



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO

DETECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL SERVICIO DE LA CONSULTA
EXTERNA DE LA CLINICA DE ISSEMYM CHALCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANA VÁZQUEZ GUTIÉRREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

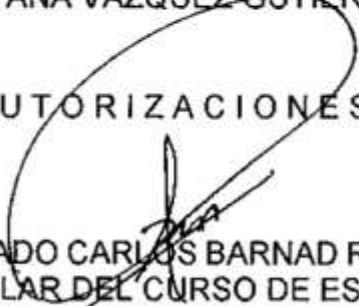
DETECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL SERVICIO DE LA CONSULTA
EXTERNA DE LA CLINICA DE ISSEMYM CHALCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

DRA. ANA VÁZQUEZ GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES:



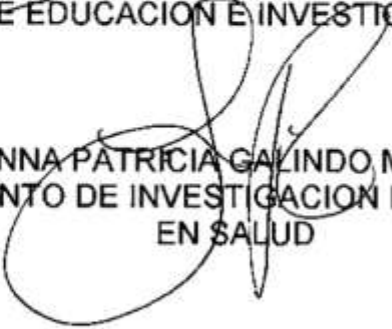
DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. OSCAR BARRERA TENAHUA
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO Y MEDICO FAMILIAR
EN EL HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION E INNOVACION EDUCATIVA
EN SALUD

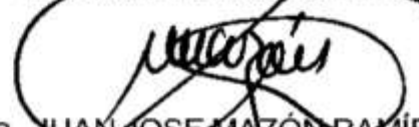
DETECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL SERVICIO DE LA CONSULTA
EXTERNA DE LA CLINICA DE ISSEMYM CHALCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR


PRESENTA:

DRA. ANA VÁZQUEZ GUTIÉRREZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

INTRODUCCION	Página
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Antecedentes	3
1.1.1 Prehistoria.....	5
1.1.2 Egipto.....	5
1.1.3 Israel.....	6
1.1.4.Persia	6
1.1.5 Grecia.....	6
1.1.6 Roma.....	7
1.1.7 Edad media.....	7
1.1.8 Renacimiento.....	8
1.1.9 Siglo XVII.....	8
1.1.10 Siglo XVIII.....	9
1.1.11 Siglo XIX.....	10
1.1.12 Siglo XX.....	10
1.2. Epidemiología	12
1.3 Etiología de los trastornos mentales	15
1.3.1 Factores de la enfermedad mental.....	16
1.3.2 Factores infecciosos.....	17
1.3.3 Traumatismos.....	18
1.3.4 Factores ambientales.....	18
1.3.5 Edad:	18
1.3.6	

1.4 Trastornos Mentales más detectados en atención primaria.....	19
1.4.1 Trastornos del estado de ánimo.....	20
1.4.2 Trastornos de ansiedad.....	28
1.4.3 Trastornos de la conducta alimentaria.....	45
1.4.4 Trastornos relacionados con el alcohol.....	52
1.4.5 Trastornos somatomorfos.....	54
1.5. Dificultades para identificar trastornos psiquiátricos fuera de las consultas de psiquiatría.....	59
1.5.1 Necesidad de detectar y tratar los trastornos psiquiátricos fuera del ámbito de la psiquiatría.....	61
1.5.2 Diagnóstico Clínico.....	62
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	65
3. JUSTIFICACIÓN.....	66
4. OBJETIVOS.....	67
4.1 Objetivo general.....	67
4.2 Objetivos específicos.....	67
5. HIPOTESIS.....	68
6. MATERIAL Y METODOS.....	68
6.1 Tipo de estudio.....	68
6.2 Población, Lugar y Tiempo.....	68
6.3 Muestra.....	68
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACION.....	68
6.5 VARIABLES, DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN.....	69

6.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS...	71
6.7 METODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	71
6.8 RECURSOS.....	72
6.8.1 RECURSOS HUMANOS.....	72
6.8.2 RECURSOS MATERIALES.....	72
6.8.3 RECURSOS FÍSICOS.....	72
6.8.4 FINANCIAMIENTO.....	72
7. CONSIDERACIONES ETICAS.....	72
8. RESULTADOS.....	74
9. DISCUSION.....	78
10. CONCLUSIONES.....	80
11. BIBLIOGRAFIA.....	82
ANEXOS.....	86

1. MARCO TEÓRICO

Se acepta como realidad fundamental que la salud constituye un derecho y una necesidad de todos los seres humanos y que para su logro es un imperativo el esfuerzo organizado y el impulso decidido de la comunidad. Esta organización será siempre de acuerdo con los patrones culturales, la economía y los procesos propios de los grupos que configuran cada comunidad.¹

La transición demográfica y epidemiológica que presenta nuestro país merece especial atención. Los cambios en la conformación de la pirámide poblacional, explica en gran medida la elevada presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y la Salud Mental no está exenta de esta circunstancia, y cada vez más las evidencias mundiales dan cuenta, que no hay salud sin salud mental.²

La Salud Mental que constituye un problema de salud pública, es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológico; afectando a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socio-económico y cultural, incluyendo padecimientos como la depresión, ansiedad, somatización, demencias, esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos.²

En este sentido lograr que la población conserve la salud mental además de la salud física, depende en gran parte de la realización exitosa de acciones de Salud Pública, para prevenir, tratar y rehabilitar. Hacer un bosquejo de la Salud Mental como problema de Salud Pública en México implica en parte referirse a las omisiones del pasado, a las carencias de hoy y a lo que se hace y puede hacerse para mejorarla.¹

Es por esto que la Salud Mental de los habitantes de un país no es ajena a su salud general. Ambas dependen de condiciones de la sociedad tales como: la estabilidad económica, educación, calidad de la convivencia social y la integración familiar, también determinantes más específicos como el empleo, la habitación, nutrición, etc. Si bien es cierto que conocemos solamente en forma fragmentaria las causas de algunos de los desórdenes mentales más comunes es un hecho

establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio, físico, socioeconómico y cultural, genera tensiones que las personas vulnerables no pueden tolerar.³

Es así que la Salud Mental tiene muchas facetas, sus raíces se hunden en la biología y sus ramas rebasan el campo propio de la medicina, se extienden en la arena social en varias direcciones. Como la Salud en General, la Salud Mental, se imbrica en la trama general de la vida de las poblaciones, depende de su cultura y sus condiciones socioeconómicas, la pobreza y lo que ésta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social inciden negativamente en la Salud Mental, e imprimen su propia huella en los problemas universales y generan otros que son propios de nuestra sociedad.¹

Los trastornos psiquiátricos están presentes en un alto porcentaje de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria o de otros especialistas no psiquiatras, ya sea como trastorno principal o como trastorno asociado.⁴

En el ámbito de la atención primaria, varios trabajos han cifrado la prevalencia de trastornos psiquiátricos en torno al 25%. Siendo los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad los que más frecuentemente se encuentran en las consultas de médicos no psiquiatras.^{1,4}

Además, los trastornos psiquiátricos se presentan con frecuencia en pacientes con diferentes enfermedades neurológicas, cardiovasculares o pulmonares. En este sentido, la literatura demuestra que la prevalencia en 6 meses de trastornos psiquiátricos fue el doble en pacientes con enfermedades neurológicas o cardíacas (35-38%) que en pacientes sin procesos orgánicos (18%). Además, al hecho de la frecuencia con que los médicos no psiquiatras visitan a pacientes con enfermedad psiquiátrica, se une que sólo una pequeña proporción de los pacientes con enfermedades mentales son atendidos en primera instancia por los psiquiatras. Por ejemplo, en los EE.UU., aproximadamente la mitad de las visitas médicas que llevan a un diagnóstico de trastorno mental están realizadas por médicos no psiquiatras, la mayoría de ellos por médicos generalistas y/o familiares y especialistas de medicina interna. En Alemania, un estudio ha demostrado que

menos de la mitad de los pacientes con historia de enfermedad psiquiátrica había consultado a un profesional de la salud mental.^{1, 2,3}

1.2. Antecedentes.

Definir a la Salud Mental ha sido una tarea ardua y compleja a lo largo de su historia ya que no es exclusiva de las ciencias médicas, sino que entran en juego múltiples actores de diversa índole lo que le da un carácter de ser un fenómeno multicausal, por ende su abordaje y estudio deben hacerse desde enfoques inter y multidisciplinarios.²

En el pasado se definió la Salud Mental como la ausencia de enfermedad mental. En las últimas décadas, este concepto restringido ha sido sustituido por una definición más amplia: el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y en su último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.⁵ Es decir el campo de la Salud Mental no se circunscribe a las enfermedades mentales incapacitantes sino que en él se incluyen también alteraciones psicológicas, emocionales y conductuales que no encajan del todo en las categorías convencionales. Fenómenos tales como el incremento de la violencia en sus diversas formas, el suicidio y el abuso de sustancias, incluido el alcohol causan daños graves a la sociedad y son objeto de gran preocupación para el Estado y la sociedad responsable.^{3,5}

El especialista clínico define a menudo a la Salud Mental como resistencia a la enfermedad mental o la ausencia de ella. Levison en 1962 adoptó una aproximación de orientación ecológica: se creía que la Salud Mental dependía fundamentalmente del modo como una persona se consideraba a sí misma, consideraba a las otras personas y consideraba el mundo particularmente en lo referente a su propio lugar en él. Se daba una especie de importancia a sus sentimientos con respecto a ganarse la vida y sus responsabilidades hacia los que dependen de él.³

Por otra parte la definición de Karl Meninger de Salud Mental incluye el elemento de felicidad. Y la definición de Ginsburg de Salud Mental se refiere al dominio del ambiente manifestado entre áreas cruciales de la vida: amor, trabajo y ocio.

Según Roberto Escandón en ¿Qué es Salud Mental? (Un panorama de la Salud Mental en México) la Salud Mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos, conductuales y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. Investigaciones recientes dan cuenta de la necesidad de invertir más en Salud Mental, en términos financieros y en recursos humanos, tanto para la atención de la población que sufre algún trastorno mental como para generar trabajos de investigación y promover la Salud Mental.^{6,7}

Es así que la Salud Mental es un aspecto de la Salud Integral, inseparable del resto y se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del hombre y condicionan su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad.^{3,5}

De acuerdo con la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 “La Salud Mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. 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”. Los conceptos de Salud Mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.^{3,5}

La historia de la Salud Mental, considerando a las disciplinas especializadas en su estudio como la psiquiatría, psicología, neurología, por mencionar algunas, es la historia del conocimiento científico. Ha tenido idas y venidas, aciertos y

desaciertos, siempre un constante cuestionamiento ya que a lo largo de la misma las enfermedades mentales se han relacionado con la religión, con la magia o incluso con aspectos culturales.

Por lo anterior es de suma importancia conocer como ha sido esta evolución, como a través del tiempo los conceptos y los métodos de tratamiento han ido cambiando en función del momento histórico en que se desarrollaron, siempre con la convicción de buscar ese enigma que se esconde detrás de las llamadas enfermedades mentales y como éstas pueden llegar a ser incapacitantes. De manera muy concreta se puede observar el desglose de la historia de la Salud Mental así como sus representantes más importantes y sus contribuciones.³

1.1.1 Prehistoria

En la antigüedad, la idea general sobre la interpretación de la enfermedad mental, derivado del pensamiento primitivo tiene un origen sobrenatural; por lo que no son detectadas en su forma aguda pues las culturas más complejas atribuían la locura a los dioses, mientras que las más primitivas a los demonios o fuerzas naturales, dando lugar a las trepanaciones craneales, practicadas desde hace más de 5000 años, con evidencias en casi todo el mundo y que aparentemente tenían como una de sus indicaciones el dejar salir los demonios que provocaban las enfermedades mentales considerando desde entonces al cráneo como una parte privilegiada.^{7,8}

Observando las actuales culturas primitivas, como es el caso de México se denota el uso de sustancias alucinógenas con finalidades mágicas o rituales, tales como el peyote, la amanita, y la bedallona.³

En Mesopotamia los primeros médicos babilonios: Assipu = consideraban como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos.

1.1.2 Egipto

En el Papiro de Ebers (XVI a.c.) se comentan varios trastornos mentales y se hace referencia a la epilepsia. El papiro egipcio de Edward Smith (1550 a.c.) reconoce por primera vez en la historia, al cerebro como "localización de las funciones

mentales", atribuyendo al cerebro funciones motoras. Los egipcios descubrieron el trastorno emocional que los griegos llamarían "histeria". Lo atribuían a una mala posición del útero, por lo que fumigaban la vagina con la intención de devolverlo a su posición.⁷

1.1.3 Israel

Los primeros informes en occidente sobre problemas de salud mental los encontramos en la literatura sagrada, en donde se observa a la locura como castigo de Dios, en donde se describen probables excitaciones catatónicas y ataques epilépticos atribuidos a posesiones demoniacas.^{7,8}

1.1.4.Persia

La fuente original de la filosofía persa se encuentra en el Zendavesta, uno de cuyos volúmenes, el Venidad menciona que hay 99 999 enfermedades, todas causadas por demonios. De hecho, "venidad" significa "la ley contra los demonios".⁴

1.1.5 Grecia

La interpretación naturalista de las enfermedad mentales se inicia en Grecia hacia el siglo V a.C. al extenderse la teoría humoralista de la enfermedad.⁸ Fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión; emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción al sueño, la interpretación de los sueños y el diálogo con el paciente. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto, y es Hipócrates quien sostiene que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre, dando lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas, ubica en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar, proponiendo que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. A él se le debe

la clasificación racional de enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria.⁷

1.1.6 Roma

Galeno, acepta al igual que Hipócrates que la enfermedad mental, tiene un carácter natural, y clasificaba las enfermedades mentales en dos tipos: la manía y la melancolía. La primera se produciría por un exceso o plétora, bien sea del humor sangre o de la bilis amarilla, manifestándose con alucinaciones o delusiones, mientras que la melancolía se originaba en un exceso de la bilis negra y su principal manifestación sería la depresión. Esta clasificación se mantuvo durante el Imperio roma, postulando que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Es Galeno quien y utiliza el término insania para las enfermedades mentales, y al se le debe la sistematización de la medicina griega durante le siglo II d.C, desarrollando las primeras manifestaciones de la salud pública bajo la forma del cuidado de la salud ciudadanos (acueductos, cloacas, control de alimentos)e incluso un esbozo de lo que serán hospitales públicos.⁸

1.1.7 Edad media

Durante el siglo XIII,la medicina inicia un proceso de real tecnicidad, los filósofos, reflexionando de modo más inductivo, generan, además de una «psicología racional», los primeros esbozos de psicología empírica. En el siglo XVII nace la psiquiatría.⁹En la compleja situación de contrastes que fue el Renacimiento (L. Vives, Erasmo de Rotterdam,Th. Moro y otros), oscilando entre a liberar la imaginación del hombre y restringir su libertad (la persecución de herejes y brujas del Malleus Maleficarum, muchas de las cuales tenían enfermedades mentales etc.), la enfermedad mental se evidenció en su realidad.⁸ Algunos fenómenos de psicopatología colectiva se produjeron en la misma época, por ejemplo la "locura de los danzantes".⁷

La difusión del cristianismo, y su posterior oficialización a partir del decreto de Constantino en el 313 d.C.,condujo a inevitables conflictos entre el carácter

naturalista de la ciencia y medicina grecorromana y la visión cristiana que enfatizaba la omnipotencia y omnipresencia divina. Los médicos convertidos al cristianismo sometieron sus convicciones profesionales a las religiosas entendiendo la enfermedad como un designio divino. Se adoptó como dogma cristiano la eterna lucha entre el bien y el mal por el alma humana, resurgiendo entre los médicos cristianos la interpretación de la locura como posesión demoníaca, que debería tratada por el sacerdote.⁸

1.1.8 Renacimiento

A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Papa, publicaron el *Malleus maleficarum* (El martillo de las brujas), que se unió a la misoginia de la Iglesia y a la idea de otros teólogos referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres.⁸ Paracelso (1493- 1541). Consideró que la enfermedad mental es una enfermedad espiritual debida a cambios insalubres. Pensando en la temperatura como agente causal de la manía, recomendaba la amputación de los dedos para que entre "aire fresco". Fue el primero en sugerir un origen sexual en la histeria.⁷

1.1.9 Siglo XVII

A partir del siglo XVII se reconocen las «mentales» caracterizadas por : a) por ser variaciones mentales «típicas» y diferentes a las variaciones mentales normales; b) por ser patológicas, es decir, desórdenes orgánicos asimilados inicialmente a la patología general y luego a las afecciones del sistema nervioso; y c) por aparecer determinadas por «fuerzas internas», «endógenas»: heredo-constitucionales o inconscientes.⁹

René Descartes (1596-1650) en su obra "Traité des passions de l'âme" (1649) localiza el alma en la glándula pineal, ligando de esta forma un concepto inmaterial con una estructura anatómica material. Thomas Willis (1621-1675) profesor en

Oxford, fijó el conocimiento de las estructuras encefálicas en su obra "Cerebri anatome" (1664) y describió el polígono arterial de la base del cerebro que lleva su nombre. Thomas Sydenham (1624- 1689) además de analizar un tipo de corea, realizó varias descripciones de la histeria.⁷

1.1.10 Siglo XVIII

En esta época, la psiquiatría se institucionaliza en el campo de la medicina, y se desarrollará como la ciencia teórica y práctica de las relaciones de lo biológico y lo mental («lo físico y lo moral»), que a partir de entonces va a quedar referida al plano de la fisiología nerviosa (Cabanis) En cuanto a la clasificación de los diferentes diagnósticos de los cuadros mentales patológicos, estos siempre van a ser ordenados mezclando el plano semiológico y el plano de lo orgánico y sus causas.⁹

En esa línea es que debe interpretarse la obra de figuras emblemáticas de la psiquiatría del siglo XVIII, como Vincenzo Chiarugi y Philippe Pinel, recordados por iniciar un trato humano a los enfermos mentales, liberándolos de cepos y cadenas, aunque su suerte era aún lamentable pues si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. George Ernst Stahl (1659-1734) dividió las enfermedades psiquiátricas en dos grandes grupos: simpáticas (en las que se encontraba afectación de algún órgano) y patéticas (en las que no se hallaba patología orgánica). Esta clasificación influyó en algunas escuelas posteriores. William Cullen (1710-1790) elaboró una clasificación de la enfermedad mental y fue el primero en utilizar el término "neurosis". Philippe Pinel (1745-1826) este médico francés cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales. Pinel fue nombrado en 1795 Director de La Salpêtrière, en París, en su tratado de la insania clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicó su origen por la herencia y las influencias ambientales. Johann Reil (1759-1813) fue el creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista de psiquiatría.^{7, 8}

1.1.11 Siglo XIX

Durante el siglo XIX los desarrollos conceptuales en patología mental oscilaron entre plantear la existencia de una «psicosis única» (la alienación mental o monopsicosis) o la existencia de «psicosis múltiples». En realidad, este doble modo de pensar la existencia concreta de la patología mental constituye un aspecto propio del fenómeno, y la elección que finalmente predomina guarda relación con el aspecto de la vida mental que más destaca quien clasifica.

Cuando se percibe y se piensa en la unidad de la vida mental normal se tiende a considerar la patología mental como «una única enfermedad» o, lo que ocurre más frecuentemente, como síndromes muy abarcativos.⁹

Franz Anton Mesmer (1734-1815) postuló la doctrina del magnetismo animal, según la cual existe un fluido universal, el cual sería transmisible mediante los pases magnéticos. Las sesiones de Mesmer se hicieron famosas, y constituyen un ejemplo del uso de la sugestión. Franz Joseph Gall (1758-1828) fue el iniciador de la frenología, doctrina que pretendía conocer el estado de ciertas funciones cerebrales mediante la palpación del cráneo. Claude Bernard (1813-1878) abordó todos los campos de la fisiología. En el aspecto concerniente a la psiquiatría es interesante su obra "Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux", publicada en dos tomos en 1.858. Jean Martin Charcot (1825-1893) estudió los fenómenos de la hipnosis y la histeria. Johann Christian Reil (1759-1813) describió el área cerebral que lleva su nombre (1809) y en las Rapsodieen (1803) propone el tratamiento humano de los enfermos mentales. Santiago Ramón y Cajal premio Nobel de Medicina, realizó estudios fundamentales para el conocimiento del Sistema Nervioso a través del estudio de la neurona.⁷

1.1.12 Siglo XX.

A partir de finales del siglo XIX y durante unos 60 años la psiquiatría va a llevar a cabo una transformación esencial en el sentido de descubrir cuál es la realidad del psiquismo que se desorganiza en la patología mental. Esta revolución conceptual

se desarrolló trabajando diferentes materiales clínicos (psicosis y neurosis) y siguiendo dos orientaciones: una clínica y otra psicoanalítica.⁹

Se desarrollaron clasificaciones internacionales, así como de su tratamiento, aparecen la psicoterapia y la psicofarmacología. Emil Kraepelin (1856-1926) elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva, que hoy en día se emplea para clasificar a los pacientes de acuerdo con la conducta que manifiestan. Describe por primera vez la demencia praecox y la psicosis maníaco-depresiva. Eugen Bleuler (1857-1939) por su parte dio unifica las diferentes formas de demencia precoz, no en un proceso orgánico, si no en una unidad de proceso mental.⁹ Sustituyó con éxito el concepto de demencia praecox por el de esquizofrenia en su famosa obra de 1911 "Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias". Kretschmer (1888-1964). Describió dos tipos corporales: leptosómico y pícnico, los cuales vinculó con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, respectivamente. Meyer (1866-1950). Desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, integrando aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales. Autor de Psicobiología: una ciencia del hombre (1957). Schneider (1887- 1967). Autor de Psicopatología clínica (1959), implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios (conocidos ahora como schneiderianos) y secundarios. Sigmund Freud (1856-1939). Estudió inicialmente con Charcot en la Salpêtrière. Junto con Joseph Breuer (1841-1925) empleó la hipnosis para el tratamiento de pacientes histéricas. Más adelante abandonó la hipnosis por el método de las "asociaciones libres". En sus Estudios sobre la histeria, Freud relacionó esta enfermedad con problemas sexuales. En 1896 creó el término "psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente, manifestándose mediante los síntomas neuróticos. (1949) el psiquiatra australiano John Cade (1912-1980) describió los efectos del litio para el tratamiento de enfermos maníacos. (1952) El primer antipsicótico convencional: la clorpromazina, se convirtió en el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia.(1960)

se sintetizó la clozapina, que se convirtió en el primer antipsicótico atípico. Antipsicóticos convencionales como el haloperidol fueron utilizados por primera vez para controlar los síntomas positivos de la psicosis con excelentes resultados. (1987 se introdujo la fluoxetina, primer inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (1994). Se comercializa por primera vez la risperidona (antipsicótico atípico), consiguiendo en años posteriores nuevas indicaciones en demencia y trastorno bipolar, además de esquizofrenia. (1997) las investigaciones ponen de manifiesto que existen implicaciones genéticas en el trastorno bipolar. Incluso se ha sugerido que la enfermedad es heredada.⁷

Y actualmente la actualización y revisión de lo que se identifica Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), en su versión V.

1.2. Epidemiología.

En todo el mundo, los problemas de salud mental suelen ser atendidos por primera vez más en las consultas de atención primaria que en las de salud mental. Al menos 1 de cada 5 consultas que recibe un médico familiar se debe a algún problema de índole psicológica o psiquiátrica. La prevalencia de psicopatología en atención primaria oscila entre un 22 y un 29%, y los datos parecen apuntar que hay una asociación entre la enfermedad mental y el alto número de visitas al médico de familia, de forma que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos consultan de forma repetida en los diversos dispositivos de atención primaria de salud.^{6,7}

Entre las razones por las que los médicos de atención primaria desempeñan este papel primordial en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad mental se encuentran: un mayor alivio del paciente con los médicos de atención primaria, el deseo de evitar ser clasificados como enfermos mentales y las largas esperas para las consultas de psiquiatría.⁷

Frente a esta situación, el médico se queja de tener diversas dificultades en el tratamiento de los trastornos de salud mental: unas veces por no poseer los

suficientes conocimientos, otras por encontrar dificultades en el abordaje de estas enfermedades y otras por desconocer las actitudes que debe adoptar ante ellas.⁷

Los médicos de atención primaria consideran insuficiente su formación en el área de salud mental ya incluso durante la licenciatura de medicina y, simultáneamente, muestran una actitud bastante favorable a la formación continuada en esta materia. De hecho, en las últimas décadas se está identificando una fuerte necesidad de formación continua en salud mental para los médicos de atención primaria, en particular en el campo de la entrevista clínica y los conocimientos, habilidades y actitudes para llevar a cabo la «ayuda psicológica», especialmente respecto al trastorno de somatización, a los problemas psicosexuales y al manejo del estrés.

Otro problema importante detectado por los médicos de atención primaria tiene que ver con su relación con los servicios especializados de psiquiatría. La calidad de esta relación no la consideran satisfactoria, sino más bien confusa: están mayoritariamente en desacuerdo sobre los criterios de mejoría clínica que manejan los especialistas. Además, dicen encontrar dificultades para derivar a un paciente a un área de salud mental debida principalmente a la larga lista de espera y al desconocimiento de la presencia de un protocolo válido de derivación e interconsulta. A pesar de este problema, los médicos de atención primaria suelen derivar a los servicios especializados en salud mental sobre todo cuando se encuentran con pacientes que presentan ideas autolíticas, cuando consideran que la enfermedad es grave o cuando encuentran dificultades para el manejo del paciente.^{5,10}

Dadas la demanda de asistencia de pacientes con problemas de salud mental en atención primaria, las carencias formativas en esta área y las dificultades de coordinación con los servicios especializados, se considera relevante conocer la opinión de los médicos de atención primaria sobre la demanda asistencial en materia de salud mental, sus conocimientos y sus actitudes ante los trastornos mentales y el colectivo demandante y, especialmente, sus necesidades en cuanto a formación.⁷

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación.^{5,10}

Algunos datos del mundo, reflejan que:

- 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta.
- Las principales enfermedades mentales son la esquizofrenia, el trastorno bipolar (maniaco-depresivo), la depresión severa, el trastorno obsesivo compulsivo, la enfermedad de Alzheimer y otras como la epilepsia y la anorexia.
- Alrededor de un millón de personas se suicidan cada año.
- 33 por ciento de los años vividos con discapacidad en todo el mundo se deben a trastornos neuropsiquiátricos.
- Cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).
- Más de 150 millones de personas sufren depresión en algún momento de su vida.
- Cerca de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia.
- 38 millones están afectadas por la epilepsia.
- Más de 90 millones sufren trastornos causados por el alcohol y las drogas.
- Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.

- Más de 40 por ciento de los países en el mundo no cuenta con una política de Salud Mental.
- En 41 por ciento de los países no existen programas de capacitación en Salud Mental para los agentes de salud del nivel primario.
- En 2001, más de 20 por ciento de la población mundial sufrió algún trastorno afectivo que demandó tratamiento médico.
- En 2001, la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8 por ciento en los hombres y 9.5 en mujeres.
- La incidencia de trastornos de la alimentación ha registrado un aumento progresivo en los últimos años. En el mundo, los padecen alrededor de 0.5 por ciento mujeres; y de quienes se tratan, 10 por ciento muere por esta causa.
- La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años.
- La depresión cobra mayor importancia día a día y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

En lo que corresponde a América Latina y el Caribe, los trastornos Neuropsiquiátricos tienen un peso del 22% de la carga total de enfermedades por años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), mayor que a nivel mundial, esto quiere decir que la situación en estos países es aún más complicada, dado que la mayoría son países de tercer mundo o en vías de desarrollo, por ende se requiere de mayor esfuerzo de las políticas públicas de salud para contrarrestar este fenómeno. Una compilación de los estudios epidemiológicos más importantes acerca de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe en los últimos 20 años, nos permite apreciar la prevalencia y la brecha de tratamiento.^{7,10}

1.3. Etiología de los trastornos mentales

Aun cuando existe un reconocimiento de la importancia de la salud mental en el campo de la salud pública y de la amplia utilización de este concepto en los

ámbitos profesionales, académicos y políticos, aun se enfrenta a importantes dificultades epistemológicas y prácticas para precisar qué se entiende por lo “mental”, cómo se relacionan “la salud” y “lo mental” y, en consecuencia, cómo se investiga e interviene en el ámbito de la salud mental, puesto que, en la práctica, la orientación de las acciones y de las investigaciones no obedecen a definiciones “universales”, sino a concepciones construidas a partir de los diferentes enfoques de salud-enfermedad.⁵

Por lo anterior, entre la enfermedad y la salud mental no existe un límite claro y bien definido, y los criterios para designarlo, han variado de acuerdo enfoques teóricos y a lo largo del tiempo, no hay un acuerdo general entre especialistas sobre cómo definir estos términos. Esto es comprensible debido a que aún no han podido demostrarse las causas concretas que producen cada uno de los diferentes trastornos mentales.^{4,7}

La complejidad del cerebro humano implica una síntesis dinámica entre biología, genética, emociones, vivencias, mente, cultura, condiciones personales y sociales, sin parangón con ningún otro órgano humano. Pese a todo lo anterior podemos definir un Trastorno o una Enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, al aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.⁵

Por otro lado, estudios sobre Salud Mental consideran que Salud y Enfermedad Mental no se define a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Se ha tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.^{4,5}

1.3.1 Factores de la enfermedad mental

El Trastorno mental responde muy pocas veces al modelo causa-efecto. Las causas son múltiples, y en algunos casos son desconocidas. En General se pueden clasificar en factores exógenos, y endógenos. Los factores exógenos son los que existen en el contexto del desarrollo del sujeto destacándose la herencia histórico –social, tan importante en la formación de la persona, y su desarrollo social, estos actúan directamente provocando alteraciones y modificaciones en el individuo o en su herencia, indirectamente, actúan se modifican el plasma germinal mediante el cual se trasmite a la descendencia . Los factores endógenos, preexistentes y que son inherentes al individuo pueden ser de carácter general o específico.⁷

Factores tóxicos, como la ingesta o consumo directo indirecto de sustancias o compuestos químicos dañinos para el individuo, son causan también de enfermedades mentales; de estos los más comunes son:

- a) Alcohol: que desencadena determinados trastornos, como delirios. También puede actuar de forma indirecta disminuyendo la resistencia de las glándulas sexuales, lo que en la descendencia puede llegar a producir oligofrenias.⁷
- b) Plomo: ó intoxicacion saturnica, da lugar a amnesias, alteraciones psíquicas como delirium, afectando indirecta a la descendencia.
- c) Arsénico, alcaloides, mercurio, drogas (cannabis, cocaína, opiáceos, LSD, etc.), monóxido de carbono que disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos, que afecta a las neuronas provocando un estado confusional y demencia.

1.3.2 Factores infecciosos.

Constituyen un importante grupo de etiología de las enfermedades mentales, tanto de forma directa, provocando alteraciones psíquicas, como de forma indirecta produciendo alteraciones en la descendencia. Tuberculosis: las toxinas se fijan sobre las células germinales dando lugar a oligofrenias en la descendencia. Sífilis: directamente causa parálisis general progresiva, y de forma indirecta en la herencia produce oligofrenias. Rubéola: las mujeres en gestación tienen

descendencia con oligofrenias. Meningitis y encefalitis: causa destrucción neuronal y detención del desarrollo, actúan directamente sobre el cerebro y el tejido cerebral. Paludismo, neumonía y fiebre tifoidea: producen altas fiebres de larga duración, dando lugar a cuadros confusionales y delirium tremens. SIDA: graves deterioros en el cerebro (demencias) y dañando a las células germinales.⁷

1.3.3 Traumatismos.

Especialmente los traumatismos cráneo-encefálicos, los cuales pueden ser en diferentes etapas de la vida; por golpes y caídas sobre el vientre durante la gestación, por compresión prolongada durante el parto, uso de fórceps, en niños y adultos: con consecuencias inmediatas como confusión y conmoción a corto plazo y consecuencias a largo plazo, como trastornos epilépticos y psicosis postraumáticas.

1.3.4 Factores ambientales

Se mencionan algunos como cambios en el tiempo, cambio de estaciones, cambios en la intensidad de la luz, en la temperatura, pueden producir o desencadenar enfermedades mentales.

La aparición de una enfermedad psíquica causan trastornos psíquicos o morales la cual va en relación de la intensidad del trauma y la sensibilidad del individuo.

Existen además otros factores como los nutritivos, ya que toda deficiencia nutritiva o metabólica puede provocar trastornos psiquiátricos, como por ejemplo la avitaminosis.

1.3.5 Edad:

Aunque no es un factor causante de una enfermedad mental si es un factor predisponente, ya que las distintas edades incluyen modificaciones somáticas. Hay determinadas épocas en la vida en que la edad predispone para un trastorno mental:

a) Infancia. En esta etapa se produce el desarrollo del sistema nervioso central y las capacidades mentales, se produce el desarrollo de la personalidad, por tanto se pueden dar oligofrenias o insuficiencia mental e intelectual.

b) Pubertad. Hay cambios somáticos y psíquicos por la entrada en funcionamiento de las glándulas sexuales y por la configuración corporal. Se produce una sensación de cambio en la personalidad y cambio sobre el otro sexo. Se pueden dar esquizofrenias.

c) Adolescencia. Existe gran demanda y presión social por lo tanto es una etapa de crisis muy fuerte ya que el individuo busca una identidad conforme a lo que le quiere y hay riesgo de padecer enfermedades depresivas al no encontrar un soporte, es en esta etapa se puede desarrollar la farmacodependencia, madres solteras.⁷

d) Adulthood y senectud.

Existe una gran actividad psíquica, son mayores las luchas en el medio laboral y social, por lo tanto se dan delirios y estrés. Durante la última etapa hay envejecimiento de todos los tejidos con deterioro neuronal, se da lugar a la demencia senil o esteroesclerótica porque se produce la arterosclerosis. En esta etapa se asocian enfermedades degenerativas, como demencias, enfermedad de Parkinson, Diabetes Mellitus tipo2. Alzheimer etc.¹¹

1.4 Trastornos Mentales más detectados en atención primaria.

Los trastornos psiquiátricos corresponden hasta en un 20% de la atención medica en atención primaria, de estos, los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación, los trastornos somatomorfos y los trastornos relacionados con el consumo del alcohol, son los más frecuentes más frecuentes en la atención primaria ; en este apartado se mencionarán los criterios diagnósticos de estos trastornos mentales.

1.4.1 Trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor; y se dividen en 3 partes: La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I) La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.^{12,13}

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.^{12, 13}

Criterios para el episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).^{12,13}

Criterios para el episodio hipomaniaco

A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.

F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).^{12, 13}

Trastornos depresivos.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Se debe especificar para el episodio actual o para el más reciente si es Crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos con síntomas atípicos de inicio en el posparto.^{12,13}

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Especificar para el episodio actual o el más reciente si es crónico, con síntoma catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos con e inicio en el posparto.^{12, 13}

Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.(27)

Trastornos bipolares

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.

B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.^{12, 13}

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor un episodio maníaco o un episodio mixto.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.^{12,13}

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.^{12, 13}

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

- A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.
- B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).^{12, 13}

Criterios para el diagnóstico de Trastorno bipolar II

A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.

B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco.

C. No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio.

D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaníaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaníaco

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor

Criterios para el diagnóstico de Trastorno ciclotímico

A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.

C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.

Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.¹²

1.4.2 Trastornos de ansiedad

Psicopatología de la ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en:

Trastornos físicos

Trastornos mentales

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),

Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera).

Trastornos respiratorios (asma).

Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eccema) y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.).

Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.).

Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),

Trastornos del sueño.

Trastornos sexuales.

Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.),

Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente aceptados, definen dichos trastornos.

Trastornos de ansiedad según la DSM-IV y al DSM V.

Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack).

Agorafobia.

Trastorno de angustia sin agorafobia.

Trastorno de angustia con agorafobia.

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Fobia específica.

Fobia social.

Trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno por estrés postraumático.

Trastorno por estrés agudo.

Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en la DSM-IV TR se incluye finalmente un trastorno de ansiedad infantil, el trastorno de ansiedad por separación.

A continuación veremos los criterios diagnósticos de todos estos desórdenes, de acuerdo al DMS-IV

Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)

10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones.^{12,13}

Criterios para el diagnóstico de la agorafobia

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Se debe considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés posttraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).^{12,13}

Criterios para el ataque de pánico sin agorafobia.

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).^{12,13}

Criterios para el ataque de pánico con agorafobia

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco").

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).^{12,13}

Criterios para el diagnóstico de agorafobia sin ataques de pánico

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de la fobia específica

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

- A. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- B. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- C. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

Tipo animal.

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua).

Tipo sangre-inyecciones-daño.

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados).

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).^{12, 13}

Criterios para el diagnóstico de la fobia social

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de

ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).^{12,13}

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

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

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones

mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

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

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.^{12, 13}

Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.

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

4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

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

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2. Irritabilidad o ataques de ira.

3. Dificultades para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el tiempo de evolución.

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

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.^{12,13}

Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
3. Desrealización.
4. Despersonalización.
5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia.

2. Fatigabilidad fácil.

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno

del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.^{12, 13}

Criterios para el diagnóstico del trastorno debido a enfermedad médica

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.^{12,13}

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad inducido por sustancias

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente

2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Las sustancias asociadas son:

Alcohol, alucinógenos, anfetamina (o sustancias similares), cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina (o derivados), inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, otras sustancias (o desconocidas)

Se debe especificar si cursa con:

Con ansiedad generalizada: si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades
Con crisis de angustia: si predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: si predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos: si predominan síntomas de carácter fóbico.

El inicio puede ser durante la intoxicación: si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación. O pueden ser de inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.^{12, 13}

Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de separación

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

El inicio es temprano: si tiene lugar antes de los 6 años de edad.^{12, 13}

1.4.3 Trastornos de la conducta alimentaria.

La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos.¹⁴

La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados.

Las CAR incluyen: atracones o episodios de ingestión excesiva, la sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de dietas restringidas, ayunos, vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, y el ejercicio físico en exceso, conductas realizadas con la finalidad de perder peso y mejorar la figura corporal.¹⁴

En estudios recientes realizados en población mexicana se ha confirmado la presencia de estas conductas, principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, y de manera preponderante en el sexo femenino.¹⁴

En este apartado se revisaran los criterios de acuerdo al DSM IV y al DSM V , para diagnosticar los trastornos alimenticios .

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.

C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.

B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Se debe especificar si esta en remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.(27)

Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental.

Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.^{12,13}

Anorexia nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la

autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Tipo con atracones/purgas:

Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas), puede ser en remisión parcial, si se cumplen con el criterio A pero no se cumple el criterio B o el C, o en remisión total, si no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.^{12,13}

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Se debe especificar si se trata de una remisión parcial después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.^{12,13}

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.^{12, 13}

Trastorno de atracones

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la

que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Se debe especificar la gravedad actual, de acuerdo a la frecuencia de los episodios de atracones, esta refleja otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.^{12,13}

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.^{12,13}

Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).^{12, 13}

1.4.4 Trastornos relacionados con el alcohol

Criterios para el diagnóstico de la Intoxicación por alcohol de acuerdo a DSMIV

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - 1. Lenguaje farfullante.
 - 2. Incoordinación.
 - 3. Marcha inestable.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Deterioro de la atención o de la memoria
 - 6. Estupor o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de abstinencia de alcohol.

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - 1. Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - 2. Temblor distal de las manos
 - 3. Insomnio
 - 4. Náuseas o vómitos
 - 5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - 6. Agitación psicomotora
 - 7. Ansiedad
 - 8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la

actividad del sujeto.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas

Trastornos inducidos por el alcohol

Intoxicación por alcohol

Abstinencia de alcohol

Delirium por intoxicación de alcohol

Demencia persistente inducida por alcohol

Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol

Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones

Trastorno del estado de ánimo

Trastorno de ansiedad inducido por alcohol

Trastorno del sueño inducido por alcohol

Trastorno relacionado con alcohol no especificado inducido por alcohol.

1.4.4 Trastornos somatomorfos.

El Concepto ha cambiado con el paso del tiempo y de acuerdo a las revisiones de Dis (DSM) en la versión DSM IV se hablaba históricamente de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.¹²

A. Deben cumplirse todos los criterios de se exponen a continuación y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionado con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p.ej., cabeza, abdomen dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción)

2. Dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p.ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos (no durante el embarazo) diarrea o intolerancia a diferentes alimentos.

3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)

4. Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia o pérdida de conciencia distinta del desmayo).¹²¹⁵

B Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado ninguno de los síntomas del criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej. drogas o fármacos).

2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

3. Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).¹²

2.2 CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS SOMATOMORFO

En la revisión del DSM V se habla sobre trastornos de síntomas somáticos los cuales tienen los siguientes criterios

A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.

2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.

3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada(más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.

Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).^{12, 15}

Hipocondría.

A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de una interpretación personal de síntomas somáticos.

B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

C. La creencia expuesta en el Criterio A no es de tipo delirante(a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.^{12,15}

Síndromes Dolorosos.¹²

Trastornos por dolor.

A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.

B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionalmente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio)

E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia^{12,15}

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio de la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si no se cumplen también los criterios para trastornos de somatización

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la presencia del dolor. La enfermedad médica asociada y la localización anatómica.¹²

Especificar para ambos tipos si

Agudo: duración menor a 6 meses.

Crónico: duración igual o superior a 6 meses.

Trastornos de conversión.

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidas por conflictos u otros desencadenantes

C. El síntoma o déficit no está producido intencionalmente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto o requieren atención médica.

F.El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.¹²

Código basado en el tipo de síntoma o déficit

1. Con síntoma o déficit motor(p.ej. alteración de la coordinación psicomotora y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía y retención urinari
2. Con síntomas o déficit sensorial(p.ej. sensación de pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, y alucinaciones)
- 3.Con crisis y convulsiones incluye crisis o convulsiones, con presencia de componentes motor voluntario o sensorial..
4. De presentación mixto

Trastorno dismorfico corporal.

A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

B.La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C.La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastorno somatomorfo no especificado.

En esta categoría se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfo que no cumplen los criterios para un trastorno somatomorfo específico.

1.Seudociesis: creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como agrandamiento de la cavidad abdominal, flujo menstrual reducido o amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, nauseas, secreciones y congestión mamaria y dolores “apropiados” el día esperado del parto. Puede haber cambios de tipo endocrino pero el síndrome no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica causante de alteraciones endócrinas.

2.Un trastorno que implique síntomas hipocondriacos no psicóticos de menos de 6 meses de duración.

3.Un trastorno con síntomas físicos no explicados (p.ej. cansancio o debilidad muscular)de menos de 6 meses de duración que no sea debido a otro trastorno mental.

Para la inclusión de los criterios en el diagnóstico de trastornos somaticos según el CIE 10 se deben cumplir con los siguientes criterios,

Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos durante dos años. La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.

Cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.²⁵

1.5 Dificultades para identificar trastornos psiquiátricos fuera de las consultas de psiquiatría.

La mayoría de los estudios señalan que tanto los médicos de atención primaria como los de otras especialidades detectan sólo la mitad de los pacientes que sufren estos trastornos.

La frecuencia de trastornos psiquiátricos detectados por los médicos de atención primaria entre sus pacientes osciló entre el 18 y el 27% en cuatro trabajos que detectaron una enfermedad psiquiátrica probable en el 36 al 47% de estos pacientes. Este fenómeno tiene mayor repercusión, si cabe, en el medio hospitalario, en el que, según un estudio, sólo el 22% de los pacientes ingresados por diferentes enfermedades médicas que estaban deprimidos tenían un diagnóstico de depresión registrado en sus historias clínicas.¹⁷

De entre los trastornos psiquiátricos, la depresión es un ejemplo destacable; así, otros estudios han demostrado que los médicos diagnostican correctamente

menos de la cuarta parte de los episodios depresivos en pacientes con enfermedad cardíaca y sólo la mitad de ellos reciben tratamiento. También en pacientes con accidente cerebrovascular se han descrito bajos niveles de detección y tratamiento de la depresión: en un estudio sobre 103 pacientes se detectaron 30 pacientes con depresión, ninguno de los cuales estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico.

En muchos casos, incluso cuando la depresión es reconocida, los médicos, los pacientes y los cuidadores la consideran como una reacción normal a la enfermedad más que como un trastorno que debe tratarse. De hecho, en más de la cuarta parte de los casos en los que se ha detectado un trastorno psiquiátrico, el médico de atención primaria no toma decisión terapéutica alguna.²⁸

Entonces, la capacidad de los médicos no psiquiatras para detectar trastornos mentales es relativamente baja. En el caso de los médicos de atención primaria, se ha calculado que su sensibilidad para detectar un trastorno psiquiátrico es de aproximadamente el 35%, mientras que su especificidad es, aproximadamente, del 85%.

Es decir, los médicos de atención primaria detectan pocos trastornos psiquiátricos en sus pacientes. Las causas de esta baja sensibilidad de los médicos no psiquiatras para detectar trastornos mentales son varias. El motivo de consulta del paciente parece ser el factor que determina de forma más importante que el médico no psiquiatra detecte o no una enfermedad mental. La mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos consultan por síntomas somáticos (insomnio, cefalea, fatiga, pérdida de peso) que pueden ser atribuidos a enfermedades físicas en lugar de poner al médico sobre la pista de un posible trastorno mental. Así, a pesar de la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, la frecuencia de consultas médicas en las que el motivo principal es directamente un síntoma psicopatológico es muy escasa. Todos los estudios que se ocupan de este factor coinciden en señalar que si el paciente realiza la consulta por un motivo psicológico, la detección de trastornos mentales mejora considerablemente.^{16,17}

Por otra parte, los médicos no psiquiatras tienden a considerar la enfermedad psiquiátrica como un diagnóstico por exclusión o secundario. Por ello, la capacidad del médico no psiquiatra de detectar enfermedades mentales aumenta cuando no se encuentra explicación a los síntomas físicos.

Además los conocimientos que el médico posee sobre la enfermedad mental, su actitud ante el paciente (p. ej., mostrar interés por los problemas personales o sociales del pacientes) y sus habilidades de comunicación (p. ej., ser receptivo a la comunicación no verbal, hacer preguntas abiertas) son factores que influyen también en la identificación correcta de enfermedad mental en sus pacientes. Curiosamente, la experiencia personal del médico de tener en su entorno cercano (familia o amigos) una persona con una enfermedad mental mejora extraordinariamente la capacidad para detectar trastornos psiquiátricos en sus pacientes. Esta experiencia humana, no de aprendizaje técnico, parece actuar como factor sensibilizador, pues no induce una mejoría en el tratamiento del paciente.

1.5.1 Necesidad de detectar y tratar los trastornos psiquiátricos fuera del ámbito de la psiquiatría.

La insuficiente identificación de los trastornos psiquiátricos por parte de los médicos no psiquiatras tiene como consecuencia inmediata que estos pacientes no sean tratados de su enfermedad mental ni derivados al psiquiatra. De ello se derivan, obviamente, consecuencias negativas para el bienestar del paciente, que padece un sufrimiento que podría evitarse, pero también para la economía del sistema sanitario, por el incremento de los costos. Además, la presencia de trastornos psiquiátricos puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades. Por ejemplo, en pacientes sanos, la depresión es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular incluso si los síntomas depresivos no son suficientes para hacer un diagnóstico de depresión mayor según la DSM. Además, los trastornos psiquiátricos también pueden empeorar el pronóstico de la enfermedad médica que padece el paciente. En este sentido, en una publicación estudiaron 222 pacientes que ingresaron en un hospital por un

infarto agudo de miocardio, encontrando que la presencia de depresión era un factor que predecía la mortalidad: a los 6 meses, el 17% de los pacientes con depresión tras su infarto habían muerto, frente al 3% de los pacientes que no tuvieron depresión.²⁸

1.5.2 Diagnóstico Clínico

Hasta ahora el diagnóstico de las enfermedades mentales es básicamente clínico, no existe ningún estudio de laboratorio, de imagen, ni de electrofisiología capaz de definir por sí solo alguno de los trastornos mentales primarios. Existen enfermedades en donde la utilización de los estudios de gabinete son más importantes que en otros como el caso de la epilepsia y de la enfermedad de Alzheimer, donde el electroencefalograma en el primero de los casos y la resonancia magnética en el segundo, proporcionan un gran apoyo para elaborar un diagnóstico más certero. Sin embargo, en los trastornos afectivos, los de ansiedad, en la esquizofrenia y en los del desarrollo infantil los estudios paraclínicos no confirman el diagnóstico; aun así se realizan para descartar otros padecimientos por comorbilidad o para obtener el diagnóstico diferencial del padecimiento. En este sentido uno de los grandes avances de la psiquiatría ha sido el establecimiento de criterios clínicos objetivos para definir los diferentes diagnósticos de los trastornos mentales.

La preocupación de la OMS y las sociedades psiquiátricas en el sentido de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales han motivado que las bases conceptuales de las clasificaciones actuales hayan evolucionado notablemente respecto a las de hace unas décadas.¹⁹

Cuando se elaboraron las primeras clasificaciones de enfermedades, hace más de un siglo su utilidad era exclusivamente administrativa y de obtención de datos para fines estadísticos. Sin embargo las clasificaciones actuales pretenden además de cubrir este objetivo, ayudar a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con unos criterios uniformes, así como dar recomendaciones en la práctica clínica respecto a los elementos semiológicos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico. Fruto de todo este esfuerzo son el

DSM-V, la CIE-10, los glosarios de términos, la Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) entre otros.

Las dos grandes asociaciones en materia de Salud Mental (la Asociación Psiquiátrica Americana -APA- y la Organización Mundial de la Salud -OMS-) han ofertado sistemas de clasificación internacionales, con validez legal y científica reconocida. La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su 10ª edición CIE-10 (OMS, 1992) y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición DSM-V son dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia.

Por otra parte ambas clasificaciones persiguen proporcionar criterios diagnósticos para aumentar la fiabilidad de los juicios clínicos. Uno de los problemas que se observan en México es que la mayoría de los médicos no psiquiatras, desconocen estos manuales diagnósticos, lo que repercute en la elaboración de diagnósticos erróneos y consecuentemente tratamientos inadecuados.²⁰

Y ya que los problemas de salud mental suelen ser atendidos por primera vez más en las consultas de atención primaria (AP) que en las de salud mental, como se había mencionado. Y teniendo en cuenta que los trastornos mentales se conceptualizan como una conducta clínicamente significativa o patrón psicológico que ocurre en un individuo y está asociado con enfermedad actual (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo aumentado de manera significativa de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad, se desarrolló como una alternativa El PRIME-MD (iniciales de Primary Care Evaluation of Mental Disorder) es un procedimiento estandarizado breve y de fácil aplicación ya utilizado en otros países.³

Este instrumento evalúa 5 grupos de trastornos mentales (Humor, Ansiedad, Alcoholismo, Somatomorfo y Trastornos Alimenticios), que con mayor frecuencia se observan en la población en general y en los sitios de atención primaria. Consta de dos partes: (a) **Un cuestionario** (CP), en cual se consideran los 5 grupos de

trastornos mentales, además de una pregunta sobre su estado general de salud y que es contestado por el paciente mientras espera ser atendido por su médico, que permitirá al médico reconocer qué módulos aplicará. Consta de 26 preguntas sobre signos y síntomas presentes durante el último mes, que el paciente contesta con un **Sí** o con un **No**. (b) **Una guía de evaluación** para el médico (GEC), que consta de 12 páginas y que puede ser aplicada en cualquier momento de la entrevista con el paciente o después de que éste haya mencionado la razón de su visita. La GEC en su primera página contiene las instrucciones y la secuencia de los módulos como serán aplicados al paciente. Esto se hace en base a las respuestas de la CP. Las 16 primeras preguntas de la CP contempla 15 síntomas físicos que cubren la mayoría de las quejas físicas expresadas en la atención primaria (están excluidos los síntomas respiratorios altos) y un ítem que evalúa hipocondrías. Tres o más respuestas afirmativas dirigen al médico hacia el módulo de somatomorfo en la GEC. La pregunta 16 explora las alteraciones del apetito, mientras que el módulo del humor, se explora con la pregunta 17 o 18. La 19 a la 21 exploran ansiedad, y al menos una de la 22 a la 25 corresponde a alcoholismo. El PRIME-MD le permite al médico determinar la presencia o ausencia de 18 padecimientos mentales, dentro de un espectro de 5 grupos, al hacer preguntas específicas, basadas en criterios diagnósticos contenidos en el DSM (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders). Nueve corresponden a diagnósticos psiquiátricos umbrales como ser: Trastorno Depresivo Mayor, Remisión Parcial del Trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno de Pánico, Trastorno Ansiedad Generalizada, Bulimia Nerviosa y Trastorno Somatomorfo, una forma severa del Trastorno Somatomorfo, Trastorno de Dolor Somatomorfo e Hipocondrías. Además, incluye seis diagnósticos adicionales que son considerados sub-umbrales debido a que no cumplen con todos los síntomas que se requieren para establecer el diagnóstico específico del DSM y que es importante considerar ya que se asocian con deterioro funcional y porque este tipo de alteraciones puede beneficiarse al recibir tratamiento. Estos diagnósticos sub-umbrales incluyen: Trastorno Ansioso Inespecífico, Trastorno del Apetito Inespecífico, Trastorno Somatomorfo Inespecífico, Trastorno Depresivo Menor. La Dependencia o Abuso

de Alcohol también pertenece a este grupo como un diagnóstico sub-umbral debido a que se requiere información confirmatoria. Otros diagnósticos que también se incluyen son el Trastorno Bipolar, Trastorno Depresivo debido a enfermedad física, medicamento o uso de droga, Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad física, medicamentos o uso de droga.³

Entonces está considerado por esto que el PRIME-MD es un sistema diseñado para facilitar el reconocimiento y diagnóstico rápido y certero de los trastornos mentales que se observan más frecuentemente en adultos dentro del entorno de la atención primaria.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Salud Mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos e incluye padecimientos como la depresión, ansiedad, somatización, demencias, esquizofrenia y los trastornos del desarrollo en la infancia algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. Y si entender, que la Salud Mental de los habitantes de un país no es ajena a su salud general. Ambas dependen de condiciones de la sociedad tales como: la estabilidad económica, educación, calidad de la convivencia social y la integración familiar, también determinantes más específicos como el empleo, la habitación, nutrición, etc. Si bien es cierto que conocemos solamente en forma fragmentaria las causas de algunos de los desórdenes mentales más comunes es un hecho establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio, físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas vulnerables no pueden tolerar.

La Salud Mental tiene muchas facetas, sus raíces se hunden en la biología y sus ramas rebasan el campo propio de la medicina, se extienden en la arena social en varias direcciones. Como la Salud en General, la Salud Mental, se imbrica en la trama general de la vida de las poblaciones, depende de su cultura y sus condiciones socioeconómicas, la pobreza y lo que ésta lleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social inciden

negativamente en la Salud Mental, e imprimen su propia huella en los problemas universales y generan otros que son propios de nuestra sociedad.

Pero otra situación que de por qué es importante estudiar los estados de salud mental, es la poca familiaridad con los trastornos psíquicos, pues existen un amplio consenso en que es necesario mejorar las habilidades de los Médicos de Atención Primaria en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y la necesidad de ampliar su formación en salud mental. Por lo cual se realiza la siguiente interrogante.

¿Que tan frecuente es la presencia de trastornos mentales en el en el servicio de la consulta externa de la clínica de Issemym Chalco?

3. JUSTIFICACIÓN.

En todo el mundo, los trastornos psiquiátricos están en un alto porcentaje de los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria ya sea como trastorno principal o como trastorno asociado. Varios trabajos han cifrado la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el ámbito de atención primaria, así lo muestran los estudios de Baca,(29) y L torre Postigo.(3) Los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatomorfos, los trastornos alimenticios y los trastornos asociados con el consumo del alcohol. Constituyen la patología más prevalente en la atención primaria; y son los médicos de atención primaria, quienes diagnostican y tratan aproximadamente a la mitad de los pacientes con este trastorno. Al menos en una de cada cinco consultas que recibe un médico de familia, el paciente va por algún problema de índole psicológica o psiquiátrica, ya que diversas investigaciones señalan que la prevalencia de psicopatología en AP se mueve entre un 22% y un 29%.(3). De estos Los datos parecen apuntar que existe una asociación entre la enfermedad mental y el alto número de visitas al médico de medicina familiar, de manera que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos tienen tendencia a consultar de forma repetida en los diversos dispositivos de AP.⁴

Y si aunado a esto tomamos en cuenta que una cuestión que afecta claramente a las posibilidades de diagnóstico e intervención sobre los problemas de ansiedad y depresión en AP es la sobrecarga asistencial y el poco tiempo del que se dispone para dedicarle a estos casos. En un trabajo reciente se muestra que la mayoría de los Médicos de Atención Primaria (75,3%) atiende a 35 o más pacientes cada día. Asimismo, la mitad de los médicos (50,8%) tiene asignados más de 1.500 pacientes. Todo esto conlleva un tiempo medio por consulta de no más de diez minutos, y quedando claro que se respeten los tiempos de asistencia de los pacientes e inicio de la consulta programada.

Con estos datos disponibles se puede decir que los problemas de salud mental (fundamentalmente ansiedad, depresión y somatización) son los que mayor carga de trabajo les produce a los Médicos Familiares. En estudio clásico de Vázquez-Baquero encontró que la morbilidad psiquiátrica es el principal determinante de la utilización de las consultas de AP en ambos sexos y que una de cada seis consultas en los hombres y una de cada cinco en las mujeres están relacionadas con un problema de salud mental. Además, los resultados muestran una asociación entre trastornos mentales y mayor número de visitas al Médico Familiar tanto por los propios problemas de salud mental como por otras causas. De ahí la importancia del presente trabajo.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general.

Identificar los trastornos de salud mental más frecuentes en el servicio de la consulta externa de la clínica de Issemym Chalco.

4.2 Objetivos específicos.

1. Determinar los trastornos mentales más frecuentes que se presentan en los pacientes en la consulta externa de la clínica de Issemym Chalco.
2. Identificar datos sociodemográficos: edad y sexo de los pacientes con trastornos mental de acuerdo al PRIME-MD en la consulta externa de la clínica de Issemym Chalco.

3. Determinar Grupo de edad más frecuente CON TRANSTORNO DE SALUD MENTAL

4. Identificar número de consultas reiterativas en los pacientes con algún trastorno mental de acuerdo al PRIME-MD en la consulta externa de la clínica de Issemym Chalco.

5. HIPOTESIS.

El presente estudio es de tipo longitudinal, descriptivo por lo que no requiere de hipótesis

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo y trasversal

6.2 Población, Lugar y Tiempo

El presente estudio se llevó a cabo en un total de 150 pacientes de ambos sexos que acudieron a la consulta externa de la Clínica de Chalco Issemym, en un periodo de 01 enero 2014 al 30 junio 2014.

6.3. Muestra

Se realizó un muestreo aleatorio, de acuerdo a la hoja diaria de consulta externa, en un periodo de 01 enero 2014 al 30 junio 2014. Encontrando

un total de 150 pacientes, atendidos en la consulta externa de la clínica de Chalco,

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudan al servicio de la consulta externa de la Clínica de ISSEMYM Chalco.
- Pacientes con un rango de edad de 20 a 49 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.

- Que acepten participar en el estudio.
- Que firmen el consentimiento informado.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan un padecimiento orgánico bien definido y diagnosticado.
- Encuestas con el llenado incorrecto o incompleto.
- Que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes analfabetas.
- Pacientes que por diferentes motivos no acepten participar en el llenado del instrumento.

Criterios de eliminación:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica generativa que acudan a control mensual.
- Paciente con pérdida de la vigencia de derechohabiente durante el estudio.

Criterios de exclusión:

- Encuestas no llenadas correctamente o incompletas.

6.5 VARIABLES, DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN

Variable	Tipo	Definición conceptual	Escala de Medición	Calificación	Fuente	Análisis
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Numérica continua	a) 20 a 30 años b) 31 a 40 años	Cedula	Graficas

				c) 41 a 49 años		
Sexo	Cualitativa	Clasificación de hombres o mujeres teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas	Categórica Nominal	a)Femenino b)Masculino	Cedula	Graficas
Pacientes hiperfrecuentadores	Cuantitativa	Acudir a consultas más de 7 veces al año	Categórica Nominal	1)7 a 9 consultas 2) 10 a 12 Consultas 3) Más de 13 Consultas	Cedula	Graficas
Trastorno mental	Cualitativa	Conducta clínicamente significativa o patrón psicológico que ocurre en un individuo y está asociado con enfermedad actual (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo aumentado de manera	Categórica Nominal	1) Trastorno del Estado de ánimo. 2) Ansiedad 3) Conducta alimentaria. 4) Somatorfos 5) Abuso o dependencia	Cedula	Gráficas

		significativa de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad				
--	--	--	--	--	--	--

6.6 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

El cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders). El cuestionario PRIME-MD es un sistema diseñada para facilitar el reconocimiento y diagnóstico de los trastornos mentales que se detectan más frecuentemente en adultos en la atención primaria. Se organiza en 5 áreas diagnósticas (trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, somatomorfos y de abuso o dependencia del alcohol). Consta de 26 preguntas sobre signos y síntomas presentes durante el último mes, que el paciente contesta con un **Sí** o con un **No**. (b) **Una guía de evaluación** para el médico (GEC), que consta de 10 preguntas y que puede ser aplicada en cualquier momento de la entrevista con el paciente o después de que éste haya mencionado la razón de su visita. La GEC en su primera página contiene las instrucciones y la secuencia de los módulos como serán aplicados al paciente.

6.7 METODO PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Se recabará la lista de los pacientes de acuerdo a las hojas diarias, de atención en la consulta externa, con las claves y el número de asistencias, así como la causa de la atención médica, tomando en cuenta a los 5 consultorios de la consulta externa, el turno matutino de los cuales se seleccionaron al azar y se solicitó su participación previo llenado del consentimiento informado y posterior llenado del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders).

6.8 RECURSOS

6.8.1 RECURSOS HUMANOS

Participación del personal del área de recepción, del área de archivo, área de bioestadísticas, Personal Médico y enfermería del turno matutino de la clínica de consulta externa.

6.8.2 RECURSOS MATERIALES.

- 600 hojas, lápices, bolígrafos, computadora, impresora, tinta, tablas de trabajo, gomas.

6.8.3 RECURSOS FÍSICOS

Instalaciones de la clínica de consulta externa Chalco, Issemym.

6.8.4. FINANCIAMIENTO.

Este estudio será financiado por el investigador responsable.

7 CONSIDERACIONES ETICAS.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, para proteger su salud y sus derechos individuales.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud la dignidad de ser humano. Lo anterior se encuentra estipulado en la declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea médica Mundial Helsinki, una propuesta de principios éticos. (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.)

La ley General de Salud, en el título 5º, capítulo único, con respecto a la investigación para la salud en el Artículo 100 menciona que (2) la investigación en seres humanos

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica, especialmente en lo que refiere a su posible

contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

- II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quién se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúan bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

Se considera las siguientes categorías:

- Investigación sin riesgo: La posibilidad de causar alteración física o psicológica en el sujeto es muy remota: investigación documental, de tipo descriptivo, observacional y sin manipulación.
- Investigación de riesgo mínimo: Estudios donde se emplean procedimientos comunes, exámenes, físicos, psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario.
- Investigación con riesgo mayor al mínimo: Investigaciones en las que la probabilidad de afectar al sujeto es significativa.

Por lo anterior mencionado este estudio se considera sin riesgo. (Ley General de Slud.)

Se informará a las pacientes sobre los motivos del estudio, así como se asegurará su confidencialidad, y dio a conocer la hoja de consentimiento informado la cual posterior a ser aceptada y firmada, se iniciará la aplicación del cuestionario.

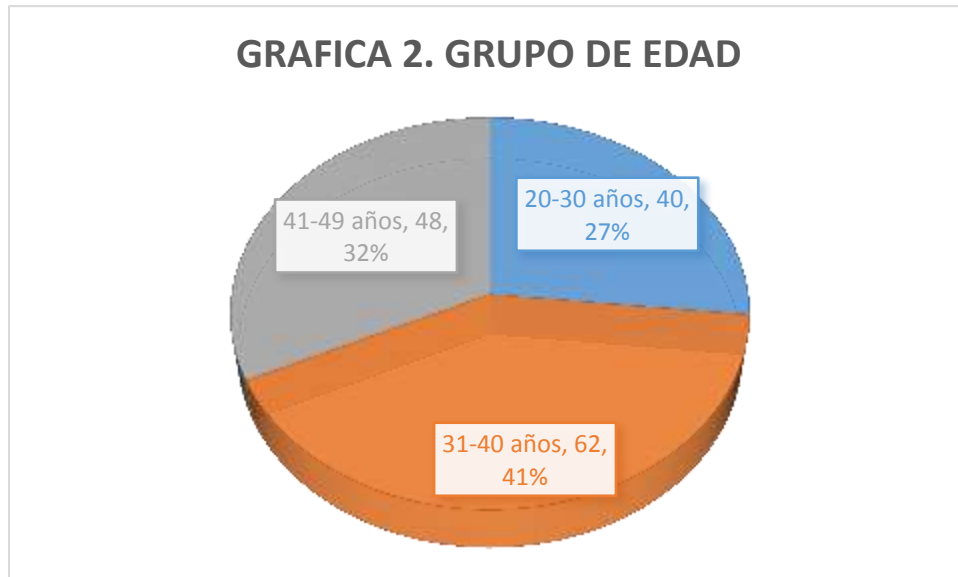
8 RESULTADOS.

En el presente estudio se seleccionó al azar un total de 150 pacientes que acudieron a la consulta externa de la clínica de Chalco, Issemym, de acuerdo al registro de hojas diarias del área de archivo de consulta externa, en donde se encontró que con un 88% de los pacientes fueron del sexo femenino (132 pacientes) y con el 12% del sexo masculino (18 pacientes). Grafica 1



FUENTE: PRIME-MD

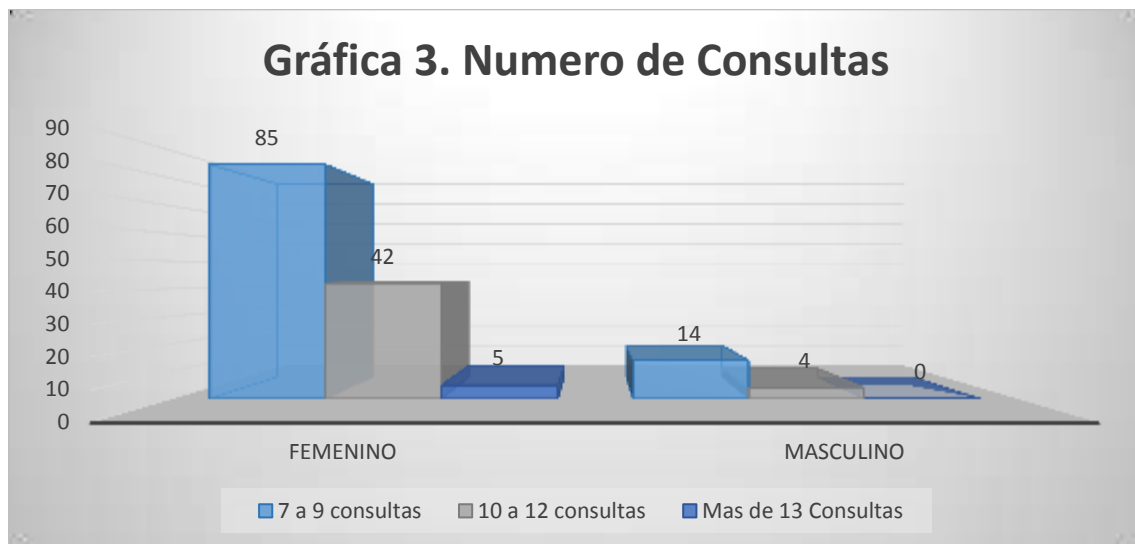
Tomando en cuenta los rangos de seleccionados por edad, se encontró que en el rango de 20 a 30 años de edad fue del 27% (40 pacientes), de 31 a 40 años de edad fue el 41% (62 pacientes) y por último de 41 a 49 años de edad el 32% (48 pacientes). Gráfica 2



FUENTE: PRIME-MD

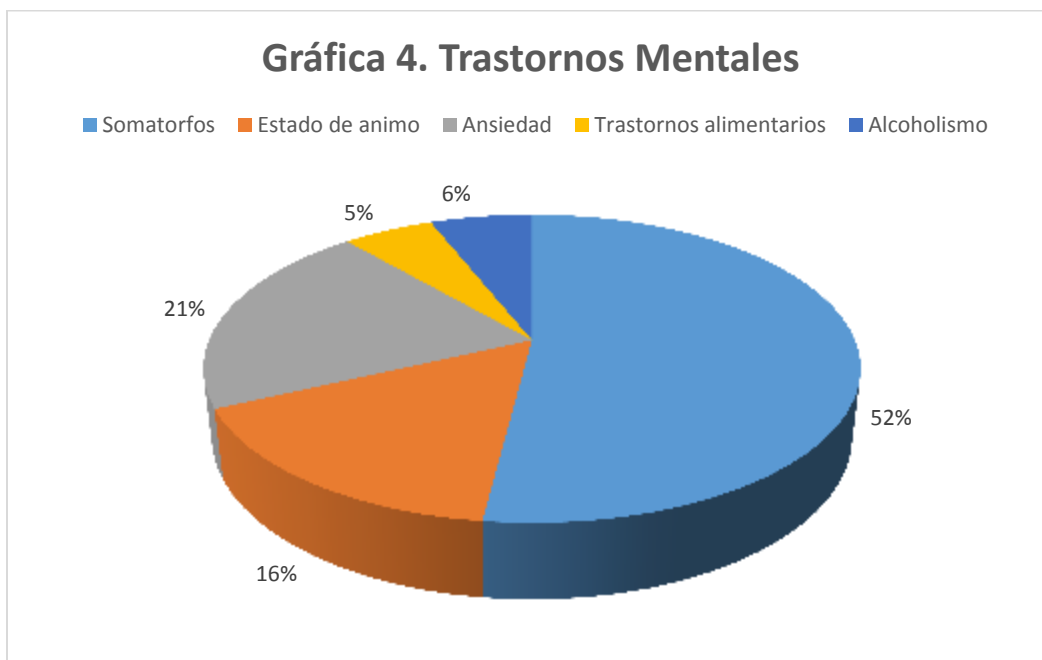
De los 150 pacientes seleccionados se observó que la recurrencia de solicitar consulta durante el periodo de selección del estudio del 01 enero 2014 al 30 junio 2014, sin tener diagnóstico de paciente con enfermedad crónico generativa, en el sexo femenino con 7 a 9 consultas fueron un total de 85 pacientes, de 10 a 12 consultas 42 pacientes y con más de 13 consultas solo 5 pacientes.

En cambio en el sexo masculino con una recurrencia de 7 a 9 consultas fueron 14 pacientes, de 10 a 12 consultas 4 pacientes y con más de 13 consultas durante el periodo, ningún paciente. Grafica 3



FUENTE: PRIME-MD

Finalmente de acuerdo a lo establecido cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), para facilitar el reconocimiento y diagnóstico de los trastornos mentales que se detectan más frecuentemente en adultos en la atención primaria, el cual se organiza en 5 áreas diagnósticas (trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, somatomorfos y de abuso o dependencia del alcohol). Se observó que de los 150 pacientes todos presentaron algún trastorno mental, de acuerdo a los siguientes datos: en el aspecto somatomorfos fue de 52% (78 pacientes), con trastornos en el estado de ánimo fue del 16% (24 pacientes), que presentaron Ansiedad el 21% (32 pacientes), con algún aspecto de trastornos alimentarios 5% (7 pacientes) y finalmente con dependencia y/o abuso de alcohol 6% (9 pacientes). Gráfica 4



FUENTE: PRIME-MD

9 DISCUSION

El cuestionario PRIME-MD es un instrumento válido y fiable, con una adecuada especificidad y sensibilidad que puede ayudar al médico tanto de atención primaria como de otras especialidades a identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes.

En el estudio de Banegas M. Diana, en cuando a una población de 100 pacientes y aplicación del PRIME-MD encontró que el 93% era del sexo femenino, en este estudio fue del 88%, y aunque el porcentaje es diferente, se observa el predominio del sexo femenino como consultor de los servicios médicos, por trastorno mental. En el mismo estudio de Banegas, reporto como asintomáticos el 30%, es decir el 70% presentaba algún trastorno mental, con una proporción más alta en este estudio puesto que se alcanzó el 100% para encuadrar en algún trastorno mental.

En cuando a los resultados de los trastornos mentales detectados por Banegas M. Observó que con Humor 48%, Ansiedad 17%, Alcohol 6%, trastornos del Apetito 2% y con trastorno Somatomorfo 27%. Totalmente opuesto al estudio desarrollado puesto que predomina el trastorno somatomorfo con el 52%, esto debido a que son los primeros síntomas que se observan de las patologías que evalúa el instrumento, pues estas patologías tiene una relación estrecha. Los trastornos en el estado de ánimo fue del 16%, y los trastornos de Ansiedad el 21%, en este punto es proporcional, con algún aspecto de trastornos alimentarios 5% y con dependencia y/o abuso de alcohol 6%, de igual forma concordante.

Y si bien en el estudio de Banegas y de otros autores como Baca Balmero, García mencionan la Hiperutilización de los servicios médicos, sobre todo aquellos con algún tipo de trastorno mental, no precisan con número la recurrencia a la consulta. En el estudio desarrollado se alcanzó hasta con 13 consultas en medio año.

Es así como los trastornos mentales se conceptualizan como una conducta clínicamente significativa o patrón psicológico que ocurre en un individuo y está asociado con enfermedad actual (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro

en una o más áreas importantes del funcionamiento), esto tiene una gran importancia, ya que como médicos familiares, somos el primer contacto, somos los que detectamos los primeros síntomas somáticos, como dolor, cefaleas, síntomas que nos dan un primer indicio de la existencia de una probable enfermedad mental, y es un hecho que se puede realizar detección oportuna y de alguna manera rápida y confiable.

10 CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con trastornos mentales que acuden al médico familiar a consulta por síntomas somáticos (insomnio, cefalea, fatiga, pérdida de peso, etc.) que pueden ser atribuidos a enfermedades físicas en lugar de poner al médico sobre la pista de un posible trastorno mental y, de hecho, cuando el paciente realiza la consulta por un motivo psicológico, la detección de trastornos mentales mejora de manera considerable. Por último, no cabe duda de que en el proceso de conseguir una mejor identificación de las enfermedades psiquiátricas por parte del médico familiar, tanto en la asistencia primaria como en otras áreas, la posibilidad de disponer de un instrumento con propiedades psicométricas bien establecidas y de fácil aplicabilidad constituye un importante avance. El PRIME-MD cumple, con estas condiciones. Pero hay que dejar claro que el uso de instrumentos de detección en el marco de la actividad clínica habitual, debe incluir la participación en conjunto con psicólogos y psiquiatras, con la finalidad del conocimiento del instrumento PRIME-MD y unificar criterios para la toma de decisiones sobre la salud del paciente de manera oportuna y eficaz. Por ello creo que a la aplicación rutinaria de este instrumento han de unirse otras medidas relativas a la formación continuada. Por ello es necesario seguir capacitándose no solo en el aspecto biológico, sino también en el aspecto de la salud mental, terminar con limitaciones e incluso tabúes del propio personal de salud, incrementando la oportunidad en todo momento el hacer detecciones. Nos debemos preguntar y si en verdad estamos abordando los aspectos psicosociales, de las enfermedades crónico generativa (Diabetes, Hipertensión, etc.), que están fuertemente relacionadas con los principales trastornos mentales, las cuales detectadas y con una orientación e intervención oportuna pueden ser modificables. No olvidemos que el ser humano es un ente biopsicosocial, que se tiene que considerar el aspecto emocional y/o mental, que de alguna manera se está volviendo un problema de salud pública, incrementándose gradualmente en los servicios de salud mental y son causa incluso de discapacidad laboral o social.

La limitación del estudio fue la desconfianza de los pacientes para realizar el estudio, pues la palabra “ trastornos mentales” aun generan rechazo negativa a la aceptación, sobre todo en el sexo masculino. La pregunta que surge del estudio es: ¿ En verdad el porcentaje de los pacientes masculinos con trastornos mentales es menor al femenino, o el resultado es por la resistencia , o negativa por influencia cultural, social, en los hombres para acudir a la consulta por sintomatología, primaria(síntomas de(trastornos mentales) o secundarios (psicosomáticos) , ¿Qué tanto los médicos familiares de ISSEMYM conocen o están familiarizados con este instrumento, u otros instrumentos para la detección oportuna confiable y veraz de los trastornos mentales más comunes en la atención primaria?

11 BIBLIOGRAFIA

1. Baca Balmero E, Sáiz Ruíz J, Porras Chavarino A. Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: utilidad del cuestionario PRIME-MD. Rev. Med. Clin. 2011; 116: 504-509.
2. IESM-0MSS.INFORME SOBRE SISTEMA DE SALUD E MEXICO. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud;2011
3. Benegas MD, Reyes Ticas A, Pagett D. Evaluación del instrumento PRIME_MD para el diagnóstico de enfermedades mentales en la atención primaria de salud en la región Sanitaria Metropolitana. Rev. Med. Hond. 2003; 71: 70-77.
4. Latorre Postigo JM, Navarro Bravo B, Parra Delgado M. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. Rev. Clin. Med. Fam. 2012; 5(1): 37-45
5. Restrepo DA. Jaramillo JC. Concepciones de Salud Mental en el Campo de Salud Pública. Revista Facultad Nacional de la Salud Pública;2012;30(2)202-211
6. Latorre Postigo JM. López Torres H, Montañés Rodríguez J. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2005; 36(2): 85-92.

7. Olivier Gómez Carlos Yair. Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México. Secretaria de Salud. Editorial Inner Traditions en Español Rochester, 2012.
8. Salaverry O. La Piedra de la Locura: Inicios Históricos de la Salud Mental. Rev. Per. Med .Exp. Salud Pública.
9. Casarotti H. Evolución del Diagnóstico y de la Clasificación en Patología Mental. Revista de Psiquiatría Uruguay.2012;76(1)49-59.
10. Castro Camacho L, Escobar Manuel J, Sáenz Moncaleano C. Salud mental en el hospital general: resultados de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. Rev. Colomb. Psiquiatría.2012; 41(1): 61-85.
11. Sandoval de Ecurdia JM. La Salud Mental en México. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social.2005.
12. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1999;323-400.
13. DSM V. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. 2014;71-145.
14. Saucedo Molina T. Conductas alimentarias de riesgo interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal, en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución primaria. Salud Mental.2010;33 (1):11-19.
15. López Sanchez J. Delimitación, Diagnóstico y Clínica del trastorno de somatización. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia : 2011;48-54

16. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Moller H J, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression & Anxiety*. 2007; 24:185-95.
17. García L, Montero V, Muñoz J, Cabrera J, Salcedo M, Gutiérrez Casares JR. Frecuencia de los trastornos emocionales en pacientes en tratamiento con radioterapia utilizando el PRIME-MD. Congreso Nacional de Psiquiatría. Zaragoza, octubre 2010.
18. Romo Nava F, Tafoya A.S, Heinze G. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental* 2013; 36: 375-379.
19. Spitzer RL, Kroenke K, W. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD and the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. *JAMA* 1999; 282: 1737-44.
20. Cano-Vindel A. Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*. 2011; 17:157-84.
21. Linde K, Sigterm K, Levente K. Effectiveness of Psychological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*. 2015 ;13(1) 56-68.
22. V. de Gruy F, Treatment of Depression in Primary Care. *Annals of Family Medicine*. 2015 ;13(1) 3-5.
23. Green B, Gowans BWJ. Mental health care in hospitals and primary care: an unsustainable balance. *British Journal Of General Practice*. 2015 ;65.(631) 56-57

24. Olfson M, Kroenke K, Wang S, Blanco C. Trends in Office-Based Mental Health Care Provided by Psychiatrists and Primary Care Physicians. *The Journal Of Clinical Psychiatry* 2014;75(3):247-253.
25. Green BH. Hospital admission and community treatment of mental disorders in England from 1998 to 2012. *General Hospital Psychiatry*. 2014; 36(4):442-448.
26. Forrest A. Boring but important: the community mental health team. *British Journal Of General Practice*. 2015;65(636) 174
27. García Batista ZE, Cano Vindel A, Herrera-Martínez SX. Comparative study of anxiety in Spanish and Dominican students. *Escritos de Psicología*. 2014; 7,(3) 25-32
28. Cohen A. The primary care management of anxiety and depression: a GP's perspective. *Advances in Psychiatric Treatment* 2008, vol. 14, 98–105
29. Cano Vindel A, Salguero JM, Mae Wood C, Dongil E, Latorre JM. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*. 2012;36(1)2-11

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN ESTUDIOS DE INVESTIGACION CLINICA:

NOMBRE Y CALVE DE ISSEMYM: _____

EDAD _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado” DETECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA CLINICA DE ISSEMYM CHALCO”

La finalidad de este protocolo será detectar a los pacientes que acuden a la consulta externa por trastornos mental, mi participación será responder de forma libre y confidencial.

Informándome que no se tiene riesgos, ni inconvenientes, y si beneficios en el estudio, para implementar estrategias necesarias para beneficiar a la población con este padecimiento, afín de mejorar la calidad de vida.

El investigador se compromete a responder cualquier pregunta y resolver dudas acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riegos, beneficios, dar información oportuna sobre cualquier procedimiento.

Conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en este instituto.

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del testigo.

Figura No. 1. Se representa el Cuestionario del Paciente (CP), una de las dos partes que conforman el PRIME-MD.

-----CUESTIONARIO DEL PACIENTE-----					
NOMBRE: _____		EDAD: _____			
SEXO: [] Masculino [] Femenino		Fecha de hoy : _____			
INSTRUCCIONES: este cuestionario ayudara a entender mejor los problemas que Ud. Pueda tener. Puede que sea necesario que se le hagan mas preguntas sobre algunos de estos problemas. Por favor asegúrese de que ha marcado una cajita por cada pregunta.					
Durante el Mes pasado , ha sido molestado frecuentemente por..					
	Si	No		Si	No
1. dolor de estomago	[]	[]	13.náuseas, gas o indigestión	[]	[]
2. dolor de espalda	[]	[]	14.sentirse cansado con poca energía	[]	[]
3. dolor en los brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc)	[]	[]	15. problemas para dormir	[]	[]
4. dolores o problemas de menstruación.	[]	[]	16.perder el control de sus hábitos de comida	[]	[]
5. dolores o problemas durante el acto sexual	[]	[]	17.poco interés o placer en hacer cosas	[]	[]
6. dolores de cabeza	[]	[]	18.sentirse desanimado deprimido o sin esperanza	[]	[]
7. dolor de pecho	[]	[]			
8. mareos	[]	[]			
9. desmayos	[]	[]			
10. sentir el corazón palpar fuertemente acelerado o que le	[]	[]			
11. falta la respiración	[]	[]	19.nervios o sentirse ansioso o con los nervios de punta	[]	[]
12. estreñimiento, mal de estómago o diarrea	[]	[]	20. preocupado por muchas cosas diferentes	[]	[]
			21. ha tenido un ataque de ansiedad(sentir miedo o pánico repentino)	[]	[]
			22. ha pensado en disminuir su consumo de alcohol	[]	[]
			23. alguna persona se ha quejado de su consumo de alcohol	[]	[]
			24. se ha sentido culpable o molesto por su consumo de alcohol	[]	[]
			25. acostumbra usted beber mas de 5 copas en sus reuniones.	[]	[]
			En general, dira Ud. que su salud es: excelente [] muy buena [] buena [] mas o menos [] Mala []		

Figura No 2 ANEXO CONTINUACION

MODULO DEL ESTADO DE ANIMO		
<i>¿En las últimas 2 semanas ha tenido usted algunos de los siguientes problemas casi todos los días?</i>		
<i>1. Dificultades para dormir, o mantenerse dormido o dormir demasiado</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>2. Sentirse cansado o con poca energía</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>3. Poco apetito o comer demasiado</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>4. Poco interés o placer en hacer cosas</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>5. Sentirse decaído, deprimido o desesperado</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>6. Sentirse mal consigo- mismo o que es usted un desastre o que se ha defraudado así mismo o a su familia</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>7. Dificultad para concentrarse en las cosas como en leer el periódico o ver la televisión</i>		
<i>8. Estar tan inquieto o tranquilo que se mueve más de lo normal,</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>9. Si NO ¿Y al contrario? - moverse o hablar tan despacio que la gente lo pueda haber notado</i>		
<i>10. En las últimas dos semanas ¿ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño e alguna manera? Si hábleme de ella</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>
<i>11. En las preguntas 1 a 9 ¿hay 5 o mas respuestas Sí (una de las cuales es la 4 o la 5)?</i>	<i>SÍ</i>	<i>NO</i>