



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**RETRASO EN LA SOLICITUD DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE
TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES
QUE AMERITARON HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL “MORELOS”**

TESIS

**PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

DRA. SARA YURITZY CASTAÑEDA ALAÑA

ASESORES DE TESIS

DR. RODRIGO AQUILINO ORCAJO CASTELÁN

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

ASESOR TEÓRICO

CDMX, FEBRERO 2017



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.

ÍNDICE

<i>Parte</i>	<i>Página</i>
Título	1
Índice	2
Introducción	3
Antecedentes científicos	5
Planteamiento del problema	8
Pregunta de investigación	10
Justificación	10
Objetivos	11
Análisis estadístico	18
Implicaciones éticas	19
Resultados	20
Discusión	24
Conclusiones	26
Referencias	27

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud mental según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.¹

Es alto el porcentaje de personas con trastorno mental sin recibir la atención adecuada. Lograr que estas personas con trastorno mental que no reciben atención adecuada accedan a servicios eficaces y humanos; así como proporcionar tratamientos efectivos ayudara a evitar la discapacidad crónica y muerte prematura en esta población; así como a lograr una vida con dignidad. También podemos esperar una mayor productividad y menores costos de la enfermedad y la atención. En general, esta inversión (de dar una atención adecuada a los trastornos mentales) dará lugar a individuos y comunidades que son más capaces de evitar o hacer frente a las tensiones y conflictos que son parte de la vida cotidiana, y que por tanto podrán disfrutar de una mejor calidad de vida y una mejor salud.²

A nivel mundial, los trastornos mentales causan gran morbi-mortalidad y discapacidad de acuerdo al Estudio Global de la carga de la enfermedad mental 2013. Las enfermedades mentales tienen un impacto importante en la salud global, de hecho, según la última Encuesta Mundial de Morbilidad de 2013 el trastorno depresivo mayor es la primera causa de discapacidad a nivel Centroamérica y la segunda causa de discapacidad a nivel global, así como los trastornos de ansiedad ocupan el tercer lugar a nivel Centroamérica y el noveno a nivel global.³ Dentro de esta encuesta se reporta que las personas con depresión pierden hasta 2.7 días de trabajo más que aquellas con otras enfermedades crónicas, a pesar de que la depresión no es causa justificada de ausencia laboral³

En un estudio realizado por Demyttenaere y cols en 2004, los autores mencionan una alta prevalencia de trastornos mentales no tratados y que trastornos únicos pueden evolucionar a trastornos comórbidos complejos que son más difíciles de tratar y tienen más probabilidad de recurrencia que condiciones menos complejas.⁴

La depresión como segunda causa de discapacidad a nivel global se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de

autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se calcula que la depresión afecta a unos 350 millones de personas a nivel mundial.⁵

La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares como se observa en la encuesta mundial de morbilidad; afectando en mayor proporción a mujeres que hombres.⁶

Entre los obstáculos a una atención eficaz reportados se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.⁶

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representaban a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.⁷

La mayoría de las personas con enfermedades mentales siguen sin tratamiento, incluso en las sociedades económicamente más favorecidas. Esta realidad ha sido tema en las convenciones internacionales de la OMS como la declaración de Caracas, dentro de los objetivos del milenio y el plan de acción en salud mental 2013-2020 que buscan estrategias para hacer un mejor uso de los recursos en un esfuerzo por aliviar las cargas dadas las limitaciones actuales.²

Dentro de estas líneas de investigación realizadas por la OMS se han encontrado áreas de oportunidad para disminuir la brecha de tratamiento (el número de pacientes que son diagnosticados y tratados) debido a que la evidencia muestra que la detección y el tratamiento temprano de los trastornos mentales mejoran el pronóstico y son más costo eficientes, sin embargo una gran parte de estos trastornos no se detectan ni tratan²

La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se deben a la falta de detección y tratamiento oportuno, por eso la importancia de detectar y tratar de manera temprana ⁸

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En un estudio realizado por Medina Mora y cols en 2007 menciona que desde la década de los ochentas-noventas, ante el cambio de paradigma de medición de mortalidad a morbilidad, comenzó a llamar la atención en el mundo la alta carga de enfermedad que los trastornos mentales representaban y ayudados por nuevos sistemas clasificatorios nosológicos (CIE-10 91, DSM IV 94) surgió un renovado interés por estudiar las causas de esto, en nuestro país se obtuvo que la mayoría de los trastornos mentales tienen una edad de inicio temprana. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración. La proporción de personas con algún trastorno de ansiedad fue del 3.6%, y osciló entre un máximo de 17.0% para el trastorno de pánico con un mínimo de 1.2% para desarrollar trastorno de fobia social. Para cualquier trastorno del estado de ánimo, el porcentaje fue del 16.0%, y osciló entre 19.0% para un episodio depresivo mayor a 6.5% para el trastorno bipolar. ⁸

A pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos con algún trastorno mental sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable ⁹

Se sabe respecto a esta demora en la atención, a través de estudios de hogares realizados en población urbana del país, que las personas con trastornos emocionales piden primero

ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados.¹⁰

Siguiendo con esta línea de la demora en la atención se observó en un estudio realizado por Berenzon y cols en 2009 que existe una elevada utilización de medicina alternativa, como complemento a la medicina tradicional obedeciendo a la percepción social de quién puede ofrecer solución a los problemas sentidos, como parte de nuestra cultura y educación.¹¹

Otro estudio realizado en la Ciudad de México, por Caraveo y cols. (1999) documentaron que tan solo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada; sin embargo este problema no es exclusivo de México.¹²

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2003 reporta que de acuerdo al tipo de trastornos, los más frecuentes son los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos por uso de sustancias y los trastornos afectivos. Se observó que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias y ansiedad son más frecuentes para los hombres. El 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%).¹⁰

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables.⁷

La depresión no solo impacta en la parte de discapacidad sino que la depresión tiene una alta co-ocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada.¹³

Lo que se ha reportado respecto a la edad de aparición es que el trastorno depresivo generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales.¹³

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura.

Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. Por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas. La depresión es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres ¹⁴

De este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. ¹⁵

Abordando a los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población general. Hay casi 30 millones de individuos afectados en Estados Unidos, y su frecuencia en las mujeres duplica a la de los varones. Los trastornos de ansiedad se asocian a una morbilidad significativa ⁵

El National Comorbidity Study de Estados Unidos indicó que uno de cada cuatro individuos cumplía los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad y que la prevalencia a los 12 meses era del 17.7 ⁵

Los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud: Trastorno de Ansiedad Generalizada y Agorafobia, Crisis de Pánico, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Estrés Postraumático. En México existen estudios que muestran una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres que para los hombres, de 2 a 1 respectivamente. Es común que se presenten en comorbilidad con trastornos depresivos y esto complique aún más su manejo, viéndose esto en aquellas personas con tratamiento tardío. Además, el pronóstico parece ser menos favorable para los trastornos de ansiedad que para los depresivos en forma independiente, esto significa que el retorno a una adecuada funcionalidad (recuperación) es menor en esta clase de padecimientos. El inicio de la ansiedad frecuentemente se asocia con la presencia de algún

evento adverso para el paciente. A pesar de que la mayor parte de los trastornos de ansiedad siguen un curso crónico, éste es fluctuante, es decir hay intervalos asintomáticos ¹⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El no identificar y tratar los trastornos mentales ansiosos y depresivos de manera oportuna puede afectar la productividad del individuo, así como la escolaridad y al individuo por sí solo ¹⁷

Según el Programa de Acción Para Superar Las Brechas En Salud Mental de la OMS (mhGAP) los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son factores importantes que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura de las personas con trastorno mental. El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos ¹⁵

El 2.0% de la población en México ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento ¹⁷

Las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental, los más mencionados son trastornos depresivos, trastornos de ansiedad (trastorno de angustia) y trastorno por consumo de sustancias. Así, en los Países Bajos, por ejemplo, los problemas de la tercera parte de los trabajadores diagnosticados cada año que ameritan incapacidad laboral están relacionados con la salud mental. ¹⁸

Según el Health and Safety Executive Booklet, se ha calculado que entre el 30 y el 40 % del absentismo por enfermedad en el Reino Unido puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental (Ross 1989; O'Leary 1993). En ese país, se ha calculado que uno de cada cinco miembros de la población activa sufre cada año alguna forma de enfermedad mental. En el Reino Unido, se acepta una cifra de 90 millones de días de baja certificada, es decir, 30 veces la cantidad perdida por conflictos sindicales (O'Leary 1993). Puede compararse los 35 millones de jornadas perdidas por cardiopatía coronaria o accidente cerebrovascular. ¹⁸

Un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el año 2000, acerca de las políticas y programas de salud mental concernientes a los trabajadores de Alemania, los Estados Unidos, Finlandia, Polonia y el Reino Unido muestra que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización.¹⁸

El informe de la OIT calcula que, en los países de la Unión Europea, entre un 3 y un 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental. En Estados Unidos, el gasto nacional asociado con el tratamiento de la depresión se sitúa entre 30.000 y 44.000 millones de dólares al año. En muchos países crece la jubilación prematura debida a problemas mentales, hasta el punto de estar convirtiéndose en el motivo más común para la asignación de pensiones de incapacidad¹⁸

Las investigaciones más actuales que asocian trastornos mentales con el bajo desempeño o deserción escolar son de 2007 y 2002. Dichos estudios refieren que estos padecimientos multiplican dos o tres veces las posibilidades de abandono de los estudios¹⁹

El estudio denominado "Rendimiento y deserción escolar por depresión y déficit de atención en adolescentes", realizado en 2007 por el INPRF, la UNAM, la UAM y el ITAM, con datos de encuestas nacionales, refiere que los trastornos más comunes son la depresión y el déficit de atención con hiperactividad²⁰

De acuerdo a datos de la Secretaría de Educación Pública (SEP) uno de cada 11 adolescentes ha sufrido un trastorno psiquiátrico serio y, uno de cada cinco, un trastorno psiquiátrico de severidad moderada. Sin embargo sólo 14% de aquéllos con un trastorno mental ha recibido tratamiento. Casi 5% de los jóvenes ha sufrido depresión en el último año. La prevalencia es mayor en quienes ya no asisten a la escuela.¹⁹

La investigación "Influencia de los trastornos mentales en el abandono escolar en México", hecha en 2002 por el INPRF, la Universidad China de Hong Kong y la Escuela de Medicina de Harvard muestra la relación entre trastornos mentales y deserción escolar a nivel básico.²¹

Según los resultados, abandonó la escuela primaria 10% de los niños con fobias específicas, el 12% de quienes tenían trastorno de estrés postraumático, y el 22% de los niños con trastorno depresivo mayor.²¹

Es alto el porcentaje de personas que no reciben atención y tratamiento de manera oportuna de acuerdo al estudio realizado por Medina-Mora y cols en 2007 reporta un retraso en la atención de 10 años para los trastornos por uso de sustancias, 14 años para los trastornos del estado de ánimo, y 30 años para los trastornos de ansiedad.⁸

En México de acuerdo a la investigación realizada para este estudio los datos existentes que tenemos al respecto son alarmantes, no existen datos reportados ni información respecto a población IMSS y, debido a la percepción de no relevancia de la no importancia de la salud mental, no hay una política de atención a la salud mental en la institución (IMSS); ni programas específicos para atender la problemática.

Uno de nuestros intereses es brindar datos que soporten la necesidad de implementar programas de detección, tamizaje y tratamiento integrados en todos los niveles del sistema IMSS

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el tiempo de retraso en la solicitud de atención psiquiátrica en pacientes que ameritaron hospitalización por trastornos depresivos y/o ansiosos?

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que la aparición de la mayoría de los trastornos mentales por lo general ocurre durante las primeras tres décadas de vida, el tratamiento eficaz es frecuentemente iniciado varios años más tarde. Cada vez hay más pruebas que sugieren que la intervención durante las primeras etapas de un trastorno puede ayudar a reducir la gravedad y / o la persistencia de la enfermedad inicial o primaria y prevenir complicaciones y secuelas¹⁵

Hoy en día resulta de suma importancia el desarrollo y la implementación de herramientas y estrategias para el diagnóstico temprano de trastornos mentales en pacientes con

enfermedades crónicas; con el fin de atender no solo la enfermedad física sino también la salud mental de los pacientes para mejorar el pronóstico²²

Aunque los tratamientos específicos difieren entre los trastornos, también hay muchos temas compartidos relacionados con la entrega de estos tratamientos. Detección y diagnóstico de los trastornos más comunes (tales como depresión o trastornos de ansiedad) pueden llevarse a cabo de forma fiable usando cuestionarios breves de detección. Un paquete combinado de tratamientos farmacológicos y psicosociales son eficaces para el tratamiento de los trastornos mentales.²³

La descripción de un problema, es el primer paso para lograr una intervención que lo resuelva, esto nos obliga a obtener información sobre el tema en nuestra población, particularmente los usuarios del IMSS

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el tiempo que tardaron en solicitar atención en salud mental, pacientes que requirieron internamiento en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” por diagnóstico de depresión y/o ansiedad

Objetivos Específicos

1. Conocer el tiempo que tardaron en solicitar atención en salud mental, pacientes que requirieron internamiento en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” por diagnóstico principal de depresión
2. Conocer el tiempo que tardaron en solicitar atención en salud mental, pacientes que requirieron internamiento en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” por diagnóstico principal de ansiedad
3. Conocer las diferencias en el tiempo que tardaron en solicitar atención en salud mental pacientes que requirieron internamiento en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” por diagnósticos de depresión y/o ansiedad, de acuerdo al sexo, escolaridad, ocupación y clasificación de tipo de trastorno depresivo o ansioso

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal

Población en estudio

Pacientes de la Delegación Norte 1 CdMx, Norte 2 CdMx, Estado de México, Oriente, Poniente, Estado de Hidalgo con diagnóstico de trastorno depresivo y/o trastornos de ansiedad que ameritaron internamiento durante el periodo de Junio a Septiembre del 2016.

Muestreo y tamaño de muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia, incluyendo todos los pacientes que cumplieron los criterios de selección durante el periodo de estudio (Junio a Septiembre del 2016).

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Pacientes entre 18 y 65 años de edad que requirieron de internamiento en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” por trastornos depresivos y/o ansiosos que fueron corroborados por Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI
- Firmar carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que presentaron deterioro cognoscitivo moderado a grave.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no llenaron de forma completa el cuestionario MINI

Instrumentos

Se utilizó el MINI International Neuropsychiatric Interview versión en español que es una entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales diagnósticos del eje I del DSM IV y el CIE-10, con el fin de identificar la presencia de trastornos ansiosos y depresivos. La entrevista MINI International Neuropsychiatric Interview está dividida en módulos identificados por letras; en donde cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. En donde se re realizan a las personas entrevistadas unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren respuestas dicotómicas. Los módulos del MINI International Neuropsychiatric Interview que se utilizaron son los siguientes: A) episodio depresivo mayor (con síntomas melancólicos). B) trastorno distímico. C) riesgo suicida. E) trastorno de angustia, F) agorafobia, G) fobia social, H) trastorno de ansiedad generalizada.

Se evalúan el periodo actual (hasta los últimos 12 meses) de la presencia del trastorno. Al inicio de cada módulo se presentan en un recuadro una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. (Ferrando 2000).

En el Estudio de validación de la MINI se obtuvo que esta cuenta con una sensibilidad del 0.96 y una especificidad de 0.88 con valor predictivo positivo de 0.87 para el trastorno depresivo mayor. Para la Distimia una sensibilidad de 0.67 y una especificidad de 0.88 con un valor predictivo positivo de 0.45. En el caso de los trastornos de ansiedad para el trastorno de pánico una sensibilidad de 0.84 y especificidad de 0.93 y un valor predictivo positivo de 0.80, en la fobia social una sensibilidad de 0.81, una especificidad de 0.86 y un valor predictivo positivo de 0.46, en el caso de la ansiedad generalizada una sensibilidad de 0.91, una especificidad de 0.86 y un valor predictivo positivo de 0.71 (Fernando 2000)

Encuesta para valorar el retraso en la solicitud de atención psiquiátrica

Posterior a obtener puntaje para algún trastorno de ansiedad o trastorno depresivo se realizara la siguiente pregunta ¿Cuánto tiempo después de que empezó a sentirse mal acudió con un experto en salud mental (aclarando que se trata de psicólogo, psiquiatra), dicha pregunta fue tomada de la Encuesta Mundial de Salud Mental.

Se utilizó un cuestionario general que comprende cuatro reactivos sobre factores sociodemográficos.

Edad

Sexo

Escolaridad

Ocupación

Procedimiento

La tesis fue presentada ante el comité de ética del hospital participante aprobándose la realización del mismo, por lo que se identificó en el área de hospitalización en el periodo de Junio a Septiembre del 2016 a todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de trastorno de ansiedad o trastornos depresivos, explicándole a cada paciente el tipo de estudio que se realiza y el motivo de las preguntas una vez explicado el motivo y resolviendo las dudas el paciente firmó el consentimiento informado. Una vez firmado el mismo se realizó la entrevista Mini neuropsiquiátrica para la confirmación del diagnóstico. Ya confirmado el diagnóstico se realizó la pregunta sobre el retraso en la solicitud de atención psiquiátrica y el cuestionario de datos sociodemográficos. La entrevista y encuesta aplicadas fueron realizadas por un médico residente de psiquiatría

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

- *Variable dependiente:* Tiempo de retraso en la solicitud de atención psiquiátrica

- *Variables independientes:* Trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumento	Tipo
Retraso en la primera atención	Es el tiempo que tarda una persona con un trastorno ansioso o trastorno depresivo en solicitar ayuda por un problema de salud mental.	Meses	Encuesta sobre inicio y curso de padecimiento ¿Cuánto tiempo después de que empezó a sentirse mal acudió con un experto en salud mental (aclarando que se trata de psicólogo, psiquiatra)? Busco algún otro tipo de terapia alternativa antes de acudir con psicólogo o psiquiatra (aclarando que puede ser consejero, asesor espiritual, herbolarios, acupunturista)	Cuantitativa, escalar

			Porqué tardo ese tiempo en solicitar la ayuda	
Edad	Años cumplidos al momento del estudio	Años de edad	Hoja de datos	Continua discreta
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: hombre o mujer	Captados como: Hombre Mujer	Hoja de datos	Categórica
Estado civil	Estado civil del sujeto al momento del estudio	Captados como: Soltero Unión Libre Casado Divorciado Viudo	Hoja de datos	Categórica
Ocupación	Actividad o trabajo del sujeto al momento del estudio	Captados como: Ama de casa Estudiante Profesionista Obrero Comerciante Técnico Domestica	Hoja de datos	Categórica

		Empleado Desempleado		
Escolaridad	Grado de estudio del sujeto por nivel escolar	Captados como: Primaria Secundaria Bachillerato o carrera técnica Licenciatura Posgrado	Hoja de datos	Categórica
Tipo de enfermedad mental Trastorno depresivo	Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad	Se utilizaran los diagnósticos del sistema DSM IVTR para agruparlos en categorías diagnósticas. Captados como: Trastornos depresivos	Mini	Dicotómica
Tipo de enfermedad mental	Condición caracterizada por inquietud,	Se utilizaran los diagnósticos	Mini	Dicotómica

Trastorno de ansiedad	nerviosismo, miedo, preocupación, temor y/o angustia	del sistema DSM IVTR para agruparlos en categorías diagnósticas. Captados como: Trastornos de ansiedad		
-----------------------	--	--	--	--

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva: se comparará el ajuste de los datos de la muestra con la normalidad mediante el uso de la prueba Smirnov-Kolmogorov y se describirá curtosis. Se describirá la muestra presentando los datos referentes a variables cuantitativas con frecuencias absolutas y relativas (%). Las variables numéricas se presentaran como medias o medianas, dependiendo del ajuste a la normalidad de la muestra.

Así mismo, se describirá la varianza y dispersión de los datos numéricos mediante desviación estándar y los intervalos de confianza.

Se utilizará para realizar el análisis los paquetes estadísticos SPSS v23.0 (IBM).

IMPLICACIONES ÉTICAS

Esta investigación, por los temas tratados, se presenta como:

Riesgo mínimo.

□

No se realizará ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resulten afectados es mínima.

Incluye la realización de una entrevista y una pregunta planteada en tiempo que tardo el paciente en solicitar atención en salud mental.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los pacientes

Se incluyeron en el presente estudio un total de 97 pacientes que durante el periodo de estudio (Junio a Septiembre del 2016) ingresaron al Hospital Psiquiátrico “Morelos” con diagnóstico de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo. De estos, el 75.3% eran femeninos (n=73) y el 24.7% masculinos (n=24). La edad promedio de los pacientes fue 38.3 ± 12.2 años. El 25.8% de los pacientes tenían diagnóstico de ansiedad, el 52.5% de depresión y el 21.6% de ansiedad más depresión (Figura 1).

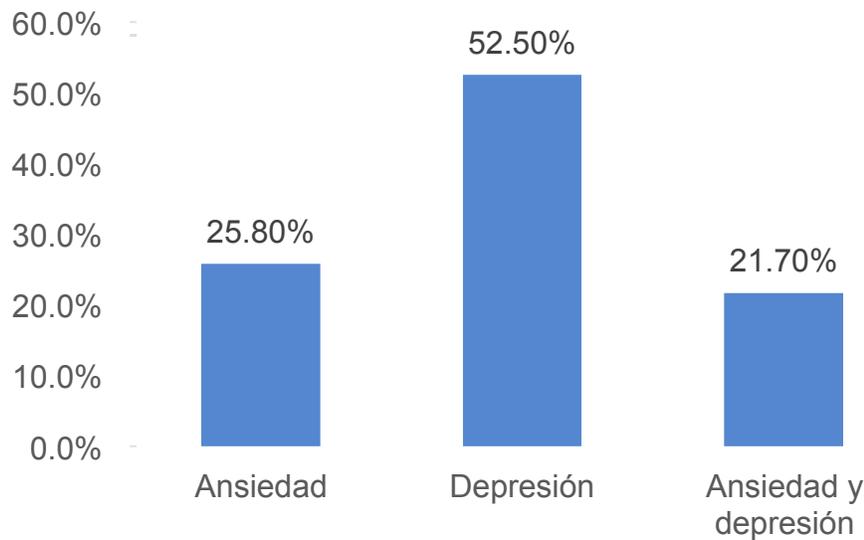


Figura 1. Distribución de los pacientes según el diagnóstico.

Se compararon las características clínicas de los pacientes según el diagnóstico de ingreso al hospital. La distribución por género, según escolaridad y ocupación fue similar entre diagnósticos (depresión, ansiedad y ansiedad mas depresión; Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las características clínicas de los pacientes según el diagnóstico

<i>Característica</i>	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Ansiedad más depresión</i>	<i>Valor de p</i>
Género				
%M	23.5	36.0	14.3	0.231
%F	76.5	64.0	85.7	
Escolaridad				0.535
%Primaria	11.8	4.0	4.8	
%Secundaria	25.5	28.0	28.6	
%Preparatoria	17.6	16.0	9.5	
%Licenciatura	29.4	36.0	23.8	
Ocupación				0.840
%Hogar	31.4	20.0	23.8	
%Empleado	51.0	44.0	47.6	
%Estudiante	2.0	12.0	14.3	
%Enfermera	3.9	4.0	4.8	
%Comerciante	3.9	8.0	0.0	
%Profesionistas	5.9	8.0	4.8	
%Desempleados	2.0	4.0	4.8	

Tiempo que transcurrió para acudir a un experto según género, escolaridad y ocupación

El tiempo promedio de los pacientes para acudir al experto fue de 6.6 ± 7.8 años (rango -0 30 años). La distribución según el tiempo de espera para buscar atención especializada en salud mental se presenta en la Figura 2). Se comparó el tiempo transcurrido para solicitar ayuda según el diagnóstico de ingreso, el género, la escolaridad y la ocupación. Encontrándose que, los pacientes femeninos acudieron a los 6.3 ± 7.5 años y los masculinos a los 7.4 ± 8.8 años ($p=0.577$, t de muestras independientes). Aunque los pacientes de escolaridad primaria y secundaria duraron más tiempo para buscar atención de un experto en salud mental, esto no fue estadísticamente significativo (Tabla 2). De la misma manera, los comerciantes, profesionistas y las amas de casa duraron más tiempo para buscar

atención de un especialista en salud mental sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación ($p=0.619$, ANOVA).

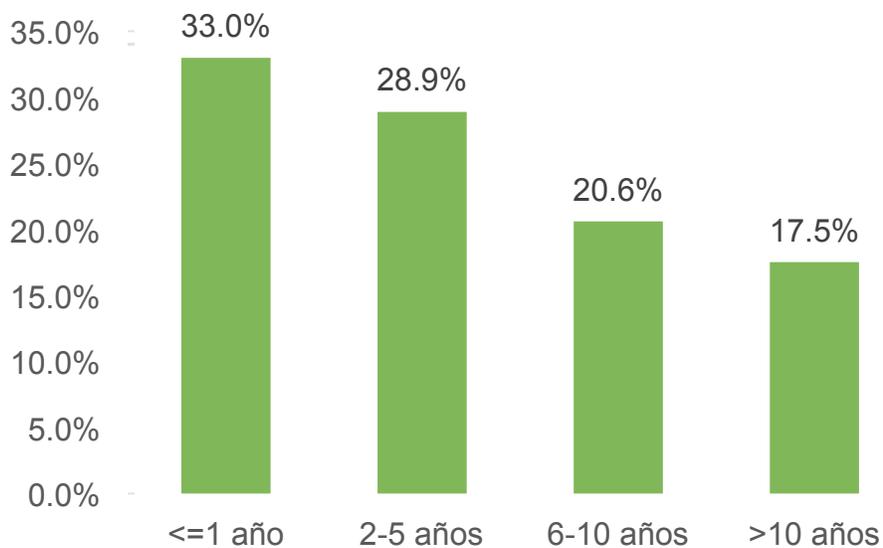


Figura 2. Clasificación de los pacientes según el tiempo transcurrido para solicitar la primera atención en salud mental.

Tabla 2. Tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta el ingreso al hospital		
<i>Característica (n)</i>	<i>Tiempo (años), Media \pm DE</i>	<i>Valor de p</i>
Escolaridad		
Primaria (n=8)	11.1 \pm 11.5	0.178
Secundaria (n=26)	8.1 \pm 7.9	
Preparatoria (n=15)	4.1 \pm 3.2	
Carrera técnica (n=24)	5.2 \pm 7.2	
Licenciatura (n=24)	6.3 \pm 8.5	
Ocupación		
Hogar	8.2 \pm 9.8	0.619
Empleado	6.1 \pm 6.9	
Estudiante	3.8 \pm 3.4	
Enfermera	2.3 \pm 2.0	
Comerciante		

Profesionistas	9.5 ± 7.9	
Desempleados	9.0 ± 11.7	
	5.3 ± 4.5	

Tiempo que transcurrió para acudir a un experto según el diagnóstico

Por otro lado, el tiempo transcurrido para buscar para acudir a un experto de salud mental entre los pacientes con depresión de 5.2 ± 6.7 años, en pacientes con ansiedad de 8.1 ± 9.2 años y en pacientes con depresión más ansiedad de 8.1 ± 8.4 años (p=0.203, ANOVA), Figura 3.

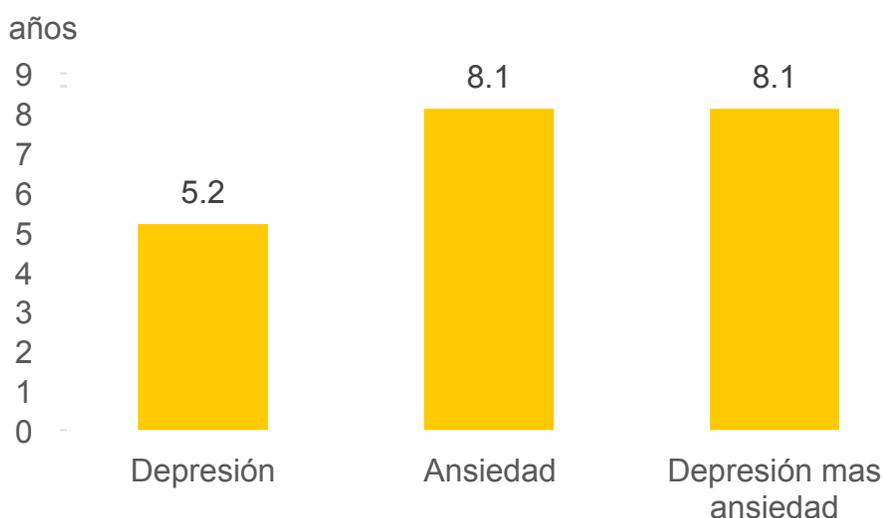


Figura 3. Tiempo transcurrido para buscar atención médica entre pacientes con depresión, ansiedad y depresión más ansiedad (p=0.203, ANOVA).

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó el tiempo que los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” por diagnósticos de depresión y/o ansiedad tardaron en buscar atención de un profesional de salud mental. Encontrándose un retraso muy importante

(promedio de 6.6 años) en la búsqueda de atención médica que alcanzó hasta 30 años en algunos casos.

Este atraso tan importante, es preocupante dado que existen en la Ciudad de México y la megalópolis profesionales en salud mental a los cuales podrían acudir los pacientes y sin embargo lo hicieron muy tardíamente.³¹

Si bien no hubo diferencias significativas en el tiempo transcurrido para buscar atención médica especializada según el género, la ocupación y la escolaridad, los pacientes con escolaridad primaria y secundaria tendieron a tardar mas en buscar atención médica que los pacientes con otro nivel de escolaridad, lo cual podría estar relacionado con que los pacientes no acudieron oportunamente a buscar atención médico por la falta de información sobre salud mental. Por lo tanto, es evidente que existe una importante asociación entre un bajo nivel de escolaridad y un mayor retardo para buscar atención especializada entre los pacientes, y que el factor mas importante asociado a retardo en la búsqueda de atención especializada es el desconocimiento sobre indicadores clínicos de depresión y ansiedad, entre la población en general e incluso entre los profesionales de la salud, la no identificación oportuna de signos y síntomas de ansiedad y/o depresión^{24,25}

Por otro lado, con base en la ocupación el tiempo para buscar atención médica tendió a ser mayor entre comerciantes, profesionistas y amas de casa. Por lo que, es evidente que a menor nivel educativo existe mas desconocimiento sobre salud mental y a mayor educativo mejor conocimiento sobre salud mental. Por lo tanto, es muy importante, la educación a la población a salud mental, incluyendo entre los profesionales de la salud,^{24,25}

De hecho, estudios previos han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de trastornos mentales como ansiedad y depresión y el bajo nivel educativo.²⁵

También, es importante informar a la población y educarla en relación con la identificación de signos y síntomas de alarma, búsqueda de atención médico, estigmas y tabúes, con la finalidad de detectar de forma mas oportuna trastornos de ansiedad y depresión, para

prevenir crisis, ingresos hospitalarios innecesarios, afectación de la calidad de vida y las relaciones sociales de los afectados. De hecho, la OMS recomienda, la implementación de programas de promoción de la salud, prevención e identificación y manejo oportunos de ansiedad y depresión.

En relación con el tiempo que tardaron los pacientes en buscar atención médica, en este estudio los pacientes tardaron solo el 33% buscaron dentro del primer año de inicio de los síntomas, en una cifra similar a la reportada por Wang y cols. Mientras que, el resto buscaron atención después de los dos años y el 38.1% de los pacientes después de los 5 años del inicio de los síntomas. Wang y cols., (2007) reportaron la proporción de casos que tuvieron tratamiento en el año de inicio del trastorno oscilaron entre 0.8 a 36.4% para los trastornos de ansiedad y de 6.0 a 52.1% para los trastornos depresivos.⁷

CONCLUSIONES

Entre los pacientes que fueron internados en el Hospital Psiquiátrico “Morelos” por diagnóstico de depresión y/o ansiedad, se encontró un tiempo prolongado para la búsqueda de atención especializada en salud mental. Solo uno de cada tres pacientes buscaron atención especializada en el primer año del inicio de los síntomas, tres de cada diez entre

los años 2 y 5 y cuatro de cada diez pacientes buscaron atención médica posterior a los 6 años de inicio de los síntomas.

Los pacientes con ansiedad y ansiedad mas depresión duraron en promedio mas tiempo en solicitar atención de especialista en salud mental que los pacientes con depresión.

De la misma manera, de acuerdo al nivel educativo, los pacientes con nivel primaria y secundaria duraron mas tiempo en buscar atención especializada en salud mental. Por lo que, a menor nivel educativo mas retraso para buscar atención.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. Ginebra: OMS; 2013. Serie de informes técnicos: 98
2. World Health Organization, Investing in Mental Health, Switzerland 2003, pp 1-48
3. Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global, regional, and National incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and

- injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, *Lancet*, vol 386, August 22, 2015; 743-800
4. Kessler R, Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* June 2, 2004, Vol 291, No. 21: 2581-2590
 5. Sadock J, Sadock A. Sinópsis de psiquiatría ciencias de la conducta/psiquiatría clínica, 10ª ed. Wolters Kluwer; 2009, 10ª edición: 579-633
 6. Berenzon Sh, Lara Ma, Medina-Mora Ma, Depresión estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México , salud pública de México, vol 55, 1 enero-febrero 2013: 74-80
 7. Wang Ph, Angermeyer M, Borges G. Et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6:177-185
 8. Borges G, Wang Ph, Medina-Mora María E, et al. Delay of First Treatment of Mental and Substance use Disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*, September 2007, Vol 97, no.9: 1638-1643
 9. Posadas J, Buitrago J, Medina Y. et al, Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el estudio nacional de salud mental-colombiano, *NOVA*, vol 4, no.6, junio-diciembre 2006: 33-41
 10. Medina-Mora Ma, Borges G, Lara C. et al, prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, *Salud mental*, vol 26, no.4 agosto 2003: 1-16
 11. Berenzon S, Alanís S, Saavedra N. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de Mexico. *Salud Mental*, vol 32, No. 2, 2009
 12. Caraveo A, Colmenares Be, Salvidar HG: Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental*, 22 (Número Especial): 62-67, 1999.

13. Wang Ph, Berglund P, Olfson M, Et al. Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 62, June 2005; 62: 603-613
14. Belló M, Puentes-Rosas E, Médina-Mora Ma, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex*, 2005;47 supl 1 S4-S11.
15. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada versión 1.0. Ginebra: OMS; 2010.
16. Montelongo V, Zaragoza L, Morales G. Et al. Los trastornos de ansiedad. *Revista unam*.2005. Vol 6, No.11.1-11.
<http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109.htm>
17. Rafful C, Medina Mora M, Borges t al. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico, *Journal of Affective Disorders*, 138 (2012) 165-169
18. Organización internacional del Trabajo (OTI), Un informe de la OTI estudia la salud mental en el trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido, Octubre 2000
19. Secretaria de educación pública, Afecta depresión desempeño escolar, Abril 2013
20. Benjet C, Medina Mora M, Cruz C, Et al. Rendimiento y deserción escolar por depresión y déficit de atención en adolescentes. *Ciencia y desarrollo*. Vol 33, No. 208, 2007
21. Borges G, Médina-Mora Ma, Benjer C. Influence of mental disorders on school dropout in Mexico, *Rev Panam Salud Pública* 30 (5), 2011: 477-483
22. Borges G, Medina-Mora María E, Wang Ph, Et al. Treatment and Adequacy of treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1371-1378
23. Patel V, Thornicroft G, Packages of care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low-and Middle-Income Countries: *Plos Medicine Series, Plos Medicine*, October 2009, Vol 06; 1-3
24. Jojnson E, Coles M. Failure and Delay in Treatment-seeking across anxiety and depression disorders. *Community Ment Health J*. 2013, 49: 668-674

25. Sandoval J, Ricard M. La salud mental en México. Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social. Dirección General De Bibliotecas SIID. México. 2005
26. Saavedra N, Berenzon S, Placer, transformación y tratamiento: uso de las medicinas alternativas para problemas emocionales en la Ciudad de México. Saúde Soc. 2013; 22 (2)530-540.
27. Weze, C. et al. Healing by gentle touch ameliorates stress and other symptoms in people suffering with health disorders or psychological stress. Evidence Based Complementary and Alternative, Oxford, v. 4, n. 1, p. 115-123, 2006
28. Rodrigues-Neto JF.; et al. Common mental disorders and the use of complementary and alternative medicine –population based survey. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 233-239, 2008
29. Russinova Z; CashD.; Wewiorski N. Toward understanding the usefulness of complementary and alternative medicine for individuals with serious mental illnesses: classification of perceived benefits. The Journal of Nervous and Mental Disease, Baltimore, v. 197, n. 1, p. 69-73, 2009
30. Heiligers P. et al. Diagnoses and visit length in complementary and mainstream medicine. BMC Complementary and Alternative Medicine, Londres, v. 10, p. 2-8, 2010
31. Heinze G, Chapa GC, Santisteban JA, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. Salud Ment. 2012; 35(4): 279-285.

ANEXOS

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.

Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento.

Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

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

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

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea

necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (➡) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI.

A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1 ¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día,
NO SÍ 1
casi todos los días?

A2 ¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado NO SÍ 2

menos de las cosas que usualmente le agradaban?

➔

¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2? NO SÍ

A3 En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo NO SÍ 3

(p. ej., variaciones en el último mes de □} 5% de su peso corporal o □} 8 libras o □} 3,5 kg,

para una persona de 160 libras/70 kg)?

CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, NO SÍ 4

se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto NO SÍ 5

o tenía dificultades para permanecer tranquilo?

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? NO SÍ 6

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? NO SÍ 7

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO SÍ 8

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto? NO SÍ 9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

EPISODIO

DEPRESIVO MAYOR

ACTUAL

NO SÍ

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL,

CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:



A4 a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas en los que se sintió NO SÍ 10

deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?

b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?

NO SÍ 11

EPISODIO

DEPRESIVO MAYOR

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR

LO SIGUIENTE:

A5 a ¿CODIFICÓ SÍ EN A2? NO SÍ

b ¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad NO SÍ 12

de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?

Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?



¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b? NO SÍ

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:

a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha NO SÍ 13

experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?

b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas? NO SÍ 14

c ¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual NO SÍ
15

y tenía dificultades para volver a dormirse?

d ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?
NO SÍ

e ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)? NO SÍ

f ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado NO SÍ
16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SI

EPISODIO

DEPRESIVO MAYOR

CON SÍNTOMAS

MELANCÓLICOS

ACTUAL

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO

DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

⇒

B1 ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor NO SÍ 17
parte del tiempo?

⇒

B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más en el que se haya NO
SÍ 18

sentido bien?

B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:

- a ¿Cambió su apetito notablemente? NO SÍ 19
b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? NO SÍ 20
c ¿Se sintió cansado o sin energía? NO SÍ 21
d ¿Perdió la confianza en sí mismo? NO SÍ 22
e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SÍ 23
f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? NO SÍ 24



¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? NO SÍ



B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido NO SÍ 25
con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO SÍ

TRASTORNO DISTÍMICO

ACTUAL

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes: Puntos:

C1 ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO SÍ 1

C2 ¿Ha querido hacerse daño? NO SÍ 2

C3 ¿Ha pensado en el suicidio? NO SÍ 6

C4 ¿Ha planeado cómo suicidarse? NO SÍ 10

C5 ¿Ha intentado suicidarse? NO SÍ 10

A lo largo de su vida:

C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO SÍ

RIESGO DE SUICIDIO

1-5 puntos Leve _

6-9 puntos Moderado _

_ 10 puntos Alto _

SI **SÍ**, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6).
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO.

E. Trastorno de angustia

(➔ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR
DIRECTAMENTE A F1)

➔

E1 a ¿En más de una ocasión tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió **súbitamente**
NO SÍ 1

ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las que la mayoría
de las personas no se sentirían así?

➔

b ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos? NO SÍ
2

E2 ¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea
NO SÍ 3

u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?

E3 ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía
NO SÍ 4

que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?

E4 Durante la peor crisis que usted puede recordar:

a ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido? NO SÍ 5

b ¿Sudaba o tenía las manos húmedas? NO SÍ 6

c ¿Tenía temblores o sacudidas musculares? NO SÍ 7

d ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar? NO SÍ 8

e ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta? NO SÍ 9

f ¿Notaba dolor o molestia en el pecho? NO SÍ 10

g ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas? NO SÍ 11

h ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse? NO SÍ 12

i ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, NO SÍ 13

o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes

de su cuerpo?

j ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? NO SÍ 14

k ¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo? NO SÍ 15

l ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos? NO SÍ 16

m ¿Tenía sofocos o escalofríos? NO SÍ 17

E5 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4? NO SÍ

Trastorno de angustia

de por vida

E6 SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? NO SÍ

Crisis actual

SI E6 = SÍ, PASAR A F1. ***con síntomas limitados***

E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo NO SÍ 18

persistente a tener otra? ***Trastorno***

de angustia actual

F. Agorafobia

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

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

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita 20

estar acompañado para enfrentarlas? NO SÍ ***Agorafobia actual***

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) NO SÍ ***TRASTORNO DE ANGUSTIA***

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)? NO SÍ

sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) NO SÍ **TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL**

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) NO SÍ **TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL**

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?**NO SÍ AGORAFOBIA ACTUAL**

sin historial de trastorno de angustia

Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

➡

G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, NO SÍ 1

de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales.

➡

G2 ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional? NO SÍ 2

➡

G3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas? NO SÍ 3

G4 ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?4 **NO SÍ FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL**

Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS,RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNAY CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

➡

a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? NO SÍ 1

➡

b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? NO SÍ 2

➡

CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.

➡

O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO SÍ 4

O3 CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? NO SÍ 5

b ¿Se sentía tenso? NO SÍ 6

c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? NO SÍ 7

d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? NO SÍ 8

e ¿Se sentía irritable? NO SÍ 9

f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media NO SÍ 10

noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3? NO SÍ **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

ACTUAL

Encuesta para el retraso en la solicitud de atención psiquiátrica

1. ¿Cuánto tiempo después de que empezó a sentirse mal acudió con un experto en salud mental (aclarando que se trata de psicólogo, psiquiatra)?

Anexo III: Datos Sociodemográficos

Retraso en la solicitud de atención psiquiátrica de trastornos de ansiedad y trastorno de depresión que ameritaron la hospitalización psiquiátrica

Instituto Mexicano del Seguro Social

México, DF a _____ de _____ del año 2016

Datos Generales

2. Edad: _____
3. Sexo: M _____ F _____
4. Escolaridad:
- Primaria _____
- Secundaria _____
- Bachillerato / Carrera Técnica _____
- Universitario _____
- Posgrado _____
5. Ocupación
- Profesionista
- Obrero
- Comerciante
- Técnico
- Domestica
- Empleado
6. Escala Mini positiva para trastorno de ansiedad
- SI
- NO

7. Escala mini positiva para trastorno depresivo

SI

NO

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
CIE-10	Catálogo Internacional de Enfermedades
CdMx	Ciudad de México
DSM-IV	Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales versión IV, del inglés, <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ENEP	Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica

IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente
ITAM	Instituto Tecnológico Autónomo del Estado de México
MF	Medicina Familiar
mhGAP	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
SEP	Secretaría de Educación Pública
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS
DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: **Retraso en la primera atención de trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en pacientes que ameritaron hospitalización psiquiátrica**

México D.F. a _____ de _____ del 2016.

Número de registro por el Comité de Investigación: __F-2016-3501-67_____.

El objetivo de este estudio es conocer el retraso en la primera atención de trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en pacientes que ameritaron hospitalización psiquiátrica. Conocer estos datos permitirá implementar estrategias para hacer más accesible y menos atemorizante acudir a consulta de salud mental.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista acerca de trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. No se pone en riesgo mi integridad física o administrativa. Se solicitara responder una entrevista, así como una encuesta

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se presentara acerca del estudio de investigación que se llevarán a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del participante

Dr. Rodrigo A. Orcajo Castelán
Investigador Responsable

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

-Comisión de Ética de investigación de la CNIC del IMSS. Avenida Cuauhtémoc 330, 4to piso bloque "B" de la unidad del congresos, colonia doctores, México DF CP 06720

Teléfono: 5556276900 extensión 21230

-Hospital de Psiquiatría Unidad Morelos ubicado en San Juan de Aragón 311, Col. San Pedro el Chico, Ciudad de México, D.F. CP: 07480

Telefonos: 5577 6043

