

Cómo citar este artículo:

Rivas Huaman, R. G. (2020). Trastornos mentales en pacientes de consultorios externos de medicina del Hospital "Jose Agurto Tello. *MLS Psychology Research* 3 (2), 27-42. doi: 10.33000/mlspr.v3i1.516

TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO"

Rolly Guillermo Rivas Huaman

Ministerio de la Mujer (Perú)

guillermorivash500@gmail.com · <http://orcid.org/0000-0003-3635-0371>

Resumen. Muchas personas visitan regularmente al médico por presentar alguna dificultad o dolencia física, y casi nunca visitan al psicólogo. La presente investigación tuvo como objetivo conocer el porcentaje de la población que además de presentar dolencias físicas también presentan síntomas de trastornos mentales, y sin embargo, no buscan apoyo psicológico. Se diseñó un estudio descriptivo no experimental transversal, con una muestra de 220 pacientes de consultorios externos de medicina, en donde se consideró solo a personas mayores de 18 años. El instrumento utilizado fue el Self-Reporting Questionnaire, (SRQ) diseñado por la OMS, validado y fomentado por la Organización Panamericana de la salud OPS y además también aplicado por el Ministerio de salud de Perú (2009). En los resultados se halló que el 30% presentan síntomas de ansiedad, el 23.9% presentó síntomas depresivos, el 17.9% presento síntomas psicóticos, el 5% tuvo experiencias convulsivas y por último el 10.1% presenta problemas con el alcoholismo. Se evidencia que las mujeres presentan supremacía sintomática salvo en el trastorno de alcoholismo, donde los hombres obtienen mayor porcentaje sintomático. Se concluye que muchas personas que presentan dolencias o dificultades físicas, también pueden presentar síntomas de trastorno mental, por lo tanto también requieren de atención psicológica.

Palabras clave: Ansiedad, depresion, psicosis, trastorno convulsivo, alcoholismo.

MENTAL DISORDERS IN PATIENTS OF EXTERNAL DOCTOR'S OFFICES OF MEDICINE OF THE HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO"

Abstract. Many people visit the doctor regularly for presenting some difficulty or physical ailment, and almost never visit the psychologist. The objective of this research was to determine the percentage of the population that, in addition to presenting physical ailments, also presents symptoms of mental disorders, and yet does not seek psychological support. A descriptive non-experimental cross-sectional study was designed, with a sample of 220 patients from outpatient medical offices, where only people over 18 years of age were considered. The instrument used was the Self-Reporting Questionnaire (SRQ) designed by the WHO, validated and promoted by the Pan American Health Organization PAHO and also applied by the Ministry of Health of Peru (2009). The results found that 30% had anxiety symptoms, 23.9% had depressive symptoms, 17.9% had psychotic

symptoms, 5% had seizure experiences and lastly 10.1% had problems with alcoholism. It is evident that women show symptomatic supremacy except in alcoholism disorder, where men obtain a higher percentage of symptoms. It is concluded that many people who present ailments or physical difficulties can also present symptoms of mental disorder, therefore they also require psychological attention.

Key words: Anxiety, depression, psychosis, disorder convulsive, alcoholismo

Introducción

Los trastornos mentales o psicológicos se van convirtiendo cada vez más, en un problema serio. 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% corresponde 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 en aumento. La Organización mundial de la salud, ya para el año (2013) manifestó que solamente la depresión significa el 4.1% de la carga mundial de morbilidad. Esto indica que, sumando los demás trastornos como ansiedad, psicosis, alcoholismo, etc, el porcentaje sería mucho mayor.

Por otro lado, el tema se complica aún más si se considera que muchas personas padecen trastornos mentales y sin embargo no lo consideran así, pues desconocen los síntomas del trastorno, o en todo caso se resisten a recibir ayuda profesional psicológica (Díaz – Cruz, Bethencourt y Peñate, 2004). Estoy de acuerdo con la reflexión de Nizama-Valladolid (2015) quien argumenta que vivimos en una sociedad con individualismo extremo, anomia familiar, corrupción y violencia social, que terminan afectando a la población, generando así el riesgo de adquirir alteraciones en salud mental o incluso empeorar los trastornos que ya padecen. Nizama-Valladolid continúa con su reflexión y afirma que, el origen de los trastornos mentales puede ser multifactorial, es decir comprende desde alteraciones en el genoma hasta disfunciones sociales interactuando estas entre sí. Asimismo, esta situación se ve mal influenciada por los medios de comunicación que promueven el hedonismo, el desenfreno y la conectividad compulsiva

Trastornos mentales

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, encontramos a Taipe, Lajo y Huamani (2012) quienes 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. Por otro lado, 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. El Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) refiere que los trastornos mentales significan un tiempo de duración prolongada, al mismo tiempo que generan discapacidad y disfunción social y que deben ser atendidos por los recursos de atención psiquiátrica y social. Para complementar la idea encontramos a Jiménez (2000) quien realizó una reseña bibliográfica sobre el tema, y menciona que a los trastornos mentales podemos diferenciarlos por grupos, teniendo así, trastornos mentales orgánicos, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, disfunciones sexuales, trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes, trastornos mentales psicóticos no orgánicos, trastorno por consumo de sustancias psicótropas (consumo de alcohol) y los trastornos afectivos. En el presente estudio nos enfocamos en los tres últimos grupos de trastornos mentales mencionados, cuyos síntomas están considerados en el instrumento SRQ que se utilizó en la presente investigación.

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.

Siguiendo en la misma línea, desde hace unas 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%. Encontramos también a Saravia (2010) director del Instituto Gestalt de Lima, quien afirma que ocho de cada diez casos de suicidios podrían evitarse si fueran detectados a tiempo. Es evidente que el sistema de salud actual aún no está preparado para afrontar la demanda de atención con respecto al área mental que cada día va en aumento. 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.

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% presento 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.

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 aplico el cuestionario SRQ, en los resultados se encontró una población afectada 64% con algún trastorno mental, como ansiedad y depresión.

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.

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”.

Definición de términos

Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez (2006) afirman que la 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.

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.

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.

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.

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.

Por otro lado, Guzmán et al (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.

Método

Diseño

El presente trabajo de investigación es un estudio de carácter descriptivo, y tiene un diseño no experimental, transversal.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 220 pacientes ambulatorios de consultorios externos del Hospital "José Agurto Tello". Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, que se caracteriza por ser una técnica de muestreo donde los elementos son elegidos a juicio del investigador. Siendo excluidos las personas menores de 18 años y mayores de 65 años, también fueron excluidas las personas incapacitadas para manifestar sintomatología, tampoco fueron consideradas las personas que acudieron a otros servicios del

hospital. En cuanto a las características de los participantes, la tabla 1 muestra las particularidades, encontrándose que 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 estudios de 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%).

Instrumento

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 (2005). 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). 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”.

Procedimiento

La administración del cuestionario SRQ se realizó de manera presencial e individual. Durante dos meses y medio, todas las mañanas, se aplicó el instrumento por los pasillos de consultorios médicos del hospital “José Agurto Tello”. Al inicio se le indicaba a cada persona en qué consistía el cuestionario. La gran mayoría de pacientes ambulatorios accedió, salvo en algunas excepciones en donde mostraron su negativa a responder el cuestionario. El tiempo utilizado de cada persona en responder a la encuesta fue de 15 minutos aproximadamente. Estuve cerca de cada persona participante para asegurarme de que entiendan bien cada ítem y pudieran dar una respuesta real a sus síntomas. Una vez recolectada la información con el instrumento, los datos fueron procesados en SPSS para Windows versión 22.0, y previamente se contó con el apoyo del programa *Microsoft Excel 2010*.

Resultados

Como primer resultado se encontró 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 los pacientes ambulatorios es respectivamente la ansiedad y la depresión.

Tabla 1

Items del SRQ según las dimensiones

SRQ	Ausencia de enfermedad		Presumible presencia de enfermedad	
	n	%	n	%
Ansiedad	151	69%	67	30.7%
Depresión	166	76%	52	23.9%
Psicosis	179	82%	39	17.9%
Trastorno Convulsivo	207	95%	11	5.0%
Alcoholismo	196	89%	22	10.1%

Como segundo resultado 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 83.3% de los varones indican ausencia de síntomas depresivos. El 22.5% de las mujeres son propensas a presentar psicosis, mientras que los hombres (7.6%). Asimismo el sexo femenino tuvo mayor experiencia en trastorno convulsivo (6%) respecto de los varones (3%); en contraste con alcoholismo, donde los varones (22.7%) presentan indicadores mayores que las mujeres (4.6%).

Tabla 2
Indicadores del SRQ según género

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

Como tercer resultado 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 3

Indicadores del SRQ según rango de edad

SRQ	18-24		25-34		35-44		45-54		55-más	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ansiedad										
Ausencia de enfermedad	31	70.5%	40	70.2%	24	63.2%	28	70%	23	67.6%
Presumible enfermedad	13	29.5%	17	29.8%	14	36.8%	12	30%	11	32.4%
Depresión										
Ausencia de enfermedad	32	72.7%	41	71.9%	31	81.6%	34	85%	23	67.6%
Presumible enfermedad	12	27.3%	16	28.1%	7	18.4%	6	15%	11	32.4%
Psicosis										
Ausencia de enfermedad	36	81.8%	45	78.9%	29	76.3%	35	87.5%	29	85.3%
Presumible enfermedad	8	18.2%	12	21.1%	9	23.7%	5	12.5%	5	14.7%
Trastorno Convulsivo										
Ausencia de enfermedad	44	100%	52	91.2%	35	92.1%	39	97.5%	32	94.1%
Presumible enfermedad	0	0%	5	8.8%	3	7.9%	1	2.5%	2	5.9%
Alcoholismo										
Ausencia de enfermedad	42	95.5%	49	86%	36	94.7%	35	87.5%	31	91.2%
Presumible de enfermedad	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 convivientes con un 37.2%, 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 separados quienes presentan mayor experiencia en trastorno convulsivo con un 6.2%, y es este mismo grupo quien presenta mayor dependencia a las bebidas alcohólicas (12.5%).

Tabla 4
Indicadores del SRQ según estado civil

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

En el último resultado encontrado 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 5

Indicadores del SRQ según grado de instrucción

SRQ	Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria completa		Superior completo	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Ansiedad								
<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%
Depresión								
<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%
Psicosis								
<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%
Trastorno Convulsivo								
<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%
Alcoholismo								
<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%

Discusión

Como respuesta a el objetivo general planteado a inicio de la investigación, 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 encontraron que fue la ansiedad el trastorno más prevalente, seguido por la depresión; sin embargo, con una variación, pero a la vez muy similar, Balanza, Morales y Guerrero (2009) encontraron que fue la depresión el trastorno más prevalente seguido de la ansiedad.

De acuerdo con los resultados encontrados, en cuanto a la dimensión ansiedad se halló que el género femenino, caracterizado en su mayoría por ser amas de casa presentan indicadores propios de ansiedad, los cuales se ven expresados por sentimiento de tensión,

aburrimiento y nerviosismo; además; esto se corrobora con la investigación que realizó 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, mientras que el grupo de solteros tiene el porcentaje alto, respecto a los demás grupos de estado civil, de sentirse triste; asimismo son los solteros los que presentan mayor porcentaje en querer acabar con su vida, esto indica que en situaciones difíciles el grupo de solteros estaría dispuesto a terminar con su vida, 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) encontraron 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 este trastorno en las mujeres, sin embargo, en contraste el MINSAL de Chile 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 los que presentan mayor consumo de alcohol, considerando 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.

Conclusiones

Se espera que los resultados obtenidos en la presente investigación permitan incrementar la toma de conciencia, acerca de la necesidad de complementar la atención en medicina con la atención psicológica. La relación de estas dos disciplinas podría estar sustentada por dos factores: primero, que un trastorno mental podría generar una dolencia o enfermedad física, y segundo, que una determinada dolencia física pueda generar un trastorno mental. En el presente estudio empírico y además en 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. Segundo, que a la luz de las investigaciones realizadas, se hace necesario implementar en las instituciones de salud la evaluación psicológica de tamizaje, de forma sistemática, en los diversos sectores de la población, para que las personas con resultados de presumible enfermedad mental, se sometan a una segunda evaluación psicológica personalizada, para lograr un diagnóstico más certero, y de esta manera iniciar un proceso de terapia psicológica para su recuperación. Una última conclusión que despierta nuestro interés para una siguiente investigación, es que, sumando los grupos de casados, convivientes, separados y viudos encontramos que un 18% presenta síntomas de trastorno mental y además también son padres de familia, lo cual nos indica que también se deben realizar pruebas de tamizaje de trastornos mentales a los padres de familia en general, y darles el tratamiento oportuno si fuera necesario, para salvaguardar la salud mental y emocional de los niños.

Referencias

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vásquez, C. (2006) Depresión. Guías clínicas. Retrieved from <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- 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). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext&tlng=pt.
- 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), 57- 67.
- 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), 236-241. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972014000400006&script=sci_abstract
- Díaz-Cruz, Francisco, & Bethencourt Pérez, Juan M., & Peñate Castro, Wenceslao (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90),21-39. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019660003>
- Díaz, M. (2013). *Afrontando la esquizofrenia. Guía para pacientes y familiares*. Hospital clínico San Carlos. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Encuestas Nacional de Adicciones ENA (2011) Metodología y consideraciones sobre el análisis de tendencias. México. Retrieved from https://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA_Metodologia_04Nov2012.pdf

- 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 peritonalogia Isidro Espinoza de los Reyes*, 147, 33-37. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm1111e.pdf>
- Guardia, J., Jiménez, M., Pascual, P., Flores, G. y Contel, M. (2007). *Guía clínica basada en la evidencia científica SOCIDROGALCOHOL*. Segunda edición. España. Retrieved from <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), 611-618. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400009&script=sci_arttext
- 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)*, 370-375. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303737075>.
- Hall, V. (2003). *Depresión: Fisiopatología y tratamiento*. Costa Rica: Centro nacional de información de medicamentos. Retrieved from <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2002). *Estudio epidemiológico metropolitano de salud mental, informe general*. Anales de Salud Mental XVIII, (1 y 2), Perú. Retrieved from <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2009) Estudio epidemiológico de la salud mental en la selva rural. *Anales de Salud Mental XXVIII, suplemento 2*. Retrieved from <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2011). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011*. Retrieved from http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf
- Jiménez Herrero, F. (2000) Bibliografía Geriátrica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35(1), 59 – 60. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-bibliografia-geriatria-13006146>
- 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), 229–40. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900002
- Martínez, F. y Sánchez, A. (1992). Prevalencia de cefaleas en una población universitaria. *Rev San Hig Pub*, 66(5-6), España. Retrieved from http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr/VOL66/66_5_313.pdf

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía práctica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid. Retrieved from 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. Retrieved from 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. Retrieved from <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf>
- Ministerio de Salud. MINSAL (2009). Guía clínica epilepsia en el adulto. Series guías clínicas. Chile.
- Ministerio de Salud. MINSAL. (2013). Guía clínica AUGÉ. Depresión en personas de quince años y más. Serie de guías clínicas, Chile. Retrieved from <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. Retrieved from <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). Retrieved from <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/bibliotecav/epibasica%20spm.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, 3-4, Retrieved from http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v68_n3-4/pdf/a03.pdf
- Nizama-Valladolid, M. (2015) Sociedad enferma. *Revista IIPSI*. 18(1). <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11785/10541>
- 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 Mundial de la Salud OMS (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=721BCAE4C1EC80C4938112317050C6CF?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud. OPS (2005). Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. *Publicación Científica y técnica*, 601. Washington.
- 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), 74 – 85.
- Pérez, C. (2008). Situación actual de la salud mental en el Perú, estadísticas. Salud mental en Latinoamérica. Universidad Santo Tomas, Chile.

- Puertas, G., Ríos, C., & del Valle, H. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324-330. Retrieved from https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rrps/v20n5/05.pdf
- 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, 153 – 159.
- Saravia, M. (2010). *Depresión y suicidio en escolares de Lima metropolitana*. Lima: Instituto Gestalt.
- Tapia, J. (1994). Medidas de prevalencia y relación incidencia- prevalencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud. OPS. Programa de publicaciones, p216. Retrieved from <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. *SciELO – Peru*, 23 (3). Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2012000300005&script=sci_artext
- 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. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=997502>
- 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, 75 – 79.

Fecha de envío: 27/07/2020

Fecha de revisión: 29/09/2020

Fecha de aceptación: 15/11/2020