanos de psiquiatría y neurología*. 51(105) pp. 19-25. Recuperado de: <http://www.svp.org.ve/images/articulo3n105.pdf>
- Roejtenberg, S. (2005): “*Psiquiatría*”. Segunda Edición. Editorial Manual Moderno-OPS. Washington.
- Saravia, M. (2010). *Depresión y suicidio en escolares de Lima metropolitana*. Lima: Instituto Gestalt.
- Sistema Nacional de Salud. (2009). *Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo*. México: Centro nacional de excelencia tecnológica en salud, CENETEC. Recuperado de: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161\\_GPC\\_TRASTORNO\\_DEPRESIVO/Imss\\_161ER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf)

- Shye, D. (1996). *Autocuidados en salud mental. División de promoción de protección de la salud programa de estilos de vida saludables y salud mental*. Washington: Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud.
- Skinner, B. (1974). *Sobre el conductismo*. Nueva York, libros antiguos.
- Tapia, J. (1994). Medidas de prevalencia y relación incidencia- prevalencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud. OPS. Programa de publicaciones, p216. Recuperado de: <http://www.salud.sanluis.gov.ar/saludweb/Contenido/Pagina284/File/Tapia%20-%20Medidas%20de%20prevalencia.pdf>
- Taype, A., Lajo, Y.y Huamani, Ch. (2012). Producción científica peruana sobre trastornos mentales, en *SciELO – Peru*, 23 (3). Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000300005&script=sci_arttext)
- Valdez, R. Salgado, N. (2004). ESP, una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. *Salud Mental*, 27(4), pp. 55-62 *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=997502>
- Velásquez, A. (2008). MINSA. Carga de enfermedad y lesiones en el Perú, Mortalidad, incidencias, prevalencias, duración de la enfermedad, discapacidad y años de vida saludables perdidas. p 116.
- Vicente,B., Rioseco, P., Saldivia, S.,Kohn, R. y Torres, S. (2005). América Latina y la investigación en salud Mental. Departamento de psiquiatría y salud mental, facultad de medicina de la universidad de Concepción, Chile. *Revista Gaceta Universitaria*, 1, pp 75 – 79.

Virgen, R., Lara, A., Morales, G., Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11). Recuperado de:

[http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov\\_art109.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf)

White, E. (1885). *Mente carácter y personalidad*. Pautas para la salud mental y espiritual. Argentina: ACES.

## Anexo 1

### CUESTIONARIO DE AUTORREPORTE DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS PARA ADULTOS (SRQ)

Nombre: ..... Edad: ..... Sexo: F..... M.....  
Estado civil: ..... Escolaridad: ..... Ocupación: .....Teléfono.....

A continuación encontrará una lista de molestias que Ud. puede haber sentido o no. En caso de haber sentido la molestia descrita, marque una “x” en la casilla correspondiente a “sí”, de lo contrario marque una “x” en la casilla correspondiente a “no”.

	SI	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?	( )	( )
2. ¿Tiene mal apetito?	( )	( )
3. ¿Duerme mal?	( )	( )
4. ¿Se asuste con facilidad?	( )	( )
5. ¿Sufre de temblor en las manos?	( )	( )
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?	( )	( )
7. ¿Sufre de mala digestión?	( )	( )
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	( )	( )
9. ¿Se siente triste?	( )	( )
10. ¿Llora con mucha frecuencia?	( )	( )
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	( )	( )
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	( )	( )
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	( )	( )
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida?	( )	( )
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	( )	( )
16. ¿Se siente aburrido?	( )	( )
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	( )	( )
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	( )	( )
19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	( )	( )
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	( )	( )
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	( )	( )
22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	( )	( )
23. ¿Ha tenido convulsiones ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?	( )	( )
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?	( )	( )
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	( )	( )
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo o centro de estudios o faltar a ellos?	( )	( )
27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	( )	( )
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	( )	( )

## Anexo 2

En la tabla 1 se aprecia que las dimensiones del cuestionario SRQ presentan un Alpha de Cronbach adecuado (ansiedad ,672; depresión ,770; psicosis ,389 y alcoholismo ,810) por lo cual se estima que el instrumento es confiable, puesto que el resultado total de cuestionario reporta ,836.

Tabla N°1.

*Coficiente Alpha de Cronbach para las dimensiones de la escala SRQ*

Dimensiones	n° de ítems	alpha
Ansiedad	7	,672
Depresión	11	,770
Psicosis	4	,389
Alcoholismo	5	,810
Síntomas de trastornos psiquiátricos SRQ	28	,836