

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS:**

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA,  
NOVIEMBRE 2022 – ENERO 2024”

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA:**

BACH. EDITH MIGDALI FLORIANO MIRANDA

**ASESOR:**

EDWIN ADMIR SANTOS HURTADO

DOCTOR EN MEDICINA, MÉDICO PSIQUIÁTRA SUBESPECIALISTA EN  
ADICCIONES

CÓDIGO ORCID: 242942456

**CAJAMARCA, PERÚ**

**2024**

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Edith Migdali Floriano Miranda  
DNI: 70396968  
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: Dr. Edwin Admir Santos Hurtado  
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: "PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA NOVIEMBRE 2022 - ENERO 2024"
6. Fecha de Evaluación: 15/03/2024
7. Software Antiplagio : TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 22%
9. Código Documento: oid: 3117: 340037993
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 15 de Marzo del 2024



## DEDICATORIA

A mis padres, Yocsana y José.

A mis hermanos; Samuel, Heber y David.

Los amo mucho.

## AGRADECIMIENTO

A Dios, por mostrar su incondicional amor y cuidado, en cada momento de mi vida, y en especial en mi vida universitaria. Por poner en mí; paz, alegría, amor, ganas de vivir y coraje para perdonar.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A todos los docentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Cajamarca, porque con su tiempo y dedicación, contribuyeron a abrir nuestra mente al conocimiento y darnos las herramientas para seguir creciendo en este hermoso y a veces ingrato camino de la medicina.

A las amistades que formé, cada momento compartido y cada detalle de apoyo mutuo queda impreso indeleblemente en mi corazón.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO .....	5
INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	13
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	14
4.1 OBJETIVO GENERAL .....	14
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	15
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	15
2. BASES TEÓRICAS .....	21
3. TÉRMINOS BÁSICOS.....	44
CAPÍTULO III: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	45
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	46
1. MATERIAL Y MÉTODOS.....	46
1.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	46
1.2 OBJETO DEL ESTUDIO .....	46
1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	46
1.4 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46

2. CONSIDERACIONES ÉTICOS.....	48
CAPÍTULO V: RESULTADOS .....	48
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	49
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES .....	51
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES .....	52
CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
CAPÍTULO X: ANEXOS.....	58

## ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 - enero 2024 .....	48
Ilustración 1 Prevalencia según sexo de trastornos mentales en pacientes hospitalizados del Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 - enero 2024.....	49

## RESUMEN

- **Introducción:** Los trastornos mentales son un conjunto de síndromes que se caracterizan por alteración en la cognición, en la regulación de las emociones o en el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en el desarrollo psicológico, biológico o de los procesos subyacentes al funcionamiento mental. Se estima que afecta a una de cada cuatro personas en el mundo y, sin embargo, a pesar de su alta prevalencia e implicancia en todos los aspectos de nuestra vida han sido poco estudiados en nuestra región.
- **Objetivo:** La finalidad de este estudio fue determinar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.
- **Método** Se reunió información de la base de datos del área de estadística. Logrando un total de 12558 pacientes. Se filtró los datos por medio de Microsoft Excel, según el código de CIE 10 perteneciente a los trastornos mentales, resultando un total de 117 pacientes afectados por trastornos mentales. Se agruparon los trastornos según el tipo de trastorno mental sugerido por el CIE10 para hallar nuestros objetivos específicos.
- **Resultados** El 0.93% de los pacientes hospitalizados tuvo algún trastorno mental. Siendo los más comunes el tipo de los trastornos esquizofrénicos, seguido de los trastornos del humor y de los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas.
- **Conclusión:** Hay un 0.93% de pacientes hospitalizados con trastornos mentales en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de noviembre 2022 a enero 2024, pero es posible que no refleje fehacientemente la realidad.
- **Palabras clave** Trastornos mentales, Prevalencia, Hospital Regional Docente de Cajamarca

## ABSTRACT:

- **Introduction:** Mental disorders are a set of syndromes that are characterized by alterations in cognition, in the regulation of emotions or in the behavior of an individual that reflect a dysfunction in psychological, biological development or the processes underlying functioning. . mental. It is estimated that it affects one in four people in the world and yet, despite its high prevalence and implication in all aspects of our lives, it has been little studied in our region.

- **Objective:** The purpose of this study was to determine the prevalence of mental disorders in patients hospitalized at the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, November 2022 - January 2024.

- **Method:** Gather information from the statistics area database. Achieving a total population of 12,558 patients. The data was filtered through Microsoft Excel, according to the ICD 10 code pertaining to mental disorders, resulting in a total of 117 patients affected by mental disorders. Disorders were grouped according to the type of mental disorder suggested by ICD10 to find our specific objectives.

- **Results** 0.93% of hospitalized patients had some mental disorder. The most common type of schizophrenic disorders is, followed by mood disorders and disorders due to the use of psychoactive substances.

- **Conclusion:** There are 0.93% of hospitalized patients with mental disorders at the Cajamarca Regional Teaching Hospital from November 2022 to January 2024, but it may not reliably reflect reality.

- **Keywords** Mental disorders, Prevalence, Hospital Regional Docente de Cajamarca

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales han sido envueltos muchas veces por un manto místico, religioso y cultural que no le ha permitido desarrollarse científicamente como los demás temas de la medicina, a pesar de que son de alta prevalencia a nivel mundial. (1)

El desarrollo de la psicología y psiquiatría a despegado relativamente reciente, por lo que en nuestro contexto latinoamericano aún le queda muchas barreras por surcar. Una de las cuales es la desinformación de nuestra realidad por no existir estudios que muestren dónde nos encontramos. (2)

Estudios de metaanálisis sobre la prevalencia de trastornos mentales en Latinoamérica indican que aproximadamente un tercio de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de trastorno mental. (3)

El estado peruano recientemente está tratando de implementar medidas para mejorar la salud mental, por lo que en Cajamarca ya contamos con la creación de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y adicciones. Es necesario contar con investigaciones por lo menos descriptivas que muestren la realidad actual y su posterior evolución gracias al trabajo conjunto de los profesionales de la salud. (4)

Por lo expuesto anteriormente, debido a que en Cajamarca no existen investigaciones que aborden esta problemática, este estudio tiene como finalidad determinar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima según las investigaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que las enfermedades mentales afectan a 1 de cada 4 personas a nivel mundial. Se ha reportado una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en todos los entornos sanitarios; así, en las especialidades médicas ambulatorias aproximadamente el 50% de las morbilidades psiquiátricas tenían síntomas médicamente inexplicables; en los departamentos de emergencia el 5% del total de las personas que requirieron el servicio, tiene un problema primario de salud mental; si la cuenta se establece en hospitales generales se ha reportado que el 30% de los pacientes hospitalizados tienen un trastorno psiquiátrico; por último en la práctica general más del 20% de la visitas al médico en los países occidentales está relacionada con la salud mental. (5)

El estigma, el mal desarrollo de los servicios de atención primaria y la falta de capacitación del personal sobre todo en países de bajos y medianos ingresos ha supuesto una barrera difícil de franquear al momento de tratar los trastornos psiquiátricos en la atención primaria; la problemática llega a tal punto que se ha reportado recientemente que aún en más de 60 países los pacientes con enfermedades mentales todavía están encadenados. Todo ello contribuye a que la atención médica adecuada no sea oportuna y en algunos casos inexistente, a pesar que en los hospitales generales se cuenta con servicios de salud mental. Por si fuera poco, se ha visto, además, la falta de financiación destinado, ya que en promedio los gobiernos gastan menos del 2% del presupuesto de salud en la salud mental. (5)

Así, tras lo expuesto anteriormente, los trastornos mentales llegan a ser una de las cinco dolencias más comunes en el mundo, que provocan morbilidad, mortalidad y disfunción sobre todo en los jóvenes, teniendo un origen temprano en las fases de desarrollo neurológico de la vida, con una aparición global del primer trastorno mental antes de los 14 años en un tercio de las personas alrededor del mundo; antes de los 18 años en casi la mitad (48.4%) y antes de los 25 años en la mitad (62,5%), con una edad máxima/mediana de inicio de 14.5/18 años en todos los trastornos mentales.

(6)

Según la última Carga Global de enfermedades, las enfermedades mentales constituyen la quinta parte de todas las discapacidades relacionadas con enfermedades, permaneciendo entre las diez principales causas de carga en todo el mundo desde 1990 hasta la actualidad sin evidencia de reducción. (7) (8)

En América Latina, la carga de trastornos de salud mental ha ido en crecimiento, sin embargo, en la literatura mundial es subrepresentada, puesto que se ha reportado que sólo contribuyó con el 2% de la literatura mundial sobre salud mental. Pese a lo anterior, durante la pandemia de COVID-19 América Latina ha tenido una contribución creciente pero no sobrepasa el 4% de literatura mundial que haya sido dirigida por autores de América Latina y el Caribe. (9)

El Foro Económico Mundial al proponerse evaluar el progreso de la región de Cooperación Económica Asia Pacífico (APEC) quien integra a 21 economías miembros de la cuenca del Pacífico, donde está incluido el Perú, llegó a la conclusión que el impacto económico de las enfermedades mentales es el factor que más contribuye, de entre todas las enfermedades no transmisibles, a la pérdida de la productividad. Llamándolo luego, en una reunión conjunta con la OMS, el Banco Mundial y el Foro Monetario Internacional: “discapacidad invisible”. Tras este escenario, cabe recalcar como vislumbre de esperanza que, según las proyecciones de la OMS la inversión en servicios de salud mental genera ahorro cinco veces mayores que el gasto inicial, además de mejorar los resultados de salud y productividad a largo plazo. (5) (10)

En Perú, los trastornos de salud mental afectan a uno de cada cinco adultos y son la principal causa de carga de enfermedad en el país. Sin embargo, hasta hace una década, sólo un 10% de quienes requerían atención de salud mental tenían acceso a ella. Al tomarse cartas en el asunto se aprobó la Ley de Salud Mental (Ley 30947) en el 2019 y su reglamento de dicha ley en el 2020, buscando garantizar el acceso universal a la atención de salud mental, con enfoque comunitarios, interculturales y de derechos humanos. Así se logró implementar y descentralizar el proceso participativo con más de 200 centros comunitarios de salud mental, 30 unidades de hospitalización de salud mental en hospitales generales, 48 hogares tutelados para personas con enfermedades de trastorno de salud mental graves en las 24 regiones del Perú. (11)

Además, a través de un estudio realizado en ocho ciudades de gran altitud del Perú, en la cual también se incluyó a Cajamarca se encontró altas prevalencias en trastornos mentales; como, de ansiedad 72.7%, depresión 64.1%, y trastorno de estrés post traumático 15.1%. Teniendo como factores asociados haber perdido el empleo, tener un familiar fallecido, inseguridad alimentaria grave, hipersomnía. Pero, debido al contexto y el método de encuestas virtuales que se empleó para este estudio es probable que no refleje bien la realidad de nuestra región. (12)

Siguiendo el plan nacional de fortalecimiento de servicios de Salud Mental comunitaria, en Cajamarca, la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSM) comenzó su funcionamiento en noviembre del 2022, dependiente del departamento de psiquiatría, del cual no se cuenta aún algún estudio de prevalencia sobre trastornos mentales. (4)

## 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024?

## 3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Desde el punto de vista teórico elegí hacer esta investigación, porque a pesar que existen otros estudios similares no se han encontrado estudios con esta variable, con la misma población, ni en el mismo tiempo; por lo que este estudio estará llenando un vacío en el conocimiento teórico.

Desde un punto de vista práctico mediante este estudio se trata de determinar la prevalencia de los trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca y así tener un trabajo científico que sustente y presente la realidad de la salud mental en la población cajamarquina, ya que analizando la realidad a nivel internacional, nacional y regional se ha demostrado la extensa y significativa repercusión de los trastornos mentales sobre todo en los jóvenes; produciendo una alta morbilidad, mortalidad, disfunción, alta carga global y pérdida de productividad. Además, se evidencia que a nivel mundial y nacional existe una preocupación ante dicha realidad y se ha propuesto medidas a nivel gubernamental cuyos efectos también han influido en nuestra región.

Tras conocer la realidad podremos ayudar a direccionar los esfuerzos tanto de los dirigentes del nosocomio como de la comunidad cajamarquina y peruana, para dar mayor prioridad en la asignación de recursos, que ayuden a prevenir y tratar oportunamente a la población afectada con estos males. Así, se contribuirá con una mejor calidad de vida tanto para los pacientes como para su familia, que al reinsertarse en la sociedad podrán contribuir mediante su trabajo al desarrollo de la región y el país.

## 4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los trastornos mentales más frecuentes en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.
- Encontrar la prevalencia de todos los trastornos mentales en conjunto según sexo en pacientes hospitalizados del Hospital Regional Docente en el Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.
- Reconocer los trastornos mentales más frecuentes según cada sexo en pacientes hospitalizados del Hospital Regional Docente en el Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.

## 5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Es posible que se pase por alto pacientes que presenten trastornos mentales al ser infradiagnosticados por médicos tratantes.
- Los trastornos mentales no suelen considerarse como diagnóstico final en las historias clínicas; pero, si en caso se consideran se escriben como diagnósticos secundarios, mientras que el área de estadística sólo registra en su base de datos el diagnóstico principal codificado según CIE10.

- El sistema informático del área de estadística del Hospital Regional Docente de Cajamarca, no registró datos en noviembre y diciembre del 2023.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Passakorn Suanrueang, M. et al (13) , al realizar un estudio observacional analizando los pacientes tailandeses que habían sido hospitalizados en hospitales públicos de Tailandia con trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico en los años 2007 al 2019, clasificados según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-10), por medio de los datos del sitio web del Ministerio de Salud Pública de Tailandia recaudaron información de 190 000 casos en 2007 hasta más de 400 000 casos en el 2019; resultó que la tasa de prevalencia de los trastornos mentales difirió significativamente según el sexo ( $p < 0,001$ ) así, las prevalencias más altas en varones fueron los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, seguido por el grupo de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes, otros trastornos mentales y del comportamiento y por último los trastornos mentales y del comportamiento debidos a otros psicoactivos. En las mujeres los trastornos mentales más prevalentes fueron el grupo de los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos seguido del grupo de los trastornos del estado de ánimo (afectivo) y por último la demencia. Los resultados siguieron el patrón descrito durante los trece años estudiados. Se concluyó que hay distinta tendencia según el sexo a presentar diferentes trastornos mentales en todas las edades de los pacientes, por lo que es importante abordar los trastornos mentales por separado según el sexo, para proporcionar de manera adecuada planes de salud mental, programas de prevención psiquiátrica e intervenciones.

Huang, Y. et al (14), presentaron un estudio epidemiológico trasversal de la prevalencia de trastornos mentales en China, utilizando una muestra probabilística que se obtuvo seleccionando una submuestra probabilística de una muestra representativa a nivel nacional desarrollada para la Vigilancia de Enfermedades Crónicas y Factores de Riesgo de China, logrando seleccionar a 32 522

personas a las cuales se entrevistó personalmente mediante un diseño de dos etapas por entrevistadores no profesionales y psiquiatras (con participación en la segunda entrevista) utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, el Instrumento de Detección comunitario para la Demencia, así, obtuvieron que: la prevalencia ponderada de cualquier trastorno mental, excluyendo la demencia, fue del 9.3 % con un intervalo de confianza del 95% durante los doce meses anteriores del momento en el cual participaron de la entrevista. Y la prevalencia ponderada fue de 16,6% de aquellos que presentaron trastornos mentales durante toda su vida. Además, se encontró que la clase de trastorno mental más común fue la ansiedad ya sea en los doce meses anteriores de completar la entrevista como de los trastornos mentales que tuvieron durante toda su vida. Por último, la prevalencia ponderada de demencia en personas de 65 años a más fue del 5,6%, concluyendo así que los trastornos mentales en China han ido en aumento, a excepción de la prevalencia que se registró en el 2009 donde hubo más porcentaje que la que se encontró en este estudio. Por lo que esta evidencia plantea serios retos y valiosas oportunidades para la formulación de políticas que aborden los factores que afectan la salud mental en China.

Rafid S. et al (15), reportaron un estudio retrospectivo de vinculación de datos de cohortes donde se estudió a todas las personas ingresadas (es decir, hospitalizadas) a un hospital público regional desde el 1 de julio de 1996 al 31 de diciembre de 2010, identificándose 227 271 pacientes de los cuales 15 356 (6.75%) fueron diagnosticados en ese momento o en el pasado con al menos un trastorno mental codificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9° o 10° Revisión. De los restantes 211 915 sin trastorno mental se seleccionaron al azar 15 356 y se emparejaron 1:1 por edad, sexo y año de ingreso. Al comparar los grupos emparejados se obtuvo que los pacientes con trastornos mentales tuvieron una mortalidad de 25.2% mientras que los que no tenían trastornos mentales un 17.3%. El odds ratio de mortalidad para pacientes con trastorno mental fue 2.20 marcando una asociación positiva, aún después de ajustar factores de confusión. Se concluyó que aquellos pacientes con antecedente de ingreso a hospitales públicos que presentan al menos un trastorno mental tienen

mayor mortalidad que aquellos sin trastornos mentales. Por lo que esta población requiere una mayor atención en el abordaje médico y del sistema de salud.

Souleymane Papa, C. et al (16), publicaron un estudio transversal cuyo objeto de estudio fueron los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Centro Hospitalario Punto G en Mali entre enero del 2014 a diciembre de 2018, logrando analizar los expedientes de 1105 pacientes, se establecieron características de edad, sexo y grupo diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° revisión (CIE10) así, encontraron que la edad promedio de estos pacientes fue de  $32,6 \pm 11,1$  años con extremos de la vida de 13 y 82 años de edad, con predominio del sexo masculino (83,8%), predominando entre los diagnósticos el grupo de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes con el 67,8%. Por lo que concluyeron que de las personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos la mayoría eran hombres, jóvenes y con el grupo diagnóstico predominante de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

Pilowsky, J. et al (17), mediante una revisión sistemática y metaanálisis para determinar la prevalencia de trastornos de salud mental preexistentes en pacientes ingresados en una UCI entre el 1 de enero del 2000 y el 15 de febrero del 2020, realizaron una búsqueda exhaustiva según el protocolo PRISMA utilizando Google Scholar, así lograron incluir entre los artículos revisados 143 179 participantes, resultando que la prevalencia combinada de todos los trastornos mentales preexistentes fue del 19,4% (con intervalo de confianza de 95%, siendo el subtipo más común la depresión representando el 60,5% (IC 95%) del total de los trastornos identificados. Por lo tanto, concluyeron que aproximadamente el 19% de los pacientes adultos de la UCI tienen antecedentes de un trastorno mental, ocupando el puesto más común la depresión; sin embargo, se necesita más investigación para mejorar esta estimación y determinar un mejor método de identificación.

Charlson, F. et al (2), en un esfuerzo para actualizar las estimaciones de la OMS sobre la prevalencia de trastornos mentales en entornos afectados por conflictos y estimar la carga de 1.000 habitantes realizaron una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo las pautas para la presentación de informes de estimaciones de salud precisas y transparentes (GATHER) y las metodologías desarrolladas para el Estudio de Carga global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo

(GBD), utilizaron búsquedas en MEDLINE (PubMed), Psycinfo y Embase estudios publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 9 de agosto de 2017, sobre la prevalencia de trastornos mentales (depresión, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar y esquizofrenia), identificándose 129 estudios, así resultó que la prevalencia global de los trastornos mentales fue de 22.1% en cualquier momento del conflicto y sólo dos estudios brindaron datos epidemiológicos para aplicar el Estudio de Carga Global. Se concluyó que en las poblaciones afectadas por conflicto existe gran cantidad de personas afectadas por un trastorno mental, siendo la carga producida por estos alta, por lo que es urgente que se implemente intervenciones de salud mental.

Scott, G. et al (18), realizaron un estudio retrospectivo de datos transversales para caracterizar los cinco diagnósticos de trastorno mental más comunes según el DSM-5 en pacientes que recibieron atención médica y quirúrgica en un hospital general de Ponce, Puerto Rico, entre enero del 2015 y diciembre de 2019, por lo que un equipo de psicólogos capacitados realizaron evaluaciones psicológicas estandarizadas de rutina junto a la cama de los pacientes, logrando evaluar a 5 494 pacientes hospitalizados de 21 años a más. Luego, con la información obtenida se utilizó análisis de regresión logística multinomial para evaluar las probabilidades de ser diagnosticado con un trastorno mental actual según DSM-5 durante la hospitalización. El resultado fue, que en general se diagnosticó un trastorno mental durante la hospitalización al 53% de toda la muestra, además los trastornos más frecuentes fueron los trastornos depresivos mayores, neurocognitivos, de ansiedad, relacionados con sustancias y el espectro de la esquizofrenia. También, las mujeres tuvieron un 23% menos probabilidad de ser diagnosticadas con trastorno depresivo mayor que los varones. Se concluyó que los cinco diagnósticos más frecuentes en un sistema hospitalario general según el DSM-5 son los trastornos depresivos mayores, neurocognitivos, de ansiedad, por consumo de sustancias y del espectro de la esquizofrenia. La posibilidad de ser diagnosticado con un trastorno depresivo mayor fue mayor en 1.30 veces en los varones en comparación con las mujeres. Entre el grupo de los trastornos neurocognitivos, el delirio fue la forma más común tanto en hombres como en mujeres. Se recalca que el trabajo conjunto con los servicios de psicología clínica dentro de un

hospital general facilita la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales recurrentes entre los pacientes hospitalizados.

Van Niekerk, M. et al (3), mediante el desarrollo de una revisión sistemática general, con el objetivo de aportar una visión global del campo sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el entorno hospitalario general, se buscó en Ovid Medline, Ovid Embase, Ovid PsycINFO, EBSCO CINAHL y Scopus tomando metaanálisis desde el inicio de la base de datos hasta septiembre de 2021, que tengan una estimación de prevalencia agrupada o rango de prevalencia de trastornos psiquiátricos diagnósticos a través de entrevistas en pacientes hospitalizados en hospitales generales encontrándose así 18 376 artículos de los cuales sólo quedaron aptos 11 728 mas 10 revisiones sistemáticas. De todo este proceso resultó que la prevalencia de depresión mayor fue de 12% - 20%, de cualquier trastorno de ansiedad de 8%, del trastorno de ansiedad generalizada del 5%, trastorno de pánico del 3%, del delirio del 15% y de la demencia un rango amplio del 3% al 63%. A partir de estos datos estimaron que alrededor de un tercio de los pacientes hospitalizados tienen trastorno psiquiátrico. Concluyeron que los trastornos psiquiátricos son muy comunes en pacientes hospitalizados en hospitales generales a pesar de que se encontró vacíos importantes durante la búsqueda de la prevalencia de otros trastornos psiquiátricos.

Pacheco R. y Guerrero J (19), decidieron determinar, a través de un estudio descriptivo y transversal, la prevalencia de trastornos mentales en la población peruana atendida vía llamadas telefónicas en el programa “Te Cuido Perú” en el contexto de la pandemia por el COVID-19, para lo cual de los 13061 pacientes provenientes de las regiones del Perú, seleccionaron una muestra por conveniencia de 2375 pacientes por ser atendidos entre los meses de abril y octubre del 2020, ser hombre o mujer con diagnóstico previo de COVID -19 mediante pruebas serológicas y/o moleculares y que tengan de 20 años a más. Se utilizó el protocolo de atención del programa para recaudar la información, utilizando en ella los ítems de la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI y el examen mental, se analizó los datos mediante el programa estadístico SPSS versión 22, utilizando el análisis de frecuencia. Se encontró que el 82.1% de la muestra analizada tuvo algún tipo de trastorno mental, siendo los más prevalentes; la ansiedad con 34.15%, depresión con 25,22%, estrés agudo con 13,81%, trastorno de

pánico con 3,24%, trastorno de adaptación con 2,44%, trastornos alimenticios con 1,64%, trastorno obsesivo compulsivo con 0,8% y otros trastornos mentales el 0,8%. Concluyendo que el 82% de los pacientes diagnosticados con COVID-19 atendidos mediante el programa “Te Cuido Perú” presentaron algún trastorno mental, siendo los más prevalentes la ansiedad, depresión, estrés agudo, trastorno de pánico, trastorno de adaptación, trastornos alimentarios y trastornos obsesivos compulsivos. Donde las mujeres presentan una mayor prevalencia para trastornos como la ansiedad, depresión, trastornos de pánico y trastornos de adaptación, mientras que para los varones la mayor prevalencia está en estrés agudo, trastornos alimenticios y trastorno obsesivo compulsivo.

Mejía H. y Ramos L. (20), publicaron una revisión sistemática que siguió las normas de la guía PRISMA, con la finalidad de determinar la prevalencia de los principales trastornos mentales en los trabajadores de la salud y población general del Perú en el contexto de la pandemia del COVID 19, así buscaron en PubMed /MEDLINE artículos publicados desde marzo 2020 hasta el 24 de marzo de 2021, empleando la herramienta de búsqueda avanzada de la mencionada base de datos. Obteniendo 22 estudios aptos para el análisis, sumando un total de 24593 participantes. Para el análisis se utilizó el programa Microsoft Excel. Se obtuvo que en la población general la prevalencia por trastornos mentales son los siguientes: ansiedad 36,4%; depresión 26,6%; estrés 44,2% y trastorno de estrés postraumático (TEPT) 5,9%. Siendo los trastornos predominantes en mujeres; la ansiedad y depresión y en los varones la mayoría manifestaron síntomas de estrés. Un hallazgo particular fue en los profesionales de la salud se detectó una prevalencia de 43% tanto de estrés y alteraciones de sueño. Por lo anterior se concluye que la salud mental está seriamente comprometida en los trabajadores de la salud y en la población general en tiempos de la pandemia COVID-19 y que entre los trastornos más prevalentes tenemos a la ansiedad, depresión, estrés, insomnio y trastorno por estrés postraumático.

Saavedra J. et al (21), ejecutaron un estudio epidemiológico, descriptivo, basado en encuestas personales, para evaluar la prevalencia de los desórdenes mentales, acceso a los servicios de salud y aspectos generales de la salud mental en regiones del Perú donde se incluyó a Cajamarca. Utilizaron como instrumentos el Cuestionario de Salud Mental, La entrevista Neuropsiquiátrica Internacional,

algunas preguntas del EMBU (Propia memoria acerca de la crianza), el Mini Mental State Examination, el cuestionario de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Pfeffer, la versión adaptada del cuestionario de Violencia Familiar de Anicama, El cuestionario de Determinantes de acceso a Servicio de Salud, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener, La Escala de Autoeficacia de Schwarzer y Jerusalen, a Escala de Resiliencia de Block, el Cuestionario modificado de Abuso Escolar de la Universidad Autónoma de Madrid y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg desarrollado por Buysse y col. Recogiendo información de 1320 adolescentes, 3475 mujeres unidas, 3893 adultos y 1040 adultos mayores, se procesó en el SPSS versión 22 y así, resulto que en Cajamarca hay una prevalencia de 27,6% de presencia de cualquier trastorno mental durante la vida y un 7,9% de prevalencia a doce meses. Del total de la muestra solo el 28.7% de las personas que percibieron un trastorno mental recibió atención en un Hospital General. En los adolescentes los desórdenes mentales más frecuentes fue el episodio depresivo, con una prevalencia de 9,2% en Cajamarca, seguido del estrés postraumático con 2.8% y la fobia social (2.5%). En las mujeres el 12,5% habían sufrido alguna forma de abuso de su pareja actual, encontrándose en este porcentaje mayores desórdenes mentales. En los adultos resaltó los trastornos de ansiedad actual y a seis meses sobre todo en aquellos que habían sufrido la muerte o desaparición de algún familiar durante el terrorismo. Concluyeron que los problemas de salud mental son importantes para la salud pública, en especial por la alta prevalencia de depresión en adolescentes.

## 2. BASES TEÓRICAS

### **Trastornos Mentales**

**Definición:** Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por alteración en la cognición, en la regulación de las emociones o en el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en el desarrollo psicológico, biológico o de los procesos subyacentes al funcionamiento mental. Suelen estar asociados con angustia o discapacidad significativa en el ámbito social, ocupacional u otras actividades importantes. Una respuesta esperada o aprobada culturalmente a un factor estresante o pérdida común, como la muerte de un ser querido, no es un trastorno mental. Un comportamiento

socialmente desviado (tanto, político, religioso o sexual) y conflictos que son principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que la desviación o el conflicto sean el resultado de una disfunción en el individuo, como se describió anteriormente. (22)

### **Clasificación según CIE-10**

**Trastornos del humor (afectivos):** Son aquellos trastornos donde la perturbación fundamental es la alteración del humor o de la afectividad, que se inclina a la depresión (con o sin ansiedad simultánea), o a la euforia. Este cambio en la afectividad se acompaña habitualmente de alteraciones en el nivel general de actividad, ocasionando otros síntomas a consecuencia de este síntoma ya descrito. En este grupo la mayoría de trastornos tienen la tendencia a ser recurrentes, y frecuentemente cada episodio empieza tras un suceso o situación generador de estrés. Dentro de esta clasificación están los siguientes trastornos: el episodio maníaco, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes, otros trastornos del humor y el trastorno del humor no especificado (23)

- **Trastorno afectivo bipolar:** presenta dos o más episodios en los que, el humor y los niveles de actividad del paciente están altamente perturbados. A veces esta perturbación se manifiesta en una elevación del humor, incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras veces hay, decaimiento del humor, disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares. Se incluye: enfermedad maníaco-depresiva, psicosis maníaco-depresiva, reacción maníaco-depresiva. Se excluye: ciclotimia, episodio maníaco único en un trastorno bipolar. (23)
- **Episodio depresivo:** Se caracteriza por decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad, en los episodios leves, moderados o graves. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es común un cansancio importante, aún incluso después de la realizar esfuerzos mínimos. Generalmente hay alteración de sueño, disminución de apetito, decaimiento de la autoestima y la confianza en sí mismo; son

frecuentes ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo es variante, discordante con las circunstancias y pueden aparecer los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo se clasifica en leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas. Se incluye: episodios únicos de: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva. Se excluye: cuando se asocia con trastornos de la conducta en trastornos de adaptación, trastorno depresivo recurrente (23)

- **Trastorno depresivo recurrente:** Trastorno especialmente caracterizado por episodios repetidos de depresión, sin antecedente alguno de otros episodios diferentes en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, se debe considerar que puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, debido al tratamiento antidepressivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente tienen mucha similitud con conceptos más primarios, como los de depresión maníaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio se puede presentar a cualquier edad entre la niñez y la senectud. Con inicio agudo o insidioso, de duración entre pocas semanas a varios meses. El riesgo de que cualquier paciente lo sufra no desaparece jamás totalmente, ni desaparece con el número de episodios depresivos que se haya experimentado. Si llegara a no volver a presentarse, debe modificarse el diagnóstico por el de trastorno afectivo bipolar. Se incluye: episodios recurrentes de: depresión psicógena, depresión reactiva, reacción depresiva, trastorno depresivo estacional. Se excluye: episodios recurrentes depresivos breves. (23)

**Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos:**

Excluye: cuando están asociados con trastornos de la conducta. (23)

- **Trastornos fóbicos de ansiedad:** Son el grupo de trastornos donde la ansiedad es provocada exclusiva o predominantemente por cierto contexto situacional bien definido, que por lo común no es peligroso. Como consecuencia, estas situaciones son típicamente evitadas, o son toleradas con pavor. La preocupación del paciente puede fijarse en síntomas particulares, como palpitaciones o sensación de desvanecimiento, y frecuentemente se asocia con miedos secundarios a la muerte, a la pérdida de control y a la locura. La antelación del ingreso a una situación fóbica genera comúnmente ansiedad con anticipación. A menudo coexisten la ansiedad fóbica y la depresión. Para establecer si se requieren dos diagnósticos (la ansiedad fóbica y el episodio depresivo) o si sólo es necesario uno, se debe tener en cuenta la evolución en el tiempo de las dos afecciones y las consideraciones terapéuticas al momento de la consulta. Dentro de estos trastornos se encuentra la agorafobia, fobias sociales, fobias específicas (aisladas), otros trastornos fóbicos de ansiedad y trastorno fóbico de ansiedad, no especificado. (23)
- **Otros trastornos de ansiedad:** Trastornos donde la manifestación de ansiedad es el síntoma principal y no está restringida a ninguna situación específica del entorno. Puede presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos rasgos de ansiedad fóbica, con la condición de que éstos sean claramente secundarios o menos graves. Este grupo de trastornos incluyen al trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), al trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto de ansiedad y depresión, otros trastornos de ansiedad mixtos, otros trastornos de ansiedad especificados y trastorno de ansiedad, no especificado. (23)

**Trastorno de pánico:** También llamado ataque de pánico o estado de pánico. Aquí el rasgo fundamental son los ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, por lo que son impredecibles. Como ocurre en otros trastornos de ansiedad, entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). Es común la presencia de temor; secundario a morir, a perder el control o a

enloquecer. La crisis de angustia no debe aparecer como diagnóstico principal si el paciente padece un trastorno depresivo en el período en que se inician los ataques, dado que en esas circunstancias las crisis de angustia son probablemente secundarias a la depresión. Aquí se excluye: trastorno de pánico con agorafobia. (23)

**Trastorno de ansiedad generalizada:** Su característica fundamental es una ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio, a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, “flota libremente”). Los síntomas principales son variables, pero incluyen quejas de permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico. A menudo los pacientes manifiestan temores de una próxima enfermedad o de un accidente, que sufrirán en breve ellos mismos o alguno de sus parientes.

Excluye: neurastenia. (23)

**Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas:** Este grupo engloba una extensa diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La identificación de la sustancia psicoactiva responsable del trastorno debe fundamentarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información; incluyendo, el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Dentro de estos trastornos se incluye la intoxicación aguda, uso nocivo, síndrome de dependencia, estado de abstinencia, estado de abstinencia con delirio, trastorno psicótico, síndrome amnésico, trastorno psicótico residual y de comienzo tardío, otros trastornos mentales y del comportamiento. Se excluye: abuso de sustancias que no producen dependencia. (23)

- **Uso nocivo (abuso de sustancia psicoactiva):** Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo, en los episodios de trastorno depresivo secundario a una ingestión masiva de alcohol). (23)
- **Síndrome de dependencia:** También conocido como alcoholismo crónico, dipsomanía o drogadicción. Se define como el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia de una sustancia específica psicoactiva (por ejemplo; tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo: drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes. (23)
- **Estado de abstinencia:** Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones. (23)

**Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes:** En este grupo destaca la esquizofrenia como la más importante del grupo, estando presente también los trastornos esquizotípicos, los trastornos delirantes persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios. Los trastornos esquizoafectivos se mantienen en este grupo, a pesar de que su naturaleza es objeto de controversia. (23)

- **Esquizofrenia:** Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, más una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente la lucidez de la conciencia y la capacidad intelectual está conservada, aunque a medida que pasa el tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales. Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo. La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta. No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas. Dentro de estos trastornos se encuentran la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, depresión postesquizofrénica, esquizofrenia residual, simple, otras y no especificadas. (23)

## **Etiología**

Se ha reportado que todas las enfermedades mentales tienden a ser hereditarios y el riesgo de desarrollar una enfermedad está asociado con el grado de parentesco biológico que tenga el individuo afectado. Las estimaciones más altas de heredabilidad se han encontrado en el autismo, esquizofrenia y trastorno bipolar; y un menor grado de heredabilidad en la ansiedad y trastorno depresivo mayor. En esta última década se ha identificado en el genoma más de 100 variantes asociadas a enfermedades mentales graves. La etiología es compleja por que la influencia genética no lo es todo, pues en ella influye efectos que dependen del entorno y no son específicos de ninguna forma de psicopatología. Así, los factores ambientales y genéticos contribuyen igualmente a la causa de enfermedades mentales. Entre los factores ambientales destacan; los factores de riesgo del embarazo (infecciones,

desnutrición y metales pesados), factores de riesgo perinatales (parto prematuro, temporada de nacimiento, complicaciones del parto); entorno infantil (urbanidad, pobreza, mal trato y acoso) y consumo de drogas en la adolescencia (cannabis y/o estimulantes). (24)

Un mismo tipo de exposición ambiental aumenta el riesgo de sufrir muchos trastornos mentales diferentes, muchos tipos diferentes de exposiciones ambientales contribuyen a desarrollar un trastorno específico y ningún conjunto de exposiciones ambientales adversas dará como resultado psicopatológicamente un trastorno mental. Ya que muchos individuos al ser resilientes no desarrollan ningún trastorno mental pese a poder estar expuestos a múltiples factores ambientales adversos. (24)

### **Diagnóstico**

Se ha establecido un consenso diagnóstico en la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría.

#### **- Trastornos depresivos**

##### **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo**

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivo sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Nota:** La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

**Nota:** Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica. (25)

### **Trastorno de depresión mayor**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). **Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.<sup>1</sup>

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. (25)

### **Trastorno depresivo persistente (distimia)**

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes)

de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado. (25)

- **Trastornos de ansiedad**

**Trastorno de pánico**

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición

súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación). (25)

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): **Nota:** En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante. (25)

### **Agorafobia**

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

**Nota:** Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos. (25)

- **Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos**

**Trastorno por consumo de alcohol**

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
  - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (25)

### **Abstinencia de alcohol**

- A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
- B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. Sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
  2. Incremento del temblor de las manos.
  3. Insomnio.
  4. Náuseas o vómitos.
  5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
  6. Agitación psicomotora.
  7. Ansiedad.
  8. Convulsiones tonicoclónicas generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia. (25)

- **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

**Esquizofrenia**

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del

inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito). (25)

## **Tratamiento**

### Terapia farmacológica

Se ha establecido una lista de medicamentos esenciales para los trastornos mentales, siendo para los desórdenes psicóticos: la clorpromazina, flufenazina y haloperidol; para los trastornos depresivos: amitriptilina y fluoxetina; para los trastornos bipolares: carbamazepina, carbonato de litio y ácido

valproico; para la ansiedad generalizada y trastornos del sueño, diazepam; para los trastornos obsesivo – compulsivos y ataques de pánico, clomipramida; y por último para los trastornos por dependencia de sustancia; metadona y buprenorfina. (26)

Trastornos psicóticos: Se sugiere utilizar un antipsicótico a la vez, comenzar con dosis bajas e ir aumentando gradualmente, al momento de realizar un cambio de antipsicótico, primero se reduce gradualmente la dosis del primer antipsicótico mientras se aumenta gradualmente la dosis del nuevo antipsicótico. (26)

- Haloperidol: Indicado para un rápido control de los síntomas psicóticos (2 o 5 mg intramuscular con repetición luego de una hora si es necesario) y en algunos casos se lo prepara para una acción prolongada en pacientes con baja adherencia al tratamiento (dosis de carga 25mg intramuscular, y luego de una semana 50 – 150mg por vía intramuscular repitiéndolo cada cuatro semanas). En general su dosis inicial es de 2 – 5 mg/día vía oral, y su dosis terapéutica: 4 – 10mg/día vía oral. Entre sus efectos adversos comunes figura la acatisia, efectos extrapiramidales distónicos o parkinsonianos, visión borrosa, estreñimiento, disminución de la sudoración, etc.; y entre los graves discinesia tardía, agranulocitosis, ictericia colestásica, síndrome neuroléptico maligno, etc. (26)
- Flufenazina: Se recomienda una administración inicial de 2,5 – 10 mg/día por vía oral y una dosis terapéutica de 10 – 20 mg/día por vía oral. Se puede utilizar preparados de acción prolongada en caso de pacientes con baja adherencia al tratamiento. Los efectos adversos oscilan entre acatisia, efectos extrapiramidales distónicos, parkinsonianos hasta agranulocitosis, trombocitopenia, síndrome neuroléptico maligno, síndrome similar al lupus eritematoso sistémico, etc. (26)

Trastornos depresivos: Se usan los antidepresivos, los cuales son eficaces en un 60% de los pacientes. Su efecto terapéutico completo puede tardar de entre 6 a 8 semanas. Todos los antidepresivos son eficaces de igual manera para el tratamiento agudo de los síntomas depresivos, sin embargo, la diferencia radica en los efectos adversos. Se clasifican según su mecanismo de acción en: (26)

- Antidepresivos tricíclicos y relacionados: amitriptilina, clomipramina, desipramina, dotiepina, dosulepina, doxepina, imipramina, lofepramina, nortriptilina, trimipramina, mianserina, trazodona.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa: moclobemida, isocarboxazida, fenelzina, tranilcipromina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina.
- Otros antidepresivos: duloxetina, mirtazapina, reboxetina, venlafaxina (26)

Trastornos bipolares: Para la manía aguda se usa el litio, valproato y los antipsicóticos. Adicionándose la carbamazepina según el modelo de atención primaria de la OMS. De los mencionados el litio es el que más provoca reacciones adversas, pero, al reducir su dosis también se reduce estas últimas. (23)

Ansiedad generalizada y trastornos del sueño: Para el tratamiento a corto y largo plazo se utiliza las benzodiazepinas. Cuando es a corto plazo está indicado que debe preferirse el tratamiento no farmacológico, sin embargo, cuando la ansiedad o el trastorno de sueño son graves, incapacitantes o causan extrema angustia es mejor administrarlas considerando el riesgo beneficio, pues su uso conlleva el riesgo a presentar dependencia y síntomas de abstinencia. Para el tratamiento a largo plazo se puede recetar una benzodiazepina para aliviar los síntomas seguido de antidepresivos. El medicamento esencial es el diazepam, con una dosis inicial de 2 – 10mg/día y dosis terapéutica de 10 – 20mg/día por vía oral. Para un control rápido de los síntomas graves se recomienda aplicar 2 – 10mg por vía intramuscular o endovenosa. Es posible efectos adversos como la somnolencia, sedación debilidad muscular hasta vértigo, disartria, cambios en la lívido, alteraciones visuales, etc. (26)

Trastornos obsesivo compulsivos y ataques de pánico: Como manejo inicial se recomienda intervenciones psicológicas cognitivo conductual, si no es efectivo se considera cualquier

antidepresivo del grupo de los inhibidores de la recaptación de serotonina. Si se administra estos medicamentos por más de un año, suelen aparecer síntomas de abstinencia si se los retira. (26)

Dependencia de alcohol y opioides: Se usa las benzodiazepinas como principal tratamiento para la abstinencia de alcohol, se administra los cinco días consecutivos al cese de consumo de alcohol así reduce los síntomas y complicaciones. También hay medicamentos con evidencia de reducir la recaída en la dependencia de alcohol, los cuales son; acamprosato, disulfirán y naltrexona. (26)

### Psicoterapia

Suele ser eficaz en varios trastornos a la vez. Las investigaciones recientes muestran que son eficaces para reducir los síntomas de la mayoría de trastornos mentales a corto plazo. Mejoran la calidad de vida sobre todo en pacientes con depresión, trastornos alimentarios y trastornos de la ansiedad, pero no en la esquizofrenia. Según investigaciones sistemáticas se ha concluido que en general son más rentables que otro medio de tratamiento. (27)

Terapia cognitiva conductual (TCC): Desarrollada a partir de las observaciones de Aaron Beck, se basa en un modelo sencillo y que apela al sentido común de las relaciones entre cognición, emoción y comportamiento. Enfatiza tres aspectos de la cognición: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias o esquemas subyacentes. Y tiene como objetivo modificar patrones de pensamiento y comportamiento teniendo como meta un cambio beneficioso en la forma de vivir de la vida del paciente. (28)

Terapia de la Conducta Cognitiva Centrada en el Trauma (TF-CBT): Desarrollada por Deblinger, Cohen y Mannarino, tiene como objetivo reducir los síntomas de trastorno de estrés postraumático entre niños y adolescentes, y los trastornos mentales que podrían ser causados por un trauma. A través de principios cognitivo – conductuales considerando el papel del cuidador y la naturaleza en desarrollo de la regulación emocional y las capacidades de afrontamiento tanto del niño como del adolescente. (29)

### Otro tipo de terapias

Fototerapia: La exposición a luz brillante de manera diaria de 20 a 60 minutos a una intensidad de 10000 lux tiene evidencia de beneficio sobre todo en los trastornos afectivos estacionales y no estacionales, ya que se utilice como monoterapia o terapia combinada. (30)

La meditación o atención plena: Entrena la mente mediante distintas técnicas para regular la atención en el tiempo presente, disminuye la gravedad y recaídas en la depresión ya sea como monoterapia o como terapia de aumento, mientras que para la ansiedad se ha probado beneficios moderados. Para el trastorno de estrés postraumático. (30)

La terapia musical con un nivel de evidencia de solidez baja demostró efecto beneficioso utilizado como tratamiento complementario en la reducción de ansiedad en el perioperatorio, cáncer, enfermedad coronaria y en pacientes en ventilación mecánica. (30)

Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*): Indicado en el grupo de los trastornos depresivos. Su extracto es mejor que el placebo e igualmente eficaz que los fármacos antidepresivos estándar, pero con menos efectos secundarios. Su mayor limitación es que está contraindicado en pacientes que se administran otros fármacos ya que es un potente inductor del CYP3A4. (30)

La kava (*Piper metisticumes*), la pasiflora (*Passiflora incarnata*) y la manzanilla alemana (*Matricaria recutita*) tuvieron evidencias sólidas que muestran alivio de la ansiedad a corto plazo.

La acupuntura como práctica de insertar agujas en puntos específicos del cuerpo se informó como superior a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, reportándose su efectividad en los síntomas de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad. (30)

### **Pronóstico**

No hay manera de realizar un pronóstico fiable para los trastornos mentales, pese a una gran variedad de estudios realizados. (31)

### 3. TÉRMINOS BÁSICOS

**Trastorno Mental:** Es un síndrome caracterizado por alteración en la cognición, en la regulación de las emociones o en el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en el desarrollo psicológico, biológico o de los procesos subyacentes al funcionamiento mental. (22)

**Prevalencia (tasa de prevalencia):** Se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un periodo específico. Cada individuo es observado en una única oportunidad, cuando se constata su situación en cuanto al evento de interés. (1)

**Sexo:** Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (32)

**Unidad de hospitalización de salud mental y adicciones (UHSM):** Es un servicio de salud mental especializado en internamiento u hospitalización de estancia temporal, dependiente de un hospital general, que tiene como finalidad la estabilización clínica de las personas usuarias en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización de su problema de salud mental y se vincula con el Centro de Salud Mental Comunitaria para la continuidad de cuidados. (33)

**Hospitalización:** Es la unidad básica de los establecimientos de salud, destinada a brindar atención organizada, necesario para los usuarios que requieren permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce (12) horas, por su grado de dependencia o riesgo. En el tercer nivel, hospitalización es el área funcional destinada a brindar servicio de hospitalización en camas diferenciadas por sexo en especialidades de medicina, pediatría, gineco obstetricia, cirugía y otras especialidades que requieran recibir manejo médico o quirúrgico. (4)

### CAPÍTULO III: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Escala	Valor final
Trastornos mentales	Síndrome con alteración en la cognición, regulación de las emociones o en el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en el desarrollo psicológico, biológico o de los procesos subyacentes al funcionamiento mental.	Trastornos mentales según las categorías diagnósticas del CIE10 en los hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024	F00 -09: Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.	Porcentaje	Ficha de recolección de datos	Nominal	De 0 a 100%
			F10 – F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas				
			F20 – F29: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.				
			F30 – F39: Trastornos del humor				
			F40 – F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.				
			F50 – F59: Trastornos del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos				
			F60 – F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.				
			F70 – F79: Retraso mental.				
			F80 – F89: Trastornos del desarrollo psicológico.				
			F90 – F98: Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.				
F99: Trastorno mental no especificado							

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

#### 1.2 OBJETO DEL ESTUDIO

Todos los pacientes hospitalizados del Hospital Regional Docente de Cajamarca, de noviembre 2022 a enero 2024.

#### 1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

En este presente trabajo se consideró a los pacientes hospitalizados; en las áreas de medicina, pediatría, gineco obstetricia, cirugía y en la unidad de hospitalización de salud mental y adicciones del Hospital Regional Docente de Cajamarca, de noviembre 2022 a enero 2024. Utilizando de esa manera un muestreo no probabilístico por conveniencia. Sumando un total de 12558 pacientes, de los cuáles 117 tuvieron trastornos mentales.

#### 1.4 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MÉTODO:

Diseño metodológico:

- Descriptivo simple: **M O**

M = Pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

O = Prevalencia de trastornos mentales

Criterios de inclusión:

- Pacientes que tengan historias clínicas en el archivo de dicho hospital.
- Pacientes con diagnóstico codificado según CIE10.
- Pacientes hospitalizados en las áreas de medicina, pediatría, gineco obstetricia, cirugía y en la unidad de hospitalización de salud mental y adicciones.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Pacientes con historias clínicas duplicadas por reingresos a hospitalización.
- Pacientes hospitalizados en otras áreas que no cumplan con el tercer criterio de exclusión.

## RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Previo consentimiento de la institución, se acudió al servicio de archivos y estadística del Hospital Regional Docente de Cajamarca donde se tuvo acceso a la información de la población total. Luego, los datos recogidos se ingresaron y procesaron utilizando el software Excel 2016, sin embargo, al revisar la información obtenida se encontró un vacío de todo noviembre y diciembre del 2023; al indagar lo sucedido se constató que debido a un desperfecto técnico se perdió la información de esos dos meses.

Del total de pacientes hospitalizados que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión se filtró todos los CIE10 que pertenecen a trastornos mentales para obtener el número de pacientes registrados con estos diagnósticos, resultando un total de 117, a los cuales se los manipuló según la ficha de recolección de datos previamente diseñada (Anexo N°01). Donde los trastornos mentales se clasificaron en 11 grandes grupos según lo propuesto por la Clasificación internacional de enfermedades, 10.<sup>a</sup> edición (CIE10). Para obtener la prevalencia se aplicó la fórmula de la prevalencia de periodo para hacer referencia a los casos presentes de trastornos mentales en cualquier momento durante el periodo desde el 1 de noviembre del 2022 al 31 de enero del 2024. Resultando así:

$$\text{Prevalencia de trastornos mentales} = \frac{117 \text{ pacientes hospitalizados con trastornos mentales}}{12558 \text{ pacientes hospitalizados}}$$

$$\text{Prevalencia de trastornos mentales} = 0.00929 \approx 0.93\%$$

Tras estimar al objetivo principal, se calculó el número de pacientes por grupo de trastorno mental, resultando los trastornos mentales más frecuentes, lo que luego se expresó en porcentajes.

Al saber el número de pacientes por trastorno mental se lo dividió entre los que se detectaron en varones y en mujeres, luego se lo expresó en porcentaje; esto hizo posible comparar la prevalencia de trastornos mentales según sexo.

A los 117 pacientes diagnosticados con trastornos mentales se los dividió según el área en el cual fueron hospitalizados luego se lo cuantificó teniendo en cuenta nuevamente los 11 grupos de trastornos mentales según el CIE10, así identificamos los grupos de trastornos mentales presentes en cada área.

## 2. CONSIDERACIONES ÉTICOS

Se respetó la confidencialidad y el anonimato de la información recopilada. Además, se declara que la autora y el asesor, no tienen conflicto de interés alguno al desarrollar la presente investigación.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

Se determinó que la prevalencia de trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca entre noviembre 2022 a enero 2024 es del 0.93%.

Tabla 1. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 - enero 2024

Trastorno mental	N (%)
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	46 (39.32)
Trastornos del humor [afectivos]	24 (20.51)
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	17 (14.53)
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	9 (7.69)
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	7 (5.98)
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	6 (5.13)
Retraso mental	3 (2.56)
Trastornos del desarrollo psicológico	2 (1.71)
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.	2 (1.71)
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	1 (0.85)
N: cantidad	Total general 117

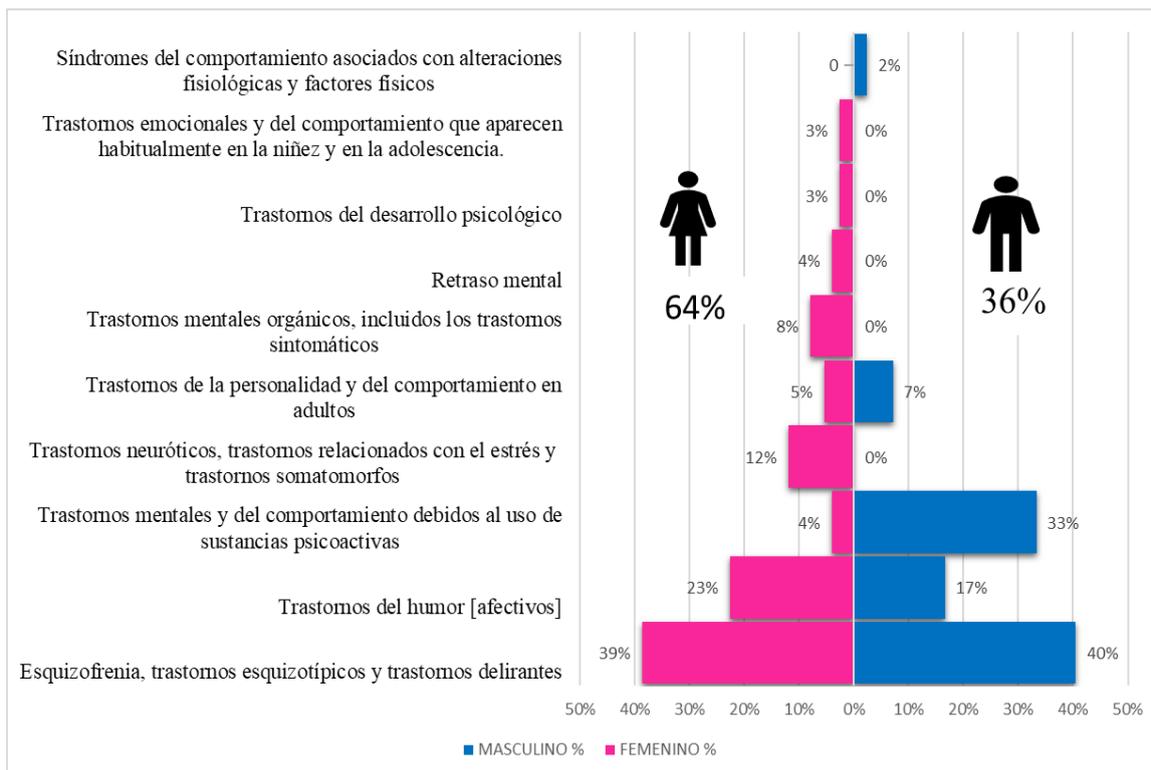


Ilustración 1 Prevalencia según sexo de trastornos mentales en pacientes hospitalizados del Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 - enero 2024

## CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

La OMS ha estimado que uno de cada cuatro personas a nivel mundial sufre algún trastorno mental (5) y aunque en Latinoamérica y en Perú existan pocos estudios al respecto el Ministerio de Salud ha reportado que uno de cada cinco adultos se ven afectados por este problema (10). El 27.6% de cajamarquinos tiene un trastorno mental durante su vida y el 7.9% lo ha tenido durante los últimos 12 meses. Sin embargo, pese a estas prevalencias sólo el 28.7% de aquellos que percibieron padecer este mal recibió atención en un hospital general como el Hospital Regional Docente de Cajamarca (21)

Tras el contexto descrito el presente estudio encuentra que 0.93% de los pacientes hospitalizados tienen algún tipo de trastorno mental, lo que discrepa con lo encontrado por Rafid S. et al. (15) que estimó una prevalencia de 6.75% y lo encontrado por Van Niekerk et al. (3) de aproximadamente de 33%. Es necesario estudiar este dato puesto que se ha demostrado que aproximadamente el 19% de los pacientes adultos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos tienen antecedentes de sufrir

de un trastorno mental (17) lo que apoya la asociación de que al presentar un trastorno mental se posee mayor riesgo de morir, riesgo que aumenta en personas provenientes de zonas indígenas (15). Sin embargo, la prevalencia hallada en el presente trabajo no es fiable debido a las limitaciones encontradas en la ejecución; primero se encontró la realidad de que se perdió datos concernientes a este estudio durante dos meses del 2023, que no se pudieron recuperar debido a desperfectos técnicos del área de estadística, en segundo lugar está el hecho de que en los datos recogidos se consideró el diagnóstico principal final de las historias clínicas, puesto que el área de estadística no ingresa los diagnósticos secundarios. Y por último en tercer lugar y más importante consideramos que estamos ante la realidad en que el subdiagnóstico de los trastornos mentales es abundante en Latinoamérica (3) por lo que los médicos tratantes en las distintas áreas de hospitalización no son capaces de identificar adecuadamente un trastorno mental o lo consideran de menor importancia al momento de registrarlo en la historia clínica; debido a esto último algunos estudios han preferido estimar la prevalencia utilizando a psicólogos y psiquiatras quienes evaluaron al paciente hospitalizado al lado de su cama, obteniendo una prevalencia del 53% (18), pero este método resulta muy costoso para los investigadores como es el caso de Huang, Y. et al. (14) que utilizaron a psicólogos y psiquiatras para una entrevista doble, estimando finalmente que el 9.3% tuvieron trastornos mentales dentro de los 12 meses anteriores del estudio y el 16.6% tuvieron este diagnóstico en cualquier momento durante toda su vida.

Se obtuvo que los trastornos mentales más frecuentes son en primer lugar los pertenecientes al grupo de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (39.32%), le sigue los trastornos del humor (20.51%), en tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (14.53%), lo que no coincide lo encontrado con Scott, G et al (18) donde los trastornos depresivos fueron los más frecuentes, poniendo los pertenecientes al grupo de la esquizofrenia en quinto lugar; también con lo encontrado por Huang, Y et al. (14) siendo la ansiedad el trastorno más común encontrado, cabe recalcar que la ansiedad pertenece al grupo de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos quienes se encuentran en cuarto lugar de frecuencia según este trabajo. A pesar de lo anterior, coincide con un solo estudio

encontrado cuyo autor manifiesta que el grupo de la esquizofrenia es el más frecuente entre los demás (16).

Se encontró un predominio de 64% de trastornos mentales en mujeres y 36% en varones, lo que contradice lo encontrado por Souleymane, C et al. (16) de 83.8% en varones. Si analizamos la frecuencia del tipo de trastornos mentales por cada sexo por separado encontramos al grupo de la esquizofrenia como el sobresaliente en ambos con la diferencia de sólo un 1% menor en las damas, lo que coincide con lo descrito por Scott, G (18), donde el delirio es el más común tanto en hombres como en mujeres.

Los trastornos mentales más comunes según el orden de frecuencia presentes en mujeres son: el grupo de la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes con 39%, a continuación figura los trastornos del humor con 23% y con un 12% el grupo de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; lo anterior contradice en parte a lo publicado por Passakorn, M. et al. (13) donde el grupo de los trastornos neuróticos figura en primer lugar; luego, los trastornos del estado de ánimo y por último el grupo en donde pertenece la demencia.

En el lado de los varones al grupo de la esquizofrenia (40%) le sigue los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas (33%) y los trastornos del humor (17%), en contradicción con la literatura donde los trastornos mentales debido a sustancias psicoactivas están en primer lugar sobre todo las debidas al consumo de alcohol, a pesar que la esquizofrenia no se queda atrás ocupando el segundo lugar. (13)

## CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

1. Hay presente 0.93% de pacientes hospitalizados con trastornos mentales en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.
2. Los trastornos mentales más frecuentes son los pertenecientes a los siguientes grupos: esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, luego los trastornos del humor y por último los debidos al uso de sustancias psicoactivas; todo en pacientes

hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.

3. Se encontró una prevalencia de 64% en mujeres y 36% en varones de todos los trastornos mentales en conjunto en pacientes hospitalizados del Hospital Regional Docente en el Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.
4. Los trastornos más frecuentes en mujeres son los del grupo de la esquizofrenia, los trastornos del humor y los del grupo de trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos; en varones: el grupo de la esquizofrenia, los debidos al uso de sustancias psicoactivas y los trastornos del humor. Todo lo anterior en pacientes hospitalizados del Hospital Regional Docente en el Cajamarca, noviembre 2022 – enero 2024.

## **CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES**

- 1 Se sugiere al Hospital Regional Docente de Cajamarca, disponer de recursos para el mantenimiento del área de estadística, concientizar al personal de la salud sobre la importancia de los trastornos mentales y apoyar a las nuevas políticas desarrolladas respecto a este tema por el Gobierno.
- 2 Es necesario registrar todos los diagnósticos detectados del paciente hospitalizado, tanto en la historia clínica como en la base de datos del hospital para evitar subregistros.
- 3 Se recomienda abordar los trastornos mentales según el sexo de quien las padece.
- 4 Se recomienda considerar creencias mágico religiosas para abordar e incrementar la atención en salud mental.

## CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Elaboración y Medición de Indicadores de Salud. Indicadores de Salud Aspectos Conceptuales y Operativos..
2. Fiona Charlson MVOAFJCHW. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019 July; 394([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)).
3. Maike van Niekerk JWHHNMMTBSEHMS. The Prevalence of Psychiatric Disorders in General Hospital Inpatients: A Systematic Umbrella Review. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2022 November - December; 63(<https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.04.004>).
4. Ministerio de Salud. NTS N° 119 - MINSA/DGIEM-V01 Norma Técnica De Salud "Infraestructura Y Equipamiento De Los Establecimientos De Salud Del Tercer Nivel De Atención". Nts N° 119 - Minsa/Dgiem-V01 Norma Técnica De Salud "Infraestructura Y Equipamiento De Los Establecimientos De Salud Del Tercer Nivel De Atención". 2021 Abril: p. 143.
5. Javed Latoo MMOWJMSIFJYITHDRDSMA. Why mental health service delivery needs to align alongside mainstream medical services. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022 May; 71(<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103053>).
6. Marco Solmi JRMOECLSGSdP. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. 2021 junio 02; 27.
7. Christian Kieling CBAC. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2024 January ;([10.1001/jamapsiquiatria.2023.5051](https://doi.org/10.1001/jamapsiquiatria.2023.5051)).
8. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022 Feb; 9([10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)).
9. Rodrigo Ramalho VCLAGCAARGRAGLBJCLMMACHDNCRJMGD. Mental health research in South America: Psychiatrists and psychiatry trainees' perceived resources and barriers. *Glob Ment Health*, Cambridge University Press. 2023 October; 10([10.1017/gmh.2023.58](https://doi.org/10.1017/gmh.2023.58)).
10. Michael Kron RGJIMPCSSKJNDJKG. Mental health indicators in APEC. *Int J Soc Psychiatry*. 2019 Mar; 65( [10.1177/0020764018819631](https://doi.org/10.1177/0020764018819631)).
11. Rodrigo M. Carrillo-Larco WCGVFLVABOMMJMEP. Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independence. *The Lancet Regional Health - Americas*. 2022 March ; 7(<https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148>).
12. J Pierre Zila-Velasque PGENCVJQC. Mental Disorders and Level of Resilience in Eight High-Altitude Cities of Peru during the Second Pandemic Wave: A Multicenter Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Dec; 519(<https://doi.org/10.3390/ijerph20010519>).

13. Passakorn Suanrueang MMKPPTKEP. Trends and Gender Differences in Mental Disorders in Hospitalized Patients in Thailand. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2022 April; 59(<https://doi.org/10.1177/004695802210928>).
14. Prof Yueqin Huang PYWPHWPZLPXYJYYYCKXXJLZW. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *THE LANCET PSYCHIATRY*. 2019 March; 6([https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30511-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X)).
15. Rafid S. Karim MMKAJFSKCMRTGCNMMNSG. Mortality in hospital patients with and without mental disorders: A data-linkage cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2019 April; 111(<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.01.015>).
16. Souleymane Papa Coulibaly HDCAMNMSPMAAJTAEDKTMKBMSCYM. Hospital epidemiology of psychiatric disorders in Mali. *Pan Afr Med J*. 2022 Feb; 160([10.11604/pamj.2022.41.160.30663](https://doi.org/10.11604/pamj.2022.41.160.30663)).
17. Julia K. Pilowsky REMAR. Pre-existing mental health disorders in patients admitted to the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Journal of Advanced Nursing*. 2021 January; 77(<https://doi.org/10.1111/jan.14753>).
18. George Scott AMBLAARJJGHJARLGAT&JJC. Commonly diagnosed mental disorders in a general hospital system. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021 June; 61(<https://doi.org/10.1186/s13033-021-00484-w>).
19. Guerrero RPyJ. Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID -19 atendida en el programa "Te Cuido Perú". *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2021 Diciembre; 40(<https://www.redalyc.org/journal/559/55971716004/55971716004.pdf>).
20. Calsín HMZyLR. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr*. 2022 marzo; 01(<http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4157>).
21. Javier E Saavedra Castillo YRAVPSJHPYLS. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. *Revista científica anales de salud mental*. 2021 enero; 36(<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/19>).
22. Dan J. Stein ACPKSK. *What is a mental disorder? An exemplar-focused approach*. Cambridge University Press. 2021 April; 51.
23. Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10a revisión*. 10th ed. OPS PdPdI, editor. Washington : 2008; 1995.
24. Rudolf Uher AZ. *Wiley Online Library, Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness*. [Online].; 2017 [cited 2024 march 12]. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.20436>.
25. *Burg translations. Guí de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. 5th ed. Association AP, editor. Washinton, DC; London, England: American Psychiatric Publishing; 2014.

26. Organización Mundial de la Salud. Pharmacological treatment of mental disorders in primary. [Online].; 2009 [cited 2024 March. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241547697>].
27. Cuijpers P. Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. Wiley Online Library. 2019 September; 18(<https://doi.org/10.1002/wps.20661>).
28. Chand SP, Marwaha R. Anxiety Publishing S, editor. Isla del tesoro: StatPearls; 2023.
29. Michael A. Ramirez de Arellano DRLLJSPG. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: Assessing the Evidence. Psychiatr Serv. 2014 May; 65(10.1176/appi.ps.201300255).
30. Gary N. Asher JGBNG. Complementary Therapies for Mental Health Disorders. ELSEVIER. 2017 September; 101(<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.04.004>).
31. Alma Y. Gálvez Contreras TCOVLV. Growth factors as clinical biomarkers of prognosis and diagnosis in psychiatric disorders. ELSEVIER. 2016 December; 32(<https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2016.08.004>).
32. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española, 23ed [versión 23.7 en línea]. [Online].; 2023 [cited 2024 Marzo 01. Available from: <https://dle.rae.es>].
33. Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental. Documento Técnico Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria. [Online].; 2018 - 2021 [cited 2024 march 10. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422>].
34. Tianchen Wu XJ, Huifeng Shi JNXYJXXW. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2021 Febrero; 281(<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>).
35. Carlos Gómez-Sánchez-Lafuente JGPJSPABAFRdFFMC. Trends in Psychiatric Hospitalizations of Patients With Dual Diagnosis in Spain. Journal of Dual Diagnosis. 2022 April; 18(<https://doi.org/10.1080/15504263.2022.2053770>).
36. Carlos Alva Díaz AHR,AM,PB,AQ,NF,VR,ASE,COZ,AAV. Mental and substance use disorders in Peru: a systematic analysis of the Global Burden of Disease study. Journal of Public Health. 2022 June; 30(<https://doi.org/10.1007/s10389-020-01341-9>).
37. Juan Carlos Bazo-Alvarez JBPIBaECF. Mental health among the sugarcane industry farmers and non-farmers in Peru: a cross-sectional study on occupational health. Global health. 2022 Nov; 12(10.1136/bmjopen-2022-064396).
38. Marcionila Estelita De La Cruz-Amador AQEGAAMFVF. Characteristics Of Acute Psychiatric Disorders In Patients With Covid-19 In A Third-Level Hospital In Peru. The Preprint Server For Health Sciences. 2023 Feb; 16(<https://doi.org/10.1101/2023.02.16.23286046>).
39. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud - Trastornos mentales. [Online].; 2022 [cited 2022 Jun 8. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>].

40. Celso Arango EDMSSCKDRMMPBJRUAFCAR. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*. 2021 Oct; 20(10.1002/wps.20894).
41. Amalia Dávila Hernández RGGMLNX. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *FORMACIÓN CONTINUADA*. 2016 Enero - Marzo; 10(DOI: 10.1016/j.acu.2016.01.003).
42. Salil Saurav Pathak SM,CyK. Histone Lysine Demethylases of JMJD2 or KDM4 Family are Important Epigenetic Regulators in Reward Circuitry in the Etiopathology of Depression. *Neuropsychopharmacology*. 2016 October ; 42(DOI: 10.1038/npp.2016.231).
43. X Gonda NE,A,D,B&J. Association of ATP6V1B2 rs1106634 with lifetime risk of depression and hippocampal neurocognitive deficits: possible novel mechanisms in the etiopathology of depression. *Translational Psychiatry*. 2016 November; 6(<https://doi.org/10.1038/tp.2016.221>).
44. Nehring SM, Chen RJ, Freeman. AM. Alcohol Use Disorder. *StatPearls*. 2023 August;(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436003/).
45. Robin C Wackernah MJMaPC. Alcohol use disorder: pathophysiology, effects, and pharmacologic options for treatment. *Subst Abuse Rehabil*. 2014 Jan;(doi: 10.2147/SAR.S37907).
46. Laura Orsolini SPyUV. Schizophrenia: A Narrative Review of Etiopathogenetic, Diagnostic and Treatment Aspects. *J Clin Med*. 2022 Sep; 17( doi: 10.3390/jcm11175040).
47. Instituto para la Calidad y Eficiencia en la Atención Médica (IQWiG). *InformedHealth.org* [Internet]. [Online].; 2006 [cited 2020 Jun 18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279282/>.
48. Stephen R Holt M. *UptoDate*. [Online].; 2024 [cited 2024 Jan 30. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/alcohol-use-disorder-pharmacologic-management>.
49. Krishna R. Patel PRJC,PRKG,PRyDA. A peer reviewed journal for managed care and hospital formulary management. [Online].; 2014 [cited 2014 Sep PMID: 25210417. Available from: PMID: PMC4159061.
50. UBILLUZ, OSCAR RAUL UGARTE, Ministro de Salud. Modifican documento aprobado por R.M.Nº 729-2003-SA/DM en la clasificación de los Grupos Objetivo para los Programas de Atención Integral. *El Peruano*. 2009 Agosto.
51. REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE ESPAÑA, versión electrónica. *Estancia Hospitalaria*. In Panamericana EM, editor. *Diccionario de términos médicos*.: Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España; 19.
52. Ministerio de Salud. Plan de Salud Mental Perú, 2020 - 2021. *Plan de Salud Mental Perú, 2020 - 2021*. 2020 Julio: p. 44.

53. Senaida Torres Rodas SCSHVMC. Revisión epidemiológica de los trastornos mentales en el Perú. Revista científica digital de Psicología PsiqueMag. 2022 Enero - Julio; 11(<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/download/296/275>).
54. Chand SP, Kuckel DP, Huecker MR. Cognitive Behavior Therapy. StatPearls. 2023 May;(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>).

## CAPÍTULO X: ANEXOS

ANEXO 01: Ficha de recolección de datos

### PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, NOVIEMBRE 2022 – ENERO 2024

Ficha N°: \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

<b>TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO</b>		CIE10	Presente (X)
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	- Demencia en la enfermedad de Alzheimer	F00	
	- Demencia vascular	F01	
	- Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte	F02	
	- Demencia, no especificada	F03	
	- Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas.	F04	
	- Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas	F05	
	- Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a la enfermedad física.	F06	
	- Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.	F07	
- Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado.	F09		

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	F10	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos	F11	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides	F12	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos	F13	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína.	F14	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína.	F15	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos	F16	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco	F17	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles	F18	
	- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	F19	
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	- Esquizofrenia	F20	
	- Trastorno esquizotípico	F21	
	- Trastornos delirantes persistentes	F22	
	- Trastornos psicóticos agudos y transitorios	F23	
	- Trastorno delirante inducido	F24	

	- Trastornos esquizoafectivos	F25	
	- Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico	F28	
	- Psicosis de origen no orgánico, no especificada	F29	
Trastornos del humor [afectivos]	- Episodio maníaco	F30	
	- Trastorno afectivo bipolar	F31	
	- Episodio depresivo	F32	
	- Trastorno depresivo recurrente	F33	
	- Trastornos del humor [afectivos] persistentes	F34	
	- Otros trastornos del humor [afectivos]	F38	
	- Trastorno del humor [afectivo], no especificado	F39	
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	- Trastornos fóbicos de ansiedad	F40	
	- Otros trastornos de ansiedad.	F41	
	- Trastorno obsesivo-compulsivo.	F42	
	- Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	F43	
	- Trastornos disociativos [de conversión]	F44	
	- Trastornos somatomorfos	F45	
	- Otros trastornos neuróticos	F48	
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	- Trastornos de la ingestión de alimentos	F50	
	- Trastornos no orgánicos del sueño	F51	
	- Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos	F52	
	- Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte	F53	

	- Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte	F54	
	- Abuso de sustancias que no producen dependencia	F55	
	- Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas	F59	
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	- Trastornos específicos de la personalidad	F60	
	- Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	F61	
	- Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral	F62	
	- Trastornos de los hábitos y de los impulsos	F63	
	- Trastornos de la identidad de género	F64	
	- Trastornos de la preferencia sexual	F65	
	- Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales	F66	
	- Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	F68	
	- Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado.	F69	
Retraso mental	- Retraso mental leve	F70	
	- Retraso mental moderado	F71	
	- Retraso mental grave	F72	
	- Retraso mental profundo	F73	

	- Otros tipos de retraso mental	F78	
	- Retraso mental, no especificado	F79	
Trastornos del desarrollo psicológico	- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje	F80	
	- Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares.	F81	
	- Trastorno específico del desarrollo de la función motriz.	F82	
	- Trastornos específicos mixtos del desarrollo.	F83	
	- Trastornos generalizados del desarrollo.	F84	
	- Otros trastornos del desarrollo psicológico.	F88	
	- Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado.	F89	
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.	- Trastornos hiperkinéticos.	F90	
	- Trastornos de la conducta.	F91	
	- Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones.	F92	
	- Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez.	F93	
	- Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia.	F94	
	-Trastornos por tics	F95	
	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	F98	

Trastorno mental no especificado	Trastorno mental no especificado	F99	
-------------------------------------	----------------------------------	-----	--

**Sexo:**

- Masculino ( )
- Femenino ( )