

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

TÍTULO DE TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE PSIQUIATRA

*"FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE
PSICOPATOLOGÍA EN 100 SUJETOS HOMOSEXUALES
DE LA CIUDAD DE MÉXICO"*

AUTORES

Tutor teórico
DR. MARCO ANTONIO LOPEZ BUTRON

Tutor metodológico
DR. FERNANDO CORONA HERNANDEZ

Residente
DRA. BEDA LAURA RICO SANCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco mucho a mis padres Pedro Rico Saavedra y María Beda Sánchez Blanco y a mi hermana Ana Paola Rico Sánchez por su apoyo y comprensión durante los cuatro años de especialización.

Así mismo agradezco de todo corazón a mis amigos (Tizbe Saber Vera, Victoria Valenzuela Moreno, Omar López, Juan Carlos Gurrola) que me apoyaron en los momentos difíciles durante la realización de mi tesis. Y una mención especial a Paty Angulo Camarena por su ayuda para que esta tesis se concluyera.

Índice	Páginas
Resumen	2
Introducción.....	3
- Planteamiento del problema.....	3
- Justificación.....	3
I. MARCO TEÓRICO.....	4
I.1 Objetivos	10
I.2 Hipótesis	10
II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	11
II.1 Variables	11
II.2 Material y Método.....	12
II.3 Procedimiento	14
II.4 Análisis Estadístico	14
II.5 Recursos	14
II.6 Resultados	15
Discusión	43
Anexos	47
Bibliografía	58

FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PSICOPATOLOGÍA EN 100 SUJETOS HOMOSEXUALES DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Resumen

Estudios realizados en otros países, muestran que los homosexuales tienen mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos que los heterosexuales como ansiedad, depresión y alteraciones del sueño principalmente, lo que les lleva a acudir más a los servicios de salud⁽¹⁶⁾. Sin embargo no se han realizado estudios que corroboren estos hallazgos en individuos mexicanos.

De ahí la importancia de este estudio, para conocer la prevalencia ansiedad, depresión, síntomas somáticos, alteraciones del sueño, obsesiones y compulsiones, fobias, despersonalización y fatiga.

La persona homosexual puede ser definida como aquélla que está motivada en la vida adulta por una atracción erótica (conducta y/o fantasía) preferencial hacia miembros del mismo sexo.

Los últimos reportes del Censo 2000 en Estados Unidos de América (E.U.A.) se encontró que el 2.5% son gays y 1.2% son lesbianas⁽¹⁸⁾

Para llevar a cabo este estudio se utiliza la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada que nos muestra la psicopatología ya mencionada.

Introducción

Planteamiento del problema

De acuerdo a estudios realizados en otros países se ha observado que los homosexuales tienen mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos que los heterosexuales, sin embargo no se han realizado estudios médicos que corroboren estos hallazgos en individuos mexicanos. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los principales signos y síntomas psiquiátricos en el homosexual mexicano?

Justificación

Faltan estudios que investiguen la frecuencia de psicopatología en la población homosexual de México.

Marco Teórico

En 1974, la homosexualidad dejó de ser una categoría diagnóstica de la American Psychiatric Association y se eliminó de sus sistemas de clasificación Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM). Este hecho fue el resultado de aceptar la convicción de que dicha condición supone un estilo de vida alternativo, más que un trastorno psicopatológico y que se da con bastante regularidad como una variante de la sexualidad humana. ⁽¹⁵⁾

Aún se desconoce si las orientaciones sexuales están asociadas o no a trastornos mentales o físicos en forma específica, aunque Pillard encontró un incremento de los trastornos afectivos en una muestra de hombres gay. ⁽¹⁹⁾

La persona homosexual puede ser definida como aquella que está motivada en la vida adulta por una atracción erótica (conducta y/o fantasía) preferencial hacia miembros del mismo sexo. ⁽¹⁸⁾ Hawkins refiere que los términos “gay” y “lesbiana” reflejan el hecho de que una persona posee sentido de formar parte de un grupo social de categoría similar. ⁽⁶⁾

Las actividades homosexuales de todo tipo probablemente se dan en casi todas las sociedades, pero las actitudes de cada una de ellas ante tales prácticas varía extraordinariamente. ⁽¹⁹⁾ Ford y Beach en 1952 reportaron que, en el 64% las actividades homosexuales eran consideradas normales y socialmente aceptables, al menos para determinados miembros de la colectividad. ⁽⁸⁾

El primer estudio sistemático sobre la incidencia de la homosexualidad fue realizado por Alfred C. Kinsey en 1948, observó que el 10% de hombres y el 5% de mujeres son homosexuales; 37% de los entrevistados había tenido una experiencia homosexual en algún momento de su vida incluidas las actividades sexuales adolescentes. ⁽¹⁵⁾ En México, Eusebio Rubio en 1989, encontró en jóvenes universitarios, que alrededor del 6% habían participado en actividad homosexual ⁽¹⁸⁾; De la Peña y Toledo, en entrevistas a población

abierta de la Ciudad de México realizadas en 1991, mencionan que el 3.3% de los participantes habían tenido contacto homosexual: 5% de los hombres y 2% de las mujeres; en otro estudio realizado en Baja California en 1992, Peña y Toledo reportan conducta homosexual en el 9% de los hombres y el 5% de las mujeres. ^(4,5)

Los últimos reportes del Censo 2000 en E.U.A. mencionan que del total de la población de este país el 2.5% son gays y el 1.2% son lesbianas, de los cuales el 24 y 43% respectivamente están casados. ⁽¹⁸⁾

Hay escasa información de enfermedad mental en homosexuales y bisexuales, dentro de países latinoamericanos y específicamente en México; la mayoría de los estudios se han realizado en Reino Unido (, donde se han realizado varios estudios al respecto.) ⁽²⁰⁾

Estudios de Nueva Zelanda, E.U.A. y Gran Bretaña, siempre basándose en muestras de la comunidad sugieren que los homosexuales son más vulnerables a presentar ansiedad, depresión, autolesiones, tener abuso de sustancias en comparación con los heterosexuales. ^(7,13)

Un estudio sobre sexualidad y bienestar psicológico realizado por King *et. al.*, a nivel nacional en el Reino Unido encontró que los homosexuales tienen un moderado incremento en el riesgo de tener trastornos mentales y de autolesionarse deliberadamente comparado con heterosexuales. ⁽¹⁶⁾ Es más común que entre los homosexuales, en comparación con los heterosexuales acudan más frecuentemente a los servicios de salud mental. ⁽¹⁶⁾

Warner, J. *et. al.* en un estudio realizado en Reino Unido, con duración de 2 años en donde se aplicó Clinical Interview Schedule-Review (CIS-R), encontraron altas tasas de autolesiones deliberadas, planeadas y actuales, así como altos niveles de morbilidad psiquiátrica definido por la CIS-R entre gays en un 42%, lesbianas 43% y bisexuales un 49% comparado con heterosexuales. ⁽¹¹⁾ Además en este estudio se encontró que tanto homosexuales “gay” como “lesbianas” tienen el mismo riesgo de presentar

morbilidad psiquiátrica, comparado con otros estudios en donde se había demostrado que las mujeres tenían mayor riesgo que los hombres. ⁽¹¹⁾

Estudios realizados por Meltzer *et. al.* reportaron una prevalencia de enfermedad mental, de acuerdo a la CIS-R, de aproximadamente 12% en hombres y 20% en mujeres ^(17,20)

Así mismo en el estudio realizado por Warner *et. al.* se encontró que esta población tenía mayores niveles de discriminación en cuanto a ataques físicos, abuso verbal, abuso sexual, abuso psicológico, abuso en la escuela, desempleo, rechazo social lo cual probablemente aumenta los niveles de estrés psicológico en esta población y por lo tanto mayor morbilidad psiquiátrica, sin embargo no se puede inferir (a ciencia cierta) la causa hasta el momento puesto que no se han realizado estudios al respecto. ⁽²⁰⁾

Un estudio realizado en Canberra, Australia para detección de ansiedad, depresión, suicidio, abuso de alcohol, afecto positivo o negativo y riesgo de enfermedad mental en población homosexual y bisexual mostró que el grupo bisexual tenía resultados elevados para ansiedad, depresión, estado de ánimo negativo, en comparación con el grupo homosexual. Se encontró que entre los bisexuales y heterosexuales la intensidad de los síntomas y enfermedades es casi similar, pero ambos grupos, homosexuales y bisexuales tenían alto riesgo de suicidio. Los bisexuales tenían más eventos adversos en su vida, desde la infancia, poco soporte familiar, social y económico. En cambio los homosexuales solo reportaron mayor adversidad en la infancia así como menos soporte positivo en la familia. De aquí que dicho estudio es el primero en que separan estas dos poblaciones y se llega a la conclusión en la que los homosexuales si tienen riesgo para enfermedad mental, ansiedad, depresión, suicidio pero en menor grado que los bisexuales. ⁽¹⁴⁾

En cambio otros estudios ^(2,3,9,12) siguen mostrando niveles altos para ansiedad, depresión, abuso de sustancias pero en población tanto homosexual como bisexual.

La Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE), desarrollada por Goldberg y cols en 1970 ⁽¹⁰⁾, representa un intento por lograr un instrumento de captación de datos clínicos subjetivos y objetivos de manera homogénea, de tal forma que facilite a los investigadores obtener alta concordancia en sus observaciones. Goldberg logra su objetivo en Inglaterra, y propone que al momento de ser utilizado el instrumento en otros países, este debe ser modificado y adaptado, tomando en cuenta los aspectos culturales de cada lugar y contemplando sus objetivos.

En México a partir de 1978, se traducen al español la Entrevista Psiquiátrica con lo que se obtiene la primera versión mexicana ⁽¹⁾. Desde entonces esta Entrevista ha sido estudiada, modificada y utilizada en diversas ocasiones, por parte de los investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La experiencia con este instrumento ha sido amplia, con lo cual se ha concluido al momento en la presente versión. Se cuenta ya con la experiencia de su manejo en campo; esto es como instrumento de confirmación de caso. También ha enriquecido nuestro conocimiento su aplicación en varios escenarios, tales como: Centro de Salud, de la SSA, Hospital Privado, Facultad de Psicología, UNAM, Unidad de Medicina Familiar, IMSS y el Hospital General de la SSA. La confiabilidad entre los clínicos alcanzada en estos estudios oscila entre 0.78 y 1 ⁽¹⁾ en promedio y en el Hospital General se obtuvo coeficiente de correlación promedio de 0.90 y 0.89 con el estadístico kappa; valores cercanos a los obtenidos por Goldberg (0.91). La confiabilidad entre clínicos, lograda en este hospital, nos indica, que las nuevas adaptaciones del instrumento a nuestra población, no se disminuye en relación con los obtenidos anteriormente, por el contrario se mantiene elevada y en promedio, utilizando el estadístico kappa es ligeramente superior 0.82 vs 0.89. ⁽¹⁾

Por lo que la operacionalización de las definiciones y el establecimiento de un Escala de Medición, (donde las diferencias entre diversas intensidades del síntoma o signo es precisa y mutuamente excluyente) facilita la codificación y asegura que todos los entrevistados se les pregunta y evalúe de la misma manera.

La EPE debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. La evaluación psiquiátrica deberá ser hecha por un clínico especializado con experiencia en un escenario real.
2. Deberá ser aceptada tanto por individuos que no se consideren a sí mismos como enfermos psiquiátricos, como aquellos que sí lo acepten.
3. El contenido de la entrevista debe ser apropiado para el tipo de trastornos psiquiátricos encontrados comúnmente en la comunidad.
4. Deberá generar información acerca de los signos, síntomas individuales y una evaluación diagnóstica global.
5. Debe discriminar claramente entre enfermos con desórdenes mentales e individuos normales, así como entre pacientes con diferentes grados de alteraciones psiquiátricas.
6. Debe ser económica en tiempo, para que puedan ser incluidos gran número de pacientes.
7. Las evaluaciones psiquiátricas y calificaciones clínicas deben ser confiables, en el sentido de ser reproducibles por diferentes observadores.

La EPE se divide en cinco secciones:

La primera parte no está estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar, en forma breve, la historia médica pasada y presente del sujeto. Esta parte se utiliza para entablar un buen rapport y relajar al paciente.

La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado, en el último mes.

Están organizados en diez grupos que se investigan en el siguiente orden:

- síntomas somáticos
- fatiga
- alteraciones en el sueño
- irritabilidad
- disminución en la concentración
- ánimo depresivo
- ansiedad y preocupación
- fobias

- obsesiones y compulsiones
- despersonalización

Los síntomas están ordenados progresivamente desde aquellos que son comúnmente encontrados en la vida cotidiana, hasta llegar a aquellos que representan patologías más agudas. En esta parte el entrevistador es libre para hacer preguntas adicionales que pueden ser necesarias para obtener mayor información. De tal forma, que pueda identificar frecuencia, intensidad y funcionalidad psicosocial.

El investigador completa la tercera sección del instrumento en donde califica las anomalías observadas durante la entrevista en doce escalas. Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador acerca de las anomalías manifiestas (anomalías en la conducta, estados de ánimo anormales, anomalías perceptuales y cognitivas) que ha observado o inferido durante la entrevista.

Objetivos

General: Determinar la frecuencia de signos y síntomas de psicopatología en una muestra de homosexuales mexicanos.

- Específicos:
1. Determinar la frecuencia de síntomas somáticos en el homosexual mexicano.
 2. Determinar la frecuencia de fatiga en el homosexual mexicano.
 3. Determinar la frecuencia de alteraciones en el sueño, en el homosexual mexicano.
 4. Determinar la frecuencia de irritabilidad en el homosexual mexicano.
 5. Determinar la frecuencia de disminución en la concentración en el homosexual mexicano.
 6. Determinar la frecuencia de ánimo depresivo en el homosexual mexicano.
 7. Determinar la frecuencia de ansiedad en el homosexual mexicano.
 8. Determinar la frecuencia de fobias en el homosexual mexicano.
 9. Determinar la frecuencia de obsesiones y compulsiones en el homosexual mexicano.
 10. Determinar la frecuencia de despersonalización en el homosexual mexicano.

Hipótesis

Más del 60% de los homosexuales presentaran depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, irritabilidad.

Variables

1. Variables sociodemográficas

Edad:

Definición conceptual: tiempo que una persona u otro ser vivo ha vivido desde su nacimiento.

Definición operacional: edad referida por el individuo, como el número de años cumplidos al momento del estudio.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: de razón

Unidad de medición: años cumplidos

Sexo:

Definición conceptual: conjunto de características biológicas que definen el espectro de humanos como hembras o machos.

Definición operacional: se describirá al sexo como masculino o femenino de acuerdo al genotipo referido por el individuo.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Unidad de medición: femenino, masculino.

Ocupación:

Definición conceptual: Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo.

Definición operacional: empleo u oficio.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: empleado, empresario, desempleado, jefe.

Estado civil:

Definición conceptual: condición de una persona en cuanto a las relaciones de familia, nacimiento, filiación, matrimonio y defunción.

Definición operacional: estado civil actual referido por el individuo.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Unidad de medición: soltero o casado.

Escolaridad:

Definición conceptual: periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.

Definición operacional: referido como último grado escolar que estudio el individuo.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal politómica.

Unidad de medición: primaria, secundaria, bachillerato o licenciatura.

2. Variable independiente

Homosexual:

Definición conceptual: Individuo que está motivado por una atracción erótica preferencias hacia miembros del mismo sexo.

Definición operacional: individuo que tiene atracción erótica (fantasía, acto erótico) hacia sujetos de su mismo sexo.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Unidad de medición: homosexual, no homosexual

2. Variable dependiente

Psicopatología:

Definición conceptual: parte de la psicología que tiene por objeto el estudio comparado de los procesos normales y patológicos de la vida psíquica.

Definición operacional: Resultado positivo para psicopatología según la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada. (Anexo I).

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

Material y Métodos

Lugar: Entre las calles Florencia, Av. Chapultepec y Paseo de la Reforma, Zona Rosa del Distrito Federal.

Periodo de tiempo: del 4 al 27 de abril del 2005.

Diseño del estudio: estudio descriptivo, transversal.

Sujetos de estudio: 100 sujetos homosexuales. Casos consecutivos.

Tipo de muestreo: no probabilístico, de casos consecutivos.

Criterios de selección:

Hombres o mujeres homosexuales

Edad entre 18 y 46 años

Que acepten firmar consentimiento informado

Criterios de exclusión:

Homosexuales que tengan enfermedades crónicas degenerativas

Homosexuales con VIH positivo. Debido a que esta enfermedad por sí misma, en su evolución puede enmascarar o exacerbar los síntomas y anormalidades manifiestas en estudio.

Criterios de eliminación:

Petición del individuo para salir del estudio.

Procedimiento

El entrevistador acudirá por las tardes a bares, restaurantes y antros en los fines de semana localizados en la Zona Rosa de la Ciudad de México, que tienen mayor concurrencia de individuos homosexuales para captar a sujetos candidatos para el estudio. El entrevistador se dirigirá hacia sujetos que se muestren disponibles para la entrevista, presentándose y preguntando al sujeto si acepta se le realice una entrevista para una investigación sobre manifestaciones psicopatológicas como lo son depresión, ansiedad, alteraciones del sueño en sujetos homosexuales, explicándole el motivo de la entrevista, el tiempo aproximado de la encuesta, se leerá el consentimiento informado y en caso de acceder se le pedirá al sujeto si es que viene acompañado, que se aparte un poco para tener más privacidad y que el sujeto se sienta con la confianza de contestar, se procederá entonces a la aplicación de la EPE.

Análisis Estadístico

Se utilizará estadística descriptiva valiéndose del paquete estadístico SSPS versión 13.0.

Recursos

Humanos: 1 entrevistador con conocimiento para aplicar la EPE.

Materiales: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada y Consentimiento Informado.

Local e Instalaciones: bares, restaurantes y centros nocturnos de sujetos homosexuales.

Financieros: no son necesarios para este estudio.

Resultados

Se estudiaron 100 individuos, del 11 al 19 de abril del 2005, quienes aceptaron ingresar al estudio. Con edad comprendida entre los 18 y 46 años con una media de 26.92 años y desviación Standard de 6.68. De los cuales 73 fueron hombres y 27 mujeres. 82 individuos cuentan con estado civil soltero y 18 en unión libre. El 64% estudiaron licenciatura, 27% preparatoria, 6% secundaria, 2% maestría y 1% carrera técnica (Tabla 1 y 2). El porcentaje de ocupación se muestra en la (Tabla) 3

Tabla 1. Distribución de homosexuales mexicanos (n=100), hombres y mujeres por rangos de edad

Edad (años)	Hombres	Mujeres	TOTAL
18 - 20	10	7	17
21 - 25	26	3	29
26 - 30	18	9	27
31 - 35	12	6	18
36 - 40	3	1	4
41 - 46	4	1	5
TOTAL	73	27	100

Tabla 2. Distribución de homosexuales mexicanos (n=100), hombres y mujeres según nivel de educación.

Nivel de Educación	Hombres	Mujeres	TOTAL
Maestría	1	1	2
Licenciatura	51	13	64
Preparatoria	18	9	27
Secundaria	2	4	6
Carrera técnica	1	0	1
TOTAL	73	27	100

Tabla 3. Frecuencia de ocupaciones en el homosexual mexicano N=100

Ocupación	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Abogado	2%	2%
Actor	1%	3%
Arquitecto	1%	4%
Auxiliar contable	1%	5%
Ayudante	1%	6%
Bailarina	1%	7%
Cocinero	1%	8%
Contador	2%	10%
Coordinador	2%	12%
Corredora	1%	13%
Diseñador	4%	17%
Doméstica	1%	18%
Editor	1%	19%
Ejecutiva	1%	20%
Empleado	8%	28%
Empresario	2%	30%
Enfermera	1%	31%
Estilista	5%	36%
Estudiante	32%	68%
Maestro	1%	69%
Médico	6%	75%
Mercadólogo	1%	76%
Mesero	9%	85%
Modelo	1%	86%
Ninguna	3%	89%
Periodista	1%	90%
Publicista	2%	92%
Secretaría	3%	95%
Servidor	1%	96%
Telefonista	1%	97%
Terapeuta	1%	98%
Vendedor	2%	100%
TOTAL	100%	100

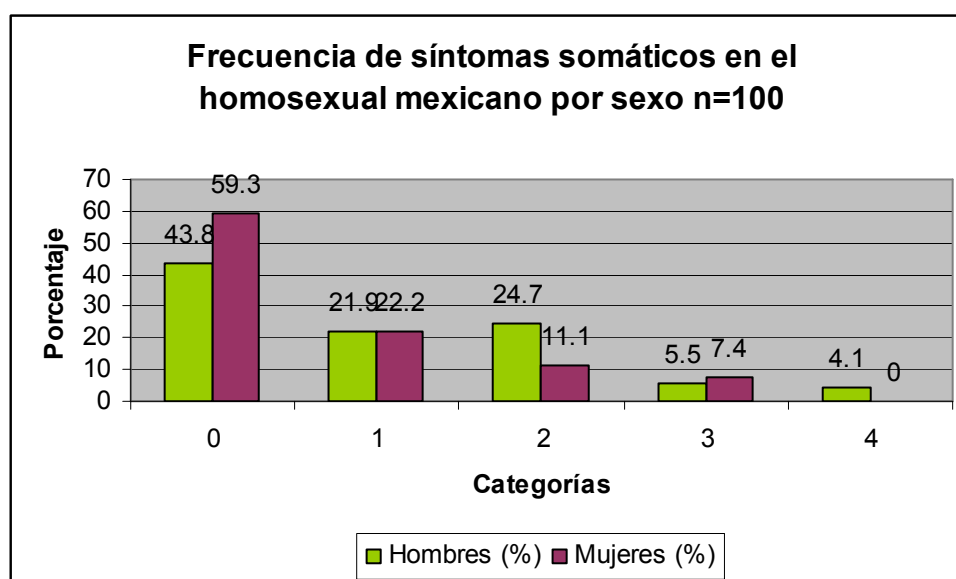
El 30 % (n= 30) del total de la población en estudio presenta síntomas somáticos de importancia clínica, es decir con un nivel de intensidad igual o mayor de 2. Sólo el 3% (n=3) presenta síntomas muy molestos y frecuentes, es decir que obtuvieron una calificación de 4 en la escala. (Tabla 4 y Figura 1)

De los hombres, solo el 34.3% (n= 25) presentó síntomas somáticos de importancia clínica, es decir que obtuvieron en la escala una calificación igual o mayor a 2. En las mujeres solo el 17.2% (n=5) presentó síntomas somáticos de leve a moderada intensidad, es decir con calificación de 2 y 3, pero ninguna con intensidad mayor es decir, calificación de 4. (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencia de síntomas somáticos por sexo en el homosexual mexicano

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	32 (43.8)	16 (59.3)	48 (48)
1	16 (21.9)	6 (22.2)	22 (22)
2	18 (24.7)	3 (11.1)	21 (21)
3	4 (5.5)	2 (7.4)	6 (6)
4	3 (4.1)	0	3 (3)
TOTAL	73	24	100

Figura 1. Frecuencia de síntomas somáticos en población homosexual mexicana



Con una t student de - 1.522, con un índice de confiabilidad (IC) del 95%, con valores inferiores de -.863 a .114, con una p= 0.131. NS

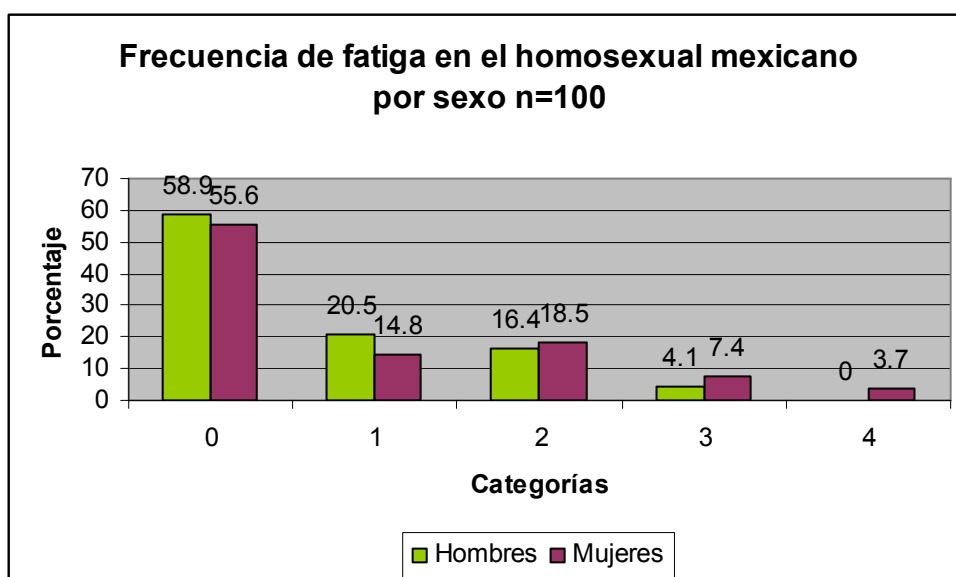
El 23% (n=23) de la población presenta fatiga de importancia clínica, es decir con un nivel de intensidad igual o mayor de 2. Sólo el 1% (n=1) presenta fatiga intensa, es decir que obtuvieron una calificación de 4. (Tabla 5 y Figura 2)

Solo el 20.5% (n=15) de los hombres homosexuales, presentó fatiga de importancia clínica leve y moderada, es decir obtuvieron una calificación de 2 y 3. De las mujeres homosexuales, el 25.9% (n=7) presentó fatiga de importancia clínica, es decir que obtuvieron una calificación de 2 y 3, siendo el 3.4% (n=1) del total de mujeres que presentó fatiga intensa es decir, obtuvieron una calificación de 4. (Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia de fatiga por sexo en el homosexual mexicano

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	43 (58.9)	15 (55.6)	58 (58)
1	15 (20.5)	4 (14.8)	19 (19)
2	12 (16.4)	5 (18.5)	17 (17)
3	3 (4.1)	2 (7.4)	5 (5)
4	0 (0)	1 (3.7)	1 (1)
TOTAL	73	27	100

Figura 2. Frecuencia de fatiga en población homosexual mexicana



Con una t de student de 1.043, IC del 95% con valores inferiores de -.209 a .272, p= 0.300. NS

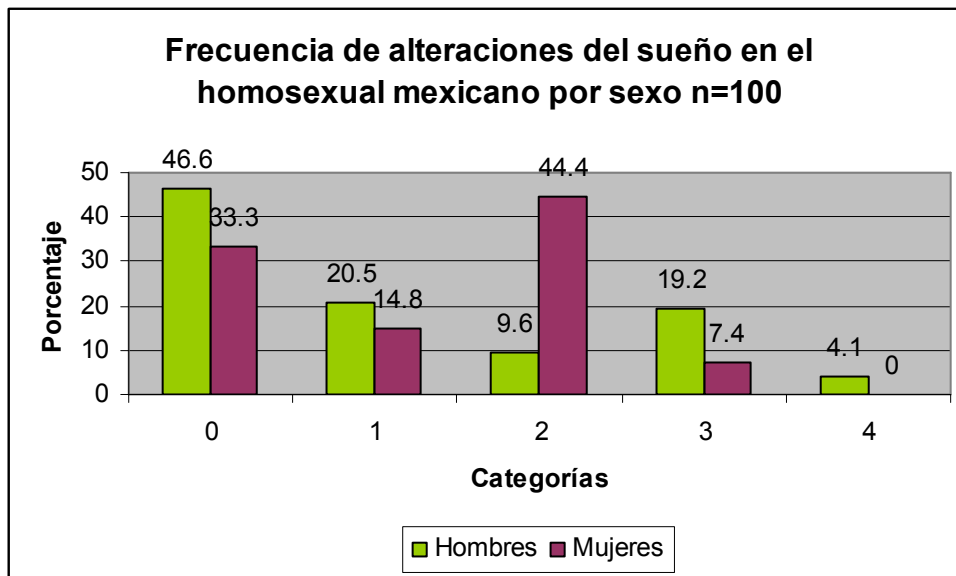
El 38% (n=38) de la población estudiada presentó alteraciones del sueño que iban desde una pérdida leve a grave del sueño en una ocasión hasta una pérdida de sueño todas las noches es decir, que obtuvieron una calificación de 2 a 4, como el 3% (n=3) de los individuos estudiados. (Tabla 6 y Figura 3)

El 32.9 % (n=24) de los hombres homosexuales presentó alteraciones del sueño de importancia clínica es decir, que obtuvieron una calificación igual o mayor a dos; el 51.8% (n=18) de las mujeres homosexuales presentó alteraciones del sueño de la misma manera solo que de las mujeres ninguna presentó alteración del sueño grave y en el caso de los hombres el 4.1% (n=3) si lo presentó es decir, que obtuvieron una calificación de 4. (Tabla 6)

Tabla 6. Frecuencia de alteraciones del sueño por sexo en el homosexual mexicano.

Categorías	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	34 (46.6)	9 (33.3)	43 (43)
1	15 (20.5)	4 (14.8)	19 (19)
2	7 (9.6)	12 (44.4)	19 (19)
3	14 (19.2)	2 (7.4)	16 (16)
4	3 (4.1)	0(0)	3 (3)
TOTAL	73	27	100

Figura 3. Frecuencia de alteraciones del sueño en población homosexual mexicana



Con t de student de .439, IC del 95% con valores inferiores de -.430 a .675, $p= 0.662$. NS.

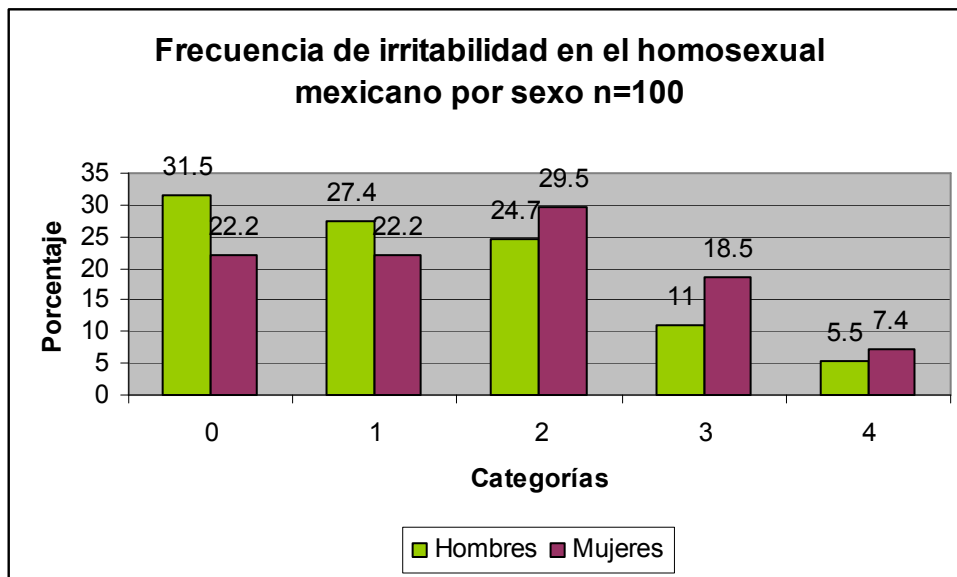
El 45% (n=45) de la población estudiada, presentó irritabilidad de importancia clínica, es decir con un nivel de intensidad igual o mayor a 2. Solo el 6% (n=6) presenta irritabilidad muy intensa que ha provocado problemas importantes o violencia es decir, que obtuvieron una calificación de 4. (Tabla 7 y Figura 4)

El 41.2% (n=30) de los hombres homosexuales refirió irritabilidad de importancia clínica es decir, que obtuvieron una calificación igual o mayor a 2; el 55.5% (n=15) de las mujeres refirió irritabilidad de importancia clínica es decir, obtuvieron una calificación igual o mayor a 2. Solo el 5.5% (n=4) de los hombres presentó irritabilidad intensa es decir, que obtuvieron una calificación de 4, mientras que el 7.4% (n=2) de las mujeres tuvo irritabilidad intensa. (Tabla 7)

Tabla 7. Frecuencia de irritabilidad por sexo en el homosexual mexicano

Categorías	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	23 (31.5)	6 (22.2)	29 (29)
1	20 (27.4)	6 (22.2)	26 (26)
2	18 (24.7)	8 (29.6)	26 (26)
3	8 (11)	5 (18.5)	13 (13)
4	4 (5.5)	2 (7.4)	6 (6)
TOTAL	73	27	100

Figura 4. Frecuencia de irritabilidad en población homosexual mexicana



Con una t de student de 1.298, IC del 95% con valores inferiores de -.186 a .889, $p=0.197$. NS.

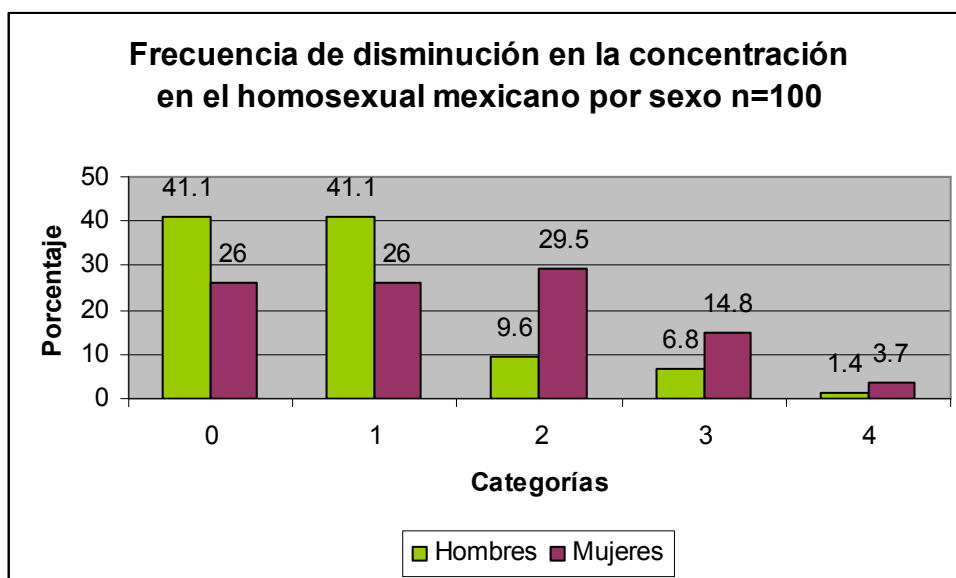
El 26% (n=26) de la población estudiada, presentó disminución de la concentración de importancia clínica es decir, obtuvieron una calificación igual o mayor a 2, siendo solo el 2% (n=2) de la población que presentó disminución de la concentración que le limita para realizar cualquier actividad es decir, que obtuvieron una calificación de 4. (Tabla 8 y Figura 5)

El 17.8% (n=13) de los hombres homosexuales mexicanos presentó disminución de la concentración con significancia clínica, de las mujeres homosexuales el 48% (n=13) presentó disminución de la concentración de igual forma es decir, con un nivel igual o mayor a 2. (Tabla 8)

Tabla 8. Frecuencia de disminución de la concentración por sexo en el homosexual mexicano

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	30 (41.1)	7 (26)	37 (37)
1	30 (41.1)	7 (26)	37 (37)
2	7 (9.6)	8 (29.5)	15 (15)
3	5 (6.8)	4 (14.8)	9 (9)
4	1 (1.4)	1 (3.7)	2 (2)
TOTAL	73	27	100

Figura 5. Frecuencia de disminución de la concentración en población homosexual mexicana



Con una t student 2.564, IC del 95% con valores inferiores de .131 a 1.031, $p= 0.012$. Significativa.

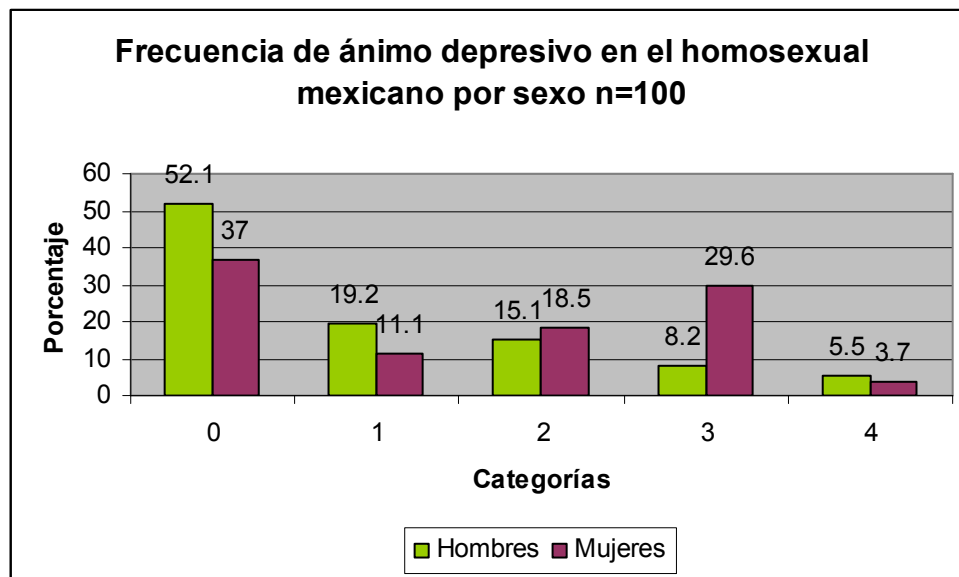
El 35% ($n=35$) de la población estudiada, presentó ánimo depresivo de intensidad leve hasta muy intensa es decir, obtuvieron una calificación igual o mayor a 2. El 5% de esa población presentó ánimo depresivo importante y frecuente, incluyendo fenómenos depresivos mayores es decir, obtuvieron una calificación de 4. (Tabla 9 y Figura 6)

El 28.8% ($n=21$) de los hombres homosexuales presentó ánimo depresivo de importancia clínica, es decir con una categoría igual o mayor a 2. En las mujeres de igual forma, el 51.7% ($n=14$) presentó ánimo depresivo de importancia clínica (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia de ánimo depresivo por sexo en el homosexual mexicano

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	38 (52.1)	10 (37)	48 (48)
1	14 (19.2)	3 (11.1)	17 (17)
2	11 (15.1)	5 (18.5)	16 (16)
3	6 (8.2)	8 (29.5)	14 (14)
4	4 (5.5)	1 (3.7)	5 (5)
TOTAL	73	27	100

Figura 6. Frecuencia de ánimo depresivo en población homosexual mexicana



Con t student de 1.959, IC 95% con valores inferiores de -.007 a 1.126, $p=0.053$. Significativa.

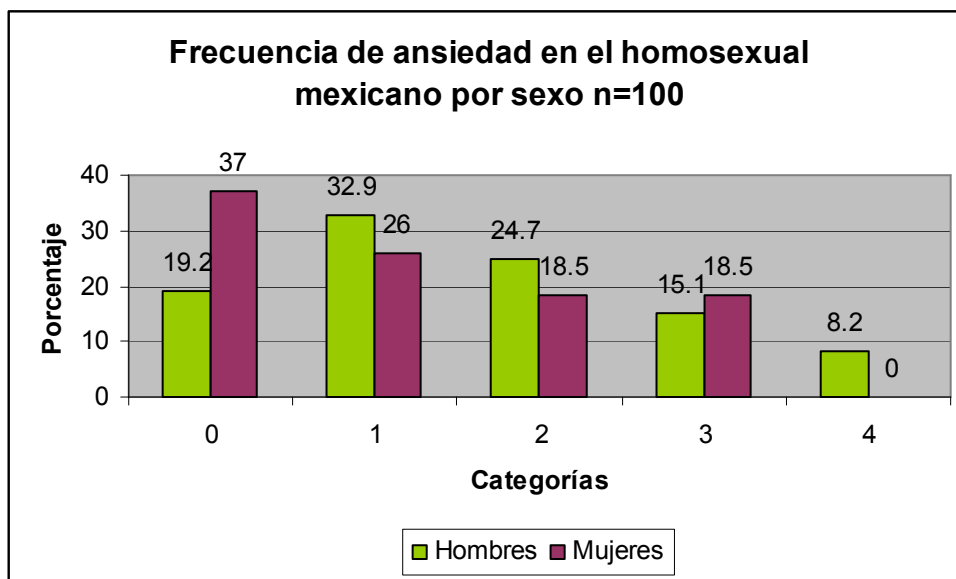
El 45% (n=45) de la población en estudio, presentó ansiedad de importancia clínica, es decir con un nivel de intensidad igual o mayor a 2. Solo el 6% (n=6) presento ansiedad muy intensa y frecuente es decir, obtuvo una calificación de 4. (Tabla 10 y Figura 7)

El 48% (n=35) de los hombres homosexuales presentó ansiedad de importancia clínica es decir, obtuvieron una calificación igual o mayor a 2, mientras que solo el 37% (n=10) de las mujeres tuvo ansiedad de importancia clínica es decir, obtuvieron una calificación de 2 y 3. (Tabla 10)

Tabla 10. Frecuencia de ansiedad en el homosexual mexicano por sexo

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	14 (19.2)	10 (37)	24 (24)
1	24 (32.9)	7 (26)	31 (31)
2	18 (24.7)	5 (18.5)	23 (23)
3	11 (15.1)	5 (18.5)	16 (16)
4	6 (8.2)	0 (0)	6 (6)
TOTAL	73	27	100

Figura 7. Frecuencia de ansiedad en población homosexual mexicana



Con t student de -1.565, IC 95% con valores inferiores de -.947 a .112, $p= 0.121$. NS.

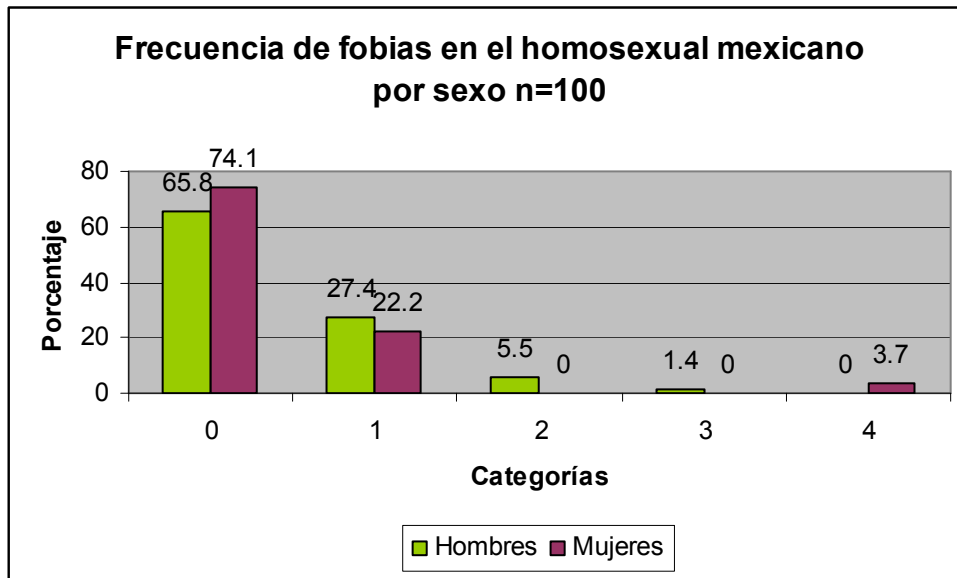
Solo el 6% (N=6) de la población estudiada presentó fobias de intensidad leve a intensa, es decir presentaron un nivel de intensidad igual o mayor a 2. (Tabla 11 y Figura 8)

Solo el 6.9% (N=5) de los hombres homosexuales presentó alguna fobia, es decir que obtuvieron una calificación de 2 y 3; el 3.7% (N=1) de las mujeres homosexuales presentó fobia grave, es decir que obtuvo una calificación de 4. (Tabla 11).

Tabla 11. Frecuencia de fobias en el homosexual mexicano por sexo

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	48 (65.8)	20 (74.1)	68 (68)
1	20 (27.4)	6 (22.2)	26 (26)
2	4 (5.5)	0 (0)	4 (4)
3	1 (1.4)	0 (0)	1 (1)
4	0 (0)	1 (3.7)	1 (1)
TOTAL	73	27	100

Figura 8. Frecuencia de fobias en población homosexual mexicana



Con t student de $-.337$, IC 95% con valores inferiores de $-.374$ a $.265$, $p=0.737$. NS

El 28 % (n=28) de la población estudiada presentó obsesiones y compulsiones con importancia clínica es decir, obtuvieron una calificación igual o mayor a 2; el 4% (n=4) presenta fenómenos obsesivos compulsivos que causan malestar extremo en forma frecuente es decir, obtuvieron una calificación de 4. (Tabla 12 y Figura 9).

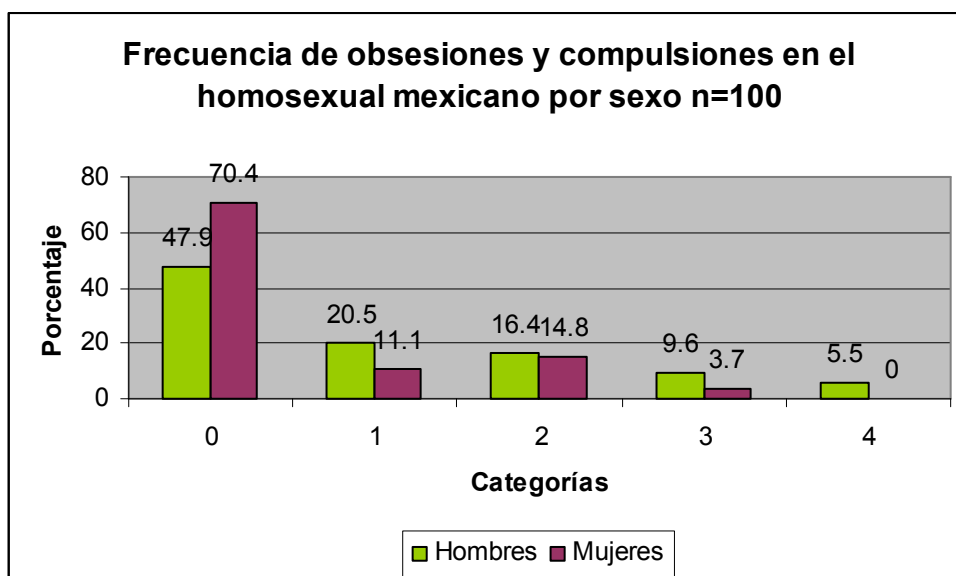
El 31.5% (n=23) de los hombres homosexuales refirió obsesiones y compulsiones de significancia clínica, es decir con un nivel o categoría igual o mayor a 2, mientras que las mujeres homosexuales presentaron obsesiones y compulsiones en el 18.5% (n=5) de importancia clínica es decir, obtuvieron una calificación de 2 y 3. (Tabla 12).

Tabla 12. Frecuencia de obsesiones y compulsiones en el homosexual mexicano por sexo

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	35 (47.9)	19 (70.4)	54 (54)
1	15 (20.5)	3 (11.1)	18 (18)
2	12 (16.4)	4 (14.8)	16 (16)
3	7 (9.6)	1 (3.7)	8 (8)

4	4 (5.5)	0 (0)	4 (4)
TOTAL	73	27	100

Figura 9. Frecuencia de obsesiones y compulsiones en población homosexual mexicana



Con t student de -2.002, IC 95% con valores inferiores de -1.041 a -.005, $p= 0.048$. Significativa.

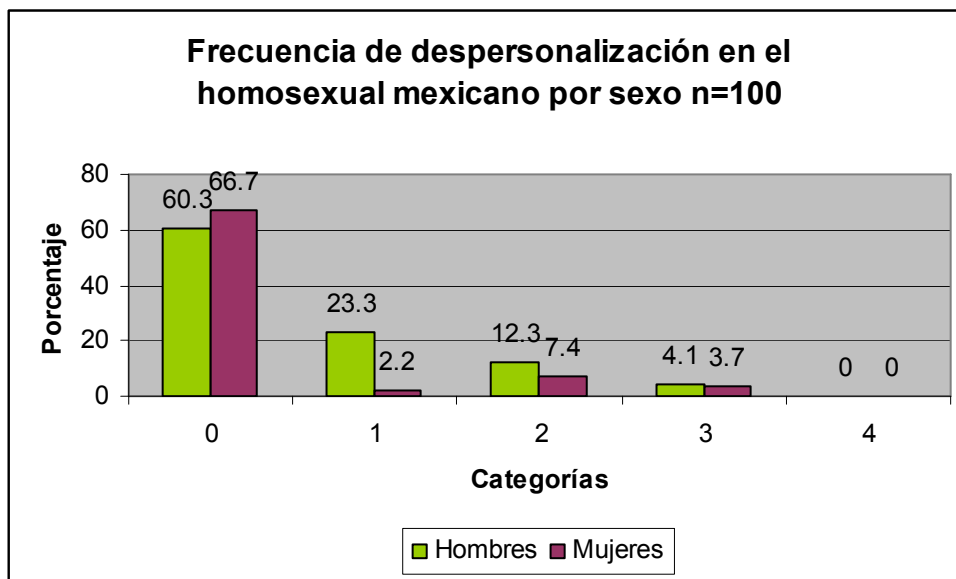
El 15% (n=15) de la población estudiada presentó despersonalización en forma ocasional y molesta, es decir, obtuvieron una calificación de 2 y 3. Ninguno presentó despersonalización muy molesta y frecuente es decir, que haya obtenido calificación de 4. (Tabla 13 y Figura 10).

El 16.4% (n=12) de los hombres homosexuales y el 11.1% (n=3) de las mujeres homosexuales presentó despersonalización con importancia clínica, es decir con un nivel de calificación de 2 y 3. (Tabla 13)

Tabla 13. Frecuencia de despersonalización en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	44 (60.3)	18 (66.7)	62(62)
1	17 (23.3)	6 (2.2)	23(23)
2	9 (12.3)	2 (7.4)	11(11)
3	3 (4.1)	1 (3.7)	4 (4)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 10. Frecuencia de despersonalización en población homosexual mexicana



Con t student de -0.636, IC 95% con valores inferiores de -.500 a -.257, $p= 0.526$. NS

De las anomalías manifiestas observadas en la población, solo el 7% presentó lentitud y carencia de espontaneidad es decir, que obtuvieron una calificación de 2 y 3, pero ninguno con un retraso psicomotor muy intenso es decir, con calificación de 4. El 7% se mostró suspicaz, defensivo durante la entrevista, es decir, obtuvieron una calificación de 2 y 3, pero ninguno con una suspicacia intensa que obstaculizara la entrevista o que hiciera se rehusara a contestar las preguntas, demandando irse o que se tornara hostil. El 30% de los individuos estudiados mostró rasgos histriónicos de importancia clínica es decir, que obtuvieron una calificación igual o mayor a 2; solo el 1% presentó un comportamiento obviamente anormal, demostrado o descrito es decir, obtuvo una calificación de 4. El 26% de la población estudiada se observó deprimido,

pero ninguno que tuviera depresión intensa, con ideas suicidas, llanto incontrolable es decir, obtuvieron una calificación de 2 y 3. (Tabla 14a)

Tabla 14a. Frecuencia de anomalías manifiestas en población homosexual mexicana *cont...*

Categoría	lentitud y carencia de espontaneidad	suspica, defensivo	histrionico	deprimido
0	78.00%	83.00%	46.00%	55.00%
1	15.00%	10.00%	24.00%	19.00%
2	5.00%	6.00%	15.00%	18.00%
3	2.00%	1.00%	14.00%	8.00%
4	0.00%	0.00%	1.00%	0.00%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

El 28% de la población estudiada se observó ansioso, agitado o tenso con un grado de valor clínico, es decir con un nivel o categoría igual o mayor a 2, pero ninguno con angustia intensa que interrumpiera la entrevista es decir, con calificación de 4. Solo el 7% presentó exaltación o euforia leve sin que el juicio estuviera alterado es decir, obtuvieron una calificación de 2. El 1% de la población estudiada se mostró aplanado o incongruente, es decir con falta de respuesta emocional clínicamente significativa al discutir temas de importancia o bien respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista, esto es que obtuvo una calificación de 2. Ninguno con incongruencia o aplanamiento importante. De igual forma ninguno presentó delirios, trastornos del pensamiento o falsas interpretaciones de importancia clínica. (Tabla 14b)

Tabla 14b. Frecuencia de anomalías manifiestas en población homosexual mexicana *cont...*

Categoría	ansioso, agitado, tenso	exaltado, eufórico	aplanado, incongruente	delirios, trastornos del pensamiento, falsas interpretaciones
0	30.00%	71.00%	97.00%	99.00%
1	42.00%	22.00%	2.00%	1.00%
2	20.00%	7.00%	1.00%	0.00%
3	8.00%	0.00%	0.00%	0.00%
4	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %

Ninguno de los individuos de la población estudiada presentó alucinaciones, solo el 3% presentó experiencias alucinatorias no patológicas es decir, obtuvieron una calificación de 0 ó 1, que son definitivamente alucinaciones hipnagógicas, imágenes eidéticas o ilusiones transitorias. De igual forma, ninguno mostró alteraciones del intelecto y daño crónico, solo el 2% presentó daño orgánico leve o inteligencia limítrofe es decir, obtuvo una calificación de 1. El 11% de la población estudiada presentó excesiva preocupación por las funciones corporales de importancia clínica, es decir que tuvieron una calificación de 2 y 3; ninguno presentó preocupación muy intensa. El 21% mostró contenido depresivo de pensamiento pero de intensidad leve a moderada, como sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa es decir, obtuvieron una calificación de 2 y 3. Pero ninguno con pensamientos de intensidad grave es decir, calificación de 4. (Tabla 14c)

<i>Categoría</i>	<i>alucinaciones</i>	<i>alteraciones del intelecto y daño crónico</i>	<i>excesiva preocupación por las funciones corporales</i>	<i>contenido depresivo de pensamiento</i>
-------------------------	-----------------------------	---	--	--

Tabla 14c. Frecuencia de anormalidades manifiestas en población homosexual mexicana *cont...*

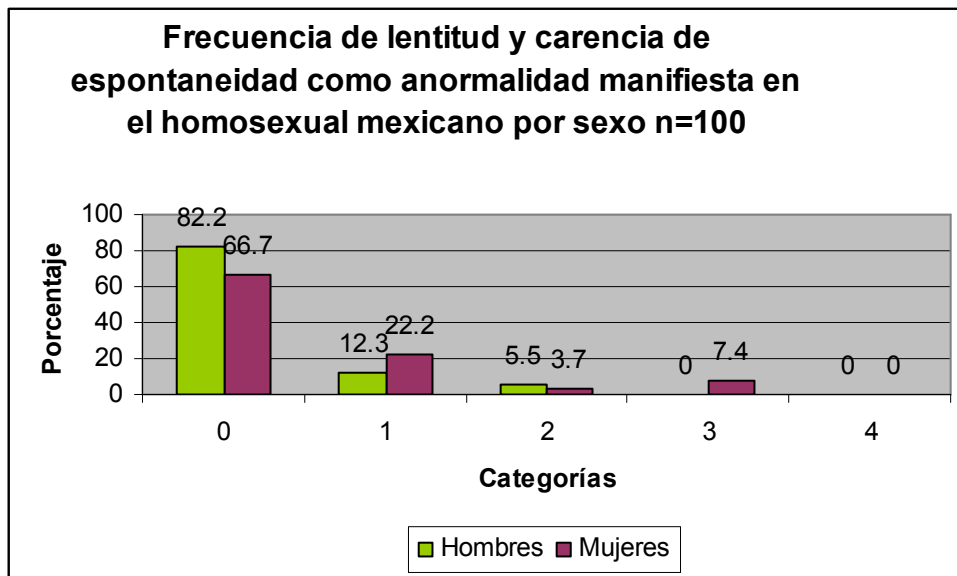
0	97.00%	98.00%	76.00%	53.00%
1	3.00%	2.00%	13.00%	26.00%
2	0.00%	0.00%	8.00%	13.00%
3	0.00%	0.00%	3.00%	8.00%
4	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL	100 %	100%	100 %	100 %

Dentro de las anomalías manifiestas, la lentitud y carencia de espontaneidad se presentó en el 5.5%(n=4) de los hombres homosexuales es decir, obtuvieron una calificación de 2 solamente y en el 11.1% (n=3) de las mujeres homosexuales, esto con importancia clínica, es decir tuvieron calificación de 2 y 3. (Tabla 15 y Figura 11)

Tabla 15. Frecuencia de lentitud y carencia de espontaneidad como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	60 (82.2)	18 (66.7)	78 (78)
1	9 (12.3)	6 (22.2)	15 (15)
2	4 (5.5)	1 (3.7)	5 (5)
3	0 (0)	2 (7.4)	2 (2)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 11. Frecuencia de lentitud y carencia de espontaneidad como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



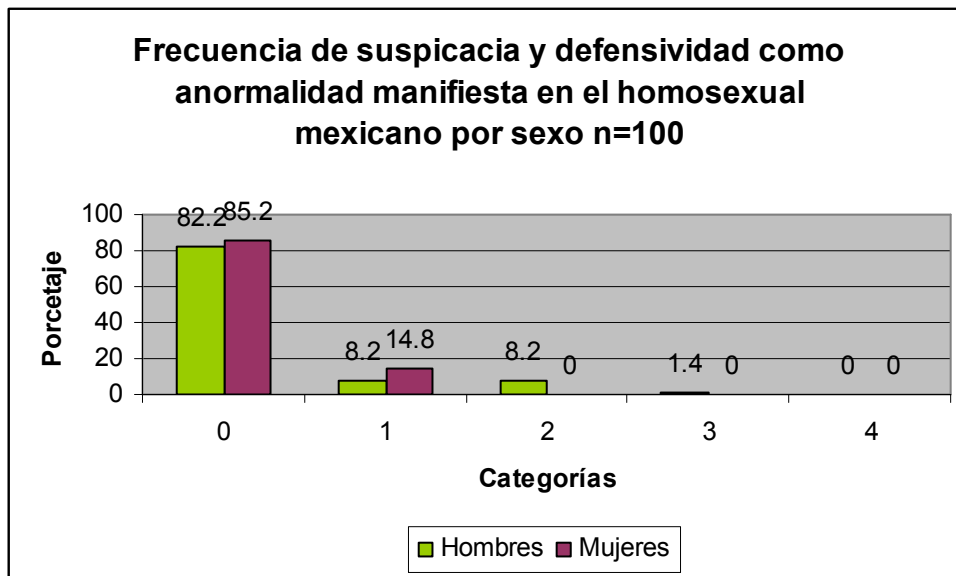
Con una t student de 1.942, IC 95% con valores inferiores de -.006 a .578, $p=0.055$. Significativa.

El 9.6% (n=7) de los hombres homosexuales se mostró durante la entrevista suspicaz y defensivo con importancia clínica, es decir con una calificación de 2 y 3, pero ninguna de las mujeres homosexuales presento esta anomalía manifiesta. (Tabla 16 y Figura 12)

Tabla 16. Frecuencia de suspicacia y defensividad como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	60 (82.2)	23 (85.2)	83 (83)
1	6 (8.2)	4 (14.8)	10 (10)
2	6 (8.2)	0 (0)	6 (6)
3	1 (1.4)	0 (0)	1 (1)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 12. Frecuencia de suspicacia y defensividad como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



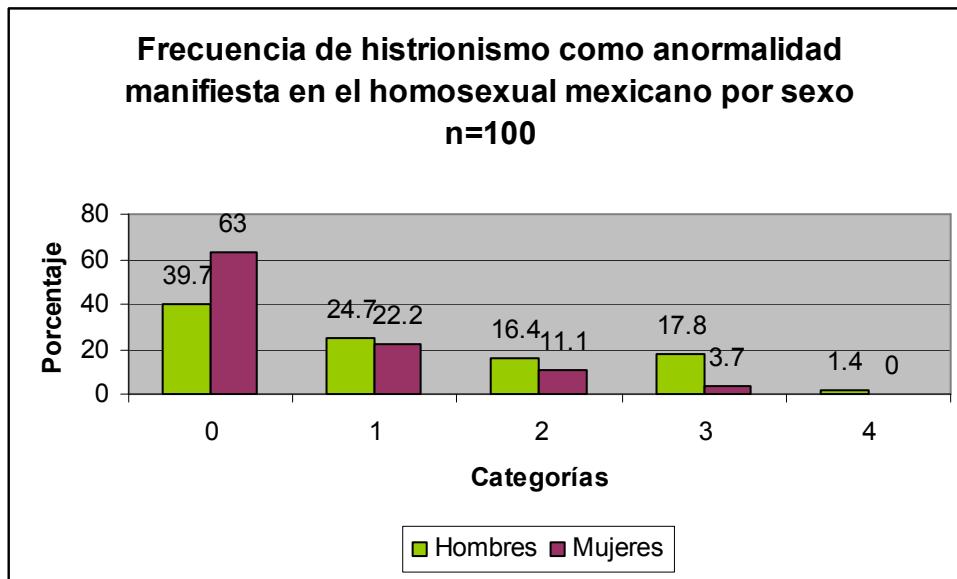
Con t student de -1.017, IC 95% con valores inferiores de -.412 a .133, $p= 0.312$. NS.

De los hombres homosexuales el 35.6% (n=26) se mostró histriónico con importancia clínica durante la entrevista es decir, tuvieron una calificación igual o mayor a 2, el 14.8 (n=4) de las mujeres homosexuales se mostró también histriónica durante la entrevista es decir, obtuvieron una calificación de 2 y 3. (Tabla 17 y Figura 13)

Tabla 17. Frecuencia de histrionismo como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	29 (39.7)	17 (63)	46 (46)
1	18 (24.7)	6 (22.2)	24 (24)
2	12 (16.4)	3 (11.1)	15 (15)
3	13 (17.8)	1 (3.7)	14 (14)
4	1 (1.4)	0 (0)	1 (1)
TOTAL	73	27	100

Figura 13. Frecuencia de histrionismo como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



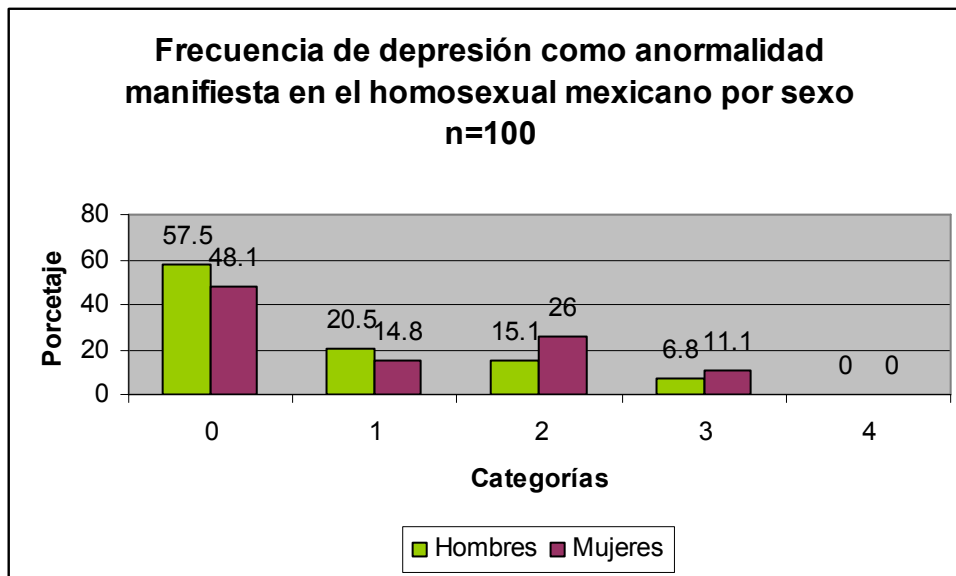
Con t student de -2.456, IC 95% con valores inferiores de -1.102 a -.117, $p= 0.016$. Significativa.

El 21.9% (n=16) de los hombres homosexuales se observó deprimido durante la entrevista es decir, tuvieron una calificación de 2 y 3; el 37.1% (n=10) de las mujeres homosexuales se observó deprimida, con importancia clínica, es decir que tuvieron una calificación de 2 y 3. (Tabla 18 y Figura 14)

Tabla 18. Frecuencia de deprimido como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	42 (57.5)	13 (48.1)	55 (55)
1	15 (20.5)	4 (14.8)	19 (19)
2	11 (15.1)	7 (26)	18 (18)
3	5 (6.8)	3 (11.1)	8 (8)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 14. Frecuencia de deprimido como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



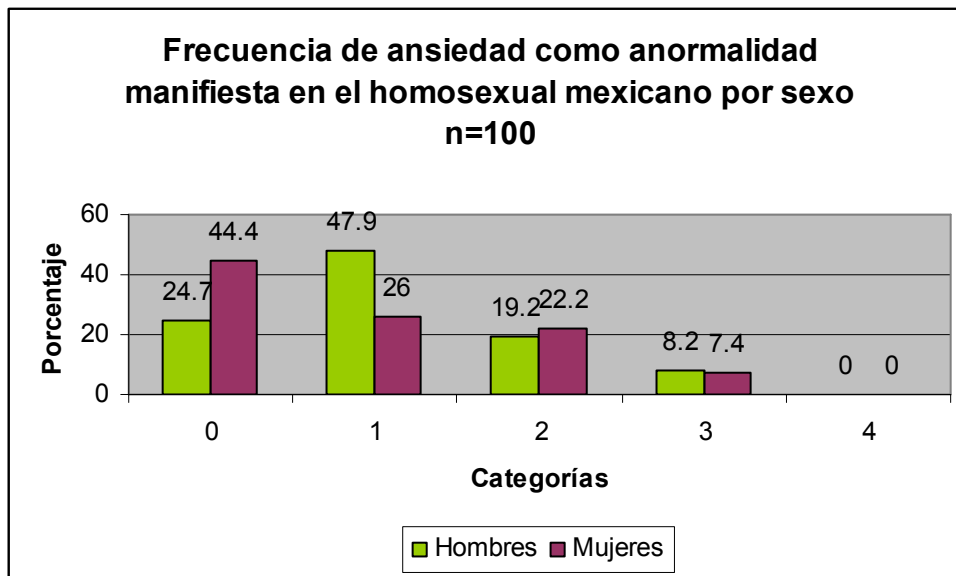
Con t student de 1.271, IC 95% con valores inferiores de -.162 a .737, p= 0.207. NS

El 27.4% (n=20) de los hombres homosexuales se observó ansioso durante la entrevista de importancia clínica es decir, tuvieron una calificación de 2 y 3, en las mujeres fue el 29.6% (n=8) que se observó ansiosa, es decir tuvo una calificación de 2 y 3. (Tabla 19 y Figura 15)

Tabla 19. Frecuencia de ansiedad como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	18 (24.7)	12 (44.4)	30 (30)
1	35 (47.9)	7 (26)	42 (42)
2	14 (19.2)	6 (22.2)	20 (20)
3	6 (8.2)	2 (7.4)	8 (8)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 15. Frecuencia de ansiedad como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



Con t student de $-.897$, IC 95% con valores inferiores de $-.590$ a $.223$. $p=0.372$. NS

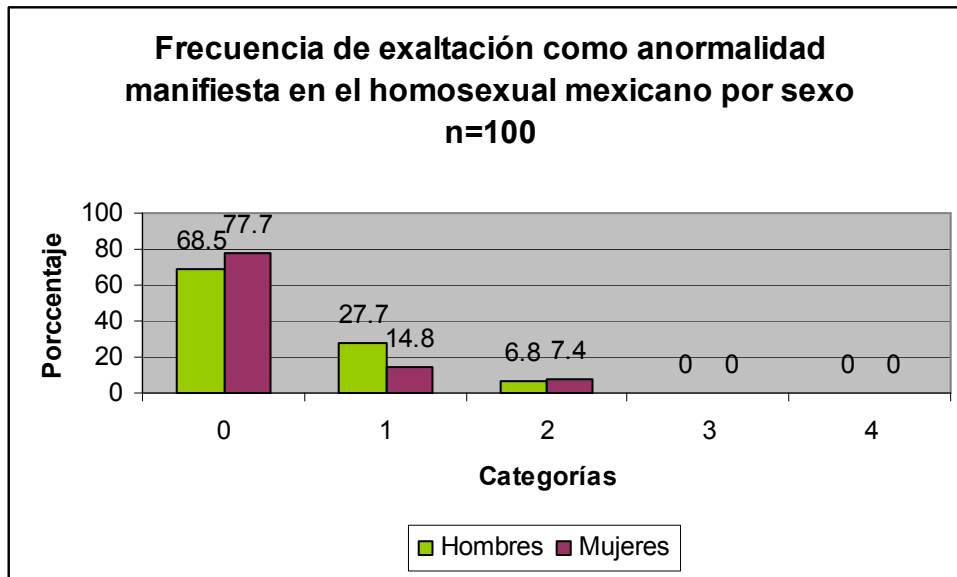
De los hombres homosexuales mexicanos solo el 6.8% ($n=5$) se observó exaltado de intensidad leve al momento de la entrevista, es decir, que tuvo una calificación de 2 solamente, mientras que en las mujeres homosexuales el 7.4% ($n=2$) se observó exaltada levemente, esto es que tuvo una calificación de 2. Ninguno se observó muy exaltado es decir, con una calificación de 4. (Tabla 20 y Figura 16)

Tabla 20. Frecuencia de exaltación como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	50 (68.5)	21 (77.7)	71 (71)
1	18 (27.7)	4 (14.8)	22 (22)
2	5 (6.8)	2 (7.4)	7 (7)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 16. Frecuencia de exaltación como anomalía manifiesta

en el homosexual mexicano.



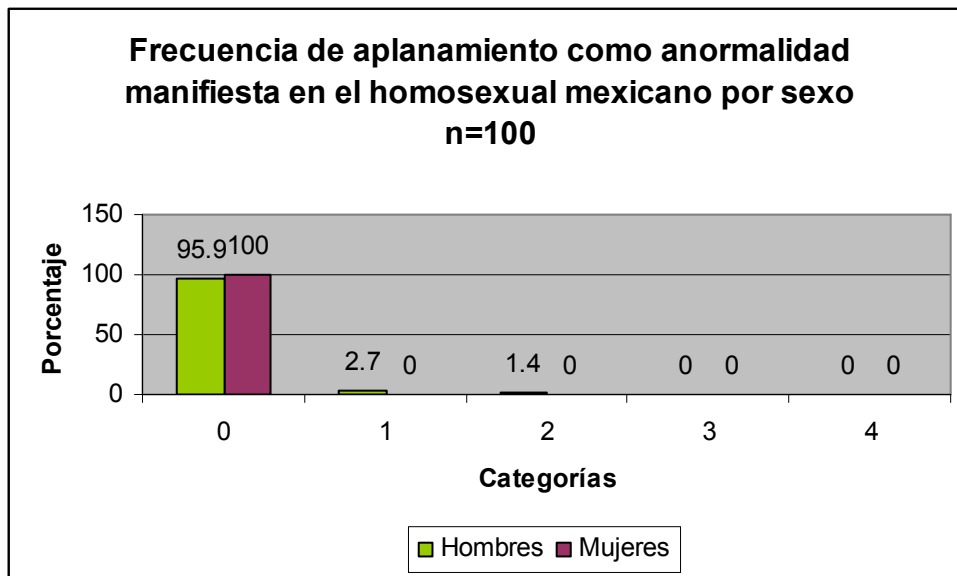
Con t student de .631, IC 95% con valores inferiores de -.362 a .187, p= 0.529. NS.

Dentro del aplanamiento como anomalía manifiesta solo el 1.4% (n=1) de los hombres homosexuales se observó así al momento de la entrevista, es decir, tuvo una calificación de 2 pero ninguna de las mujeres lo mostró. (Tabla 21 y Figura 17)

Tabla 21. Frecuencia de aplanamiento como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	70 (95.9)	27 (100)	97 (97)
1	2 (2.7)	0 (0)	2 (2)
2	1 (1.4)	0 (0)	1 (1)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 17. Frecuencia de aplanamiento como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



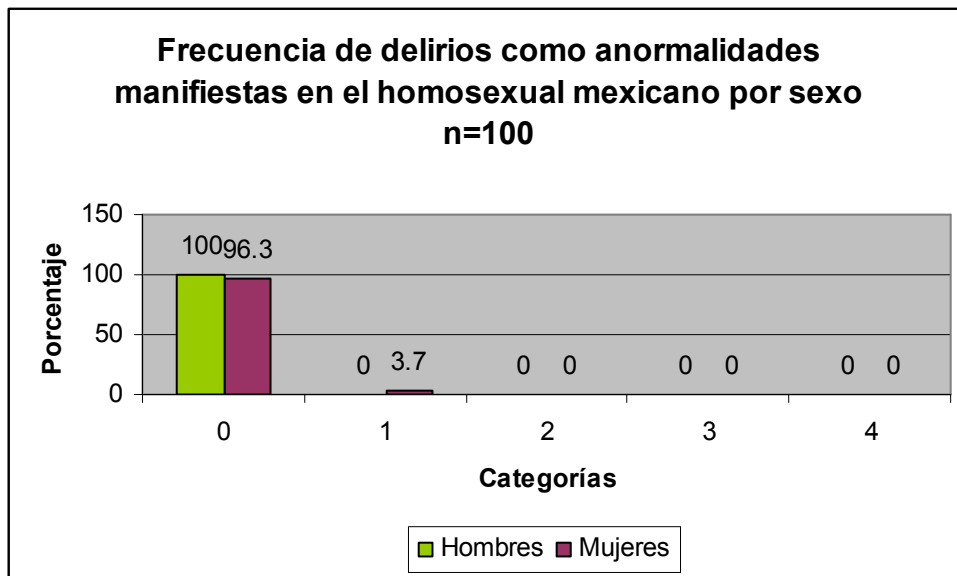
Con t student de 1.002, IC 95% con valores inferiores de -.163 a 0.054, $p= 0.319$. NS.

Ninguno de los sexos manifestó delirios de importancia clínica. (Tabla 22 y Figura 18)

Tabla 22. Frecuencia de delirios como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	73 (100)	26 (96.3)	99 (99)
1	0 (0)	1 (3.7)	1 (1)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 18. Frecuencia de delirios como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



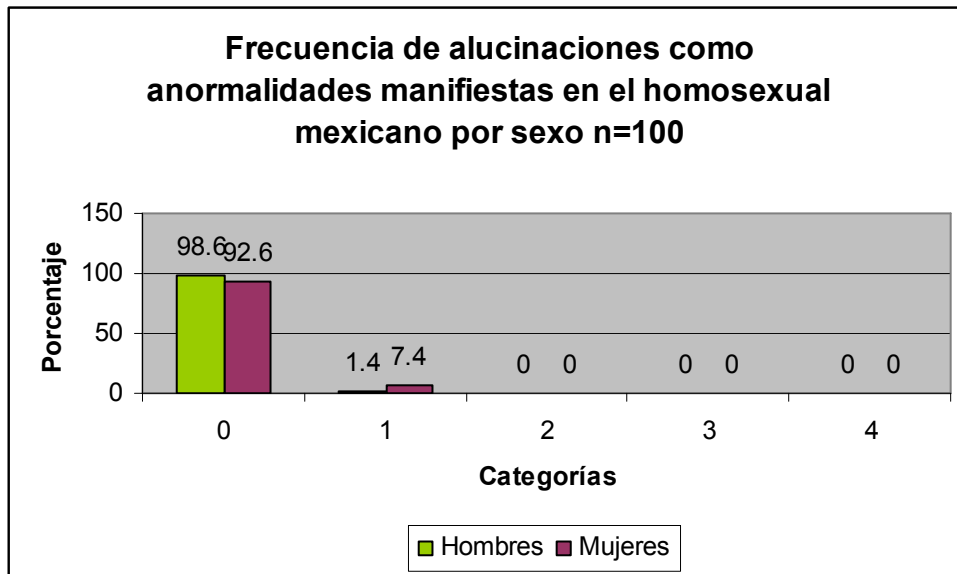
Con t student 1.659, IC 905% con valores de -.007 a .081, p= 0.1. NS

Ninguno de los sexos, manifestó alucinaciones de importancia clínica.
(Tabla 23 y Figura 19)

Tabla 23. Frecuencia de alucinaciones como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	72 (98.6)	25 (92.6)	97 (97)
1	1 (1.4)	2 (7.4)	3 (3)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 19. Frecuencia de alucinaciones como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano



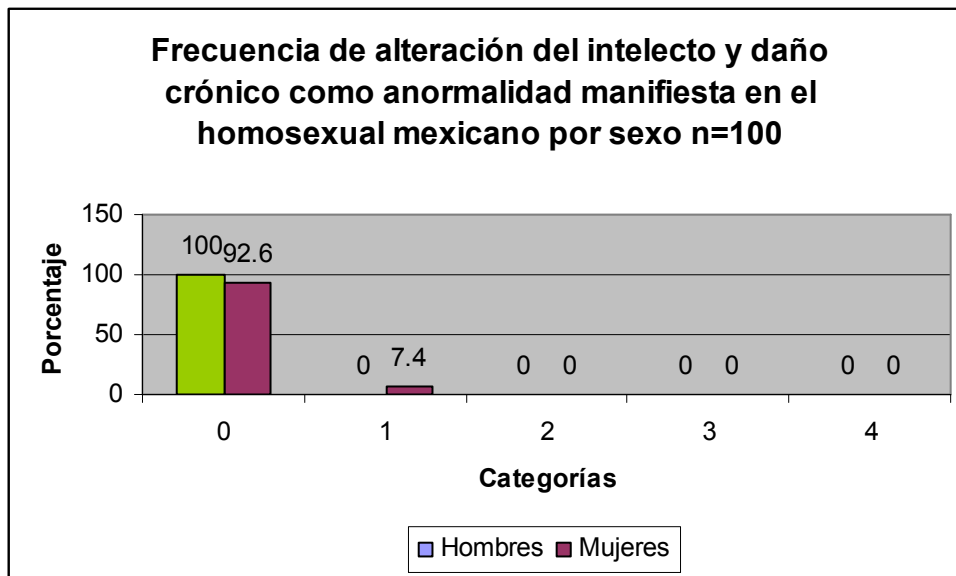
Con t student de 1.575, IC 95% con valores inferiores de -.016 a .136, p= 0.118. NS.

Ninguno de los sexos presentó alteraciones en el intelecto y/o daño crónico de importancia clínica. (Tabla 24 y Figura 20)

Tabla 24. Frecuencia de alteraciones del intelecto y daño crónico como anomalías manifiestas en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	73 (100)	25 (92.6)	98 (98)
1	0 (0)	2 (7.4)	2 (2)
2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 20. Frecuencia de alteraciones del intelecto y daño crónico como anomalías manifiestas en el homosexual mexicano.



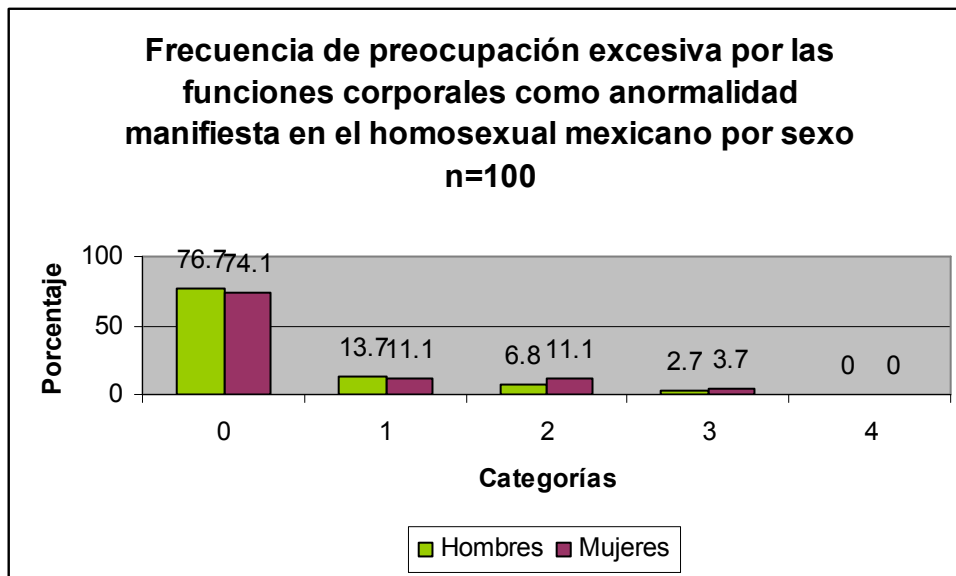
Con t student de 2.392, IC 95% con valores inferiores de .013 a .136, p= 0.019. Significativa.

El 9.5% (n=7) de los hombres homosexuales se le observó con preocupación excesiva por las funciones corporales de importancia clínica, es decir con una calificación de 2 y 3, mientras que en las mujeres solo el 14.8% (n=4) lo mostró. (Tabla 25 y Figura 21)

Tabla 25. Frecuencia de excesiva preocupación por las funciones corporales como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	56 (76.7)	20 (74.1)	76 (76)
1	10 (13.7)	3 (11.1)	13 (13)
2	5 (6.8)	3 (11.1)	8 (8)
3	2 (2.7)	1 (3.7)	3 (3)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 21. Frecuencia de excesiva preocupación por las funciones corporales como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano.



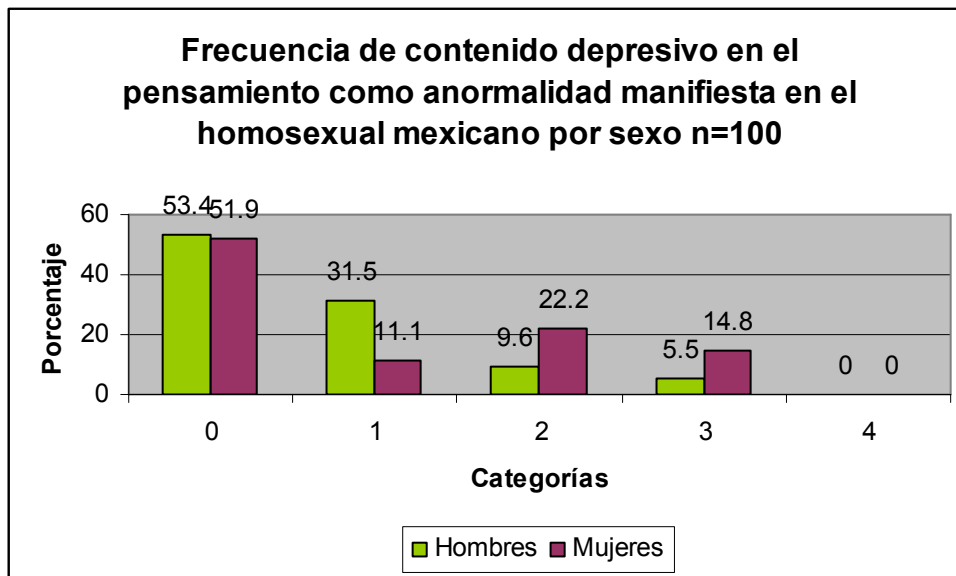
Con t student de .512, IC 95% con valores inferiores de -.254 a .430, p= 0.610. NS.

De los hombres homosexuales el 15.1% (n=11) se mostró con contenido depresivo en el pensamiento de importancia clínica, es decir, tuvo una calificación de 2 y 3: en las mujeres lo presentó el 37% (n=10), esto es que también obtuvieron una calificación de 2 y 3. (Tabla 26 y Figura 22)

Tabla 26. Frecuencia de contenido depresivo en el pensamiento como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL
0	39 (53.4)	14 (51.9)	53 (53)
1	23 (31.5)	3 (11.1)	26 (26)
2	7 (9.6)	6 (22.2)	13 (13)
3	4 (5.5)	4 (14.8)	8 (8)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 22. Frecuencia de contenido depresivo en el pensamiento como anomalía manifiesta en el homosexual mexicano



Con t student de 1.522, IC 95% con valores inferiores de -.1 a .757, $p=0.131$ NS.

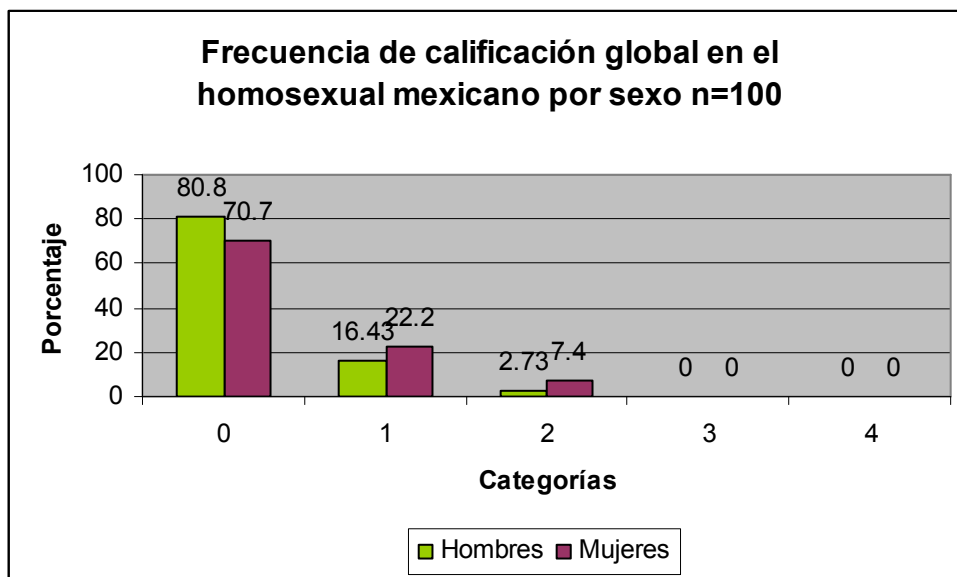
En la calificación global de la EPE, se encontró que el 78% de los sujetos obtuvieron una calificación de 0, es decir que no tienen ningún signo ni síntoma; el 18% obtuvo una calificación de 1 es decir, que presentó signos y síntomas mínimos que no requieren ningún tratamiento, mientras que un 4% obtuvo una calificación global de 2, es decir que presentó signos y síntomas de psicopatología leve que requieren atención en un tercer nivel, ninguno obtuvo 3 ni 4, es decir que requiriera internamiento o atención psiquiátrica inmediata.

Del total de mujeres homosexuales el 70.73% (n=19) obtuvo una calificación global de 0, el 22.22% (n=6) una calificación global de 1 y solo el 7.40% (n=2) una calificación global de 2. En los hombres homosexuales el 80.82% (n=59) obtuvo una calificación global de 0, el 16.43% (n=12) obtuvo una calificación global de 1 y solo el 2.73% (n=2) obtuvo una calificación global de 2 (Tabla 27 y Figura 23).

Tabla 27. Frecuencia de calificación global en el homosexual mexicano por sexo.

Categoría	Hombres (%)	Mujeres (%)	TOTAL (%)
0	59 (80.8)	19 (70.7)	78 (78)
1	12 (16.4)	6 (22.2)	18 (18)
2	2 (2.7)	2 (7.4)	4 (4)
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
4	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TOTAL	73	27	100

Figura 23. Frecuencia de calificación global en el homosexual mexicano



Con t student 1.284, IC 95% con valores inferiores de -.083 a .385, p=0.202.NS

Discusión

Estudios previos ^(7,13, 16,19), han encontrado tendencias a una frecuencia mayor en la presentación de psicopatología en la población homosexual, lo cual no ha sido estudiado en la población mexicana. Teniendo estos antecedentes, previo a la realización del estudio, el autor de esta tesis consideró que encontraría de igual manera una alta frecuencia de psicopatología en la población homosexual, sin embargo durante el desarrollo del estudio los datos encontrados demostraron que menos del 40% del total de individuos estudiados, presentaban alguna alteración.

De la población estudiada el promedio se encuentra en los 26 años de edad, siendo una población joven, en cuanto al grado de escolaridad alcanzado por los individuos del estudio, la mayor parte cuenta con estudios de licenciatura o mayores.

Aunque la irritabilidad y la ansiedad son los síntomas más referidos por los homosexuales, seguido de las alteraciones del sueño, ánimo deprimido y síntomas somáticos, no se observó una frecuencia notable. Por lo pronto encontramos que la frecuencia de psicopatología en el homosexual mexicano no es mayor del 60%, como fue sugerido en la hipótesis inicial del estudio.

Haciendo comparación entre los sexos, la irritabilidad se presenta más en las mujeres que los hombres y la ansiedad es mayor en el hombre que en la mujer, en el resto de los síntomas no es mucha la diferencia, sin embargo no es estadísticamente significativa la diferencia. Aunque si es estadísticamente significativo en los hombres las obsesiones y compulsiones.

Dentro de las anormalidades manifiestas lo más frecuente fue encontrar individuos con importante histrionismo, siendo este más frecuente en el hombre, lo cual si fue estadísticamente significativo, seguido de estar deprimido en correlación con ánimo deprimido, siendo más frecuente en las mujeres, y como tercer anormalidad más frecuente fue la ansiedad siendo más común en las mujeres, al contrario de lo referido por los individuos durante la entrevista. Pero estas dos últimas sin significancia estadística. En cambio la lentitud y carencia de espontaneidad así como las alteraciones en el intelecto y/o

daño crónico si son estadísticamente significativas más en los hombres y mujeres respectivamente.

En la calificación global, ni los hombres ni las mujeres obtuvieron calificaciones con importancia clínica de manera significativa, es decir solo el 4% obtuvo una calificación global de dos lo cual nos indica un grado de psicopatología leve que no requiere tratamiento ni causa disfunción importante al individuo.

De este 4% que obtuvo calificación leve la psicopatología más frecuente fue signos y síntomas depresivos así como signos y síntomas de ansiedad.

Aun así para determinar si la frecuencia encontrada es estadísticamente significativa, tendríamos que encontrar la frecuencia de psicopatología en la población general mexicana, siendo este tema de otro estudio.

Probablemente el tamaño de la muestra no es representativo, sin embargo los cálculos de la misma son difíciles de estimar ya que no se cuenta con un censo confiable de población homosexual en México.

Dentro de los sesgos de selección, se realizó un muestro en una zona física de esparcimiento, para el cual es necesario el contar con recursos económicos. Lo que nos hace pensar que para dicho efecto es necesario cierta posición económica, educativa y cultural (ya que el 66% tiene estudios de licenciatura o más); por lo que probablemente no sea representativa de la población homosexual mexicana.

También se realizó correlación entre los distintos signos y síntomas evaluados en el instrumento clínico, lo que nos muestra entre otras cosas que no hubo sesgo en la obtención de los datos, dada la relación directa encontrada entre algunos de ellos. (Tabla 28).

<i>Correlación</i>	<i>síntomas somáticos</i>	<i>fatiga</i>	<i>alteraciones del sueño</i>	<i>irritabilidad</i>	<i>disminución en la concentración</i>	<i>ánimo depresivo</i>	<i>ansiedad</i>	<i>fobias</i>	<i>obsesiones y compulsiones</i>	<i>Despersonalización</i>	<i>lentitud y carencia de espontaneidad</i>
Síntomas somáticos	100.00%										
Fatiga	38.52%	100.00%									
Alteraciones del sueño	18.67%	38.92%	100.00%								
Irritabilidad	17.10%	19.94%	36.05%	100.00%							
Disminución en la concentración	19.65%	53.06%	33.83%	19.56%	100.00%						
Animo depresivo	18.33%	47.87%	44.73%	36.11%	56.76%	100.00%					
Ansiedad	24.59%	29.82%	20.39%	37.81%	34.38%	26.72%	100.00%				
Fobias	3.17%	-13.70%	-11.49%	11.98%	-1.12%	7.16%	18.91%	100.00%			
Obsesiones y compulsiones	-0.47%	-2.44%	-8.58%	19.28%	0.17%	4.07%	17.20%	24.24%	100.00%		
Despersonalización	24.41%	19.38%	13.91%	12.53%	34.55%	32.32%	33.17%	14.51%	7.83%	100.00%	
Lentitud y carencia de espontaneidad	-2.97%	32.02%	23.21%	14.27%	34.48%	39.84%	9.99%	-5.81%	1.43%	16.87%	100.00%
Suspica, depresivo	14.33%	5.05%	1.01%	-1.72%	7.21%	-4.83%	3.82%	8.73%	-2.11%	-2.46%	13.15%
Histriónico	18.73%	6.36%	17.45%	8.16%	-4.33%	6.96%	35.26%	26.41%	20.55%	10.61%	0.00%
Deprimido	19.82%	43.84%	33.02%	22.10%	42.06%	68.80%	18.72%	3.67%	-0.09%	26.09%	40.13%
Ansioso, agitado, tenso	16.55%	17.70%	9.92%	15.24%	20.30%	14.13%	61.57%	32.09%	15.70%	33.72%	-4.81%
Exaltado, eufórico	18.27%	0.13%	11.91%	20.85%	8.43%	2.62%	35.09%	30.71%	-1.97%	26.38%	-0.40%
Aplanado, incongruente	0.91%	4.73%	-2.30%	-5.65%	23.80%	17.98%	-6.83%	-9.58%	-12.73%	28.19%	17.34%
Delirios	-8.64%	2.87%	6.81%	4.94%	9.57%	-8.72%	4.32%	-5.82%	-7.73%	17.12%	10.53%
Alucinaciones	11.68%	16.98%	2.34%	-1.12%	22.44%	3.07%	17.43%	6.37%	-13.52%	29.95%	9.52%
Alteraciones del intelecto	-5.75%	-3.20%	9.68%	12.97%	13.60%	-1.23%	-5.90%	-8.27%	-4.88%	15.82%	4.12%
Excesiva preocupación	35.28%	10.27%	14.57%	11.44%	14.39%	19.38%	32.61%	15.67%	-0.23%	24.08%	-3.56%
Contenido depresivo de pensamiento	14.81%	38.52%	38.31%	23.27%	40.95%	63.98%	19.96%	5.64%	-1.25%	26.88%	51.28%

Tabla 28. Correlación de signos y síntomas en población homosexual mexicana con una confiabilidad del 95% sin significancia estadística.
Cont

<i>Correlación</i>	<i>suspica z, depresivo</i>	<i>histriónico</i>	<i>deprimido</i>	<i>ansioso, agitado, tenso</i>	<i>exaltado, eufórico</i>	<i>aplanado, incongruen te</i>	<i>delirios</i>	<i>Alucinacio nes</i>	<i>Alteracio nes del intelecto</i>	<i>excesiva preocupa ción</i>	<i>contenido depresivo de pensamien to</i>
Síntomas somáticos											
Fatiga											
Alteraciones del sueño											
Irritabilidad											
Disminución en la concentración											
Animo depresivo											
Ansiedad											
Fobias											
Obsesiones y compulsiones											
Despersonalización											
Lentitud y carencia de espontaneidad											
Suspica, depresivo	100.00%										
Histriónico	-11.76%	100.00%									
Deprimido	-9.46%	1.78%	100.00%								
Ansioso, agitado, tenso	-4.56%	33.52%	23.46%	100.00%							
Exaltado, eufórico	-5.42%	38.06%	-5.64%	36.08%	100.00%						
Aplanado, incongruente	-6.83%	-7.37%	28.22%	-1.10%	-9.79%	100.00%					
Delirios	-4.14%	-8.95%	-7.92%	10.46%	27.08%	-1.66%	100.00%				
Alucinaciones	2.42%	5.22%	-8.01%	11.81%	47.39%	-2.91%	57.15%	100.00%			
Alteraciones del intelecto	5.89%	-6.36%	-11.25%	-0.95%	15.02%	-2.36%	70.35%	39.36%	100.00%		
Excesiva preocupación	7.61%	24.66%	23.63%	43.35%	22.35%	-8.29%	-5.03%	22.10%	-7.16%	100.00%	
Contenido depresivo de pensamiento	-12.02%	4.64%	84.05%	24.71%	-2.33%	21.37%	-7.95%	-7.81%	-11.30%	23.50%	100.00%

Tabla 28. *Cont*

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TÍTULO: FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS DE PSICOPATOLOGIA EN 100 SUJETOS HOMOSEXUALES DE LA CIUDAD DE MEXICO

INTRODUCCIÓN: Usted está invitado a participar en un estudio de investigación que se realizara en bares, cafeterías y antros de la Zona Rosa de la Ciudad de México, para el Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Es probable que el presente formulario de consentimiento contenga palabras que usted no entiende por favor, pídale al médico del estudio o al personal del estudio que le expliquen todas las palabras o la información que no comprenda con claridad.

OBJETIVO: El propósito de este estudio consiste en conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, irritabilidad, fobias, compulsiones, despersonalización, disminución de la concentración y fatiga en el homosexual mexicano. Si usted desea participar en esta investigación, en la primera parte de la entrevista se leerá este consentimiento y se determinará si usted es candidato al estudio y si usted acepta participar en él, para poder continuar con la entrevista.

Se estima una duración de treinta minutos para la entrevista.

Si usted acepta participar en este estudio, debe firmar el presente formulario del consentimiento que implica que usted ha leído el formulario y que el doctor ha respondido a todas sus preguntas. Este formulario debe ser llenado antes de llevar a cabo cualquier evaluación.

RIESGOS Y EFECTOS COLATERALES: Ninguno

NUEVOS HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS: Si usted desea conocer los resultados de esta investigación, se le dará la información sin inconveniente.

BENEFICIOS POTENCIALES: Al participar en este estudio usted estará ayudando a conocer los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el homosexual mexicano que servirán como una base de datos para llevar a cabo programas de detección y atención oportuna, así como para futuros estudios en población mexicana. Su participación puede ser beneficiosa para usted, sus familiares y otras personas en el futuro; dado que en la actualidad no se cuenta con un estudio en México.

Al firmar este formulario usted no renuncia a ninguno de sus derechos legales que usted normalmente tendría como participante en este estudio de investigación.

CONFIDENCIALIDAD: A menos que lo requiera la ley sólo el equipo participante en la investigación, el comité de ética y las autoridades regulatorias (agencias gubernamentales) tendrán acceso a los datos confidenciales que lo identifiquen a usted por su nombre. Al firmar este formulario usted acepta esto. Tanto los resultados como toda otra información de este estudio pueden ser presentados a las autoridades regulatorias a nivel nacional o internacional para su aprobación, sin embargo, usted será identificado sólo por sus iniciales y su número de participación. Usted no estará identificado en ningún informe o publicación resultante de este estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Su participación en este estudio es voluntaria. Usted es libre de dejar de participar en este estudio en cualquier momento. El médico del estudio puede dar por terminada su participación en el estudio aún si usted desea continuar, si él considera que usted no cumple debidamente con los procedimientos del estudio.

PREGUNTAS ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN: En el caso de que usted tenga alguna pregunta con respecto a la investigación o relativa a sus derechos como participante en este estudio, comuníquese con la investigadora principal al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez: Dra. Beda Laura Rico Sánchez al 55731500 ext 121.

CONSENTIMIENTO:

Mediante mi firma certifico que he leído el formulario, que entiendo todos sus contenidos y he pedido y recibido una respuesta satisfactoria a cada pregunta que tengo con respecto al estudio de investigación y estoy de acuerdo en participar.

Mediante mi firma en este formulario, no he renunciado a ninguno de los derechos jurídicos que yo normalmente tendría como participante en un estudio de investigación.

FIRMAS:

Fecha

Firma del participante.

Fecha

Firma del investigador.

ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

Folio: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Fecha: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Escolaridad: _____

1. Historia Médica General (Intervenciones quirúrgicas, enfermedades pulmonares, cardiovasculares, hipertensión, úlcera gástrica, colitis, riñones, artritis, tumores, dermatitis, número de consultas en los últimos 6 meses, número de hospitalizaciones en el último año).

Medicamentos que ha tomado en el último mes

Antecedentes psiquiátricos familiares (inclusive toxicomanías)

Antecedentes psiquiátricos personales (inclusive toxicomanías)

Antecedentes no psiquiátricos

2.1 SINTOMAS SOMÁTICOS

0 ausente: respuestas negativas a preguntas obligatorias o falta de evidencia de naturaleza psicológica.

1 leve: síntomas mínimos que no han causado malestar suficiente.

2 moderado: síntomas ocasionales que han causado malestar suficiente.

3 intenso: síntomas frecuentes y molestos o síntomas ocasionales pero muy molestos.

4 muy intenso: síntomas muy molestos y frecuentes.

2.2 FATIGA

0 respuestas negativas a preguntas obligatorias o cansancio de origen orgánico.

1 quejas que se consideran como rasgos temperamentales del paciente.

2 síntomas ocasionales que hayan causado suficiente malestar al paciente o que le haya obligado a modificar sus actividades usuales.

3 igual que la calificación anterior pero con mayor frecuencia o síntomas intensos y ocasionales.

4 síntomas muy intensos y frecuentes.

2.3 ALTERACIONES EN EL SUEÑO

0 respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

1 pérdida de sueño que no molesta al paciente o exceso de sueño.

- 2 una pérdida leve de sueño, pero suficiente para causar malestar al paciente, o una pérdida significativa que haya sucedido en una sola ocasión.
- 3 pérdida importante en varias ocasiones durante la semana previa a la entrevista.
- 4 pérdida importante del sueño, todas las noches.

2.4 IRRITABILIDAD

- 0 respuestas negativas a preguntas obligatorias.
- 1 síntoma leve o representa una conducta habitual de ser y no le ocasiona malestar, o sí el psiquiatra piensa que la irritabilidad no ha molestado ni al paciente ni a otros.
- 2 síntoma ocasional que provoca malestar moderado en el paciente y/o en personas que lo rodean.
- 3 semejante a calificación 2, pero el síntoma es más frecuente o ha provocado mayores molestias.
- 4 el síntoma ha provocado problemas importantes o violencia.

2.5 DISMINUCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN

- 0 respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 1 síntoma leve o formas habituales de ser, que no ocasionan molestias.
- 2 el paciente nota falta de concentración en el trabajo u otras actividades, o refiere que otras personas se han dado cuenta de su distraimiento.
- 3 el síntoma afecta varias actividades o se ha presentado en forma frecuente durante la semana pasada, o bien el síntoma es intenso pero ocasional o ha afectado una sola actividad.
- 4 las dificultades en la concentración han sido tales, que el paciente ha sido incapaz de realizar cualquier actividad.

2.6 ÁNIMO DEPRESIVO

- 0 respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 1 sentimientos ocasionales de nostalgia que no causan malestar y son vistos por el paciente como habituales, pérdida de entusiasmo pero sin sentimiento depresivo.
- 2 sentimientos depresivos ocasionales o que el paciente considera anormales en su persona, produciéndole malestar.
- 3 sentimientos depresivos frecuentes semejantes a lo anotado en la calificación 2 o malestar extremo ocasional o presencia ocasional de un fenómeno depresivo mayor (ej. Ideas suicidas, ideas de desesperanza, etc.).
- 4 la depresión ha causado malestar importante y frecuente durante la semana anterior. Presencia frecuente de fenómenos depresivos mayores, incluyendo delirios nihilistas.

2.7 ANSIEDAD

- 0 respuestas negativas a las preguntas obligatorias
- 1 pacientes habitualmente angustiados y nerviosos, pero sin malestar importante en la última semana.
- 2 malestar ocasional en la última semana.
- 3 la ansiedad ha provocado malestar intenso y ocasional o se ha presentado en forma frecuente y moderada durante la semana previa.
- 4 ha causado malestar intenso y frecuente durante la semana anterior.

2.8 FOBIAS

0 respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

1 fobia que no causa molestias importantes durante la semana anterior, ni ha alterado sus actividades normales.

2 fobia que ha provocado malestar importante en forma ocasional, o el paciente ha cambiado o alterado sus actividades en función de la fobia.

3 malestar importante de manera frecuente, o malestar extremo en forma ocasional o limitaciones extremas en sus actividades durante la semana anterior.

4 el paciente ha experimentado malestar extremo frecuentemente durante la semana anterior a la entrevista.

2.9 OBSESIONES Y COMPULSIONES

0 respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

1 rasgos obsesivos de carácter y tendencias obsesivas o compulsivas no patológicas.

2 la presencia de fenómenos obsesivos/ compulsivos definitivamente patológicos y molestos que se hayan presentado en forma ocasional en la última semana.

3 obsesiones y compulsiones que hayan ocasionado malestar importante ocasionalmente durante la semana anterior o que hayan estado presentes en forma marcada continuamente o de manera frecuente.

4 fenómenos obsesivos/ compulsivos que hayan causado malestar extremo en forma frecuente al paciente, durante la semana anterior a la entrevista.

2.10 DESPERSONALIZACIÓN

0 respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

1 cualquier fenómeno que no alcance la definición dada o fenómenos leves y transitorios que no molestan al sujeto en forma significativa.

2 el fenómeno se ha presentado en forma ocasional y molesta al sujeto durante la semana previa a la entrevista.

3 la despersonalización ha sido frecuente y molesta, u ocasional pero muy significativa para el sujeto en la semana anterior.

4 la despersonalización ha sido frecuente y muy molesta para el sujeto en la semana anterior.

ANORMALIDADES MANIFIESTAS

Esta parte de la entrevista se completa una vez que el paciente haya salido.

3.1 LENTITUD Y CARENCIA DE ESPONTANEIDAD: (lentitud se refiere a retardo psicomotor en su significación clínica. La falta de espontaneidad se conceptualiza como un grado menor de retardo psicomotor y no será calificado, con más de 1. Una actitud de apatía durante la entrevista puede ser calificada aquí o bien bajo el rubro aplanamiento afectivo.).

0 modo y lenguaje normales. Responde a las preguntas con espontaneidad y expresividad.

1 hay evidencia de lentitud y/o poca espontaneidad pero es psiquiatra lo considera como una característica habitual, o carece de significado patológico.

2 lentitud y/o falta de espontaneidad en la entrevista, atribuibles a enfermedad psiquiátrica y no a una característica habitual.

3 fácilmente se aprecia retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica.

4 el retardo psicomotor es muy intenso.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.2 SUSPICAZ, DEFENSIVO (se conceptualiza defensivo como un grado menor de suspicacia y por lo tanto no será calificado con más de uno. Calificaciones patológicas se darán únicamente cuando la suspicacia contribuya a un estado mental anormal. Se concluye de esto que alguien que habitualmente es defensivo en exceso, pero cuya defensividad se piensa es irrelevante para cualquier estado mental anormal observado, no será calificado con más de uno. Las calificaciones patológicas se harán aún en ausencia de tales actitudes durante la entrevista, siempre y cuando el paciente, lo haya referido durante el interrogatorio o el psiquiatra lo haya inferido en él).

0 modo de ser y comportamiento anormales en la entrevista.

1 aunque defensivo y con respuestas poco convincentes, se considera una característica habitual irrelevante para cualquier estado mental anormal.

2 defensivo y/o levemente suspicaz. Contribuye al estado mental anormal pero no obstaculiza la entrevista.

3 suspicacia marcada o suficiente para obstaculizar en forma mínima la entrevista. (El paciente puede demandar y exigir la razón de algunas preguntas o dar respuestas falsas).

4 suspicacia intensa que obstaculiza la entrevista y/o despierta dudas importantes en el entrevistador. Al igual si el paciente rehúsa contestar preguntas, demanda irse, se enoja y/o se torna hostil.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.3 HISTRIÓNICO (aquí se calificará el grado en el que el lenguaje y el comportamiento histriónicos contribuyen a ocasionarle un estado mental anormal. Se utilizará cuando se sospeche que el paciente exagera propositivamente sus síntomas; en ausencia de otras anormalidades las características histriónicas se calificarán como 1).

0 modo de ser y comportamiento normales durante la entrevista.

1 comportamiento histriónico que se sospeche es un rasgo característico del individuo y que no contribuya en la condición patológica del paciente.

2 conducta que contribuye al estado patológico del paciente, pero no obstaculiza la entrevista. Se detecta una tendencia a exagerar síntomas y/o aspectos de la historia.

3 definitivo comportamiento histriónico que es suficiente para causar breves interrupciones en el curso de la entrevista. Por ej. Gestos extravagantes, demostraciones melodramáticas de defectos físicos, etc. Hay una constante exageración de síntomas en la información al grado que se considera no confiable

4 comportamiento obviamente anormal, demostrado o descrito, como ej. Desmayos histéricos y conducta manipuladora.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.4 DEPRIMIDO (este apartado no solamente incluye la conducta durante la entrevista ej. Aparente tristeza, descorazonamiento, desesperanza, sino que deberá ser un registro clínico global de depresión y la forma en que ésta anomalía esté contribuyendo al estado mental del paciente).

0 modo de ser y comportamiento durante la entrevista normales.

1 aunque puede haber evidencia de depresión no se considera patológico, es una forma habitual de ser.

2 está moderadamente deprimido.

3 está fuertemente deprimido.

4 está intensamente deprimido hay ideas suicidas, llanto incontrolable, ideas nihilistas.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.5 ANSIOSO, AGITADO, TENSO (además de la evidencia directa de ansiedad se valorará el grado en que ésta contribuye a modificar el estado mental del paciente. Se considerarán signos fisiológicos de sobreactividad simpática, como sudoración de manos, temblor, manchas en la piel, etc. Cuando la ansiedad se exprese por agitación no será menor de 3).

0 estado de ánimo normal en la entrevista.

1 la tensión es una característica habitual y una respuesta razonable a la entrevista.

2 ansiedad con un grado leve de valor clínico.

3 hay tensión, ansiedad y aprehensión durante la entrevista. El psiquiatra necesita transmitir confianza y las interrupciones son mínimas. Puede haber una ligera agitación motora.

4 hay interrupciones en la entrevista debido a angustia intensa. Se observa agitación motora marcada y/o exceso de temor.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.6 EXALTADO, EUFÓRICO (la euforia es considerada como un grado menor de exaltación y no deberá ser calificada con más de 2).

0 estado de ánimo normal.

1 entusiasmo que se considera una característica habitual y/o es apropiada a la circunstancia del paciente en el momento de la entrevista.

2 exaltación leve, eufórico. El juicio del paciente no está alterado.

3 exaltación marcada. La entrevista presenta dificultades momentáneas, hay ciertas alteraciones en el juicio del paciente y en su capacidad introspectiva.

4 exaltación muy importante, risa contagiosa, chistes, fuga de ideas.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.7 APLANADO, INCONGRUENTE: (el apartado está destinado para estados esquizofrénicos y esquizoides. El paciente es incapaz de imprimir y transmitir afecto a través de su relato y en su contacto personal.)

0 estado de ánimo normal durante la entrevista.

1 el paciente puede mostrarse lacónico con respecto a algunos temas afectivos, pero como característica habitual.

2 falta de respuesta emocional clínicamente significativa al discutir temas de importancia o bien respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista.

3 falta importante de respuesta emocional. El paciente se muestra incapaz de transmitir emoción y afecto en su relato. No muestra preocupación acerca del futuro o da respuestas francamente incongruentes.

4 no hay respuesta emotiva alguna, incongruencia muy importante.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.8 DELIRIOS, TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO, FALSAS INTERPRETACIONES (las falsas interpretaciones se consideran como un grado menor que los delirios y no se calificarán con más de 1. En la evaluación, se incluirán aquellos trastornos ocurridos en la semana pasada y no solamente lo manifiesto en la entrevista).

0 no se detecta ninguna anormalidad.

1 creencias excéntricas y falsas interpretaciones triviales.

2 ideas sobrevaloradas, ideas de referencia, errores de juicio claramente evidentes, percepciones delirantes o alteraciones leves del pensamiento como respuestas inadecuadas en forma aislada.

3 delirios evidentes de culpa, nihilismo y otros que alteran la comunicación con el paciente en forma momentánea.

4 delirios graves que afectan la conducta e impiden la comunicación con el paciente a lo largo de la entrevista.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.9 ALUCINACIONES: (el término define a las falsas percepciones que ocurren en ausencia de estímulos externos, incluyendo todas las modalidades).

0 sin alteraciones.

1 las experiencias alucinatorias no son patológicas, son definitivamente alucinaciones hipnagógicas, imágenes eidéticas, ilusiones transitorias.

3 pseudoalucinaciones visuales y auditivas.

3 alucinaciones ocasionales durante la última semana.

4 verdaderas alucinaciones frecuentes en la última semana o el paciente ESTA alucinado durante la entrevista.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.10 ALTERACIONES DEL INTELECTO Y DAÑO CRONICO: (se incluyen todos los tipos de defecto cognoscitivo ya sea debido a agencia, demencia, síndromes orgánicos crónicos o estados confusionales agudos y los síndromes dismnésicos).

0 inteligencia normal.

1 faltas de memoria poco significativa, o inteligencia por debajo de lo normal sin evidencia de subnormalidad mental.

2 dismnesia, desorientación, daño orgánico leve o inteligencia limítrofe. El paciente no fue normalmente alfabetizado o acudió a escuelas especiales.

3 dismnesia o desorientación o daño orgánico o subnormalidad mental importante. Analfabeta o capaz de realizar solamente cálculos simples.

4 dismnesia, desorientación, daño orgánico o subnormalidad mental grave.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.11 EXCESIVA PREOCUPACIÓN POR LAS FUNCIONES CORPORALES: (exagerada preocupación del paciente por su salud y el funcionamiento de su cuerpo. Puede ser manifestado como enfermedades imaginarias, preocupación excesiva acerca de cosas triviales, interés excesivo en detalles y circunstancias de tratamientos médicos anteriores o preocupaciones excesivas.)

0 sin alteraciones o la preocupación está bien sustentada.

1 el paciente está preocupado pero no molesto o existe duda en el entrevistador.

2 leve preocupación patológica secundaria a estados de ansiedad o depresión u otros síntomas psicológicos.

3 grado marcado de preocupación. El paciente se observa seriamente preocupado hablando espontáneamente de sus síntomas y solamente de ellos.

4 el paciente se muestra delirante.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

3.12 CONTENIDO DEPRESIVO DE PENSAMIENTO (ideas autodespreciativas, nihilistas o pesimistas expresadas por el paciente. Estas ideas pueden ser calificadas independientemente del síntoma ánimo depresivo o “deprimido” como descripción clínica).

0 ausencia de pensamiento depresivo.

- 1 tendencia pesimista no patológica.
- 2 pensamientos depresivos patológicos pero leves, sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa.
- 3 ideas depresivas importantes: sentimiento de inferioridad, vergüenza y culpa. Pueden presentarse ideas suicidas.
- 4 delirios nihilistas de culpa y autodevaluación.

(Si la calificación es > 1, por favor consigne usted la razón)

RESUMEN Y PLANTEAMIENTOS

Evaluación de la credibilidad de la información: buena / regular / pobre.

DIAGNÓSTICO

Principal:

Agregados:

Calificación global _____

- 0. Sujeto totalmente asintomático, sin molestia alguna ni alteraciones caracterológicas.
- 1. El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas pero éstas no ameritan tratamiento psiquiátrico, porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto.
- 2. Las quejas presentadas por el sujeto hacen que éste requiera ayuda pero no en consulta externa.
- 3. El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable.
- 4. El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Campillo, S.C.; Caraveo, A. J.; et. Al. Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg, en una versión mexicana. *Acta Psiquiátrica y de Psicología de América Latina*. 1981, 27: 44-53.
2. Cochran, D. D. & Mays, V. M.: Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *American Journal of Public Health*. 2000a, 90: 573-578.
3. Cochran, D. D. & Mays, V. M.: Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *American Journal of Epidemiology*. 2000b, 151: 561-523.
4. De la Peña, R. y Toledo, L. R. "El sexo en México" Primer Informe (Última de cuatro partes) *Cuerpos y Susurros*. *El Nacional Dominical*. 16 de Junio de 1991.
5. De la Peña, R. y Toledo, L. R. "El sexo en México" Primer Informe sobre sexualidad en Baja California. (Segunda de tres partes). *El Nacional Dominical*, 8 Marzo 1992.
6. Enciclopedia "Antología de la Sexualidad Humana" Tomo I. Ed. Porrúa. 1a edición, 1994.
7. Fergusson, D. M.; Horwood, L. J. & Beautrais, A. L.: Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Archives of General Psychiatry*. 1999, 56: 876-880.
8. Ford, C.S. and Beach, F.A. *Patterns of sexual behavior*. New York. Harper, 1951.
9. Gillman, S. E.; Cochran, D. D.; Mays, V M.: Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*. 2001, 91: 933-939.
10. Goldberg, D.F.; Cooper, B.; Eastwood, M.R; Kedward, H.G. y Shepher, M. A standardized psychiatric interview for use in community survey. *British Journal of Preventive Social Medicine*. 170, 24: 18-23.

11. Goldberg, D. & Williams, P. A User's Guide to the General Health Questionnaire. London: NFER-Nelson. 1988.
12. Gruskin, E. P.; Hart, S.; Gordon, N, *et. al.*: Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization. American Journal of Public Health. 2001, 91: 976-979.
13. Hershberger, S. L. & D'Aujelli, A. R. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. Developmental Psychology. 1995, 67: 65-74.
14. Jorm, A. F.; Korten, A. E.; Rodgers, B.; Jacomb, P. A.; Christensen, H.: Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. British Journal of Psychiatry. May 2002, Vol. 180: 423-427.
15. Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición. Ed. Panamericana. España. 2000, 771-774.
16. King, M.; McKeown, E; Warner, J. *et. al.* Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. British Journal of Psychiatry. Dec. 2003, Vol. 183: 552-558.
17. Meltzer, H.; Gill, B. & Petticrew, M. The Prevalence of Psychiatric Morbidity among Adults Aged 16-64 in Private Households in Great Britain. London: HMSO. 1995.
18. Rubio, E.; Díaz, M. J.: Manejo clínico de la problemática sexual. PAC PSIQUIATRÍA-1. A-3. 1997, 46-58.
19. Singleton, N.; Bumpstead, R.; O'Brien, M. *et. al.* Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households. London: HMSO. 2000.
20. Warner, J.; McKeown, E.; Griffin, M.; Johnson, K.; Ramsay, A.; Cort, C.; King, M.: Rates and predictors of mental illness in gay men, lesbians and bisexual men and women: Results from a survey based in England and Wales. The British Journal of Psychiatry. Dec; 2004, Vol. 185: 479-485