

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Presentado por la Bachiller:

MERYHELEN ALISSON TORRES VARGAS

Para obtener el título profesional de:

Médico Cirujano

AREQUIPA – PERÚ

2013

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi padre Donato

Sé que siempre estás conmigo “meu papai”.

Gracias por cuidarme, por ser mi guía, mi horizonte, mi amigo y mi mejor consejero, y sobretodo por darme la oportunidad de ser tu hija.

A mi madre Mary

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos Randolph y Jordania

Por estar siempre conmigo dándome su ayuda, protección y su amor fraternal.

A mis familiares.

A mis tíos Felipe, Amparo, Luz y a mis primos Darwin, Yummy, Krysthel y Mery Ann por su cariño y apoyo.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales, ya que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

¡Gracias a Todos!

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I. MATERIAL Y MÉTODOS	9
CAPITULO II. RESULTADOS.....	13
CAPITULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	38
CAPITULO IV. CONCLUSIONES.....	49
CAPITULO V. RECOMENDACIONES	51
CAPITULO VI. BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS:	
Anexo 1. Proyecto de Tesis	59
Anexo 2. Consentimiento para participar en el Estudio.....	152
Anexo 3. Matriz de Datos.....	153

RESUMEN

El estudiante de medicina está sometido a numerosas fuentes de estrés que lo hacen más susceptible a sufrir una gran variedad de trastornos mentales. Todo ello ha sido tema de múltiples estudios. La MINI (M: Mini I: International N: Neuropsychiatric I: Interview) en formato escrito tiene 15 módulos que exploran los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV.

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos (orientación diagnóstica), en internos de medicina y médicos residentes de Arequipa en el año 2013, utilizando el MINI en base al CIE-10; así como también realizar una comparación entre ambos.

Para ello, se aplicó el MINI a 148 internos de medicina y a 81 médicos residentes de los diferentes hospitales de Arequipa, durante los meses de enero y febrero del 2013.

Encontrándose que la frecuencia de presentación de síntomas de trastornos mentales en internos de medicina (51.35%) fue similar a la de los médicos residentes (48.03%) Siendo los síntomas más frecuente de: un EDM, representando el 27.95% del total; seguido de un TAG con un 23.14%, siendo esta sintomatología mayor en los internos de medicina (29.73%), frente a los médicos residentes (11.11%).

En conclusión, las altas cifras encontradas sugieren un problema grave de salud mental en los internos de medicina y en los médicos residentes; por lo que se recomienda que en otros niveles universitarios, institutos y ambiente laboral hospitalario de la población entre los 20 y 35 años sea estudiada para confirmar este informe preliminar.

PALABRAS CLAVE: MINI, trastornos psiquiátricos, internos de medicina, médicos residentes.

ABSTRACT

The medical student is exposed to many sources of stress that make him more susceptible to suffer different mental disorders. All this has been purpose of different studies. The MINI (M: Mini I: International N: Neuropsychiatric I: Interview) in the written format has 15 modules that explore the main psychiatric disorders of the IDC - 10 and DSM-IV.

The objective of this study was to determine the frequency of presentation of symptoms of psychiatric disorders (diagnostic orientation), in interns of medicine and medical residents of Arequipa in 2013, using the MINI on the basis of the ICD-10; as well as perform a comparison between them.

For this, the MINI was applied in 148 Interns of Medicine and 81 medical residents of the different hospitals of the city of Arequipa during the months of January and February 2013.

The frequency of submission of symptoms of mental disorders in internal medicine (51.35 %) was similar to that found in resident physicians (48.03 implies %). The most frequent symptoms were: an EDM, representing 27.95 % of the total, followed by a tag with a 23.14 %, still is greater in the symptomatology of internal medicine (29.73 %), compared to medical residents (11.11 %).

In conclusion, data suggest a serious problem of mental disorders in young people. We recommend studying the population between 20 to 35 years old to confirm this preliminary report.

KEY WORDS: MINI, psychiatric disorders, interns of medicine, medical residents

INTRODUCCIÓN

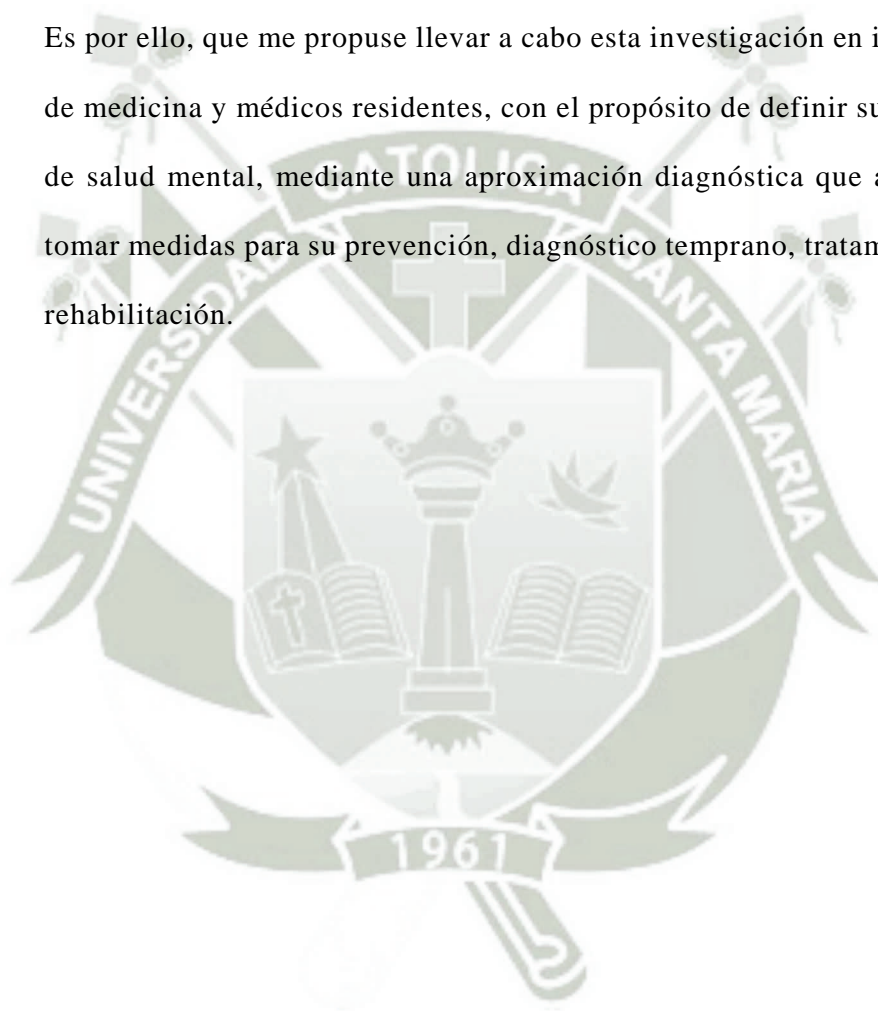
Durante los últimos años se han incrementado los padecimientos mentales en la población general, en especial en los estudiantes de medicina que presentan sintomatología psiquiátrica durante su entrenamiento profesional, en virtud de que durante este tiempo tendrán que aprender a enfrentar y a ejecutar nuevas actividades poco comunes en su práctica cotidiana.

Por ejemplo, la depresión, es una enfermedad común durante el entrenamiento de los estudiantes de medicina. La tasa de la depresión clínica entre los Internos ha sido reportada entre el 27% y el 30% y un 25% de ellos han referido ideación suicida. La mayoría de los estudios citan que la tasa de suicidio entre médicos se sitúa del 28 al 40 por 100,000 mientras que en la población general es del 12.3 por 100,000. En 1975, Everson y Fraument, determinaron que una de las principales causas de muerte en estudiantes de medicina y médicos jóvenes era el suicidio, estudios más recientes llevados a cabo por Samkoff y colaboradores determinaron que el 26% de los fallecimientos de médicos jóvenes fue causado por suicidio.

Conocedora entonces del estrés psico - socio - académico y la cercanía del estudiante con el paciente, su enfermedad y su dolencia, estoy convencida que la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en los Internos de Medicina y de los Médicos Residentes debe ser mayor que en la población general.

En este sentido, existen entrevistas psiquiátricas estructuradas basadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades-10ma. Edición (CIE-10); como la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), que es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento.

Es por ello, que me propuse llevar a cabo esta investigación en internos de medicina y médicos residentes, con el propósito de definir su estado de salud mental, mediante una aproximación diagnóstica que ayude a tomar medidas para su prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación.



LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO FUERON:

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 (orientación diagnóstica), en internos de medicina y en médicos residentes de Arequipa en el año 2013, utilizando el MINI en base al CIE-10; así como también realizar una comparación entre ambos.

Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 en los internos de medicina.
2. Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 en los médicos residentes
3. Comparar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 entre internos de medicina y médicos residentes.



MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo corresponde a una investigación: De campo, Transversal, No experimental, Exploratoria, Tipo: Descriptiva.

POBLACIÓN:

Conformada por los internos de medicina y médicos residentes del departamento de Arequipa 2013.

MUESTRA:

Se consideró al total de internos de medicina y médicos residentes del HMR-A, HRHDE, Hospital Goyeneche.

HOSPITAL	NUMERO TOTAL DE INTERNOS	NUMERO DE PARTICIPANTES
*HMR-A	20	20
Hospital Goyeneche	52	48
**HRHDE	84	80
TOTAL	156	148

*HMR-A: Hospital Militar

**HRDE: Honorio Delgado Espinoza

HOSPITAL	NUMERO TOTAL DE MÉDICOS RESIDENTES	NUMERO DE PARTICIPANTES
Hospital	40	35
*HRHDE	50	46
TOTAL	90	81

*HRDE: Honorio Delgado Espinoza

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyó a todos los internos de medicina y médicos residentes del HMR-A, HRHDE, Hospital Goyeneche - Arequipa 2013 que voluntariamente aceptaron realizar la MINI.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyó a todos los internos de medicina y médicos residentes del HMR-A, HRHDE, Hospital Goyeneche - Arequipa 2013 que no aceptaron realizar la MINI.

MATERIALES DE CAMPO

El presente estudio se realizó en los ambientes de los hospitales de Arequipa: HMR-A, HRHDE, Hospital Goyeneche

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento a la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), como entrevista de orientación diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La entrevista estructurada llamada MINI, se divide en módulos identificados con letras, cada una correspondiente a una categoría diagnóstica. El núcleo de la MINI se encuentra

dado por 14 módulos cada uno señalado por una letra mayúscula.

Además se utilizó una ficha en la que se consultaban los datos como el sexo, edad y hospital de procedencia, el llenado del mismo fue anónimo; se buscó a los internos de medicina y a los médicos residentes de los distintos hospitales de la ciudad de Arequipa para su respectivo llenado, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados anteriormente, además se les asignó a su llenado un código a cada participante.

Se consideró para el estudio a 148 internos de medicina y 81 médicos residentes de los cuales 246 rindieron la prueba entre los meses de enero y febrero del 2013; la cual fue totalmente espontánea y voluntaria.

Se aplicó el MINI a los internos de medicina y a los médicos residentes, en grupos de 4-5, con un tiempo promedio de 20 minutos. Previa a la aplicación de la prueba fueron instruidos al respecto.

A nivel de sistematización: La información que se obtuvo de las encuestas fue procesada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente se pasaron al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

A nivel de estudio de datos. La descripción de las variables categóricas se presenta en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas, se utilizan la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones se usaron pruebas Chi cuadrado y prueba t student, dependiendo del tipo de variable.

Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0,05$.



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 1

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA. 2013						
GRUPO ETÁREO	INTERNO		RESIDENTE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
22-28	122	82.43%	24	29.63%	146	63.76%
29-35	25	16.89%	35	43.21%	60	26.20%
35-45	1	1%	22	27%	23	10%
TOTAL	148	100%	81	100%	229	100%

Fuente: Elaboración propia. $X^2 = 73.29$. G. libertad = 2. $p=0.00$

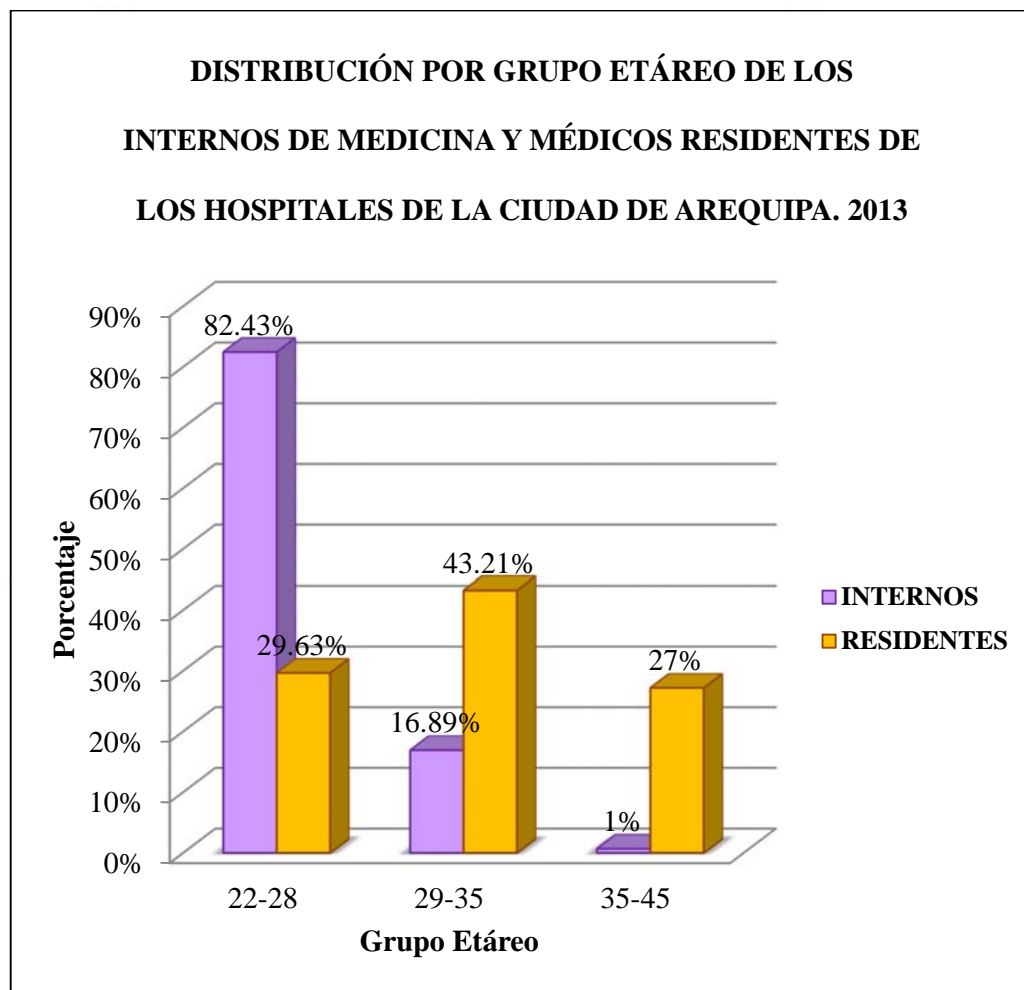
En la tabla N°1 se observa que se entrevistaron a un total de 148 internos de medicina, los cuales tenían un promedio de edad de 25.82 años, con una desviación estándar de 2.86 años.

Además se aprecia que se entrevistaron a un total de 81 médicos residentes, los cuales tenían un promedio de edad de 32.15 años con una desviación estándar de 5.1 años.

Se encontró diferencia significativa ($p < 0,05$) en la edad de los internos y residentes, con mayor edad en los últimos.

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°1



En el Gráfico N°1 se muestra que en el 82.43% de los entrevistados las edades oscilan entre 22 a 28 años

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 2

DISTRIBUCIÓN POR GENERO DE INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA. 2013						
SEXO	INTERNO		RESIDENTE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
FEMENINO	72	48.65%	25	30.86%	97	42.36%
MASCULINO	76	51.35%	56	69.14%	132	57.64%
TOTAL	148	100%	81	100%	229	100%

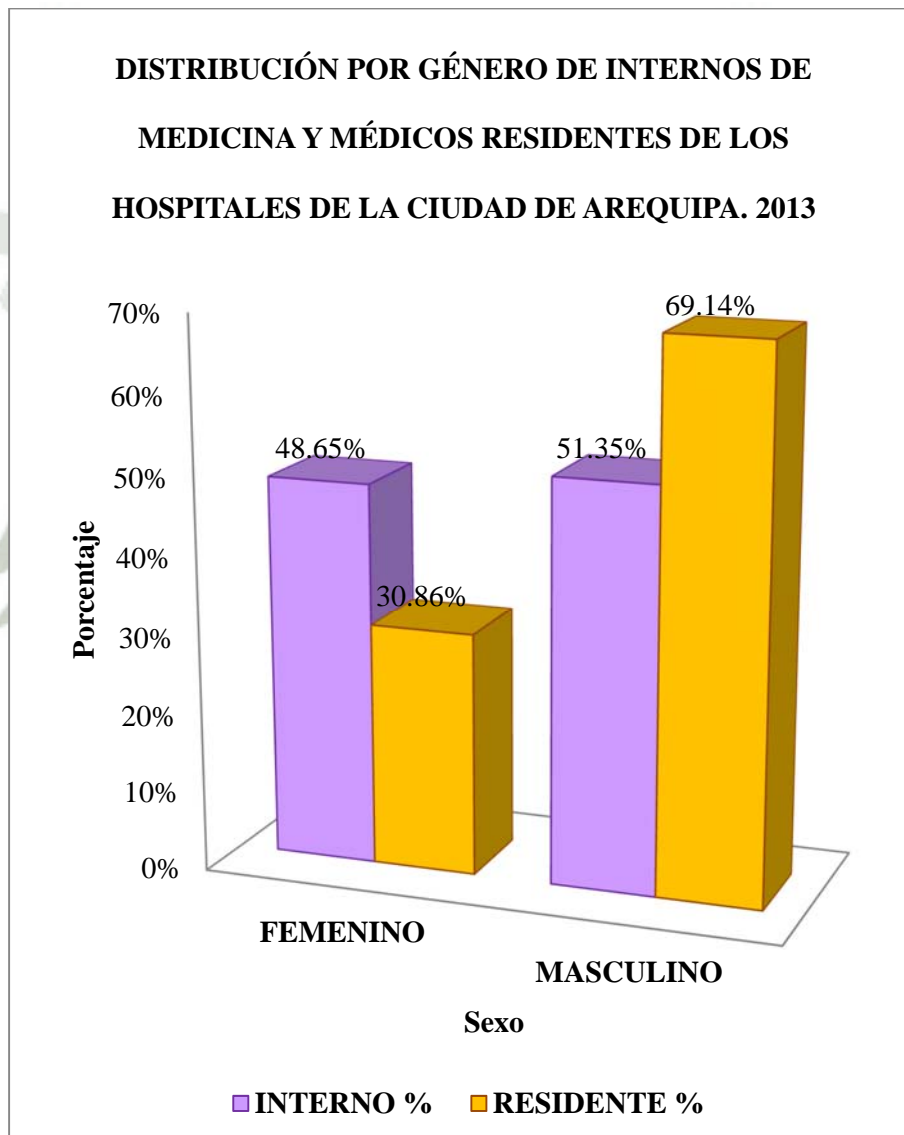
Fuente: Elaboración propia. $X^2 = 6.78$. G. libertad = 1p = 0.01

En la tabla N°. 2, se aprecia que la frecuencia del sexo en los dos perfiles no presentó diferencias estadísticamente significativas ($P > 0.05$).

Hubo una proporción significativamente mayor de varones residentes que de internos ($p < 0,05$)

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°2



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 3

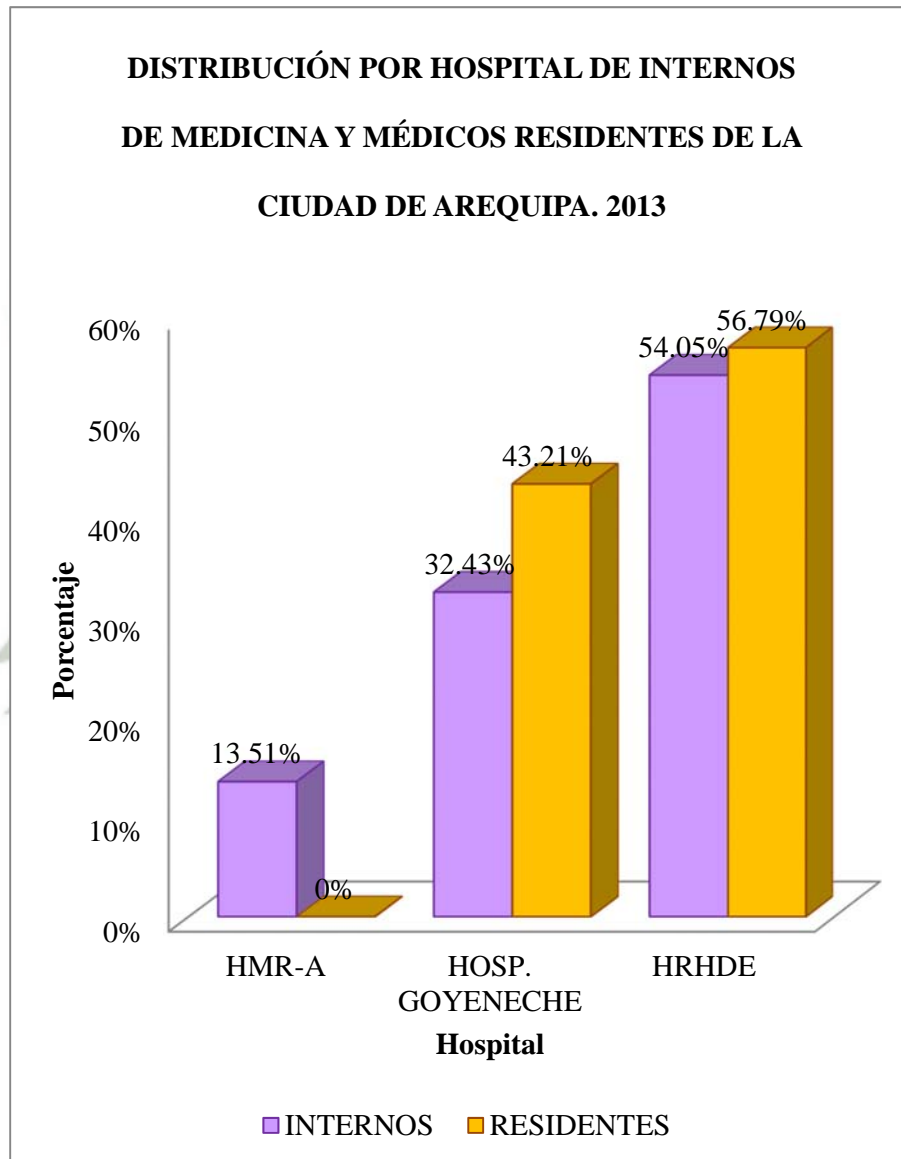
DISTRIBUCIÓN POR HOSPITAL DE INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA. 2013						
HOSPITAL	INTERNO		RESIDENTE		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
HMR-A	20	13.51%	0	0.00%	20	8.73%
HOSP. GOYENECHÉ	48	32.43%	35	43.21%	83	36.24%
HRHDE	80	54.05%	46	56.79%	126	55.02%
TOTAL	148	100%	81	100%	229	100%

Fuente: Elaboración propia. $X^2 = 12.69$. G. libertad = 2p = 0.00

En la tabla N°3 se observa que los internos del hospital General son los que con más alta frecuencia participaron del estudio con un 54.05% del total. Asimismo, se aprecia que los médicos residentes, procedieron únicamente de los Hospitales del MINSA (Hosp. Goyeneche y HRHD), siendo la mayor frecuencia del HRHD con un 56.79% del total.

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°3



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 4

PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN INTERNOS DE MEDICINA AREQUIPA 2013 Y SU DISTRIBUCIÓN POR SEXO						
Síntomas de Trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10:	FEMENINO (n=72)		MASCULINO (n=76)		TOTAL (n=148)	
	n	%	n	%	n	%
Episodio depresivo mayor	24	33.33%	25	32.89%	49	33.11%
Episodio depresivo mayor recidivante	10	13.89%	8	10.53%	18	12.16%
Trastorno distímico	9	12.50%	8	10.53%	17	11.49%
Riesgo de suicidio Leve	13	18.06%	5	6.58%	18	12.16%
Riesgo de suicidio Moderado	7	9.72%	6	7.89%	13	8.78%
Riesgo de suicidio Elevado	4	5.56%	4	5.26%	8	5.41%
Episodio maniaco	0	0%	0	0%	0	0%
Episodio hipomaniaco	0	0%	0	0%	0	0%
Trastorno de angustia	3	4.17%	2	2.63%	5	3.38%
Agorafobia	0	0%	0	0.00%	0	0.00%
Fobia social	4	5.56%	4	5.26%	8	5.41%
Trastorno obsesivo compulsivo	3	4.17%	2	2.63%	5	3.38%
Estado por estrés postraumático	0	0%	0	0%	0	0.00%
Dependencia de alcohol	4	5.56%	5	6.58%	9	6.08%
Abuso de Alcohol	6	8.33%	9	11.84%	15	10.14%
Dependencia de sustancias	9	12.50%	9	11.84%	18	12.16%
Abuso de sustancias	0	0%	0	0%	0	0.00%
Episodio Psicótico Aislado	6	8.33%	6	7.89%	12	8.11%
Episodio Psicótico Recurrente	4	5.56%	5	6.58%	9	6.08%
Anorexia nerviosa	11	15.28%	1	1.32%	12	8.11%
Bulimia nerviosa	7	9.72%	2	2.63%	9	6.08%
Trastorno de ansiedad generalizada	22	30.56%	22	28.95%	44	29.73%
Trastorno antisocial de la personalidad	6	8.33%	8	10.53%	14	9.46%
TOTAL	41	56.94%	35	46.05%	76	51.35%

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Fuente: Elaboración propia. $X^2=12.4484$. $df=15$ $p=0.6448$

En la Tabla N°4 se muestra que:

El 48.65% (72 internas) pertenecían al sexo femenino, de las cuales el 56.94% (41 internas) presentó síntomas de trastornos psiquiátricos, siendo los de mayor frecuencia: Episodio depresivo mayor con un 33.11%, Trastorno de ansiedad generalizada con un 29.73% y de Riesgo de Suicidio Leve con un 18.24%.

El 51.35% (76 internos) pertenecían al sexo masculino, de los cuales el 46.05% (35 internos) presentó síntomas de trastornos psiquiátricos, siendo los de mayor frecuencia: Episodio depresivo mayor con un 32.89%, Trastorno de ansiedad generalizada con un 28.95%, Abuso de Alcohol y Dependencia de sustancias, ambos con un 11.84%.

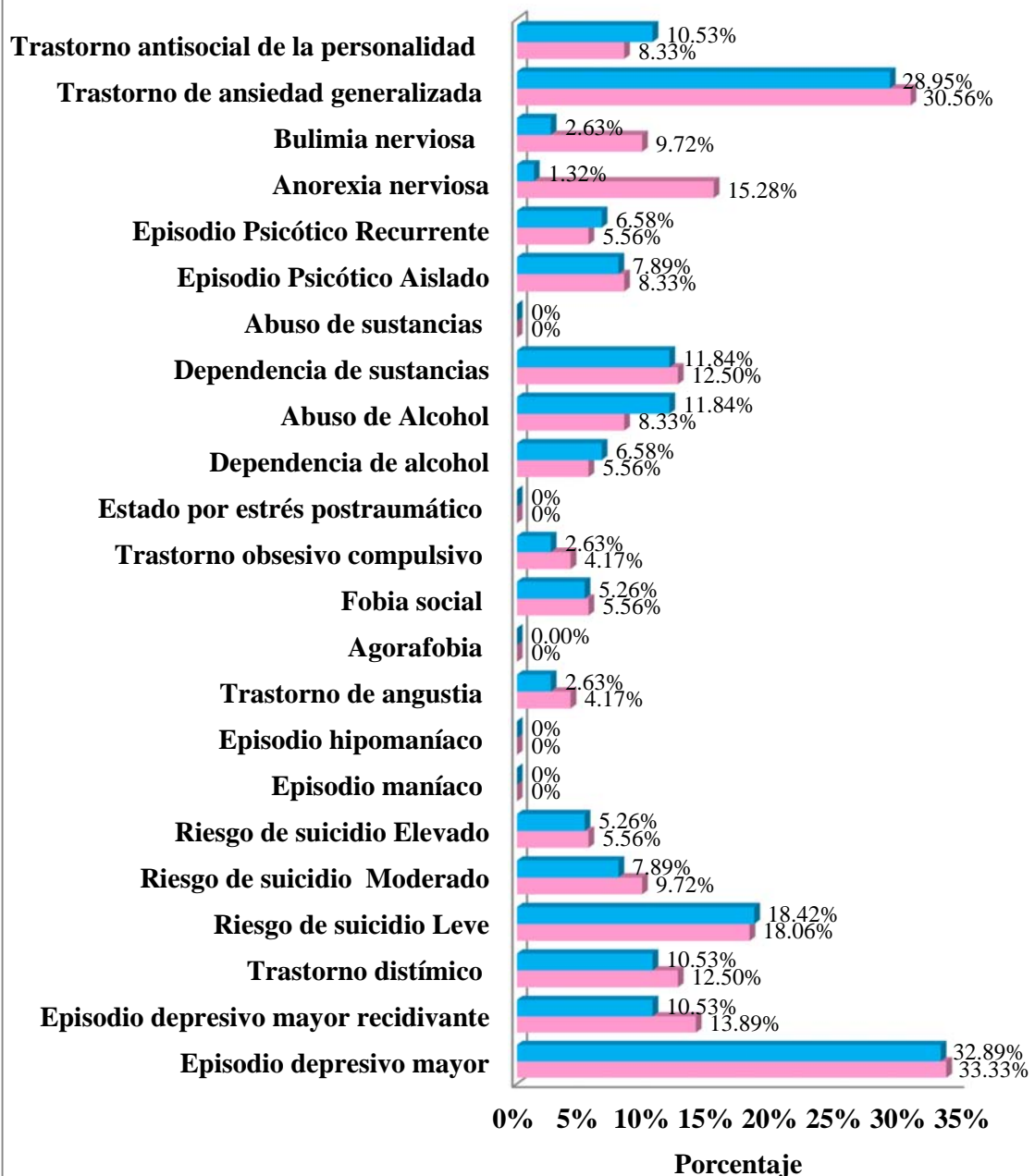
De la totalidad de internos de medicina entrevistados, se presentaron con mayor frecuencia síntomas de un Episodio depresivo mayor con un 33.11%. Asimismo no se presentaron síntomas de Episodios maníaco e hipomaniaco, ni de Estado por estrés postraumático.

“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”

Gráfico N°4

PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN INTERNOS DE MEDICINA
Y SU DISTRIBUCIÓN POR SEXO

■ Masculino ■ Femenino



**“APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA
INTERNACIONAL COMO ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA
PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS
RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 5

PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE COMORBILIDAD DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN INTERNOS DE MEDICINA AREQUIPA 2013 Y SU DISTRIBUCIÓN POR SEXO						
COMORBILIDAD	FEMENINO (n=41)		MASCULINO (n=35)		TOTAL (n=76)	
	n	%	n	%	n	%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Riesgo de Suicidio	18	43.90%	3	8.57%	21	27.63%
Síntomas de: Trastorno Depresivo+ Trastorno Alimenticio	9	21.95%	1	2.86%	10	13.16%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Consumo de Alcohol	7	17.07%	2	5.71%	9	11.84%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Estado Psicótico	6	14.63%	2	5.71%	8	10.53%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Trastorno de Ansiedad	16	39.02%	3	8.57%	19	25.00%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Riesgo de Suicidio	15	36.59%	15	42.86%	30	39.47%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Trastorno Alimenticio	7	17.07%	1	2.86%	8	10.53%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad + Consumo de Alcohol	5	12.20%	10	28.57%	15	19.74%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Estado Psicótico	6	14.63%	8	22.86%	14	18.42%

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Fuente: Elaboración propia. $X^2 = 25.55$. G. libertad = 8 $p = 0.00$

En la Tabla N°5 se muestra que:

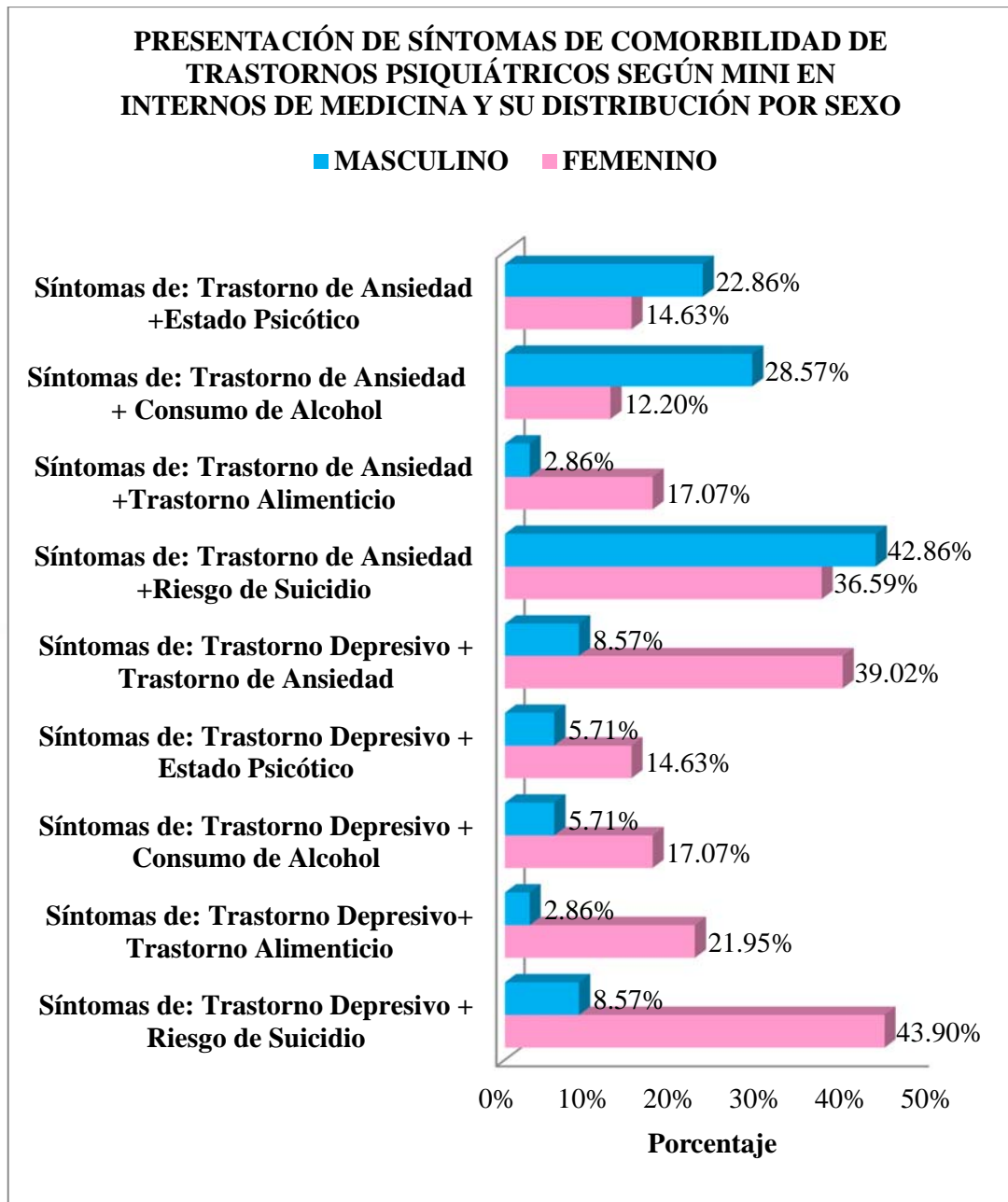
De los internos de medicina de sexo femenino que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico 56.94% (41 internas), presentaron síntomas de comorbilidad con mayor frecuencia de un Trastorno Depresivo aunado a Riesgo de Suicidio en un 43.90%, y de Trastorno de Ansiedad asociado a Riesgo de Suicidio en un 36.59%.

De los internos de medicina de sexo masculino que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico 46.05% (35 internos), presentaron síntomas de comorbilidad con mayor frecuencia de un Trastorno de Ansiedad aunado a Riesgo de Suicidio en un 42.86%, y de Trastorno de Ansiedad asociado a Consumo de Alcohol en un 28.57%.

De la totalidad de internos de medicina entrevistados que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico, se apreció con mayor frecuencia síntomas asociados de un Trastorno de Ansiedad aunado a Riesgo de Suicidio en un 39.47% y de Trastorno Depresivo aunado a Riesgo de Suicidio en un 27.63%.

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°5



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 6

PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN MÉDICOS RESIDENTES AREQUIPA 2013 Y SU DISTRIBUCIÓN POR SEXO						
Síntomas de Trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10:	FEMENINO (n=25)		MASCULINO (n=56)		TOTAL (n=81)	
	n	%	n	%	n	%
Episodio depresivo mayor	5	20%	10	17.86%	15	18.52%
Episodio depresivo mayor recidivante	3	12%	4	7.14%	7	8.64%
Trastorno distímico	2	8%	3	5.36%	5	6.17%
Riesgo de suicidio Leve	2	8%	5	8.93%	7	8.64%
Riesgo de suicidio Moderado	1	4%	2	3.57%	3	3.70%
Riesgo de suicidio Elevado	1	4%	1	1.79%	2	2.47%
Episodio maníaco	0	0%	0	0%	0	0%
Episodio hipomaníaco	0	0%	0	0%	0	0%
Trastorno de angustia	1	4%	2	3.57%	3	3.70%
Agorafobia	0	0%	0	0%	0	0%
Fobia social	1	4%	3	5.36%	4	4.94%
Trastorno obsesivo compulsivo	1	4%	2	3.57%	3	3.70%
Estado por estrés postraumático	1	0%	0	0.00%	1	1.23%
Dependencia de alcohol	1	4%	3	5.36%	4	4.94%
Abuso de Alcohol	2	8%	7	12.50%	9	11.11%
Dependencia de sustancias	2	8%	5	8.93%	7	8.64%
Abuso de sustancias	2	8%	3	5.36%	5	6.17%
Episodio Psicótico Aislado	2	8%	4	7.14%	6	7.41%
Episodio Psicótico Recurrente	1	4%	2	3.57%	3	3.70%
Anorexia nerviosa	1	4%	1	1.79%	2	2.47%
Bulimia nerviosa	1	4%	1	1.79%	2	2.47%
Trastorno de ansiedad generalizada	5	20%	4	7.14%	9	11.11%
Trastorno antisocial de la personalidad	2	8%	2	3.57%	4	4.94%
TOTAL	12	48%	22	39.29%	34	41.98%

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Fuente: Elaboración propia. $X^2=5.563$. $df=17$ $p=0.9957$

En la Tabla N°6 se muestra que:

De un total de 90 médicos residentes de los hospitales: HRHD y Hosp. Goyeneche, fueron sometidos a la prueba 81 de ellos y se encontraron los siguientes resultados:

El 30.86% (25 médicos residentes) pertenecían al sexo femenino, de las cuales el 48% (12 médicos residentes) presentó síntomas de trastornos psiquiátricos, siendo los de mayor frecuencia: Episodio depresivo mayor y Trastorno de ansiedad generalizada, ambos con un 20% y de Episodio depresivo mayor recidivante con un 12%

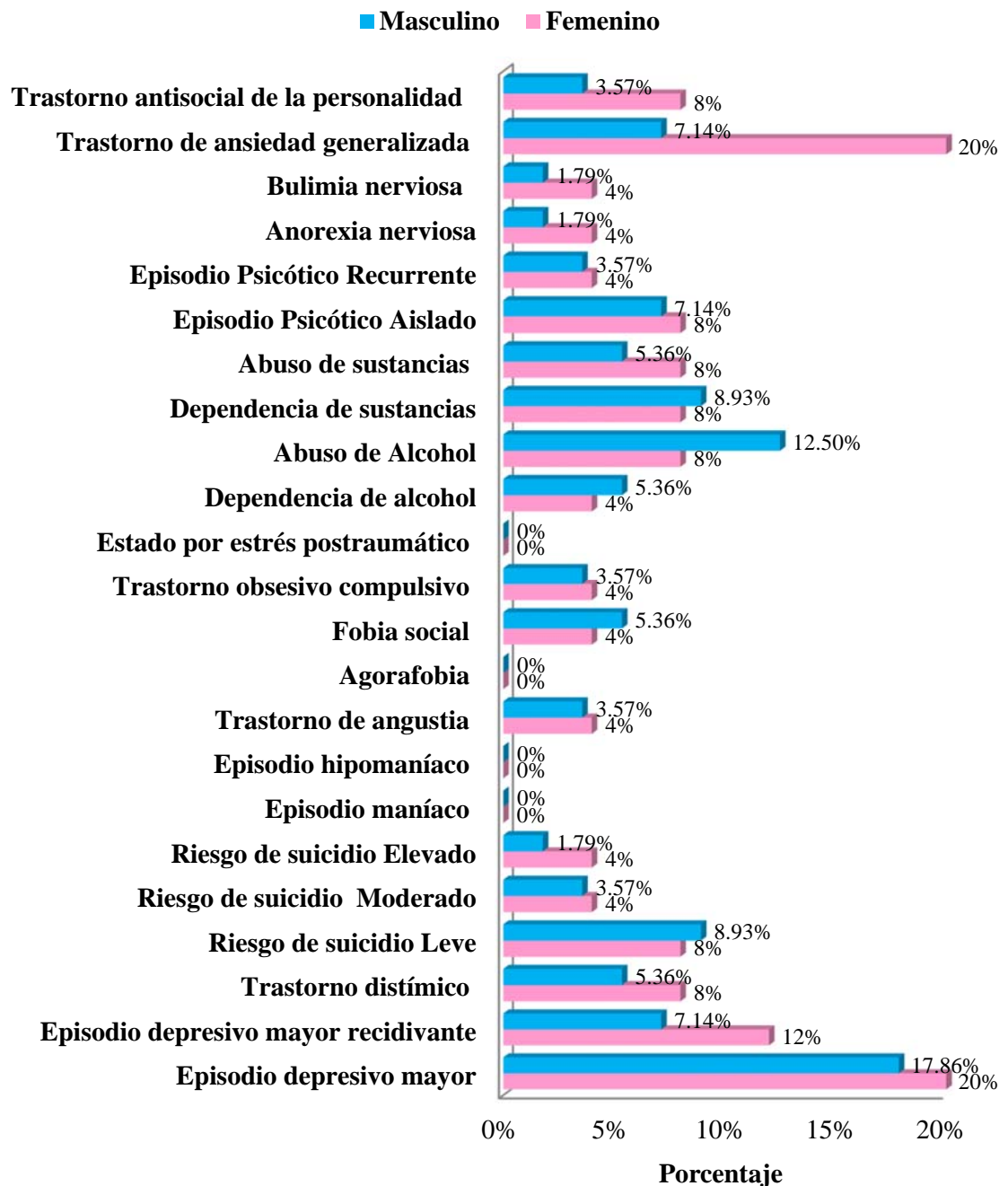
El 69.14% (56 médicos residentes) pertenecían al sexo masculino, de los cuales el 39.29% (22 médicos residentes) presentó síntomas de trastornos psiquiátricos, siendo los de mayor frecuencia: Episodio depresivo mayor con un 17.86%, Abuso de Alcohol con un 12.50%, Dependencia de sustancias y Riesgo de suicidio Leve, ambos con un 8.93%.

De la totalidad de médicos residentes entrevistados, se presentaron con mayor frecuencia síntomas de un Episodio depresivo mayor con un 18.52%, y de Abuso de Alcohol y Trastorno de ansiedad generalizada, ambos con un 11.11%. Asimismo no se presentaron síntomas de Episodios maníaco e hipomaniaco. Las diferencias en los trastornos psiquiátricos entre residentes varones y mujeres no fueron significativas.

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°6

**PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN MÉDICOS RESIDENTES Y
SU DISTRIBUCIÓN POR SEXO**



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL
COMO ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN
INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES.
AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 7

COMORBILIDAD	FEMENINO (n=12)		MASCULINO (n=22)		TOTAL (n=34)	
	N°	%	N°	%	N°	%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Riesgo de Suicidio	4	33.33%	8	36.36%	12	35.29%
Síntomas de: Trastorno Depresivo+ Trastorno Alimenticio	1	8.33%	3	13.64%	4	11.76%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Consumo de Alcohol	2	16.67%	5	22.73%	7	20.59%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Estado Psicótico	2	16.67%	4	18.18%	6	17.65%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Trastorno de Ansiedad	4	33.33%	4	18.18%	8	23.53%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Riesgo de Suicidio	3	25.00%	4	18.18%	7	20.59%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Trastorno Alimenticio	1	8.33%	0	0.00%	1	2.94%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad + Consumo de Alcohol	1	8.33%	3	13.64%	4	11.76%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Estado Psicótico	2	16.67%	3	13.64%	5	14.71%

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Fuente: Elaboración propia. $X^2 = 3.2$. G. libertad = 8 p= 0.92

En la Tabla N°7 se muestra que:

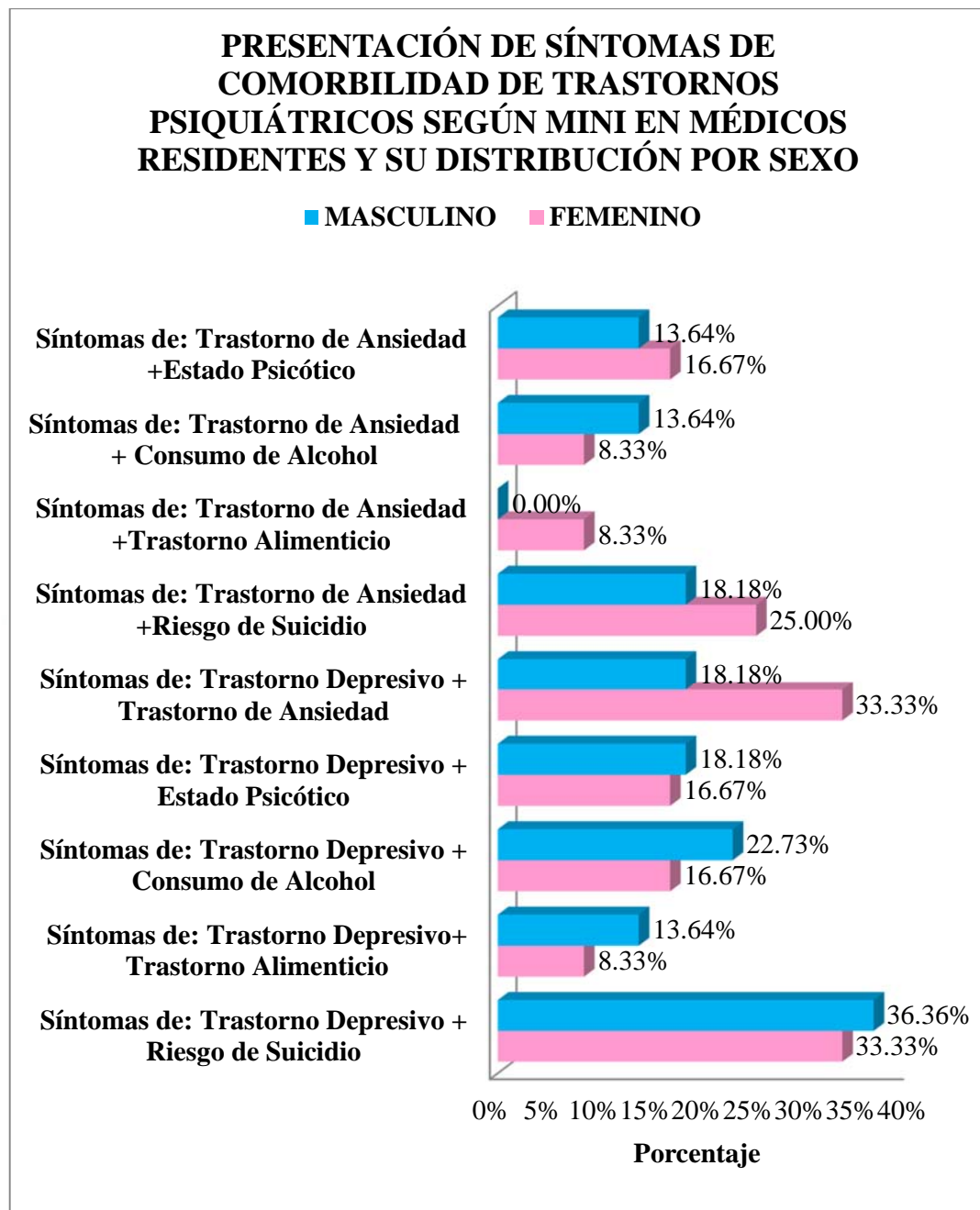
De los médicos residentes de sexo femenino que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico 48% (12 médicos residentes), presentaron síntomas de comorbilidad con mayor frecuencia de un Trastorno Depresivo asociado a Riesgo de Suicidio y de Trastorno Depresivo asociado a Trastorno de Ansiedad, ambos en un 33.33%.

De los médicos residentes de sexo masculino que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico 39.29% (22 médicos residentes), presentaron síntomas de comorbilidad con mayor frecuencia de un Trastorno de Ansiedad aunado a Riesgo de Suicidio en un 42.86%, y de Trastorno de Depresivo asociado a Consumo de Alcohol en un 28.57%.

De la totalidad de médicos residentes entrevistados que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico, se apreció con mayor frecuencia síntomas asociados de un Trastorno de Ansiedad aunado a Riesgo de Suicidio en un 36.36% y de Trastorno Depresivo aunado a Riesgo de Suicidio en un 22.73%.

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°7



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 8

PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN INTERNOS DE MEDICINA Y EN MÉDICOS RESIDENTES DE AREQUIPA 2013						
Síntomas de Trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10:	INTERNOS DE MEDICINA (n=148)		MÉDICOS RESIDENTES (n=81)		TOTAL (n=229)	
	n	%	n	%	n	%
Episodio depresivo mayor	49	33.11%	15	18.52%	64	27.95%
Episodio depresivo mayor recidivante	18	12.16%	7	8.64%	25	10.92%
Trastorno distímico	17	11.49%	5	6.17%	22	9.61%
Riesgo de suicidio Leve	27	18.24%	7	8.64%	34	14.85%
Riesgo de suicidio Moderado	13	8.78%	3	3.70%	16	6.99%
Riesgo de suicidio Elevado	8	5.41%	2	2.47%	10	4.37%
Episodio maniaco	0	0%	0	0%	0	0%
Episodio hipomaníaco	0	0%	0	0%	0	0%
Trastorno de angustia	5	3.38%	3	3.70%	8	3.49%
Agorafobia	0	0%	0	0%	0	0%
Fobia social	8	5.41%	4	4.94%	12	5.24%
Trastorno obsesivo compulsivo	5	3.38%	3	3.70%	8	3.49%
Estado por estrés postraumático	0	0%	1	1.23%	1	0.44%
Dependencia de alcohol	9	6.08%	4	4.94%	13	5.68%
Abuso de Alcohol	15	10.14%	9	11.11%	24	10.48%
Dependencia de sustancias	18	12.16%	7	8.64%	25	10.92%
Abuso de sustancias	0	0%	5	6.17%	5	2.18%
Episodio Psicótico Aislado	12	8.11%	6	7.41%	18	7.86%
Episodio Psicótico Recurrente	9	6.08%	3	3.70%	12	5.24%
Anorexia nerviosa	12	8.11%	2	2.47%	14	6.11%
Bulimia nerviosa	9	6.08%	2	2.47%	11	4.80%
Trastorno de ansiedad generalizada	44	29.73%	9	11.11%	53	23.14%
Trastorno antisocial de la personalidad	14	9.46%	4	4.94%	18	7.86%
TOTAL	76	51.35%	34	41.98%	110	48.03%

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Fuente: Elaboración propia. $X^2=26.2943$ $df=17$ $p=0.0693$

En la Tabla N°8 se muestra que:

La frecuencia de presentación de síntomas psiquiátricos en internos de medicina (51.35%) fue similar a la encontrada en médicos residentes (48.03%).

En ambos grupos de estudio se encontró con mayor frecuencia síntomas de un Episodio depresivo mayor, representando el 27.95% del total de la muestra estudiada, sin embargo éste se presentó con mayor frecuencia en los internos de medicina (33.11%), frente a los médicos residentes (18.52%).

Fue seguido de la presentación de síntomas de un Trastorno de ansiedad generalizada representando un 23.14% del total de la muestra estudiada, presentándose con mayor frecuencia en los internos de medicina (29.73%), frente a los médicos residentes (11.11%).

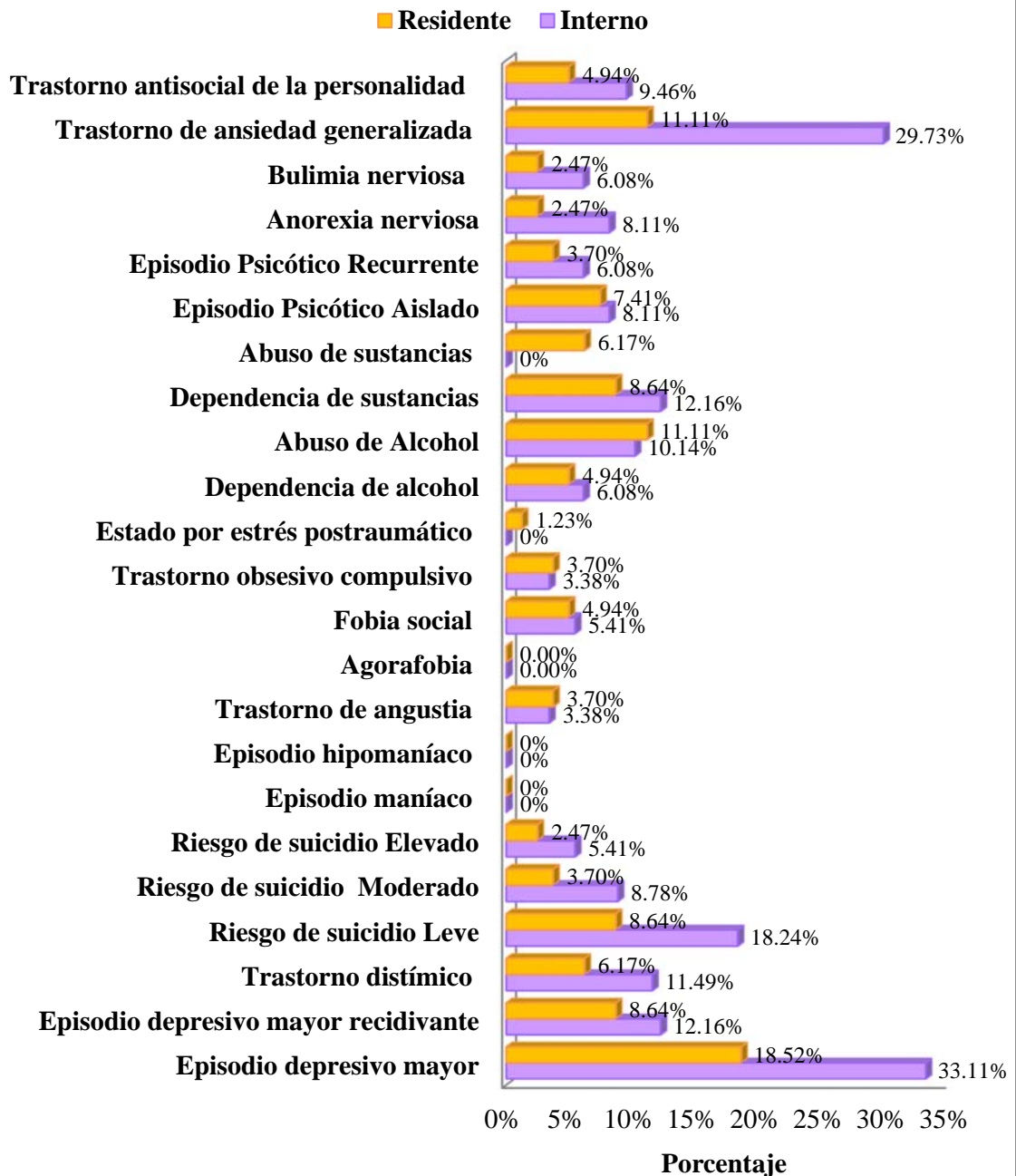
Asimismo, se encontró una mayor presentación de síntomas de riesgo de suicidio en internos de medicina (leve: 18.24%, moderado: 8.78%, elevado: 5.41%) frente a los médicos residentes (leve: 8.64%, moderado: 3.70%, elevado: 2.47%)

En ambos grupos de estudio no se encontraron síntomas de un episodio maniaco e hipomaniaco. No se encontraron diferencias significativas en la presentación de síntomas de trastornos psiquiátricos entre internos y residentes.

**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°8

**PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS
PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN INTERNOS DE MEDICINA
Y EN MÉDICOS RESIDENTES DE AREQUIPA 2013**



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Tabla N° 9

PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DE COMORBILIDAD DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SEGÚN MINI EN INTERNOS DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES DE AREQUIPA 2013						
COMORBILIDAD	INTERNOS DE MEDICINA (n=148)		MÉDICOS RESIDENTES (n=81)		TOTAL (n=229)	
	N°	%	n	%	n	%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Riesgo de Suicidio	21	27.63%	3	8.57%	24	10.48%
Síntomas de: Trastorno Depresivo+ Trastorno Alimenticio	10	13.16%	1	2.86%	11	4.80%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Consumo de Alcohol	9	11.84%	2	5.71%	11	4.80%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Estado Psicótico	8	10.53%	2	5.71%	10	4.37%
Síntomas de: Trastorno Depresivo + Trastorno de Ansiedad	19	25%	3	8.57%	22	9.61%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Riesgo de Suicidio	30	39.47%	15	42.86%	45	19.65%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Trastorno Alimenticio	8	10.53%	1	2.86%	9	3.93%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad + Consumo de Alcohol	15	19.74%	10	28.57%	25	10.92%
Síntomas de: Trastorno de Ansiedad +Estado Psicótico	14	18.42%	8	22.86%	22	9.61%

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

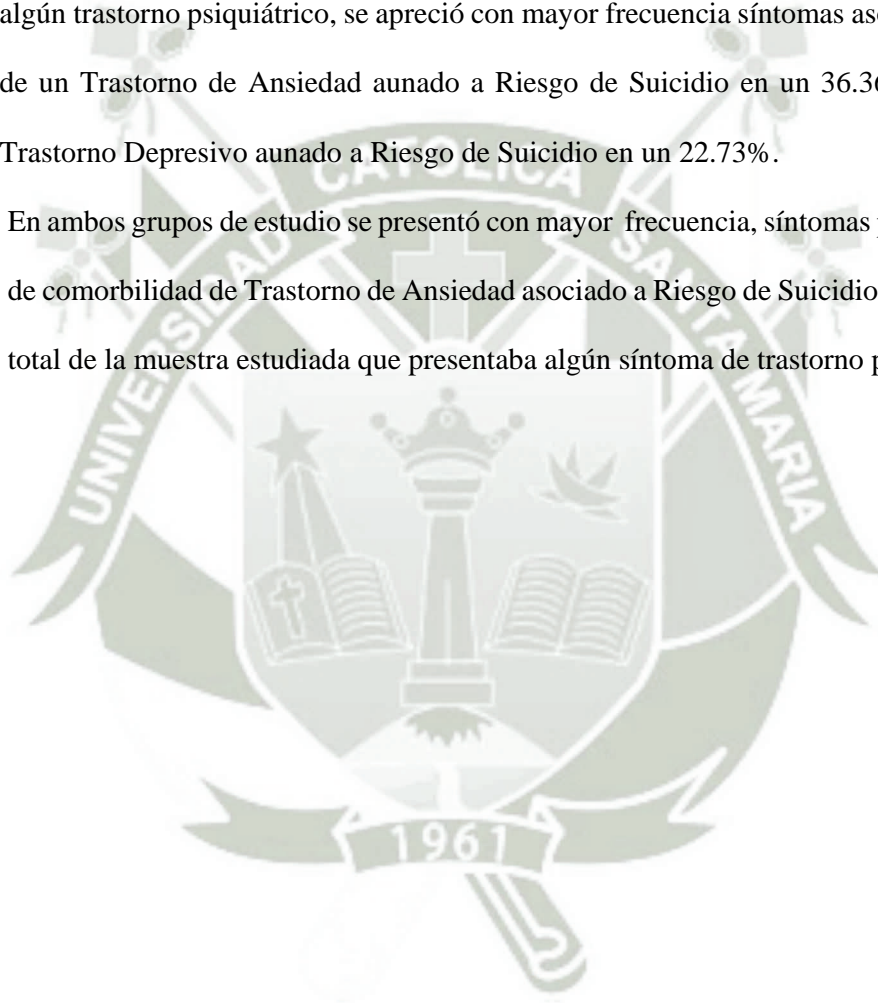
Fuente: Elaboración propia. $X^2=12.4656$ $df=8$ $p=0.1316$

En la Tabla N°9 se muestra que:

De la totalidad de internos de medicina entrevistados que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico, se presentaron con mayor frecuencia síntomas asociados de un Trastorno de Ansiedad aunado a Riesgo de Suicidio en un 39.47% y de Trastorno Depresivo aunado a Riesgo de Suicidio en un 27.63%.

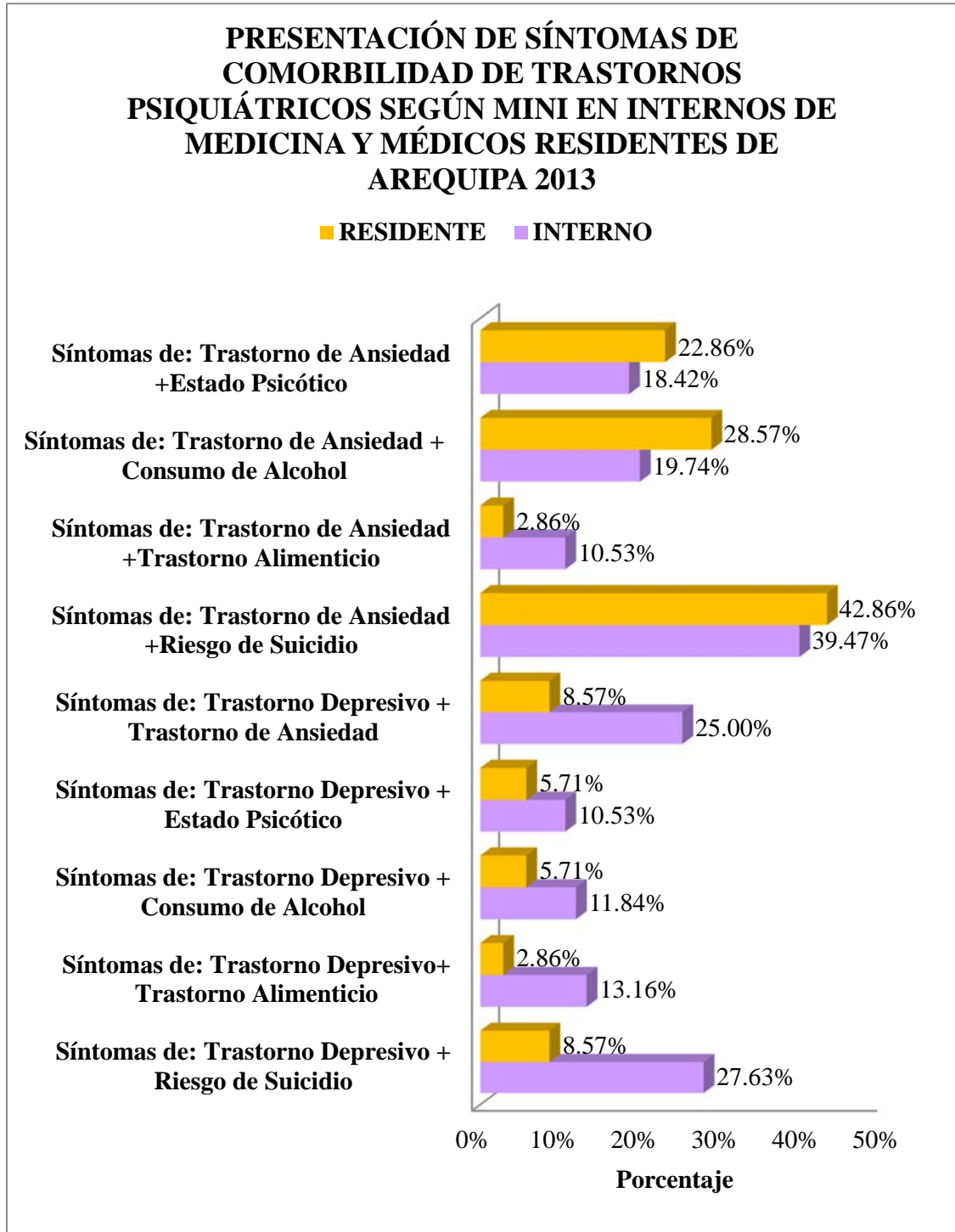
De la totalidad de médicos residentes entrevistados que presentaron síntomas de algún trastorno psiquiátrico, se apreció con mayor frecuencia síntomas asociados de un Trastorno de Ansiedad aunado a Riesgo de Suicidio en un 36.36% y de Trastorno Depresivo aunado a Riesgo de Suicidio en un 22.73%.

En ambos grupos de estudio se presentó con mayor frecuencia, síntomas psiquiátricos de comorbilidad de Trastorno de Ansiedad asociado a Riesgo de Suicidio (19.65% del total de la muestra estudiada que presentaba algún síntoma de trastorno psiquiátrico).



**“ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL COMO
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA PSIQUIÁTRICA EN INTERNOS
DE MEDICINA Y MÉDICOS RESIDENTES. AREQUIPA 2013”**

Gráfico N°9





DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la población general los trastornos psiquiátricos se presentan principalmente durante la tercera década de la vida. Sin embargo, en los internos de medicina y médicos residentes, ocurre alrededor de los 20 a 28 años, época en la que se da su entrenamiento profesional. Así, los resultados que arrojó esta investigación presenta coincidencias con lo publicado por la literatura, no obstante este trabajo presenta diferencias entre ambos grupos de estudio.

La frecuencia de presentación de síntomas de algún trastorno mental de 48.03% según este estudio, es similar al encontrado en el estudio de Galli E. (45.60%), en un grupo de estudiantes de medicina de cuarto a sexto año. Este alto valor apoya la hipótesis que los trastornos mentales son más frecuentes en personas dedicadas al campo de la Medicina. Lo cual es refrendado por otros estudios que evalúan el riesgo de presentar trastornos mentales usando The General Health Questionnaire (GHQ). Así, por ejemplo: un estudio en Malasia encontró que 41,9% de estudiantes de Medicina presentaban estrés psicológico; en Chile, se encontró que 41% de los participantes estaban en riesgo de desarrollar algún trastorno mental; dos estudios en Brasil realizados uno en estudiantes de Medicina y otro en estudiantes del área de la salud, encontraron trastornos mentales comunes en 44,7% y 42,6%, respectivamente.¹

Sin embargo, la frecuencia de presentación de síntomas de trastornos psiquiátricos, según este estudio difiere con lo encontrado en los estudios de la OMS-PPGHC, ECA y la NCS que varía entre 28 y 32%.²

1. La presentación de síntomas de un Episodio depresivo mayor, fue el trastorno más frecuente en este estudio representando el 27.95% del total de la muestra estudiada; aunque éste se presentó con mayor frecuencia en los internos

de medicina (33.11%), frente a los médicos residentes (18.52%). Este hallazgo es similar al encontrado en otros estudios nacionales y extranjeros; como el realizado por Galli E. y col., quienes aplicaron el “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, encontrando un 24% de presentación de episodios depresivos.² Sin embargo difiere con lo encontrado por Rodas P y col., en su estudio “Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima”, donde sólo encontraron un 3.79% de un episodio depresivo mayor.

Por otro lado, un estudio realizado en la Universidad de Massachusetts, encontró un 35% de depresión en los estudiantes, porcentaje similar al encontrado en este trabajo. Asimismo, encontraron que el género y el estrés eran predictores significativos del incremento de la depresión; sin embargo en este estudio no se encontró diferencias significativas en relación al género, ya que tanto en internos de medicina como en médicos residentes, los porcentajes fueron similares en ambos sexos. Otro estudio realizado en 92 alumnos de la Universidad de Medicina de Silesia en Polonia, reveló un 25% de depresión y en la mayoría de ellas se encontraron experiencias tempranas negativas. En el Centro Médico Presbiteriano en Chicago, hallaron un 25% de depresión mayor en el segundo año, pero no encontraron diferencia entre sexos, al igual que en este estudio².

Estudios realizados en Brasil, muestran que la frecuencia de depresión se incrementa en los años de los cursos de clínica y en contacto con pacientes. Lo cual se ha comprobado, según un estudio llevado a cabo por Plata Guarneros M y col.⁸, donde se indagó la existencia de trastornos depresivos o ansiosos en un grupo de residentes de distintas especialidades del Hospital Regional 1° de

Octubre en México, encontrándose esta asociación en 41 a 76% de ellos; los cuales requirieron tratamiento psicológico; ya que estas afecciones repercuten en el físico de los residentes, afectan su calidad de vida y generan incidencia de errores en la práctica médica, al afectar los procesos cognitivos de los residentes, es decir, sus procesos de enseñanza aprendizaje. Además, los niveles de ansiedad encontrados según área médica y quirúrgica son esperables para el 89% de los residentes, dato que coincide con lo reportado por Toews, Lockyer y cols, en donde los estudiantes de medicina y residentes experimentaban estrés a niveles aceptables.⁵

El segundo trastorno en frecuencia de presentación de síntomas fue la ansiedad generalizada, con un 23.14% de la muestra total, dividido en un 29.73% en los internos de medicina y en un 11.11% en médicos residentes. Lo que es semejante a lo hallado por Rodas Descalzi P. et al., quienes evaluaron la frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima, encontrando a la ansiedad generalizada (27.8%) como el trastorno más frecuente en su estudio. Aguilar M. y col. reporta una prevalencia de 16% de trastorno de ansiedad generalizada en residentes, que es tres veces más alta que la esperada para la población general que es de un 5% ⁵.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en diferentes estudios hechos a nivel mundial, como el estudio realizado en 1157 estudiantes de medicina de la Universidad Thomas Jefferson en Filadelfia en 1999, donde se encontró promedios altos de depresión y ansiedad.^{6,7} En otro estudio realizado en la Universidad de Indiana en el que evaluaron a 634 estudiantes, se encontró que la sumatoria de depresión y ansiedad era del 41%, comparativamente similar a este estudio (51.09%) y en un estudio en la Universidad de Wyoming, se encontró que

la proporción de depresión y ansiedad era mayor en los estudiantes de medicina, que en la población general.^{2,8}

En la Universidad de Akdeniz, Turquía en el año 2001, se hizo un estudio comparativo de depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina, ciencias económicas y educación física y se encontró que los estudiantes de medicina tenían más depresión y ansiedad que los otros estudiantes². Otro estudio comparativo en la Universidad de McGill, entre estudiantes de medicina, leyes y en post graduados, encontró niveles de estrés de 70%, 96% y 43% respectivamente. Sin embargo, la prevalencia de depresión fue mayor en los estudiantes de medicina por lo que habría que considerar otro factor además del estrés².

Se calcula que la prevalencia de distimia en la población general es de 3%³, siendo este porcentaje inferior al encontrado en nuestra población en estudio, ya que se encontró una frecuencia de presentación de síntomas de distimia de 11.49% en internos de medicina, dato que se apoya en la información de Rosal, Ockene y col., los cuales consideraban la depresión en estudiantes de medicina como crónica y persistente⁴. Asimismo, en este estudio se encontró una frecuencia de presentación de síntomas de un trastorno distímico en el 6.17% de médicos residentes; dicho porcentaje es inferior al hallado por Aguilar M. y col., en su evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año 2000, donde se encontró una frecuencia de 13%.⁵

En este sentido, se ha mencionado que la salud mental de los alumnos empeora luego de iniciar su preparación médica y se mantiene a lo largo de su entrenamiento, como consecuencia de un mal manejo del estrés y a diversos

factores sociales y académicos, pudiendo conducir a consecuencias adversas incluyendo el suicidio, jugando en ocasiones las relaciones familiares un rol protector importante. Del mismo modo, se ha evidenciado que la existencia de ideas suicidas en los estudiantes de Medicina, se incrementa en los años de clínica y persiste luego de la graduación. Un estudio reveló una frecuencia de 37% de pensamiento suicida y 2,3% de tentativa de suicidio al menos una vez. En Brasil, se encontró riesgo suicida en 7,5% en estudiantes de Medicina. Varios factores contribuyen al suicidio; siendo el perfil del médico suicida: mujer, deprimida o con otro trastorno psiquiátrico y con abuso de sustancias, lo que se corrobora en este estudio, sobretodo en el grupo de internos de medicina. Otro estudio realizado en Brasil en estudiantes de Medicina usando la MINI, evidenció un 27,2% de posibles casos de riesgo de suicidio. En nuestro estudio se encontró síntomas de riesgo de suicidio en un porcentaje similar (26.21%), considerando riesgo leve, moderado y severo; sin embargo el riesgo total fue mayor en internos de medicina (32.43%) frente a médicos residentes (14.81%).²

La presentación de síntomas de dependencia de sustancias (10.92%) y de abuso de alcohol (10.48%), fueron los trastornos mentales que siguieron en frecuencia a la depresión, ansiedad y riesgo de suicidio, lo que difiere a lo hallado por Galli E. y col (abuso de alcohol: 0.4%, dependencia de sustancias: 0%) dato no fiable, según lo manifiesta el mismo estudio. Sin embargo, se halló un estudio hecho el año 2000, en la Universidad de Leeds en el Reino Unido en 136 estudiantes de segundo año, donde se manifestó que el 52% de hombres y el 50% de mujeres eran bebedores excesivos y 33% hacían abuso de drogas ilícitas (marihuana en su mayoría), 41% tenían niveles altos de ansiedad y solo el 9.5%

demostraban depresión clínica contrariamente al 27.95% que se evidenció en este estudio.²

Asimismo, Kuhlhorn de la Universidad de Estocolmo, después de estudiar a 734 estudiantes de medicina en 1995, señaló que el 12% de los varones y 4% de mujeres presentaban dependencia del alcohol, datos similares a lo hallado en este estudio, donde se denotó una frecuencia de presentación de síntomas de dependencia de alcohol de 6.08% en internos de medicina y 4.94% en médicos residentes. Sin embargo, fue menor a la reportada por Aguilar M. y col.⁵, donde la dependencia y abuso al alcohol fue de alrededor de un 14%, siendo este porcentaje igual al reportado en la población general que se calcula en 14%. Por otro lado vale la pena mencionar que en universidades de Inglaterra y Alemania, el porcentaje de dependientes al alcohol y drogas supera el 50% y en los post graduados de las décadas anteriores la ingesta alcohólica era mayor.²

Además se encontró alrededor de 7.86% de presentación de síntomas de Episodio Psicótico Aislado y 5.24% de Episodio Psicótico Recurrente, siendo similar su frecuencia en internos y médicos residentes. Esto se puede explicar porque los síntomas de psicosis también se presentan en episodios depresivos, siendo difícil precisar con los instrumentos usados en el estudio. Estos resultados son similares a los hallados por Rodas P. y col., quienes en su estudio encontraron un 10.12% de casos de Episodios Psicóticos aislados y un 5.06% de recurrencias. No hemos encontrado otros estudios relacionados a este trastorno en estudiantes de Medicina.

En relación a los trastornos alimentarios, se ha mostrado un gran interés por la investigación de éstos debido no sólo a su incremento, sino también a los estragos que causan en la salud (Espido, 2004). Estudios internacionales han

demostrado que dichos síntomas van en aumento, aunque las cifras varían de un estudio a otro. Además, se ha podido observar que pese a los hallazgos anteriores en los que la bulimia ocurría con mayor frecuencia (Escarria y Haro, 2000; Favaro y cols., 2003; Guadarrama, 2003), en el presente estudio la anorexia obtuvo un mayor porcentaje, lo que indica que los sujetos en general están preocupados por su peso y buscan formas para disminuirlo o controlarlo. Así, en este estudio se reveló una frecuencia de presentación de síntomas de anorexia de 8.11% en internos de medicina y de 6.08% en médicos residentes.⁸

Respecto a la tendencia por sexo, efectivamente la mujer continúa siendo el sujeto más vulnerable ante estos trastornos (Baile, Raich y Garrido, 2003; Rivas y cols., 2001; Toro, 2004), encontrándose un 15.28% en internas de medicina y un 9.72% en médicos residentes. Pero el hombre no está exento de presentar estos comportamientos, si bien en menor porcentaje, como lo ha demostrado este estudio (1.32% en internos de medicina y 2.63% en médicos residentes) y otros estudios (Costín, 2002; Escarria y Haro, 2000; Guadarrama, 2003; Guadarrama y cols., 2004; Mateo 2002). La explicación que se ofrece para que la mujer siga siendo más proclive a sufrir anorexia o bulimia es precisamente resultado de la presión social a la cual ha sido sometida; en la mayoría de los casos, se le ha educado dentro de un contexto en el que para ser aceptada debe ser delgada (Álvarez, Franco, Vázquez y cols., 2003), lo que la lleva a realizar dietas extremas o a estar largos periodos sin la ingesta necesaria de alimentos, provocando así, o agudizando, tales trastornos.⁸

Con respecto a la presentación de síntomas de trastornos de angustia y fobia social, se denotó una frecuencia de 3.38% y 5.41% respectivamente en internos de medicina, porcentaje similar al de médicos residentes de 3.70% y

4.94% respectivamente. En el Instituto Nacional de Psiquiatría de México en el año 2000, un estudio de prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica evidenció entre las edades de 18 a 25 años, 2.4% de fobia social en hombres y 1.9% en mujeres. Estos resultados difieren de este trabajo, ya se encontró el mismo porcentaje de presentación de síntomas de fobia social en ambos sexos de internos de medicina (5.56%); empero en médicos residentes se encontró un 4% en mujeres y un 5.36% en hombres. Es importante resaltar que en la mayoría de estudios llevados a cabo incluyendo ECA y NCS los mayores porcentajes se dan en mujeres. En relación a la presentación de síntomas de agorafobia, no se demostró ningún caso en este trabajo; a diferencia de lo hallado por Galli E. y col., quienes encontraron 1.2% en hombres, y 3.2% en mujeres ².

Es importante señalar que se evidenció una frecuencia de presentación de síntomas de personalidad antisocial de 9.46% en internos de medicina y de 4.94% en médicos residentes. Con respecto a este tipo de personalidad, se halló un estudio realizado por Rodas Descalzi P. et al.¹, donde se manifiesta una asociación de personalidad antisocial y Ansiedad Generalizada en un 9,1%, con un Episodio Psicótico en un 41,6% y con Riesgo Suicida en un 20%; sin embargo se ha revelado que la prueba de MILLON utilizada en este estudio para evaluar la personalidad sobreestima el hallazgo de trastornos de personalidad; además, para establecer punto de corte para el diagnóstico es necesario conocer la prevalencia y si ésta es muy baja pueden existir muchos falsos positivos. Por otro lado, la prueba no ha sido validada en el Perú. Por estas razones, se debe tener cuidado con los resultados obtenidos con esta prueba ¹.

Adicionalmente se encontró una frecuencia de presentación de síntomas de un trastorno obsesivo compulsivo en un 3.38% en internos de medicina, similar

a lo hallado en médicos residentes con un 3.70%. En relación al Estado por estrés postraumático y a Episodio maníaco e hipomaníaco, su frecuencia fue casi nula. No se verificaron estudios al respecto.

En lo que respecta a comorbilidad, Schatzberg y col., manifiesta porcentajes similares de prevalencia de ansiedad y depresión a los hallados en este estudio en internos de medicina, quienes presentaron Síntomas de: Trastorno Depresivo asociado a un Trastorno de Ansiedad en un 25%; sin embargo difiere con lo encontrado en médicos residentes donde es del 8.57%. Asimismo, el porcentaje fue menor al revelado por Galli E. y col, donde de los estudiantes con algún tipo de depresión, el 37.97% mostraron algún tipo de ansiedad y de los estudiantes con algún tipo de ansiedad, el 53.57% manifestaron algún tipo de depresión².

En este estudio la mayor frecuencia de comorbilidad fue la asociación de síntomas de un trastorno de ansiedad aunado a riesgo de suicidio (39.47% en internos de medicina y 27.63% en médicos residentes) y de síntomas de un trastorno depresivo asociado a riesgo de suicidio (27.63% en internos de medicina y 8.57% en médicos residentes). De igual forma se evidenciaron significativas asociaciones entre la presentación de síntomas de depresión y ansiedad con Trastornos Alimenticios, Consumo de Alcohol y Estados Psicóticos. Lo cual, estaría relacionado con los estudios descritos anteriormente.

Toda esta información, nos permite hacer un análisis comparativo con lo hallado en otros estudios similares, y aunque éste es un informe preliminar no se puede dejar de resaltar que la prevalencia del total de la patología psiquiátrica y particularmente la depresión, la distimia y el trastorno de ansiedad generalizada exceden en forma significativa a las encontradas en la población general.



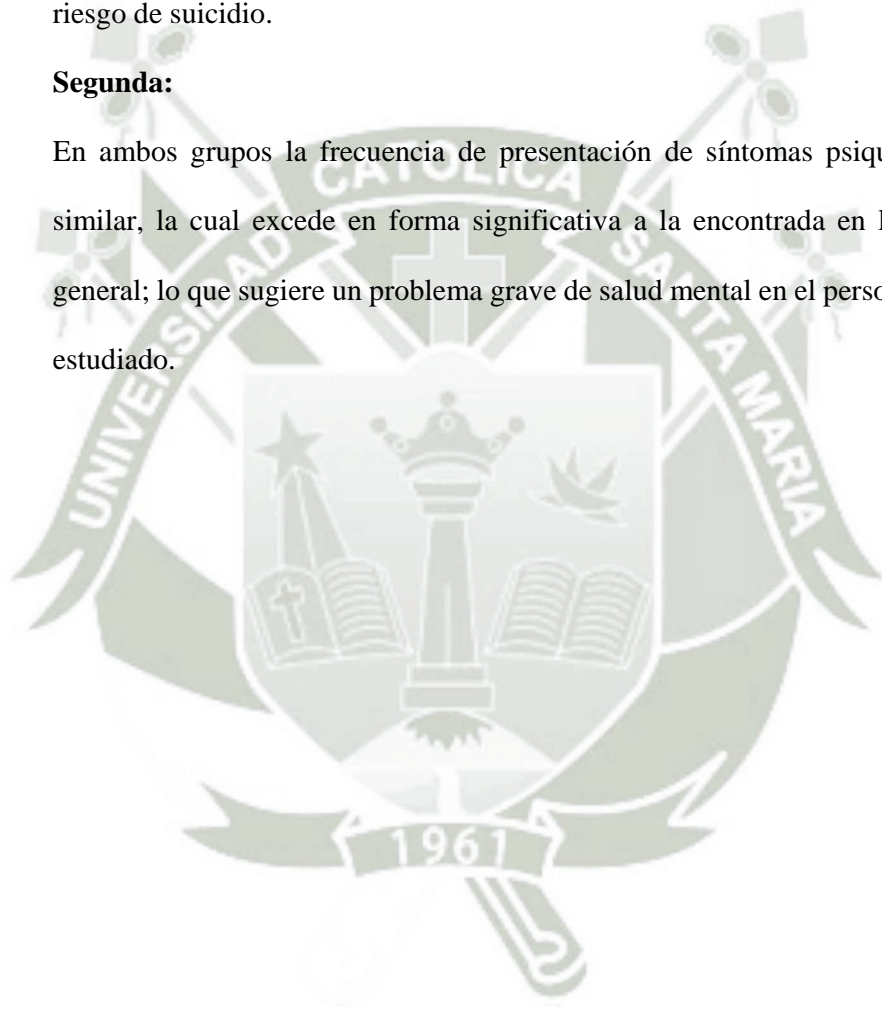
CONCLUSIONES

Primera:

Existe una elevada frecuencia de presentación de síntomas de trastornos psiquiátricos en internos de medicina y en médicos residentes, principalmente de un Episodio depresivo mayor y de un TAG; asimismo gran comorbilidad con riesgo de suicidio.

Segunda:

En ambos grupos la frecuencia de presentación de síntomas psiquiátricos fue similar, la cual excede en forma significativa a la encontrada en la población general; lo que sugiere un problema grave de salud mental en el personal de salud estudiado.





RECOMENDACIONES

A las Universidades:

- A la Oficina de Admisión: Se debe trabajar mejor en el proceso de admisión a la Facultad de Medicina para poder lograr que el perfil real este acorde al perfil ideal de un estudiante de medicina, que debe reunir los siguientes requisitos: Capacidad de adaptación, aprendizaje y estabilidad emocional. Gran sentido de responsabilidad y Salud Mental. Ello se podría lograr a través de una adecuada evaluación psicológica al momento de la selección en todos los postulantes al programa Profesional de Medicina Humana.
- Al Programa Profesional de Medicina Humana, a la Oficina de Bienestar y Tutoría Universitaria: Se sugiere trabajar con los ingresantes y alumnos en la mejora de sus aptitudes emocionales, habilidades sociales, resiliencia, habilidades de estudio y manejo del estrés; mediante talleres especiales que los orienten adecuadamente. Así como se debe promover mayor atención en la salud mental de los internos de medicina y médicos residentes. Lo que se propone es crear un cuerpo de voluntariado (tanto por parte del alumnado, al que se le ofrecerían créditos de libre elección por sus horas de servicio, como por parte del personal local, si se diese el interés) con una formación mínima adecuada para ser consejeros y de tratarse de alumnos de años superiores, trabajarían como mentores. Los consejeros y mentores son personas a las cuales otros alumnos pueden acercarse con dudas de índole académica, burocrática, relacional, emocional o de cualquier otro tipo; quienes realizarían un tentativo screening preventivo y luego ofrecerían un tiempo de escucha a los alumnos que los solicitasen. Podrían desarrollarse, si fuese suficiente el interés demostrado por los

alumnos, actividades de apoyo, como son los grupos de discusión. Finalmente cabe recalcar la experiencia enriquecedora que supondría para los voluntarios el apadrinar o aconsejar a otros estudiantes, pues sería el primer contacto que tendrían estos con la experiencia de la consulta, que es una parte indudablemente importante de lo que conocemos como el oficio de médico.

- Al Centro de Investigación del Programa Profesional de Medicina Humana; al Comité de Investigación de la APEMH, de ASPEFAM y de ASOCIADDEM: Los resultados del estudio invitan a realizar mayor investigación en el tema, dándole la debida importancia a la necesidad del anonimato en este tipo de trabajos. De este modo se deja abierta la exploración longitudinal de los trastornos para una mejor explicación de los mismos; además, la exploración permitirá atender pronto a quienes así lo requieran.

A las Instituciones Hospitalarias:

- A la Oficina de Bienestar del personal: Se propone utilizar la MINI en la evaluación anual de la salud mental de los internos de medicina, médicos residentes y en general a todo el personal de salud; sea como entrevista con personal entrenado o autoaplicada como fue en este estudio, lo que además ayudaría a conocer el decremento o incremento de los casos y a poder corroborar con mayor certeza si los trastornos se relacionan con el grado, la edad, el género o la especialidad.

- Se sugiere reforzar la Unidad de Bienestar del Personal de salud, para la creación de Programas orientados al mejoramiento de la calidad de vida de sus trabajadores. Promoviendo por ejemplo, unidades de consejería y apoyo tanto en el ambiente de trabajo, como en el ambiente familiar y comunitario.

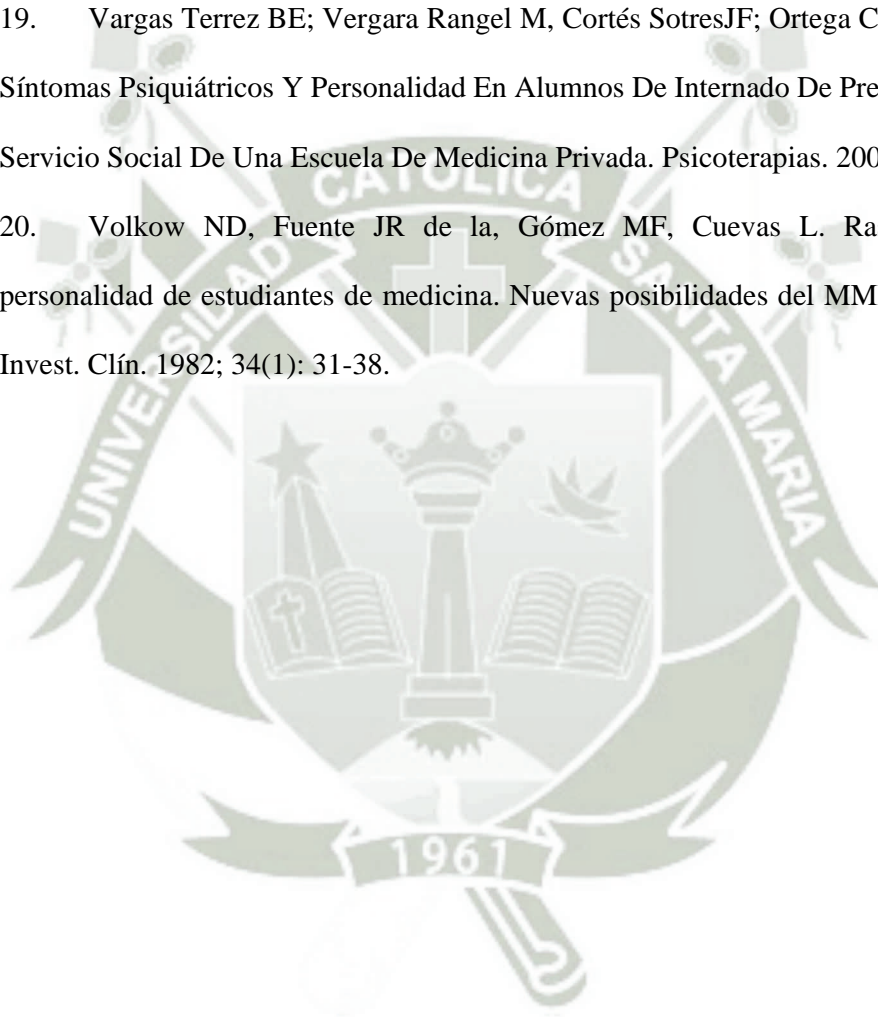


BIBLIOGRAFÍA

1. Rodas P 1, Santa Cruz G, Vargas H. Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima Rev Med Hered 2009; 20 (2):70-75.
2. Galli E. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe Preliminar epidemiológico. RevMedHered 2002; 13(1): 19-25.
3. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV, Washington D.C. 1994.
4. Velásquez E, Yepes L, Toro R, Téllez J. Alcoholismo, Trastornos depresivos, Trastorno bipolar. Trastorno de pánico, Fobia Social, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno por estrés postraumático. Trastorno Obsesivo compulsivo. En :Toro R, Yepes L. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. III edición. Medellín, Colombia. CIB.1997.p.67-80. 131-178, 182-196.
5. Aguilar M, Roveló M, Padgett D, Reyes A. Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de medicina de la Universidad Nacional Autónoma De Honduras. RevMed Post UNAH Vol. 6 No. 1 Enero-Abril, 2001 S.
6. Hojat M. et al. Gender comparisons of medical students psychosocial profiles. Med Educ 1999; 33(5): 342-9.
7. Dammeyer MM, Nunez N. Anxiety and Depression Among Law Students: Current Knowledge and Future Directions. Law Hum Behav 1999; 23(1): 55-73.

8. Plata Ms, Flores L, Curiel O, Ricardo J, Rosas J. Depresión y ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16(3):157-162.
9. Guadarrama R, Mendoza S. Factores de riesgo de anorexia y bulimia nerviosa en estudiantes de preparatoria: un análisis por sexo. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2011; vol. 16, (1): 125-136.
10. Benítez GC, Quintero BJ, Torres BR. Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile. Rev. Méd. Chile 2001; v.129 n.2.
11. Christensen H, Griffiths K y Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. BMJ 2004; 328; 265.
12. Daza AramayoJM, De La Arena Navarro CR, Dorado Gómez RA, Navia Bueno Ma. Nivel De Estrés En Estudiantes De Medicina De Las Facultades De Medicina De La UMSA Y UNIVALLE. La Paz Cuad. - Hosp. Clín. 2005; V.50 n.2.
13. Fouilloux C. La salud mental del estudiante de medicina de la UNAM, Tesis de Maestría en Psiquiatría. Facultad de Medicina, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental UNAM. 2002.
14. Gastó, C. y Vallejo, J. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría. Masson. Barcelona. 2001.
15. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Agenda de investigación para el DSM-V. Barcelona: Elsevier-Masson. 2004. ISBN 978-84-458-1295-2.
16. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M (dir.). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. 2002. ISBN 978-84-458-1087-3.

17. Narrow W.E. Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. 2009. ISBN 978-84-458-1928-9.
18. Phillips KA, First M B, Pincus HA. Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson 2004/2005. ISBN 978-84-458-1400-0.
19. Vargas Terrez BE; Vergara Rangel M, Cortés Sotres JF; Ortega Cerda J J. Síntomas Psiquiátricos Y Personalidad En Alumnos De Internado De Pregrado Y Servicio Social De Una Escuela De Medicina Privada. Psicoterapias. 2008.
20. Volkow ND, Fuente JR de la, Gómez MF, Cuevas L. Rasgos de personalidad de estudiantes de medicina. Nuevas posibilidades del MMPI. Rev. Invest. Clín. 1982; 34(1): 31-38.



INTERNET

1. Psychiatry.org.DSM-5:CIE-10 The Future of Psychiatric Diagnosis. (sedeWeb) Arlington, 1. Psychiatry.org; 2012 (actualizada Diciembre de 2012; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en <http://www.psychiatry.org/>
2. Psicomed.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicomed.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en <http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>





I. PREÁMBULO

Durante los últimos años se han incrementado los padecimientos mentales en la población general, en especial en los estudiantes de medicina que presentan sintomatología psiquiátrica durante su entrenamiento profesional, en virtud de que durante este tiempo tendrán que aprender a enfrentar y a ejecutar nuevas actividades poco comunes en su práctica cotidiana.

Por ejemplo, la depresión, es una enfermedad común durante el entrenamiento de los estudiantes de medicina. La tasa de la depresión clínica entre los Internos ha sido reportada entre el 27% y el 30% y un 25% de ellos han referido ideación suicida. La mayoría de los estudios citan que la tasa de suicidio entre médicos se sitúa del 28 al 40 por 100,000 mientras que en la población general es del 12.3 por 100,000. En 1975, Everson y Fraument, determinaron que una de las principales causas de muerte en estudiantes de medicina y médicos jóvenes era el suicidio, estudios más recientes llevados a cabo por Samkoff y colaboradores determinaron que el 26% de los fallecimientos de médicos jóvenes fue causado por suicidio.

Conocedores entonces del estrés psico - socio - académico y la cercanía del estudiante con el paciente, su enfermedad y su dolencia, estoy convencida que la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en los Internos de Medicina y de los Médicos Residentes debe ser mayor que en la población general.

En este sentido, existen entrevistas psiquiátricas estructuradas basadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades-10ma. Edición (CIE-10); como la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), que es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de presentación de síntomas de los trastornos mentales (orientación diagnóstica) en internos de medicina y médicos residentes, utilizando la MINI en base al CIE-10 y al DSM-IV; así como también realizar una comparación entre ambos.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

El presente problema se plantea en base a la alta prevalencia de factores de riesgo, como consecuencia del estrés, para desarrollar trastornos psiquiátricos en los Internos de Medicina y Médicos Residentes. Por lo cual, es importante el reconocimiento precoz de trastornos psiquiátricos, que induzca a proporcionar un tratamiento oportuno que impida un padecimiento innecesariamente prolongado, con graves consecuencias.

1.1. Enunciado del trabajo o problema

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional como orientación diagnóstica psiquiátrica en Internos De Medicina y Médicos Residentes., Arequipa 2013.

1.2. Descripción del problema

No existe un estudio que informe sobre qué posibles trastornos psiquiátricos existan en los Internos de Medicina y Médicos Residentes, el cual es generado por factores estresantes, tales como por ejemplo: el exceso de estudio, los exámenes, las restricciones en las actividades sociales, la prolongada duración de la carrera, la presión económica, la continua exposición al padecimiento ajeno, actitudes abusivas por parte de algunos docentes y el alejamiento familiar que conlleva la carrera para algunos de ellos (los migrantes); los cuales son causa frecuente de frustración, culpa y baja autoestima, ocasionando a su vez deterioro en el rendimiento académico (instalando un círculo vicioso al empeorar todo lo antes mencionado); asimismo puede generar menoscabo en las relaciones sociales y familiares, actitud hostil hacia los pacientes, abuso de sustancias o conducta suicida. Por ello, es que se plantea la realización de un estudio donde se determine la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos en los Internos de Medicina y Médicos Residentes, de manera que se tomen medidas para su prevención primaria, diagnóstico precoz, manejo efectivo y evaluación del impacto de sus intervenciones.

1.2.1. Área del conocimiento:

1.2.1.1. Campo: Ciencias de la Salud

1.2.1.2. Área: Medicina Humana

1.2.1.3. Especialidad: Psiquiatría

1.2.1.4. Línea: Trastornos Psiquiátricos en internos de medicina y médicos residentes.

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores:

El presente trabajo se llevará a cabo a través de una evaluación por Entrevista estructurada: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en los internos de medicina y médicos residentes

Variable	Indicadores	Instrumento
<p>Síntomas de Trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo mayor • Episodio depresivo mayor recidivante • Trastorno distímico • Riesgo de suicidio • Episodio maníaco • Episodio hipomaníaco • Trastorno de angustia • Agorafobia • Fobia social • Trastorno obsesivo compulsivo • Estado por estrés postraumático • Dependencia de alcohol • Abuso de alcohol • Dependencia de sustancias • Abuso de sustancias • Trastornos psicóticos • Anorexia nerviosa • Bulimia nerviosa • Trastorno de ansiedad generalizada • Trastorno antisocial de la personalidad 	<p>Cumplimiento de criterios diagnósticos según el DSM-IV y la CIE-10</p>	<p>Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)</p>

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 en los internos de medicina?
- ¿Cuál es la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 en los médicos residentes?
- ¿Cuál es la diferencia de frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 entre internos de medicina y médicos residentes?

1.2.4. Tipo de investigación:

De campo, Transversal, No experimental, exploratorio.

1.2.5. Nivel de Investigación

Nivel de investigación descriptiva.

1.3. Justificación del problema:

La motivación que llevó a la elaboración del presente proyecto de investigación es la siguiente:

- **Originalidad:**

Revisada la literatura, no se encontraron estudios que describan la frecuencia de presentación de Trastornos Psiquiátricos en Internos de Medicina y en Médicos Residentes.

- **Relevancia científica:**

Los trastornos mentales en internos de medicina y en médicos residentes, son un campo fértil para la investigación científica y requiere de mayor atención., que

involucre el conocimiento de la frecuencia de dichos trastornos, su prevención primaria, diagnóstico precoz, manejo efectivo y evaluación del impacto de sus intervenciones.

- **Relevancia social:**

Es relevante la presencia de adecuados programas de vigilancia y manejo de los trastornos psiquiátricos en las Facultades de Medicina y en los Hospitales. Por lo que nos parece razonable, advertir a las autoridades pertinentes que los riesgos emocionales de los estudiantes de la carrera de medicina, sean o no atribuibles a ésta, requieren implementar medidas dirigidas a la prevención, detección y manejo de estas consecuencias

- **Contemporáneo**

El presente trabajo de investigación es contemporáneo por abarcar un tema de actualidad, que contribuirá a hacer un análisis acerca de la salud mental de los internos de medicina y de los médicos residentes.

- **Interés personal**

Luego del reconocimiento de que existe una alta posibilidad de que los internos de medicina y los médicos residentes padezcan de algún trastorno mental, que puede ser detectado y controlado a tiempo, es que me intereso estudiar el tema y profundizar más en este.

- **Contribución académica**

Los resultados permitirán analizar, así como ser fuente de consulta y/o comparar datos acerca de los trastornos psiquiátricos en internos de medicina y en médicos

residentes; por lo que es importante y trascendente la realización del presente trabajo de investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TRASTORNO MENTAL:

2.1.1. Definición:

Según el DSM-IV-TR (la cuarta edición revisada del manual), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Los autores admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.¹

Existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No hay que olvidar que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.

¹Phillips KA, First M B, Pincus HA. Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1400-0. (2004/2005).

La definición de ludopatía o pedofilia como trastorno mental responde exclusivamente a un objetivo clínico de investigación lo cual la hace irrelevante a la hora de pronunciarse sobre el tema legal de responsabilidad penal. Esta definición no significa incapacidad mental o incompetencia ni falta de intencionalidad.

2.1.2. Historia y contexto:

El DSM, en su primera versión (DSM-I), al igual que la CIE, surgió de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo respecto a qué contenidos debería incluir y, también, respecto al método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Algunos eventos importantes para la creación del DSM fueron los siguientes²:

- La necesidad de recolectar datos de tipo estadístico en relación con los trastornos mentales, para el censo de 1940 en los Estados Unidos.
- El trabajo conjunto de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA) y la York para la elaboración de una nomenclatura aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas).
- El Ejército de los Estados Unidos, por su parte, confeccionó en paralelo una nomenclatura más amplia, que permitiera incluir enfermos de la Segunda Guerra Mundial.

²Narrow W.E. Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1928-9.(2009).

- Por primera vez el CIE, en su sexta edición, incluyó un apartado sobre trastornos mentales.

Fue así como en 1952 surgió la primera edición, DSM-I, como una variante del CIE-6. Debido a los desacuerdos que siguieron presentándose tanto respecto al DSM como respecto al CIE, se fueron generando nuevas versiones de cada uno.

Actualmente el DSM publicó la versión revisada del DSM-IV (DSM-IVR), y el CIE utiliza la versión CIE-10.

Para la elaboración del DSM-IV, se conformaron 13 grupos de trabajo, responsables cada uno de una sección del manual.

Cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y sus opiniones eran analizadas por entre 50 y 100 consejeros (representantes de un amplio abanico de perspectivas y experiencias).

Los grupos informaban a un comité elaborador, que constaba de 27 miembros (muchos de los cuales también presidían algún equipo particular).

Un aspecto importante en la realización de esta versión fue el ponerse en contacto con los equipos que elaboraron el CIE-10, con el objeto de hacer que se generara la mayor compatibilidad posible entre ambos documentos.

2.1.3. Diagnóstico a través del DSM-IV

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento³:

- Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, etc.).
- Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.).
- Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
- Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).

³Psicomed.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicomed.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG(escala de funcionamiento global).

2.2. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DEL EJE I DEL DSM-IV Y LA CIE-10:⁴

2.2.1. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante Código CIE-10: F32, F33. También conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:²¹

- Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales

⁴ LÓPEZ-Ibor ALIÑO, Juan J. & VALDÉS MIYAR, Manuel (DIR.) DSM-IV-TR. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Texto revisado. Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.(2002).

- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.
- Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
- Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
- Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

2.2.2. TRASTORNO DISTÍMICO

Código CIE-10: F34.1 Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son⁵:

- Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
- Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
 - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
 - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
 - Astenia
 - Baja autoestima
 - Pérdida de la capacidad de concentración
 - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
- Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

⁵ Phillips KA, First M B, Pincus HA. Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1400-0.(2004/2005).

- Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.
- Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.
- Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

2.2.3. RIESGO DE SUICIDIO

- Criterio A. Si ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto.(1)
- Criterio B. Si ha querido hacerse daño.(2)
- Criterio C. Si ha pensado en el suicidio.(6)
- Criterio D. Si ha planeado cómo suicidarse.(10)
- Criterio E. Si ha intentado suicidarse recientemente.(10)
- Criterio F. Si a lo largo de su vida: alguna vez ha intentado suicidarse.(4)

A cada criterio se le asigna el puntaje que figura entre paréntesis, luego de lo cual se suma y se determina el grado de Riesgo: 1-5 puntos Leve, 6-9 puntos Moderado, 10 puntos Alto.

2.2.4. EPISODIO MANÍACO

Criterios para el episodio maníaco:⁶

- Criterio A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- Criterio B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - a. Autoestima exagerada o grandiosidad
 - b. Disminución de la necesidad de dormir (p. Ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 - c. Más hablador de lo habitual o verborreico
 - d. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - e. Distrabilidad (p. Ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
 - f. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
 - g. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. Ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

⁶Psicoméd.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicoméd.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- Criterio C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
- Criterio D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- Criterio E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota:

Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

2.2.5. EPISODIO HIPOMANÍACO

Criterios para el episodio hipomaniaco:

- Criterio A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- Criterio B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - a. Autoestima exagerada o grandiosidad
 - b. Disminución de la necesidad de dormir

- c. Más hablador de lo habitual o verborreico
- d. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- e. Distraibilidad (p. Ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- f. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
- g. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. Ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- Criterio C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- Criterio D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- Criterio E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- Criterio F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

2.2.6. TRASTORNO DE ANGUSTIA

El trastorno de pánico con (o sin) agorafobia se valora según los criterios diagnósticos del DSM-IV (cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense) de la forma siguiente⁷:

- Criterio A. Cumplimiento de los requisitos (a) y (b):
 - a. Ataques de pánico periódicos e inesperados.
 - b. Al menos uno de los ataques ha sido seguido durante 1 mes o más de al menos uno de los siguientes aspectos: Persistente preocupación por tener nuevos ataques. Preocupación por las implicaciones del ataque o por sus consecuencias. El Pánico y el temor a morir o volverse loco. Cambio significativo en el comportamiento en relación con los ataques.
- Criterio B. La presencia (o ausencia) de agorafobia.
- Criterio C. Los ataques de pánico no se atribuyen a efectos fisiológicos directos producidos por una sustancia (por ejemplo: consumo de drogas o medicamentos) o a un cuadro médico concreto (por ejemplo, hipertiroidismo).
- Criterio D. Los ataques de pánico no se encuadran mejor dentro de otros trastornos como la fobia social (exposición a situaciones sociales temidas), fobias específicas (exposición a una determinada situación fóbica),

⁷ Narrow W.E. Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1928-9.(2009).

trastornos obsesivo-compulsivos (por ejemplo: con la exposición a la suciedad de alguien obsesionado con la limpieza o la salud), trastornos de estrés postraumático (por ejemplo: en respuesta a estímulos asociados con un grave estrés) o trastornos de ansiedad por separación (por ejemplo: en respuesta a encontrarse fuera del hogar).

2.2.7. AGORAFOBIA

Criterios para el diagnóstico de agorafobia (DSM-IV):⁸

- Criterio A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.
- Criterio B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

⁸Psicoméd.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicoméd.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- Criterio • Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

2.2.8. FOBIA SOCIAL (Trastorno Actual de ansiedad social)

Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social (300.23):

- Criterio A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- Criterio B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros,

berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

- Criterio C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
- Criterio D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- Criterio E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- Criterio F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- Criterio G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- Criterio H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson

o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación

2.2.9. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ⁹

- Criterio A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (a), (b), (c) y (d):

- a. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- b. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- c. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- d. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por (a) y (b):

⁹Phillips KA, First M B, Pincus HA. Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1400-0. (2004/2005).

- a. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
 - b. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.
- Criterio B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.
 - Criterio C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
 - Criterio D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las

necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

- Criterio E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

2.2.10. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés posttraumático (309.81):¹⁰

- Criterio A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (a) y (b):
 - a. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - b. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- Criterio B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 - a. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los

¹⁰Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Agenda de investigación para el DSM-V. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1295-2. (2004).

niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

- b. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

- c. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

- d. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

- e. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

- Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- a. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

- b. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

- c. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

- d. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

- e. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

- f. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

- g. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- Criterio D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - a. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
 - b. Irritabilidad o ataques de ira
 - c. Dificultades para concentrarse
 - d. Hipervigilancia
 - e. Respuestas exageradas de sobresalto
- Criterio E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- Criterio F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses
- Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

2.2.11. DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Criterios Diagnóstico para la Dependencia del Alcohol (DSM-IV):¹¹

- Criterio A: Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:
 - Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol
 - Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:
 - El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver DSM-IV para más detalles)
 - El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
 - El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía
 - Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol

¹¹Psicomed.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicomed.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol
- Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

2.2.12. ABUSO DE ALCOHOL

Criterios Diagnóstico para el Abuso del Alcohol (DSM-IV):

- Criterio A. Un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los siguientes, durante un período de 12 meses:
 - a. Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionada con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar)
 - b. Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

- c. Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol)
- d. Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
- Criterio B: Estos síntomas no cumplen nunca los criterios de dependencia del alcohol.

2.2.13. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS(no alcohol)

Criterios para la dependencia de sustancias:

- Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
 - Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
 - Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si: **Con dependencia fisiológica:** signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

2.2.14. ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)

Criterios para el abuso de sustancias:¹²

- Criterio A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
 - a. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
 - b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
 - c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
 - d. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
- Criterio B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

¹²Phillips KA, First M B, Pincus HA. Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1400-0. (2004/2005).

- a. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- b. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- c. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.2.15. L TRASTORNOS PSICÓTICOS

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia:¹³

- Criterio A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
 - a. Ideas delirantes
 - b. Alucinaciones
 - c. Lenguaje desorganizado (p. Ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
 - d. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

¹³Psicomed.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicomed.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- e. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- Criterio B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- Criterio C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).
- Criterio D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase

activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

- Criterio E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- Criterio F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos: Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados
- Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados
- Episodio único en remisión total
- Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Criterios para el diagnóstico de Tipo paranoide de esquizofrenia (295.30):

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- Criterio A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- Criterio B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Criterios para el diagnóstico de Tipo desorganizado de esquizofrenia (295.10):

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- Criterio A. Predominan:
 - a. lenguaje desorganizado
 - b. comportamiento desorganizado
 - c. afectividad aplanada o inapropiada
- Criterio B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Criterios para el diagnóstico de Tipo catatónico de esquizofrenia (295.20):

- Criterio A: Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:
 - a. inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor
 - b. actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)

- c. negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
- d. peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- e. ecolalia o ecopraxia

Criterios para el diagnóstico de Tipo indiferenciado de esquizofrenia

(295.90):

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Criterios para el diagnóstico de Tipo residual de esquizofrenia (295.60):

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- Criterio A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Criterio B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos

.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos

.x0 Continuo

.x4 Episodio único en remisión parcial

.x5 Episodio único en remisión total

.x8 Otro patrón o no especificado

.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

2.2.16. ANOREXIA NERVIOSA

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa (307.1):¹⁴

- Criterio A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- Criterio B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

¹⁴Psicomed.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicomed.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- Criterio C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- Criterio D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

(Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

2.2.17. BULIMIA NERVIOSA

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa (307.51):¹⁵

- Criterio A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en

¹⁵ Narrow W.E. Agenda de Investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Barcelona: Elsevier-Masson. ISBN 978-84-458-1928-9.(2009).

un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo) Criterio B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

- Criterio C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- Criterio D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

2.2.18. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02):¹⁶

- Criterio A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- Criterio B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- Criterio C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- a. inquietud o impaciencia
- b. fatigabilidad fácil
- c. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- d. irritabilidad
- e. tensión muscular
- f. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

¹⁶Psicomed.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicomed.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- Criterio D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- Criterio E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Criterio F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.2.19. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7) ¹⁷

- Criterio A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años.

Como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

- a. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
 - b. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
 - c. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
 - d. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
 - e. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
 - f. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
 - g. falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros
- Criterio B. El sujeto tiene al menos 18 años.

¹⁷Psicomed.net. Talleres de Crecimiento Personal DSM IV. (sede Web). Madrid; Psicomed.net; 2006- (actualizada 08 de Enero del 2013; acceso 10 de Enero del 2013). Disponible en

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv5.html>

- Criterio C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- Criterio D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Galli Silva E, FeijóoLlontop L, Roig Rojas I, Romero Elmore S. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe Preliminar Epidemiológico. Rev. Med. Hered. 13 (1) (2002).

Resumen:

- **Introducción:** La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. de la “Salpêtrière” de París y D. Scheehan y col. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998.
- **Objetivo:** El objetivo del presente trabajo (teniendo como base la CIE - 10) fue determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año.
- **Material y métodos:** Se aplicó el MINI a 250 estudiantes de medicina de 4°, 5° y 6° años.

- **Resultados:** Se encontró una prevalencia alta de trastornos mentales (45.60%) sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%) siendo estos valores mayores que en la población general.
- **Conclusión:** Las altas cifras encontradas sugieren un problema grave de salud mental en nuestra juventud por lo que se recomienda que en otros niveles universitarios, institutos y ambiente laboral de la población entre los 20 y 30 años sea estudiada para confirmar este informe preliminar. (Rev. Med. Hered. 2001; 13: 19-25).
- **Palabras Clave:** MINI, trastornos psiquiátricos, estudiantes de medicina.

3.2. Benítez GC, Quintero BJ, Torres BR. Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile. Rev. Méd. Chile v.129 n.2 (2001).

Resumen:

- **Introducción:** El estrés causado por las altas exigencias físicas, intelectuales y emocionales impuestas a los estudiantes de medicina, los hace especialmente susceptibles al desarrollo de los trastornos mentales.
- **Objetivo:** Evaluar la prevalencia del riesgo de los trastornos mentales entre los estudiantes universitarios en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile.
- **Material y métodos:** Se utilizó el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ 12), el cual fue respondido voluntariamente por los estudiantes de medicina desde el primero hasta el quinto año.

- **Resultados:** Sesenta y ocho por ciento de la población total (305 estudiantes) contestaron el cuestionario. Cuarenta y uno por ciento de los estudiantes se encontraban en riesgo, que se define como la calificación de cinco o más puntos en el GHQ 12. La puntuación media fue de $3,9 \pm 2,2$. Los estudiantes de primer año tenían una puntuación más alta que los estudiantes de cuarto año ($4,6 \pm 2,2$ y $3,4 \pm 2,1$ puntos, respectivamente, $p < 0,05$). No se observaron diferencias de género.
- **Conclusiones:** Nuestros resultados son similares a los de otras publicaciones sobre el riesgo psiquiátrico entre los estudiantes de medicina (Rev. Méd. Chile 2001; 129: 173-78).
- **Palabras claves:** Trastornos mentales, fatiga mental, escuelas, médicos, estudiantes, médicos.

3.3. Daza Aramayo JM, De La Arena Navarro CR, Dorado Gómez RA, Navia Bueno Ma. Nivel De Estrés En Estudiantes De Medicina De Las Facultades De Medicina De La UMSA Y UNIVALLE. La Paz Cuad. - Hosp. Clín. V.50 n.2 (2005).

Resumen

- **Introducción:** La Pregunta de Investigación fue: ¿Será que los estudiantes de primer año de la Carrera de Medicina de la UMSA sufren mayor estrés que los estudiantes de medicina de la UNIVALLE antes de rendir un examen parcial de anatomía humana?
- **Objetivo:** Conocer el nivel de estrés previo al examen parcial de anatomía humana en los estudiantes de primer año de la carrera de medicina de la UMSA en relación con los estudiantes de la UNIVALLE durante la gestión 2003

- **Material y Métodos:**

Diseño: Cualit-Cuantitativo de tipo descriptivo.

Muestra: 313 alumnos elegidos según tamaño de muestra.

Criterios de elección: Alumnos que cursan por primera vez la materia de Anatomía de las Facultades de Medicina de la UMSA y UNIVALLE.

- **Resultados:** Tomando en cuenta la forma de calificación del test aplicado

se obtuvo que en cuanto al Rango de "Usted está dentro del rango normal" la UNIVALLE presento un 37,63% y la UMSA un 18,75%. En el rango de "Alerta se encuentra en el límite", la UNIVALLE presenta el 50,65% y la UMSA 50,45%.

En el rango de "Usted necesita ayuda" la UNIVALLE presento el 4,69% y la UMSA el 27,20%. Finalmente en el rango de "Usted está presentando un estrés franco" la UNIVALLE presenta un 0%, la UMSA un 3,60% del total de encuestados.

- **Conclusiones:** Los alumnos de la UMSA presentan un nivel mayor de estrés que los alumnos de la UNIVALLE antes de ingresar a un examen parcial de Anatomía.

- **Palabras claves:** Rev. Cuadernos 2005; 50(2): 21-6 UMSAUNIVALLE, estudiante, estrés, parcial.

3.4. Vargas Terrez BE; Vergara Rangel M, Cortés SotresJF; Ortega Cerda JJ. Síntomas Psiquiátricos Y Personalidad En Alumnos De Internado De Pregrado Y Servicio Social De Una Escuela De Medicina Privada. Psicoterapias (2008).

Resumen:

- **Introducción:** En la población general los trastornos psiquiátricos se presentan principalmente durante la tercera década de la vida. Sin embargo, en los estudiantes de medicina esto ocurre alrededor de los 20 a 25 años, época en la que se da su entrenamiento profesional.
- **Objetivo:** El objetivo de la presente investigación consistió en establecer un diagnóstico de salud mental, así como los rasgos de personalidad, en estudiantes de medicina que se encontraban realizando su servicio social y su internado.
- **Material y Métodos:** Participaron 147 estudiantes de la escuela de medicina de una universidad privada correspondientes a dos grupos: servicio social (n=61) e internado (n=86). Se utilizó la versión de 44 ítems del NEO PersonalityInventory de Costa y McCrae validado al español por Benet-Martínez; el SymptomCheckList diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, el SCL-90-R, que es un cuestionario multidimensional autoadministrado y el AUDIT para medir el consumo de alcohol.
- **Resultados:** El sexo predominante fue el femenino, con un promedio de edad de 24.2 años para el internado y 23.9 para el servicio social; los hombres presentaron un promedio de edad de 22.5 y 22.7 años, respectivamente. Los rasgos de personalidad son muy semejantes entre los

alumnos de internado y los de servicio social: predominan los rasgos relacionados con la diligencia. Sin embargo, los alumnos de internado presentaron puntuaciones T mayores. Con respecto a la sintomatología psiquiátrica se observó que nuevamente los alumnos del internado presentan puntuaciones crudas mayores que los de servicio social en todas las escalas de sintomatología psiquiátrica. Predomina la sintomatología psiquiátrica relacionada con el trastorno obsesivo-compulsivo, siguiendo la depresión, las relaciones interpersonales y la ansiedad. En las pruebas de consumo de alcohol se observan diferencias importantes entre los alumnos de internado y de servicio social. Parece alarmante que en el caso de los alumnos de internado, el 40% tenga un consumo dañino, el 10% presente dependencia y un 9% tenga un consumo peligroso. Los resultados que arrojó el estudio presentan coincidencias con lo publicado por la literatura, mencionando los estudios de Perales, Sogi y Morales en Perú (2003), así como los encontrados por Arechavaleta (2004) en la Facultad de Medicina de la UNAM.

- **Conclusiones:** Se discute que es necesario establecer diagnósticos oportunos de los estudiantes para coadyuvar a un mejor desempeño académico.
- **Palabras claves:** Trastornos mentales, fatiga mental, escuelas, médicos, estudiantes, médicos.

4. OBJETIVOS:

4.1. Objetivo general:

Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos (orientación diagnóstica), en internos de medicina y médicos residentes de Arequipa en el año 2013, utilizando el MINI en base al CIE-10; así como también realizar una comparación entre ambos.

4.2. Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 en los internos de medicina.
- Determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 en los médicos residentes
- Comparar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 entre internos de medicina y médicos residentes.

5. HIPÓTESIS

- Debido al estrés psico - socio - académico y la cercanía del Interno de Medicina y del Médico Residente con el paciente, su enfermedad y su dolencia; la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en este grupo de estudio debe ser mayor que en la población general.

III. PLANEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

- Entrevista estructurada
- Recolección de datos: donde se recolectaran todos los datos en relación a los objetivos de estudio

1.2. Instrumentos:

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional: La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como nos muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica.

Este instrumento está constituido de 17 secciones, donde se investigan datos generales, trastornos afectivos (episodio depresivo mayor, distimia, hipomanía), trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático), trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas (dependencia y abuso de alcohol y otras drogas), trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia), trastorno psicótico, trastorno antisocial de la personalidad y riesgo

suicida. El M.I.N.I tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad de 88% para los \ 9 trastornos que pretende diagnosticar.

1.2.1. Calificación:

- **Presentación:**

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

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

- **Instrucciones de anotación:**

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

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

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

- **Forma de Calificación:**

Se tomarán en cuenta las preguntas escritas en mayúsculas. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos, las cuales no se mostrarán al paciente. La calificación se llevará a cabo de acuerdo a la codificación positiva o negativa, de la siguiente manera:

MINI

MÓDULO A:

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

Si codificó **NO** en A1 y en A2, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en A1 y/o en A2, continuar con las siguientes preguntas:

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:		
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?	SÍ	NO
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	SÍ	NO
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	SÍ	NO
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	SÍ	NO
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	SÍ	NO
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	SÍ	NO
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL			

Si codificó **NO** en 5 o más respuestas (A1-A3), continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en 5 o más respuestas (A1-A3), continuar con las siguientes preguntas:

A4 a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió NO SÍ deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	SÍ	NO
b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE			

MÓDULO B:

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
----	---	-----------	-----------

Si codificó **NO** en B1, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en B1, continuar con las siguientes preguntas:

B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	SÍ	NO
----	---	----	----

Si codificó **SÍ** en B2, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **NO** en B2, continuar con las siguientes preguntas:

B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:		
a	¿Cambió su apetito notablemente?	SÍ	NO
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	SÍ	NO
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	SÍ	NO
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	SÍ	NO
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	SÍ	NO
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en B3(a-f), continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en algún ítem de B3, continuar con las siguientes preguntas:

B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL			

MÓDULO C:

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	SÍ	NO	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	SÍ	NO	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	SÍ	NO	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	SÍ	NO	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	SÍ	NO	10
C6	A lo largo de su vida: ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	SÍ	NO	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA? SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)	SÍ	NO	

**SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA
SÍNTOMAS DE UN RIESGO DE SUICIDIO**

1-5 puntos Leve , 6-9 puntos Moderado , 10 puntos Alto

MÓDULO D:

D1 a	<p>¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)</p> <p>(Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo)</p>	SÍ	NO
b	Si SÍ: ¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	SÍ	NO
D2 a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una	SÍ	NO

	manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?		
b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en D1a y en D2a, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en D1a y/o en D2a, continuar con las siguientes preguntas:

- SI D1b O D2b = **SÍ** :**EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL**
- SI D1b Y D2b = **NO** **EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO**
-

D3	Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:		
a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	SÍ	NO
b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	SÍ	NO
c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	SÍ	NO

d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	SÍ	NO
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	SÍ	NO
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	SÍ	NO
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 o MÁS RESPUESTAS DE D3 (o 4 o MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] o SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en D3(a-f), continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en 3 o más respuestas de D3, continuar con las siguientes preguntas:

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

	¿CODIFICÓ NO EN D4?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN EPISODIO HIPOMANÍACO			
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.		
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN EPISODIO MANÍACO			
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.		

MÓDULO E:

E1	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	SÍ	NO
a			
b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en E1(a-b), *continuar con el siguiente módulo.*

Si codificó **SÍ** en E1a y/o en E1b, *continuar con las siguientes preguntas:*

E2	¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	SÍ	NO
E3	¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	SÍ	NO
E4	Durante la peor crisis que usted puede recordar:		
a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	SÍ	NO
b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	SÍ	NO
c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	SÍ	NO
d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	SÍ	NO
e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	SÍ	NO
f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	SÍ	NO
g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	SÍ	NO
h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	SÍ	NO
i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	SÍ	NO
j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	SÍ	NO

k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	SÍ	NO
l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	SÍ	NO
m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	SÍ	NO
E5	¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA			
E6	SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA CRISIS ACTUAL CON SÍNTOMAS LIMITADOS			
E7	¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL			

MÓDULO F:

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

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

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ NO EN F2 y CODIFICÓ SÍ EN E7 (¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?)	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL			
	¿CODIFICÓ SÍ EN F2 y CODIFICÓ SÍ EN E7 (¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?)	SÍ	NO

<p>SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</p>			
<p>CODIFICÓ SÍ EN F2 y CODIFICÓ NO EN E5</p>		<p>SÍ</p>	<p>NO</p>
<p>SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</p>			

MÓDULO G:

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

*Si codificó **NO** en G1, continuar con el siguiente módulo.*

*Si codificó **SÍ** en G1, continuar con las siguientes preguntas:*

<p>G2</p>	<p>¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?</p>	<p>SÍ</p>	<p>NO</p>
<p>G3</p>	<p>¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?</p>	<p>SÍ</p>	<p>NO</p>

G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL			

MÓDULO H:

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (P. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas) (NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE	SÍ	NO
-----------	---	-----------	-----------

	PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)		
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	SÍ	NO
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	SÍ	NO
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en H4, *continuar con el siguiente módulo.*

Si codificó **SÍ** en H3 o en H4, *continuar con las siguientes preguntas:*

H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	SÍ	NO
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	SÍ	NO

SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL

MÓDULO I:

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	SÍ	NO
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en I1 y en I2, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en I1 y/o en I2, continuar con las siguientes preguntas:

I3	En el último mes:	SÍ	NO
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	SÍ	NO
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	SÍ	NO
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	SÍ	NO
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	SÍ	NO
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	SÍ	NO
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en I3 (a-f), continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en 3 o más respuestas de I3, continuar con las siguientes preguntas:

I4	Durante el último mes:		
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	SÍ	NO
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	SÍ	NO

c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	SÍ	NO
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	SÍ	NO
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I4?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en I4 (a-e), continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en 2 o más respuestas de I4, continuar con las siguientes preguntas:

I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL			

MÓDULO J:

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

Si codificó **NO** en J1, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en J1, continuar con las siguientes preguntas:

J2	En los últimos 12 meses:		
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	SÍ	NO
b	Cuando reducía la cantidad de alcohol, ¿temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?	SÍ	NO
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	SÍ	NO
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	SÍ	NO
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	SÍ	NO
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	SÍ	NO
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL			

J3	En los últimos 12 meses:		
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?	SÍ	NO
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	SÍ	NO
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	SÍ	NO
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL			

MÓDULO K:

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

Si codificó **NO** en K1a, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en K1a, continuar con las siguientes preguntas:

<p>RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:</p>
<p>Estimulantes: anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.</p>
<p>Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball.</p>
<p>Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.</p>
<p>Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, peacepill), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.</p>
<p>Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (laughing gas), amyl o butylnitrate (poppers).</p>
<p>Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, reefer.</p>
<p>Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.</p>
<p>Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?</p>

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIAS MÁS USADA/S:

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

K2	Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:		
a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	SÍ	NO
b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	SÍ	NO

c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	SÍ	NO
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	SÍ	NO
e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	SÍ	NO
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia amigos debido a su uso de drogas?	SÍ	NO
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL			

K3	Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:		
a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?	SÍ	NO
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	SÍ	NO
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	SÍ	NO
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL			

MÓDULO L:

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener:

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

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

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

L1 a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	SÍ	NO	EXTRAÑA
	DÉ EJEMPLOS: (OPCIONAL)			

b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	SÍ	NO	EXTRAÑA
L2 a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	SÍ	NO	EXTRAÑA
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	SÍ	NO	EXTRAÑA
L3 a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	SÍ	NO	EXTRAÑA
DÉ EJEMPLOS: (OPCIONAL)				
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	SÍ	NO	EXTRAÑA
L4 a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	SÍ	NO	EXTRAÑA
b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	SÍ	NO	EXTRAÑA
L5 a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	SÍ	NO	EXTRAÑA
DÉ EJEMPLOS: (OPCIONAL)				

b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	SÍ	NO	EXTRAÑA
L6 a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	SÍ	NO	EXTRAÑA
b	¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	SÍ	NO	EXTRAÑA
L7 a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?	SÍ	NO	EXTRAÑA
b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	SÍ	NO	EXTRAÑA
	Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable).	SÍ	NO	EXTRAÑA
	Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	SÍ	NO	EXTRAÑA
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:				

L8b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	SÍ	NO
L9b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	SÍ	NO
L10b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	SÍ	NO
L11	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
L12	¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?	SÍ	NO

	<p>VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?</p>		
<p>SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</p>			
L13 a	<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?</p>	SÍ	NO
L13 b	<p>SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?</p>	SÍ	NO
<p>SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</p>			

MÓDULO M:

M1	¿Cuál es su estatura?		
a			
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?		
c	¿ES SU PESO INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)	SÍ	NO

Si codificó **NO** en M1c, continuar con el siguiente módulo.

MUJERES														
c	144,	147,	149,	152,	154,	157,	160,	162,	165,	167,	170,	172,	175,	177,
m	8	3	9	4	9	5	0	6	1	6	2	7	3	8
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51
HOMBRES														
c	154,	157,	160,	162,	165,	167,	170,	172,	175,	177,	180,	182,	185,	188,
m	9	5	0	6	1	6	2	7	3	8	3	9	4	0
kg	47	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)														

Si codificó **SÍ** en M1c, continuar con las siguientes preguntas:

	En los últimos 3 meses:		
M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	SÍ	NO
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	SÍ	NO
M4	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	SÍ	NO
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	SÍ	NO
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	SÍ	NO
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	SÍ	NO
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	SÍ	NO
	PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6? PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL			

MÓDULO N

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	SÍ	NO
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en N1 y en N2, continuar con el siguiente módulo.

Si codificó **SÍ** en N1 y/o en N2, continuar con las siguientes preguntas:

N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	SÍ	NO
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	SÍ	NO
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	SÍ	NO
N6	¿CODIFICÓ SÍ EN M5?	SÍ	NO
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de su peso mínimo en relación a su estatura, basado en la tabla de estatura/peso kg)?	SÍ	NO

N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA BULIMIA NERVIOSA ACTUAL			
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UNA ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL			

MÓDULO O:

O1	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	SÍ	NO
a			
b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	SÍ	NO

Si codificó **NO** en O1a y en O1b, *continuar con el siguiente módulo.*

Si codificó **SÍ** en O1a y en O1b, *continuar con las siguientes preguntas:*

O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	SÍ	NO
O3	En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:		

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	SÍ	NO
b	¿Se sentía tenso?	SÍ	NO
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	SÍ	NO
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	SÍ	NO
e	¿Se sentía irritable?	SÍ	NO
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL			

MÓDULO P:

P1	Antes de cumplir los 15 años:		
a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	SÍ	NO
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	SÍ	NO

c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	SÍ	NO
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	SÍ	NO
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	SÍ	NO
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1? NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.	SÍ	NO

P2	Después de cumplir los 15 años:		
a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	SÍ	NO
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	SÍ	NO

c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	SÍ	NO
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	SÍ	NO
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara? f ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	SÍ	NO
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?	SÍ	NO
SI CODIFICÓ SÍ EN LA PREGUNTA ANTERIOR, EL PACIENTE PRESENTA SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA			

1.3. Materiales

1.3.1. Material de escritorio: papel, bolígrafo, engrapador, folder.

1.3.2. Material bibliográfico: Bibliografía básica

1.3.3. Material de apoyo logístico: Instrumentos electrónicos: Ordenador personal, CD, Impresora, Fotocopiadora.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. Ubicación Espacial: La investigación se realizará en el Departamento de Arequipa – Perú.

2.2. Ubicación Temporal: Se tomarán los datos de los Internos de Medicina y Médicos Residentes 2013.

2.3. Unidades de estudio:

2.3.1. Universo

Internos de Medicina y Médicos Residentes 2013.

2.3.2. Población

Internos de Medicina y Médicos Residentes del departamento de Arequipa 2013.

2.3.3. Muestra y procedimiento de muestreo

Se considerará al total de Internos de Medicina y Médicos Residentes del HRM-A, HRHD, Hospital Goyeneche.

2.3.4. Criterios de inclusión

Se incluirá a todos los Internos de Medicina y Médicos Residentes del HRM-A, HRHD, Hospital Goyeneche - Arequipa 2013 que voluntariamente acepten realizar la MINI.

2.3.5. Criterios de exclusión

-Se excluirá a todos los Internos de Medicina y Médicos del HRM-A, HRHD, Hospital Goyeneche - Arequipa 2013 que no acepten realizar la MINI.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se procederá con las siguientes técnicas de recolección de datos:

- a. Se tomaran en cuenta todos los Internos de Medicina y Médicos Residentes del HRM-A, HRHD, Hospital Goyeneche - Arequipa 2013 que cumplan con los criterios de selección y ninguna con criterio de exclusión.
- b. Se registrara la información en el Formato de Recolección de Datos de la entrevista confeccionada y adecuada a los objetivos del estudio.
- c. La información será organizada, tabulada y sistematizada en base de datos informático para su posterior análisis e interpretación.

Análisis de resultados: se utilizara estadística descriptiva con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales para variables cualitativas, medidas de tendencia central (media, desviación estándar) para variables cuantitativas.

Para relacionar las variables cuantitativas se utilizara coeficientes de correlación lineal simple, y para comparar variables independientes se empleara el test de chi-cuadrado. Los datos serán tabulados por SPS.

3.2. Recursos

a. Humanos

El investigador, tutor de proyecto de trabajo de investigación, tutor de ejecución de trabajo de investigación.

b. Materiales

- Hardware : Computador Pentium IV, impresora, memoria externa(pen drive)

- Software: Sistema operativo, Microsoft Office XP Profesional 2010, paquetes estadísticos.
- Material del escritorio: Papel bon A4, calculadora, lapiceros, cuaderno de apuntes.
- Material bibliográfico: libros, copias de tesis, copias de revistas, revistas médicas informáticas impresas.

c. Institucionales

- Biblioteca de la facultad médica de la UCSM, UNSA.
- Direcciones electrónicas de páginas web de revistas médicas.

d. Financiero

- El estudio será completamente financiado por el investigador

3.3. Validación de los instrumentos

No requiere validación, ya que la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; Versión en Español 5.0.0, DSM-IV ya está validada.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

Se aplicara: base de datos de hojas de cálculo de Microsoft Office Excel 2010, Microsoft Office Word 2010, Paquetes estadísticos SPS para el análisis de resultados.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Tiempo	2012				2013		
	Enero- Diciembre				Enero	Febrero	Marzo
Actividades	1	2	3	4			
Búsqueda de información	X						
Elaboración del proyecto		X	X				
Presentación del proyecto				X			
Recolección de datos					X		
Elaboración de Informe						X	
Presentación del Informe final							X



CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO

Soy Meryhelen Alisson Torres Vargas, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María. Te invito a participar del estudio de investigación titulado “Aplicación del “MINI” (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) como orientación diagnóstica psiquiátrica en Internos De Medicina y Médicos Residentes.)”.

A continuación se te proporcionará una entrevista psiquiátrica sencilla y breve desarrollada para la investigación clínica. Es totalmente anónima y su participación es absolutamente voluntaria, no habiendo beneficios económicos ni riesgos o perjuicios por formar parte del estudio. No se manejará información personal sobre cada participante, por lo que cualquier evidencia de esta será eliminada (nombres completos, correos electrónicos, etc.) una vez concluido el estudio.

Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas

Firma del Encuestado

Nombre: _____

Edad: _____

Hospital donde trabaja: _____

Puesto: Interno de Medicina

Médico Residente



Código	Edad	Sexo	Hospital	EDM	EDMR	T.distímico	Riesgo de Suicidio			Ep. maniaco	Ep.hipomaniaco	T.Angustia	Agorafobia	Fobia social	TOC	ESPT	Dep. de alcohol	Abuso de Alcohol	Dep. de sustancias	Abuso de Sustancias	Estado Psicótico		Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	TAG	TAP
							• Leve	• Moderado	• Elevado												• Aislado	• Recurrente				
INTERNOS DE MEDICINA																										
1	2 2	F	HMR-A	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
2	2 3	F	HMR-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	2 4	F	HMR-A	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
4	2 4	F	HMR-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	2 2	F	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
22	2 2	F	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
23	2 3	F	HOSP. GOYENECHÉ	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
24	2 3	F	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	

90	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
91	2 4	F	HRHDE	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
92	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
93	2 4	F	HRHDE	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
94	2 4	F	HRHDE	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
95	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
96	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
97	2 4	F	HRHDE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
98	2 4	F	HRHDE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
99	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 0	2 4	F	HRHDE	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10 1	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
10 2	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 3	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 4	2 4	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

16	2 7	M	HMR-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
17	2 8	M	HMR-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	2 8	M	HMR-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	2 8	M	HMR-A	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
20	2 8	M	HMR-A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
44	2 3	M	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45	2 3	M	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
46	2 4	M	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	2 4	M	HOSP. GOYENCHE	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0
48	2 4	M	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	2 4	M	HOSP. GOYENCHE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
50	2 4	M	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	2 4	M	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	2 4	M	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	2 5	M	HOSP. GOYENCHE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

54	2 5	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
55	2 5	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
56	2 5	M	HOSP. GOYENECHÉ	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
57	2 5	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
58	2 5	M	HOSP. GOYENECHÉ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
59	2 5	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
60	2 6	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
61	2 6	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
62	2 7	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
63	2 7	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
64	2 9	M	HOSP. GOYENECHÉ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
65	2 9	M	HOSP. GOYENECHÉ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
66	2 9	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
67	2 9	M	HOSP. GOYENECHÉ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
68	3 0	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

11 4	3 0	M	HRHDE	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
11 5	3 0	M	HRHDE	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
11 6	3 0	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 7	3 1	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 8	3 1	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 9	3 1	M	HRHDE	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
12 0	3 2	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 1	3 4	M	HRHDE	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
12 2	3 4	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 3	3 5	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 4	2 3	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 5	2 3	M	HRHDE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12 6	2 3	M	HRHDE	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
12 7	2 3	M	HRHDE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
12 8	2 3	M	HRHDE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

129	24	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
130	24	M	HRHDE	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
131	24	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
132	24	M	HRHDE	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
133	24	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
134	24	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
135	24	M	HRHDE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
136	24	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
137	25	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
138	25	M	HRHDE	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
139	25	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
140	25	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
141	25	M	HRHDE	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
142	26	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
143	27	M	HRHDE	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0

14 4	2 8	M	HRHDE	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	
14 5	2 8	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14 6	3 1	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14 7	3 2	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14 8	3 6	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
MÉDICOS RESIDENTES																											
1	2 6	F	HOSP. GOYENCHE	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
2	2 6	F	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	2 7	F	HOSP. GOYENCHE	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	2 7	F	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	2 7	F	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
6	2 8	F	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	2 9	F	HOSP. GOYENCHE	1	0	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
8	2 9	F	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	3 5	F	HOSP. GOYENCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

10	3 6	F	HOSP. GOYENEICHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	3 8	F	HOSP. GOYENEICHE	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
36	2 7	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
37	2 7	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
38	2 7	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
39	2 7	F	HRHDE	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	
40	2 8	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
41	2 8	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
42	2 8	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
43	2 8	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
44	3 0	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
45	3 0	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
46	3 2	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	
47	3 3	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
48	3 6	F	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

26	3 4	M	HOSP. GOYENECHÉ	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
27	3 6	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
28	3 6	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
29	4 0	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
30	4 1	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
31	4 2	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
32	4 2	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	4 2	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
34	4 2	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	4 2	M	HOSP. GOYENECHÉ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	2 8	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	2 8	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	2 8	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	2 8	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	2 8	M	HRHDE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0

55	28	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	29	M	HRHDE	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	29	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
58	29	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
59	29	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
62	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
63	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
64	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
65	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
66	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	30	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	32	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	32	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

70	3 2	M	HRHDE	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
71	3 5	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	3 5	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
73	3 6	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
74	3 6	M	HRHDE	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0
75	3 6	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
76	3 7	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
77	3 9	M	HRHDE	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
78	4 2	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
79	4 3	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
80	4 5	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81	4 5	M	HRHDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

