

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÈN DARÌO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS



MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ESTUDIANTES DE I
A V AÑO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA “UNAN-MANAGUA”, EN EL
PRIMER SEMESTRE 2012”.**

- **Tutor:**

Dr. Guillermo Gosebruch. Msc. Especialista en Psiquiatría

- **Autores:**

Br. José Danilo Acevedo Parrales

Br. Xochilt Samantha Membreño Rodríguez

Br. Guiselle María Morales Baldizón

Managua, Nicaragua

Julio, 2014.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. ANTECEDENTES.....	12
3. JUSTIFICACION.....	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5. OBJETIVOS.....	20
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
6. MARCO TEÓRICO.....	21
7. MATERIALES Y MÉTODOS.....	46
8. RESULTADOS.....	59
9. DISCUSIÓN.....	69
10. CONCLUSIONES.....	74
11. RECOMENDACIONES.....	75
12. BIBLIOGRAFÍA.....	77
13. ANEXOS.....	79
ANEXO 1. TABLAS.....	80
ANEXO 2. GRÁFICOS.....	112
ANEXO 3. CUESTIONARIO.....	143

DEDICATORIA

Me complace dedicar el esfuerzo de mi trabajo a Dios, Quien renueva nuestras fuerzas cada mañana y en quien haremos proezas.

A su vez, dedico esta monografía a mis padres quienes son mi estímulo y mi modelo a seguir. Le dedico mi trabajo a su esfuerzo, abnegación y amor.

Dedico esta meta cumplida a mi novia y futura esposa, Farah, has sido la mayor inspiración de mi vida.

También, extendiendo mi dedicatoria a mi Facultad, en la cual crecí como profesional y como persona, esto es el fruto de su formación.

Jose Danilo Acevedo

A Dios, quien me dio aliento de vida, y me mostro mi camino y vocación a esta carrera de servicio.

A mi madre, Karla Rodríguez, mi amiga, confidente y mi mayor pilar, la que con su propio ejemplo me demostró que la perseverancia lleva al éxito.

A mi hermana Valeria, por llenar mis días de alegría y recordarme que la fé jamás se pierde.

A mi Abuelo Carlos López mi mayor ejemplo de rectitud, dedicación y de superación, por jamás dudar de mi capacidad en esta carrera.

Xochilt S. Membreño

A mi madre, María Elena Baldizón, por tu paciencia y comprensión, por sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío, por tu amor, dedicación y esfuerzo, por creer en mi capacidad, y alentarme a superarme.

A mi padre, Luis Espinoza; no es la carne ni la sangre, sino el corazón lo que nos hace padres e hijos; por tu cariño y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida.

A mi hija, por darme el título más importante, ser madre, por ser la principal fuente de inspiración y motivación en mi vida.

A mi hermana, Kharina Valeria, por tu amor, consejos, y apoyo incondicional siempre.

Guiselle Morales

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos sabiduría y la oportunidad de alcanzar este primer paso en nuestra vida profesional.

A nuestros padres, por ser guía e inspiración en este largo y arduo camino, por ser soporte emocional y económico. Agradecemos en especial a la Ing. Karla Rodríguez y a la Ing. María Elena Baldizón por su colaboración técnica y metodológica con esta investigación.

A nuestro tutor, Dr. Guillermo Gosebruch Icaza, por su disposición, tiempo, paciencia y apoyo científico y metodológico a nuestra investigación.

Al Dr. Freddy Meynard, Decano de nuestra Facultad., Al Lic. Elías Martínez y al Lic. Octavio Caldera Azmitia por sus aportes, consejos y enseñanzas durante el desarrollo de esta tesis.

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, realizada en el primer semestre del año 2012. Así como conocer sus antecedentes familiares y personales y relacionarlos con la prevalencia de trastornos psiquiátricos.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con una muestra representativa de 197 estudiantes, los cuales fueron seleccionados aleatoriamente de los grupos de I a V año de la carrera de medicina y cada estudiante al azar. La recolección de datos se realizó mediante el llenado de un cuestionario que constaba de dos partes, la primera sobre datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales y la segunda parte que consiste en la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) , entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales trastornos psiquiátricos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) y la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)

La mayoría de estudiantes correspondió al sexo femenino, con un promedio de 19 años de edad, católicos, de procedencia urbana y solteros. La prevalencia de trastornos psiquiátricos fue predominante en el sexo masculino, 55.4%, en el grupo de 19 años, y que cursaban el 4to año.

La mayoría no presentan antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico diagnosticado y no hay historia familiar significativa de abuso de alcohol y/o sustancias. De los estudiantes con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos el 63.6% presenta algún trastorno psiquiátrico. El antecedente familiar de abuso de alcohol y otras sustancias no mostró tener influencia en el consumo o abuso actual del mismo por parte de los estudiantes. El tener una familia disfuncional reveló asociación directa con presentar algún trastorno psiquiátrico.

El abuso psicológico y físico mostró asociación significativa 78.5% y 75 % respectivamente con la presencia de algún trastorno psiquiátrico. Los estudiantes con antecedente de abuso sexual en su totalidad cursaban con algún trastorno psiquiátrico.

Existe una prevalencia del 51.8% de los estudiantes de medicina que sufre algún trastorno psiquiátrico. Los trastornos de mayor prevalencia fueron: El Episodio Depresivo Mayor Actual 23.4%, Episodio Hipomaníaco 22.8%, y Ansiedad 14.7%.

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

Los adolescentes tienen gran importancia para todas las sociedades, pues ellos serán los líderes del futuro inmediato y del medio siglo siguiente, constituyéndose en elementos fundamentales para el impulso al progreso y al desarrollo.

La población de estudiantes universitarios ha atraído progresivamente la atención de clínicos e investigadores del campo de la salud mental (Fritsch et al., 2006)¹. En términos del ciclo vital en que se encuentran, la mayoría de los estudiantes universitarios de pregrado están cursando la adolescencia tardía. Pese a constituir una élite en términos sociales es frecuente que a los jóvenes universitarios presenten distintas dificultades que afecten su bienestar y les impidan la adaptación apropiada.

En la adolescencia tienden a emerger con particular ansiedad algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y ansiosos (Harrington, 2002)². También como en esta etapa se acentúan conductas de riesgo como el consumo abusivo y la dependencia a sustancias y conductas antisociales. Se consolidan patrones adaptativos como los trastornos de la personalidad y existe una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios (Florenzano, 2005)³.

En un estudio realizado en una universidad de Malasia, encontró que los principales factores que se asocian a la presencia de trastornos emocionales en estudiantes

universitarios fueron: el sentirse bajo presión por los exámenes, falta de apoyo familiar y experimentar presión por parte de sus profesores (Mohd 2003)⁴. Andrews y Wildings (2004)⁵ encuentran que los principales estresores ligados con sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes universitarios ingleses son las dificultades económicas y relacionales.

Las exigencias académicas, ostensiblemente más acentuadas que las enfrentadas en la vida escolar, son reconocidas en diversos estudios, por los propios jóvenes, como uno de los factores que más los estresa particularmente la presión de los exámenes (Millings & Mahmood 1999)⁶.

Los altos niveles de estrés que soportan los estudiantes de medicina asociados a otros factores como su nivel socioeconómico, situación sentimental, antecedentes familiares y personales de patologías psiquiátricas o diferente tipos de abusos conllevan a problemas de salud mental entre los cuales están: los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, el suicidio, el abuso y dependencia a sustancias así como sus efectos deletéreos en la funcionalidad de estos sujetos ya se han reportado en la literatura científica.

Se ha encontrado en diferentes estudios compromiso de la atención, capacidad de concentración, destrezas en toma de decisiones y habilidades para establecer una adecuada relación médico- paciente, hallazgos que han incentivado cada vez más el estudio de la problemática en este grupo poblacional en diferentes países y escuelas así como la implementación de estrategias para mejorar las condiciones de salud mental en los estudiantes de medicina.

Investigadores de la Facultad de Salud pública de Harvard y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Federación Mundial para la Salud Mental junto a más de cien colaboradores de todo el mundo recopilaron, en un lapso de cinco años, el primer cuadro integral de las necesidades actuales y futuras de la atención de la salud del mundo, encontrando que las cargas que representan las enfermedades mentales como la depresión y la dependencia a sustancias han sido gravemente subestimadas por los enfoques que tienen en cuenta solamente las defunciones y no la discapacidad, mientras que las condiciones

psiquiátricas son responsables de menos del 1% de los fallecimientos, constituyen casi el 11% de las enfermedades en todo el mundo⁷.

Un estudio realizado Por El Banco Mundial, se indica que los problemas de salud mental constituyen una de las mayores causas de pérdida de años de vida saludable. El 10% de la población sufre al menos una vez en la vida de algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico.⁸

Es así también como ciertos antecedentes familiares o personales se ven involucrados en predisponer a cierto grupo de jóvenes a padecer de trastornos mentales lo que los vuelve más vulnerables a situaciones estresantes. Destacándose entre estos el abuso o dependencia a sustancia por parte de familiares, familias disfuncionales, familiares con depresión y sufrir abuso infantil. Los trastornos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia a la historia de abuso en la infancia son: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos de la conducta y abuso de sustancias.⁹

La magnitud de un problema de salud mental se dimensiona mejor cuando se analizan las repercusiones en la funcionalidad de los sujetos afectados. En los resultados del estudio de la carga global de enfermedad encontraron que las condiciones neuropsiquiátricas están entre las primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, las proyecciones para los próximos 20 años las posicionan como problemas de salud pública de alta prioridad.¹⁰

En la Universidad de Baltimore Maryland (1978). Se encontró que el 25% de los estudiantes había solicitado ayuda psiquiátrica al servicio de salud de la universidad¹¹. Un estudio realizado en Chile. En La Universidad De Los Andes, en una muestra de estudiantes de odontología, enfermería, psicología así como de primero a séptimo año de medicina mostró un nivel de prevalencia de estrés académico percibido de 36.6%, mayor en mujeres que en varones. Medicina aparece como la carrera con mayores niveles de estrés, los que son acentuadamente más altos en los primeros años respecto de los últimos (Marty, Lavín, Figueroa, Larrain & Cruz 2005)¹².

Por lo descrito en los párrafos anteriores, es que en Nicaragua específicamente en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN, Managua, surgió la idea de realizar una investigación sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos a los estudiantes de la carrera de Medicina, aplicando el Método mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional “MINI.”

2. ANTECEDENTES

Según la OMS existen aproximadamente 500 millones de personas en el mundo con alguna forma trastorno mental, y estos trastornos mentales a su vez son causantes del 40% de las incapacidades laborales. Sin embargo, a pesar de las consecuencias, los trastornos mentales, lejos de estar disminuyendo, está en aumento. Algunas posibles causas para esto son: el estrés, el aumento de la expectativa de vida, crisis familiares y ausencia de soporte social. Según la dimensión actual del problema y las proyección futuras no existen recursos suficientes para atender la gran demanda de salud pública (Greiffenstein, 2004)¹³

El estudio Global de la Carga de Enfermedad en el Mundo, desarrollado por la OMS, la universidad de Harvard y El Banco Mundial puso en evidencia como los trastornos mentales han sido subestimados a lo largo de los años. El estudio demostró como la depresión, la esquizofrenia, la dependencia de alcohol, entre otros han sido subestimados tomando como referencia el modelo de mortalidad sin discapacidad. Se sabe que las condiciones psiquiátricas solo aportan el 1% de las muertes en el mundo, no obstante, son responsables del 11% en materia de discapacidad. Así mismo, el estudio muestra como la mitad de las principales causas de discapacidad del mundo son trastornos psiquiátricos: depresión mayor, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo. (Murray y López 1997)¹⁴

En los países en desarrollo, la depresión se sitúa como una de las primeras causas de discapacidad. En los países desarrollados la salud mental ocupa uno de las 10 primeras causas de discapacidad. (Gómez Restrepo 2008)¹⁵.

La OMS describió que para el 2002 habría: 154 millones de personas con depresión en el mundo, 25 millones con esquizofrenia, 91 millones con abuso de alcohol, 15 millones con abuso de sustancias y 24 millones con demencia por Alzheimer y otras demencias. Por otra parte se calculó que 877, 000 personas cometerían suicidio en el mundo, que 1 de cada 4 personas que acudían al médico tenían un trastorno mental, que, a menudo, no sería

detectado. Y además se calculó también que la mayoría de los países invertiría al menos el 1% de su presupuesto en salud mental. (Gómez Restrepo, 2008)¹⁵.

Se proyecta que para el 2020 habrá un incremento al menos en cinco puntos porcentuales y los trastornos mentales serán algo común en la población general y estos podrán causar consecuencias severas para la persona, familia, y la sociedad, esto según un estudio de la OMS y el Consorcio para la Encuesta para Salud Mental del Mundo. (Gómez Restrepo, 2008)¹⁵

La depresión es el trastorno psiquiátrico que surge más comúnmente en todo el mundo. Y de la cual surgen estudios para estimar su prevalencia, en especial en América donde la importancia de tratar la depresión es cada vez más importante.

Los estudios europeos revelan que con la depresión se vuelve más común con la edad. En niños pre escolares la prevalencia es de menos del 1%, en niños en etapa escolar aumenta de un 2-3%. Y en adolescentes el aumento es dramático de 7-13%.

En los Estados Unidos de América en la Facultad de Medicina de Harvard se entrevistaron 208 estudiantes de medicinas de distintos años y se encontró que 12.02% sufrían de una depresión mayor actual mientras que 5.29% tenían historia de depresión mayor

El Estudio de Depresión en América Latina (DELA) demostró con una muestra de 1100 mujeres entre 25 y 35 años de edad de Chile, Brasil, Colombia, Venezuela y México, que el 29% de chilenas, 17% de las brasileñas, 16% de mexicanas, 16% de colombianas y 14% de venezolanas tienen o han tenido depresión

Enfocándose en América latina, hay estudios extensos de depresión en Colombia y en Perú, hechos a lo largo del país y en universitarios estudiantes de medicina respectivamente. El estudio colombiano muestra que 10.0% (IC95%) han tenido un episodio depresivo en los últimos 12 meses y que 8.5% ha tenido un episodio en el último mes. Y que la razón hombre: mujer de depresión es de 1:2.

Se realizó un estudio peruano en 1115 matriculados en 1997 en la Facultad de Medicina de la Universidad nacional Mayor de San Marcos y 508 matriculados en 1998 de la Facultad

de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, encontrándose una prevalencia de depresión en estudiantes de medicina en estas universidades fue de 29,6% y 18,7% respectivamente.

En un estudio chileno publicado por la Revista Médica de Chile en febrero del 2001 se aplicó la prueba de Goldberg a estudiantes matriculados de primer a quinto año de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Se encuestaron 417 estudiantes, 171 mujeres y 286 varones. El 40,68% de los estudiantes presentó Goldberg (+). Es decir que este porcentaje tiene o tuvo depresión en algún momento.

En otro estudio en donde se aplicó la "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la universidad peruana Cayetano, Heredia. Se consideró para el estudio a 268 estudiantes de Medicina, alumnos del cuarto, quinto y sexto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) de los cuales 250 rindieron la prueba entre los meses de octubre y diciembre del 2000. De los 250 alumnos que rindieron la prueba 86 eran de cuarto año, 98 de quinto año y 68 de sexto año de medicina. En el total de la muestra de 250 alumnos, se obtuvieron los siguientes resultados: Episodio depresivo, 24.00%; trastorno depresivo recurrente, 9.82%; distimia, 15.60%; episodio maníaco, 1.60%; agorafobia, 0.80%; trastorno de pánico, 5.60%; agorafobia con trastorno de pánico, 0%; fobia social, 8.00%; trastorno obsesivo compulsivo, 0.80%; trastorno de ansiedad generalizada, 13.20%; trastorno por estrés post-traumático, 0.4%; bulimia, 5.60%; anorexia nerviosa, 1.20%; dependencia al alcohol, 0.80%; abuso de alcohol, 0.4%; dependencia y abuso de sustancias, 0%; episodio psicótico aislado, 0.4% y episodio psicótico recurrente, 2.00%. La población con patología psiquiátrica fue el 45.60%.

En un estudio en la Universidad de Wyoming, se encontró que la proporción de depresión y ansiedad era mayor en los estudiantes de medicina, que en la población general ¹⁶.

En la Universidad de Akdeniz, Turquía en el año 2001, se hizo un estudio comparativo de depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina, ciencias económicas y educación física y se encontró que los estudiantes de medicina tenían más depresión y ansiedad que los otros estudiantes ¹⁷.

Otro estudio comparativo en la Universidad de McGill, entre estudiantes de medicina, leyes y en post graduados, encontró niveles de estrés de 70%, 96% y 43% respectivamente. Sin embargo, la prevalencia de depresión fue mayor en los estudiantes de medicina por lo que habría que considerar otro factor además del estrés ¹⁸.

La mayoría de los estudios citan que la tasa de suicidio entre médicos se sitúa del 28 al 40 por 100,000 mientras que en la población general, esta es del 12.3 por 100,000 ¹⁹. En 1975, Everson y Fraument ²⁰, determinaron que una de las principales causas de muerte en estudiantes de medicina y médicos jóvenes era el suicidio, estudios más recientes llevados a cabo por Samkoff y colaboradores ²¹ determinaron que el 26% de los fallecimientos de médicos jóvenes fue causado por suicidio.

Actualmente se conoce que tanto la violencia física, psicológico y sexual se encuentran estrechamente relacionados con trastornos psiquiátricos, en su mayoría episodios depresivos por desesperanza, ansiedad crónica hasta la configuración de cuadros psicopatológicos como el síndrome de estrés postraumático. En los últimos años se han realizado numerosos estudios sobre la Violencia física acerca de la repercusión y los efectos negativos que se crean tanto en la niñez como en la adultez; en los cuales se revelan que son las bases para problemas emocionales y conductuales, y para ciclos de trastornos mentales como la depresión.

Múltiples reportes encontrados en la literatura señalan la asociación directa entre la exposición a abuso físico, psicológico y/o sexual durante la infancia y morbilidad psiquiátrica en la vida adulta ^{22,23}. En estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en estudiantes de medicina se encontró asociación entre trastornos de ansiedad, alteraciones del estado de ánimo y trastornos de la alimentación y el antecedente de abuso sexual. En el estudio realizado por Harriet L. MacMillan y col.²⁴ en la provincia de Ontario Canadá en una población de 7,016 individuos se encontró una prevalencia de un 30.5% de trastornos de Ansiedad con antecedente de abuso físico en la infancia y 30.15% con historia de abuso sexual.

En Nicaragua, en el sistema penitenciario, se realizó un estudio a 247 privados de libertad del centro penal de Tipitapa, a los cuales se les aplicó la MINI, encontrándose los trastornos con mayor prevalencia: dependencia de sustancia 45.3%, trastorno antisocial de la personalidad 40.9% y riesgo de suicidio 40.59%.²⁵

3. JUSTIFICACION

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial, se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades; cada vez son más frecuentes a nivel mundial y la carga representada por las mismas se torna cada vez más significativa, provocando un alto grado de sufrimiento individual y social. De acuerdo con los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial. Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, y uno de cada ocho tiene un trastorno mental.

Existen 500 millones de personas en el mundo que presentan alguna forma de trastorno mental y psicopatológico que su vez ocasiona alrededor del 40 % de las incapacidades laborales, el poco conocimiento y por subsiguiente la ausencia de programas de intervención favorece su incremento.

Se quiere señalar que en Nicaragua son pocos los estudios acerca de este tema, además que no se cuenta con registros actualizados o datos epidemiológicos de patologías psiquiátricas de la población en general, y mucho menos de nuestro medio.

Fundamentados en estas cifras y la ausencia de estudios en nuestro país se decidió elaborar el presente estudio y con éste se pretende revelar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Se considera, que el estudio es relevante y de mucha importancia tanto como para las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN- Managua como para todos los estudiantes de la misma. Será de gran utilidad para formar las bases y ser la referencia para nuevos estudios relacionados que puedan surgir más adelante, así como para dar respuesta a muchas interrogantes y aportar datos que pueden resultar curiosos y útiles sobre la condición mental del estudiantado de la Facultad. Siendo el punto de partida para el

pesquizaje de trastornos mentales que pueden llegar a padecer los estudiantes tras su paso por las diferentes etapas de desarrollo académico en la escuela de medicina.

Esta investigación evaluará y dará conocer cuáles son los trastornos psiquiátricos que afectan a un mayor número de estudiantes. Con esto, el estudio ayudará a la realización, en un futuro de intervenciones con el fin de apoyar a los estudiantes con problemas como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del estado ánimo, abuso y dependencia a sustancias estimulantes y/o narcóticos, que intervienen con su desarrollo académico y social.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El objetivo de las facultades de medicina es formar graduados que tengan el mayor y más actualizado conocimiento y experiencia para desempeñar la profesión médica. Sin embargo, existen aspectos en esta formación que repercuten en forma desfavorable sobre el estudiante. Los estudios señalan que los estudiantes de medicina sufren una tasa elevada de estrés, con efectos adversos potenciales sobre el rendimiento académico, la competencia, el profesionalismo y la salud.

Los estudiantes de medicina sufren un importante estrés desde el comienzo de su entrenamiento y si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos los estudiantes lo resuelven o enfrentan de manera adecuada.

En un estudio peruano en el cual se usó la “MINI” la población con patología psiquiátrica fue el 45.60%.

En base a antecedentes en los cuales los trastornos psiquiátricos muestran una alta prevalencia en algunas facultades de medicina de países de Latinoamérica, se propuso realizar esta investigación en la facultad de Ciencias Médicas ya que no existe información específica, sobre la presencia de trastornos psiquiátricos entre sus estudiantes de medicina. Por lo que surge el siguiente problema:

¿Cuál es la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los estudiantes de medicina en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, en el primer semestre 2012.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio y su relación con los trastornos psiquiátricos.
- Conocer antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, suicidios, abuso de alcohol y otras sustancias.
- Revisar los antecedentes de abuso psicológico, físico y sexual de la población objeto de estudio y su relación con los trastornos psiquiátricos.
- Encontrar la prevalencia de trastornos depresivos, riesgo de suicidio, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos alimenticios, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo compulsivo, episodios maníacos en los estudiantes de la Facultad De Ciencias Médicas de la UNAN Managua, diagnosticados mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional “MINI”
- Precisar la exposición y prevalencia de trastornos por stress postraumático.
- Determinar la prevalencia de dependencia y abuso de alcohol y sustancias psicoactivas no alcohólicas, diagnosticados mediante la MINI

6. MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), la salud mental se concibe como la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de los individuos; es más que la ausencia de un desorden mental, es la capacidad de pensar y aprender, la potestad de comprender y vivir con las emociones y las reacciones de otros; es un estado de equilibrio entre sí mismo, la sociedad y el ambiente, donde toman parte factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, espirituales, entre otros. La psicopatología, por su parte, se entiende a nivel popular como la ausencia de salud mental. Desde el punto de vista científico, una definición exacta de este concepto ha sido difícil de construir a lo largo de los tiempos, ya que este fenómeno puede ser tan complejo que no se alcanza a abarcar fácilmente desde una visión particular (Belloch, Sandin, & Ramos, 2004)²⁶. Partiendo desde un enfoque de vulnerabilidad–estrés, se podría definir la psicopatología como una disminución en la estabilidad personal o una incapacidad de llevar a cabo los roles esperados según su etapa del desarrollo, lo cual está típicamente acompañado de una sensación de malestar emocional. La psicopatología es entonces el producto de una disfunción del ser humano para responder a los eventos del medio debido a una vulnerabilidad específica del mismo que hace que el evento estresante lo desborde (Ingram & Price, 2001)²⁷.

Dentro de las principales alteraciones Neuropsiquiátrica encontramos:

Trastorno Depresivo Mayor:

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación,

planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. (DSM IV-TR)²⁸

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Episodio Depresivo Mayor Con Rasgos Melancólicos:

Es una subdivisión de lo anteriormente descrito, y lo consideramos un episodio depresivo grave en donde el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante estos episodios. (CIE-10)²⁹

Trastorno Distímico:

Es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles.

A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímico (Criterio D).

No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico (Criterio E). No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante (Criterio F), en cuyo caso se consideran características asociadas de estos trastornos. Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., alcohol, medicamentos antihipertensivos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo, enfermedad de Alzheimer) (Criterio G).

Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio H). (DSM IV-TR)

Intento De Suicidio:

Definido por la Organización Mundial de la Salud como un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin intervención de otros, o también ocasionarla con la ingesta de sustancias o medicamentos a dosis superiores a las reconocidas como terapéuticas.

Según el Capítulo V de las Guías de Psiquiatría de la Fundación Santa Fe de Bogotá, se estima una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio. Aunque existen amplias diferencias entre edades y géneros la incidencia es mayor en personas mayores de 60 años. También hace referencia que aquellos que intentaron suicidio y fallaron, la tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente.

El mismo capítulo de esta revista también menciona que en Colombia el suicidio representa el 5.3% de las muertes violentas según el Instituto de Medicina Legal. Sesenta de las 1,492 muertes por suicidio que ocurrieron en 1994 fueron estudiadas a profundidad por medio de entrevistas familiares y relacionadas (la denominada autopsia psicológica), y se encontró una presencia muy significativa de trastornos psiquiátricos.

Suicidio o Acto Suicida:

La Organización Mundial de la Salud define Suicidio o Acto Suicida al hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El Suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio. (OMS, 2004)³⁰

Episodio Hipomaniáco:

Se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días (Criterio A). Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (Criterio B). Si el estado de ánimo es irritable, debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores.

El estado de ánimo durante un episodio hipomaniáco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual (Criterio C). Puesto que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas (Criterio D), la evaluación de este criterio suele requerir la intervención de otros informadores, un episodio hipomaniáco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio E).

En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros la hipomanía puede causar un cierto deterioro social o laboral. La alteración del estado de ánimo y los demás síntomas no se deben a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión (terapia electroconvulsiva o terapia lumínica) o de la exposición a un tóxico.

El episodio tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad Médica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral) (Criterio F). Síntomas similares a los que se dan en un episodio hipomaniáco pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepressivo, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica o a un medicamento prescrito para algunas enfermedades médicas (p. ej., corticosteroides). Estos cuadros no se

consideran episodios hipomaníacos y no deben conducir al establecimiento de un diagnóstico de trastorno bipolar II. (DSM IV-TR)

Trastorno de angustia:

Su característica esencial es la presencia de crisis de angustia recidivante e inesperada, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis (Criterio A). Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica (Criterio C).

Por último, las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., fobia social o específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación) (Criterio D). Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia, el diagnóstico será trastorno de angustia con agorafobia o Trastorno de angustia sin agorafobia (Criterio B).

Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la presencia de desmoralización, que lleva a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias. (DSM IV-TR)

Agorafobia:

La característica esencial de la agorafobia es la 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 o síntomas similares a la angustia (p. ej., miedo a padecer despeños diarreicos o crisis bruscas de inestabilidad), puede no disponerse de ayuda (Criterio A). Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo

dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor.

Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido (Criterio B).

El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C).

El diagnóstico diferencial entre la agorafobia y la fobia social o específica y el trastorno de ansiedad por separación grave puede ser difícil, ya que todas estas entidades se caracterizan por comportamientos de evitación de situaciones específicas. (DSM IV-TR)

Fobia Social:

Definimos Fobia Social como el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas (Criterio A). La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (Criterio B). Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional (Criterio C), puede que esto no suceda en los niños. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror (Criterio D). El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación

interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo (Criterio E).

En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social (Criterio F). El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio G). Si existe otro trastorno mental, el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social (Criterio H).

Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad en las situaciones sociales temidas, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia (DSM IV-TR)

Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

Es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente (Criterio A) lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo (Criterio). En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales (Criterio B). Si hay cualquier otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (Criterio D). Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio E).

Las *obsesiones* se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar «egodistónica». Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener.

Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera (como sucede en la inserción del pensamiento). Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación, dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales. Estos pensamientos, impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real, es más, rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Las *compulsiones* se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. En algunos casos estos individuos realizan actos fijos o estereotipados acordes con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por qué los llevan a cabo. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las compulsiones más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de 1 hora al día) o interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relacionales. Estas obsesiones o compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental. Además, muchos

individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global del individuo. (DSM IV-TR)

Trastorno De Stress Post-traumático:

Su característica principal es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A1). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2).

El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B), de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C), y de síntomas persistentes de activación (Criterio D). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos, ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter

sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales. Entre los acontecimientos traumáticos que pueden provocar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación de cuerpo. Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático comprenden (aunque no de forma exclusiva) actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave.

El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos. La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante (DSM IV-TR)

Abuso del Alcohol:

En el Abuso Del Alcohol la actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas. Beber alcohol puede causar problemas legales. Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico (DSM IV-TR)

Dependencia de Alcohol:

Se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la

abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 % de los sujetos con dependencia los experimentan siempre (p. ej., delirium, crisis comiciales de gran mal). Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas. (DSM IV-TR)

Dependencia de Sustancias:

La característica esencial de la Dependencia De Sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer.

La Dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses. Tolerancia (Criterio 1) es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables, hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia.

Los síntomas de *Abstinencia* varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opiáceos y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos.

Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos. Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (Criterio 3). El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia (Criterio 4). Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos (Criterio 5). En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia (Criterio 6). El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los *hobbies* con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológica, la persona continúe consumiendo la sustancia (Criterio 7). El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa. (DSM IV-TR)

Abuso de Sustancias:

La característica esencial del Abuso De Sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes (Criterio A). Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias (Criterio B). Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia.

La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína. El sujeto aparece intoxicado o con otros síntomas relacionados con la sustancia cuando se espera de él el cumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o en casa

Puede haber repetidas ausencias o un rendimiento pobre en el trabajo debido a resacas repetidas. Un estudiante puede incurrir en ausencias relacionadas con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela. Mientras está intoxicado, el individuo puede descuidar a sus hijos o las obligaciones de la casa. Puede ocurrir que la persona se intoxique repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas. Pueden existir problemas legales recurrentes relacionados con la El sujeto puede continuar el consumo de la sustancia a pesar de un historial de repetidas consecuencias indeseables, tanto sociales como interpersonales. (DSM IV-TR)

Trastorno Psicótico Breve

Es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico gravemente desorganizado (Criterio A).

Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad (Criterio B). La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., un alucinógeno) o a enfermedad médica (p. ej., hematoma subdural) (Criterio C).

Para el trastorno psicótico breve pueden utilizarse las siguientes especificaciones en base a la presencia o ausencia de factores estresantes precipitantes:

Con desencadenante(s) grave(s): Se asigna esta especificación si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

En el DSM-III-R este tipo de trastorno psicótico breve se denominaba «psicosis reactiva breve». El o los acontecimientos precipitantes pueden ser de cualquier estrés importante, como la pérdida de un ser querido o el trauma psicológico de un combate. Algunas veces es clínicamente difícil determinar si un estrés específico fue un precipitante o una consecuencia de la enfermedad. En estos casos, la decisión dependerá de factores relacionados como la relación temporal entre el estrés y el inicio de los síntomas, de la información adicional acerca del nivel de actividad previo al estrés facilitada por el cónyuge o algún allegado y de la historia de respuestas similares a los acontecimientos estresantes en el pasado.

Sin desencadenante(s) grave(s): Esta especificación se asigna si los síntomas psicóticos no parecen ser una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Es típico que los sujetos con un trastorno psicótico breve experimenten un gran desorden emocional o una confusión abrumadora, con rápidas alternancias entre distintos estados afectivos. Aunque breve, el nivel de deterioro puede ser grave y puede ser necesaria la supervisión del sujeto para asegurar que se cubren sus necesidades nutricionales e higiénicas, y que está protegido de las consecuencias del empobrecimiento del juicio, del deterioro cognoscitivo o de los comportamientos derivados de las ideas delirantes. Parece haber un riesgo de mortalidad aumentado (con un riesgo especialmente alto de suicidio), en particular entre los sujetos más jóvenes. Los trastornos de la personalidad previos (p. ej., trastornos paranoide, histriónico, narcisista, esquizotípico o límite de la personalidad) pueden predisponer al sujeto al desarrollo del trastorno. (DSM IV-TR)

Trastorno psicótico no especificado: Esta categoría incluye una sintomatología psicótica (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual hay informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos.

Algunos ejemplos serían los siguientes:

1. Psicosis posparto que no cumple los criterios para un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico debido a enfermedad médica o trastorno psicótico inducido por sustancias.
2. Síntomas psicóticos que han durado menos de 1 mes, pero que aún no han remitido y, por tanto, no cumplen los criterios para un trastorno psicótico breve.
3. Alucinaciones auditivas persistentes en ausencia de otras características.

4. Ideas delirantes no extrañas persistentes, con períodos de episodios afectivos superpuestos que han aparecido durante una parte sustancial de la alteración delirante.
5. Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno psicótico, pero en las que es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias. (DSM IV-TR)

Anorexia Nerviosa

Consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea. (El término *anorexia* es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito). La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m².

Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos

con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

- *Tipo restrictivo.* Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- *Tipo compulsivo/purgativo.* Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en

este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima. (DSM IV-TR)

Bulimia Nerviosa:

Consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).

Se define *atracción* como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles).

Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más di-simuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta.

Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo. Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2).

El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos.

La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación. Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito.

Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden

emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos.

Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad.

Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones. Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al auto valorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- *Tipo purgativo.* Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

· *Tipo no purgativo.* Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.(DSM IV-TR)

Trastorno de Ansiedad Generalizada:

La característica esencial es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (Criterio A).

El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) (Criterio C). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (Criterio D). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (Criterio E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F).

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). (DSM IV-TR)

Trastorno Antisocial de la Personalidad:

Es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad.

Puesto que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno antisocial de la personalidad, puede ser especialmente útil integrar la información obtenida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes colaterales. Para que se pueda establecer este diagnóstico el sujeto debe tener al menos 18 años (Criterio B) y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años (Criterio C).

El Trastorno Disocial implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos característicos específicos del trastorno disocial forman parte de una de estas cuatro categorías: agresión a la gente o los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas. El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al

comportamiento legal (Criterio A1). Pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (que puede o no producirse) como la destrucción de una propiedad, hostigar o robar a otros, o dedicarse a actividades ilegales. Las personas con este trastorno desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder) (Criterio A2). Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro (Criterio A3). Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad tienden a ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión (incluidos los malos tratos al cónyuge o a los niños) (Criterio A4).

Los actos agresivos necesarios para defenderse a uno mismo o a otra persona no se consideran indicadores de este ítem. Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás (Criterio A5). Esto puede demostrarse en su forma de conducir (repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples). Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner a ese niño en peligro.

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad también tienden a ser continua y extremadamente irresponsables (Criterio A6). El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por períodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar, o por el abandono de varios trabajos sin tener planes realistas para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de absentismo no explicado por enfermedad del individuo o de un familiar. La irresponsabilidad económica viene indicada por actos como morosidad en las deudas y falta de mantenimiento de los hijos o de otras personas que dependen de ellos de forma habitual. Los individuos con trastorno

antisocial de la personalidad tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos (Criterio A7).

Pueden ser indiferentes o dar justificaciones superficiales por haber ofendido, maltratado o robado a alguien (p. ej., «la vida es dura», «el que es perdedor es porque lo merece» o «de todas formas le hubiese ocurrido»). Estas personas pueden culpar a las víctimas por ser tontos, débiles o por merecer su mala suerte, pueden minimizar las consecuencias desagradables de sus actos o, simplemente, mostrar una completa indiferencia. En general, no dan ninguna compensación ni resarcan a nadie por su comportamiento. Pueden pensar que todo el mundo se esfuerza por «servir al número uno» y que uno no debe detenerse ante nada para evitar que le intimiden.

El comportamiento antisocial no debe aparecer exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco (Criterio D). (DSM IV-TR)

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, mide la prevalencia de las patologías, en una muestra poblacional, en un momento dado, no hay intervención por parte del equipo investigador, y se limita a medir las variables que define en el estudio.

7.2 Área y período de estudio

El trabajo de campo y la recolección de la información se llevó a cabo en el primer semestre del 2012, en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua, Recinto Universitario Rubén Darío. La Facultad de Ciencias Médicas imparte la carrera en dos grandes áreas: a) áreas básicas (primero, segundo y tercer año de la carrera); B) Áreas clínicas (cuarto, quinto e internado rotatorio). En este estudio se excluyó por razones logística el internado rotatorio.

7.3 Universo, y población de estudio

7.3.1 Universo o población

La matrícula académica del año 2012 de la Facultad de Ciencias Médicas tenía matriculados la siguiente cantidad de estudiantes de medicina activos: 1974 de primero a sexto año.

Área		Número
Básica		
	Primero	342
	Segundo	353
	Tercero	393
	Sub-	1088
Clínica		
	Cuarto	297
	Quinto	232
	Sub-	529
Internado		357
Total		1974

Fuente: Secretaría Académica

Para este trabajo se decidió estudiar a los estudiantes de primero a quinto: n=1617, debido a las dificultades de localización de los estudiantes del internado rotatorio.

7.3.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se estimó a través de la aplicación la fórmula muestral dirigida a dar respuesta al objetivo general. La aplicación de la fórmula seleccionada y la determinación de la muestra se llevó a cabo con el programa: SPSS 15.0 para Window.Ink. Se realizó la determinación del tamaño de la muestra a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Si

N = 1617 (tamaño de la población)

Z = estadígrafo del nivel de confianza: 90% (Z=1.65)

e = error maestral: 5 %

p = proporción de individuos que poseen la característica de estudio – 0.5

q = es la proporción de individuos que no poseen esa característica – 0.5

A través de todo este procedimiento se estimó una muestra de 232 estudiantes.

7.3.3 Tipo de muestro

No se nos brindó a tiempo el listado exhaustivo de los estudiantes, y por razones de logística no se logró emplear un muestreo aleatorio simple. Por lo tanto se realizó muestreo por conveniencia tratando de aproximarse al cálculo de la muestra. Se entrevistaron 200 estudiantes, seleccionando de forma aleatoria dos grupos de clase de primer año, dos grupos de segundo, dos grupos de tercero, dos grupos cuarto y dos grupos de quinto. De acuerdo al calendario de clases se visitó cada grupo de estudiantes, se pidió autorización del docente que se encontraba en el momento de la visita y se les invitó a los estudiantes a participar en el estudio, y por lotería fueron seleccionados, evitando de esta manera influir en la selección de estudiante.

7.3.4 Criterios de selección

- **Criterios de inclusión:**

1. Estudiante matriculado en el primer semestre del 2012
2. Que aceptó de forma voluntaria y firmó el consentimiento informado
3. Que se encontró presente durante la visita del equipo investigador

- **Criterios de exclusión:**

1. Estudiantes del internado rotatorio
2. Que no se completó el cuestionario de forma adecuada.
3. Que no aceptaron de forma voluntaria y no firmaron el consentimiento informado

7.4 Procedimientos para recolectar la información

A continuación se detallará paso a paso el procedimiento llevado a cabo para registrar, recopilar, procesar y analizar la información:

7.4.1 Instrumento.

El instrumento se define como aquel que registra datos observables que representa los conceptos o variables que el investigador tiene en mente. En este caso se utilizó la técnica de la encuesta, bajo la modalidad de cuestionario como instrumento principal de registro. El cuestionario consta de dos partes : la primera parte del cuestionario investiga los datos generales más relevantes como; la edad, sexo, procedencia, año de estudio, religión , estado civil ; datos de antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos ,abuso de alcohol y drogas , suicidios, violencia intrafamiliar ; y antecedentes personales del estudiante como maltrato psicológico, físico , si proviene de una familia disfuncional , y abuso sexual. Una segunda parte del cuestionario consiste La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM IV-TR para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. de la “Salpêtrière” de París y D.Scheehan y col. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. (Ver Anexo No. 3).

Siguiendo la planificación, se aplicó una prueba piloto y se verificó la pertinencia del mismo. Esta prueba piloto consistió en realizar el cuestionario a 5 estudiantes seleccionados al azar a quienes se les preguntó sobre sus dificultades para responder el cuestionario, si el lenguaje utilizado fue el más adecuado y acerca de cualquier otra inquietud que ellos percibieron.

7.4.2 Llenado del cuestionario

Una vez identificados los estudiantes a participar y solicitado el consentimiento por escrito, se instruyó y se aplicó la MINI a los alumnos en grupos supervisados por el equipo investigador, y con un tiempo promedio de 25 minutos, con un espacio abierto a preguntas para aclarar dudas. Una vez llenado el cuestionario se depositó en una caja, de tal manera que el equipo de trabajo no identificó el cuestionario llenado por el estudiante.

Para la aplicación de la entrevista se contó con 3 miembros del equipo investigador, quienes previamente fueron capacitados en el manejo del instrumento utilizado.

7.5 Técnicas de procesamiento y análisis de la información

7.5.1 Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento y la ficha de recolección de datos fue revisada por el equipo investigador para garantizar su llenado correcto y se introdujeron en una base de datos, utilizando el programa SPSS 17.0 versión para Windows (SPSS Inc. 2008)

7.5.2 Estadística descriptiva

Las variables son descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés.

Se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos serán mostrados en tablas de contingencia e ilustrados usando gráficos de barra.

Para el análisis descriptivo de las variables se usó el programa estadístico de SPSS 17.0. Y luego se pasaron al documento en Microsoft Word.

7.6 Consideraciones éticas

La investigaciones en determinadas poblaciones o subgrupos sociales personas se han visto fuertemente favorecidas; por ello, en este estudio, todos los procedimientos fueron éticamente permitidos, optándose por la licitud que persigue la investigación y de los sustentos teóricos e ideológicos, para establecer principios sólidos basados sobre todo y

ante todo en el respecto a la integridad de la persona humana, su vida y su dignidad. Este estudio fue realizado con las implicancias siguientes:

- El principio del respeto a la persona entrevistada, exige que a todo sujeto autónomo y competente se le garantice su decisión y determinación de participar o no en el estudio.
- Segundo principio considerado exige prevenir cualquier daño, y, a la vez producir el máximo bienestar posible a las personas que participen en toda la investigación.
- Selección de un equipo de encuestadores, estudiantes de Medicina con vasto conocimiento sobre el trato adecuado al paciente.
- Capacitación a los encuestadores en diferentes aspectos del estudio: sensibilización sobre la temática, aproximaciones teóricas de los conceptos básicos sobre los trastornos mentales, que permitieran una adecuada contextualización y comprensión de sus implicancias.
- Garantías de confidencialidad de los datos a través del anonimato, y la estricta voluntariedad de responder al cuestionario.
- Consentimiento informado, cada estudiante se le informara por escrito de lo que implica formar parte del estudio , que hará, los riesgos , beneficios y el tiempo que deberá invertir , y finalizara con la aceptación o no del individuo.

7.7 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Años cumplidos	Nominal
SEXO	Conjunto de características anatómicas, fisiológicas y psicológicas que diferencian al hombre y a la mujer.	Fenotipo	Femenino Masculino
PROCEDENCIA	Región o lugar geográfico de donde se origina el estudiante	La que el entrevistador refiera	Urbana Rural
ESCOLARIDAD	Nivel de preparación académica alcanzado el estudiante	Año en curso	1ro año 2do año 3r año 4to año 5to año
ESTADO CIVIL	Condición social del estudiante como parte de una pareja	Situación actual	Soltero Noviazgo Casado Unión Libre
RELIGIÓN	Creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual.	Fe	Ninguna Católica Evangélica Otras
CONDICIÓN ECONÓMICA	Estado financiero y/o capacidad de adquisición que tiene el estudiante	Situación actual	Buena Regular Mala

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
ANTECEDENTE FAMILIAR DE TRASTORNO PSIQUIATRICO	Antecedente familiar de un Síndrome o patrón de carácter psicológico de comportamiento o pensamiento anormal, que ha sido diagnosticado por personal de salud especializado.	Como refiera en el instrumento	Si No
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ABUSO DE ALCOHOL	Consumo de alcohol de algún miembro de la familia que tiene efectos perjudiciales para el consumidor.	Como refiera en el instrumento	Si No
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ABUSO DE DROGAS	Antecedente familiar del uso impropio y excesivo de una sustancia estimulante, narcótica o deprimente.	Como refiera en el instrumento	Si No
ANTECEDENTE FAMILIAR DE SUICIDIO	Antecedente familiar de personas que hayan intentado atentar contra su propia vida o haberlo logrado	Como refiera en el instrumento	Si No
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Acción u omisión que ejerce un miembro de la familia sobre otro que produce daño físico o psíquico	Como refiera en el instrumento	Si No
MALTRATO PSICOLOGICO	Recibir trato inadecuado, ofensivo, agresivo y humillante, sin llegar a la agresión física, por parte de otra persona	Como refiera en el instrumento	Si No
MALTRATO FÍSICO	Agresión física que recibe una persona por parte de otra	Como refiera en el instrumento	Si No
ABUSO SEXUAL	Atentado contra la libertad sexual de una persona la cual no presta su consentimiento para la practica	Como refiera en el instrumento	Si No
FAMILIA DISFUNCIONAL	Padres divorciados. Ambos padres o uno solo viviendo en el exterior o fuera de la ciudad	Como refiera en el instrumento	Si No

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Alteración del humor, con una descripción de episodios afectivos en donde la persona expresa haberse sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días y ha tenido perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban	A1 A2 CODIFICO SÍ EN 5 O MÁS RESP. A1- A3 A4a A4b A5a A5b CODIFICO SÍ EN 3 O MÁS RESP. A6 (Ver anexo. MINI Pg.4)	Si , No Si , No, Si , No Si, No Si , No Si ,No Si , No Si, No
TRASTORNO DISTÍMICO	Estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años, en los cuales se ha sentido desanimado o deprimido.	B1 B2 CODIFICO SÍ EN 2 Ó MÁS RESP. B3 B4 (Ver anexo, Mini Pg.6).	Si, No Si , No Si , No Si, No
RIESGO SUICIDA	Es la persona ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto, ha querido hacerse daño, ha pensado en el suicidio, ha planeado como suicidarse o ha intentado suicidarse.	C1 C2 C3 C4 C5 C6	Si , No Si , No Si , No Si , No Si, No Si, No
		Riesgo De Suicidio 1-5 puntos 6-9 puntos ≥ 10 puntos (Ver Anexo. MINI, Pg. 7)	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Severo

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdida de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo	H1 H2 H4 CODIFICO SÍ EN H3 O EN H4 H5 H6 (Ver Anexo Mini Pg. 13)	Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No
ESTADO POR STRESS POSTRAUMÁTICO	Es un trastorno psicológico que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra hechos que representan un peligro real para la vida o cualquier otra amenaza para la integridad física.	I1 I2 CODIFICO SÍ EN 3 O MÁS DE RESP. I3 CODIFICO SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I4 I5 (Ver0 Anexo Mini Pg. 14)	Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No
DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL	Grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia alcohólicas a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.	J1	Si , No
		CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESP. DE J2 DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS	Si , No
		CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESP DE J3 ABUSO DE SUSTANCIAS (Ver Anexo Mini Pg. 15)	Si , No

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Se define como un periodo de tiempo en el que la persona se ha sentido exaltado, eufórico o tan llena de energía, o segura de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que no estaba en su estado habitual (sin considerar periodos de intoxicado con drogas o alcohol)	D1a –D1b D2a –D2b CODIFICO SÍ EN 3 O MÁS RESP. D3 D4	Si , No Si , No Si , No Si , No
		EPISODIO HIPOMANÍACO Actual Pasado EPISODIO MANÍACO Actual Pasado (Ver Anexo. MINI, Pg. 9)	Si , No Si, No Si , No Si , No Si, No Si , No
TRASTORNO DE ANGUSTIA	Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente	E1a-E1b E2 E3 E5 E6 E7 (Ver Anexo. MINI, Pag. 10).	Si , No Si, No Si, No Si , No Si , No Si , No
AGORAFOBIA	Es un trastorno que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, por temor a sufrir una crisis de pánico.	F1 F2 (Ver Anexo MINI, Pg. 11).	Si , No Si , No
FOBIA SOCIAL	Se caracteriza por un miedo persistente a varias situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas	G1 G2 G3 G4 (Ver Anexo Mini Pg. 12)	Si , No Si , No Si , No Si , No

Variable	Concepto operacional	Indicador	Escala
DEPENDENCIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS	Grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo sustancias no alcohólicas a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ellas	K1	Si , No
		CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESP DE K2 DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS	Si , No
		CODIFICÓ SI EN 1 O MÁS RESP DE K3 ABUSO DE SUSTANCIAS (Ver Anexo, MINI pg. 16)	Si , No
TRASTORNO PSICÓTICO	Mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.	L1 L2 L3 L4 L5 L6 L7 L11 L12 L13 (Ver Anexo, MINI, Pg. 18)	Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No
ANOREXIA NERVIOSA	Consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo.	M1c M2 M3 M4 M5 (Ver Anexo, MINI, Pg. 20).	Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No
BULIMIA NERVIOSA	Consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, en donde la autovaloración se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.	N1 N2 N3 N4 N5 N8 (Ver Anexo MINI, Pg. 21).	Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No Si , No

Variable	Concepto operacional	Indicador	Escala
TRASTORNO DE ANSIEDAD	Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa en un período superior a 6 meses y que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.	O1A –O1b O2 CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESP. DE O3	Si , No Si , No Si , No
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.	Es una patología de índole psíquica que deriva en que las personas que la padecen pierden la noción de la importancia de las normas sociales, como son las leyes y los derechos individuales.	CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESP. DE P1 CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESP. DE P2	Si , No Si , No

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados arrojados en la investigación:

8.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ESTUDIANTES:

8.1.1 Sexo:

De los 197 estudiantes entrevistados 92 fueron varones que corresponden a un 46.7% de la muestra y 105 mujeres representando un 53.3 %. (Ver tabla y gráfico no.1 en Anexos 1 y 2)

En relación a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en cuanto al sexo, se encontró que de 92 varones, 51 (55.4%) presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico, y de 105 mujeres 51 (48.5%) presentan algún tipo de trastorno. (Ver tabla y gráfico no.2 en Anexos 1 y 2)

8.1.2 Edad:

La edad de los estudiantes osciló entre los 15 y 30 años de edad; de los cuales la edad con mayor representación (19.5 %) fue la de 19 años; distribuyéndose el resto de la siguiente manera:

Un estudiante de 15 años, 10 de 16 años, 28 de 17 años, 29 de 18 años, 39 tenían 19 años y 31, 20 años. Los estudiantes de 21 años fueron 30 y 12 los de 22 años. Seis tenían 23, cuatro tenían 24 años y tres tenían 25 años. Solo un estudiante tenía 26, dos tenían 28 y uno tenía 30 años de edad (Ver tabla y gráfico no.3 en Anexos 1 y 2)

Los grupos de edad en los que mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos se encontró que de los 39 estudiantes de 19 años 25 (61.2%) presentan algún trastorno psiquiátrico, le sigue el grupo de 20 años, de 31 estudiantes 19(61%) presentan trastorno psiquiátrico, seguidos por el grupo de 21 años de edad de los cuales de 30 estudiantes 13 (43.3%) se encuentran afectados, y posteriormente los estudiantes de 17 años de edad de 28, 12(42.8%) presentan algún trastorno psiquiátrico.

Del total de estudiantes que presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico 24.5% corresponden al grupo de 19 años de edad. (Ver tabla y gráfico no.4 en Anexos 1 y 2)

8.1.3 Año en curso:

En la distribución de estudiantes por cursos, se entrevistaron 37 alumnos de primer año (18.8 %), 42 de segundo año (21.3%), de tercer año 38 alumnos (19.3%), 42 alumnos de cuarto año (21.3 %) y 38 de quinto año (19.3%). (Ver tabla y gráfico no.5 en Anexos 1 y 2)

Del total de estudiantes con algún tipo de trastorno psiquiátrico el 22.5% se encontraban cursando cuarto año de la carrera, seguido por los estudiantes que se encontraban cursando primero y tercer año con 21% (Ver tabla y gráfico no.6 en Anexos 1 y 2)

8.1.4 Procedencia:

Con respecto a la distribución geográfica de se encontró que 160 estudiantes son de procedencia urbana, siendo la mayoría con un 81.2 % y 36 (18.3 %) provenientes de área rural. (Ver tabla y gráfico no.7 en Anexos 1 y 2)

8.1.5 Estado civil:

La situación actual con respecto al estado civil de los estudiantes se distribuyen en 149 solteros 75.6 %, 10 se encuentran casados (5.1%), 7 (3.6%) conviven en unión libre y 31 se encuentra en un relación de noviazgo (15.7%). (Ver tabla y gráfico no. 8 en Anexos 1 y 2)

8.1.6 Religión:

Se reportó que 34 alumnos no pertenecen a ninguna religión (17.3%) , 112 (56.9%) estudiantes son católicos , 44 (22.3%) evangélicos y 7 (3.6%) pertenecen a otra religiones que se sintetizan en cristianos no católicos .(Ver tabla y gráfico no. 9en Anexos 1 y 2)

8.1.7 Condición económica:

Con lo que respecta a la situación económica actual de los estudiantes y núcleo familiar se catalogan 45 (22.8%) como buena, como regular resultan 139 estudiantes (70.6 %) y 13 (6.6%) como Mala. (Ver tabla y gráfico no.10 en Anexos 1 y 2)

8.2 ANTECEDENTES FAMILIARES

8.2.1 Trastornos Psiquiátricos:

En este estudio se reportó que sólo un 11 (5.6%) de los estudiantes presentan trastornos psiquiátricos en su historia familiar ya diagnosticadas por personal de salud calificado. (Ver tabla y grafico no 11 en Anexos 1 y 2)

De estos 11 estudiantes con antecedente familiar positivo 7 (63,6%) presentan actualmente algún trastorno psiquiátrico y 4 (36.6 %) se encuentran sin padecer ningún trastorno. (Ver tabla no.12 en Anexos 1 y 2)

8.2.2 Abuso de alcohol:

Dentro de la muestra se encontró que 42 alumnos (21,3%) presentan abuso de alcohol en su familia, negando 154 estudiantes (78.2%) el antecedente. (Ver tabla y grafico no. en Anexos 1 y 2)

De los 42 alumnos con antecedentes de abuso de alcohol sólo 4 (9,5 %) presentan dependencia alcohólica actual, y 2 (4.76%) abuso de alcohol actual. (Ver tabla y gráfico no.14 y 15 en Anexos 1 y 2)

8.2.3 Abuso de drogas:

Encontramos que 13 estudiantes (6.6%) presentan historia de abuso de drogas en su familia, negando el antecedente 181 (91,9%) y 3 alumnos no contestaron el acápite. (Ver tabla y gráfico no.16 en Anexos 1 y 2)

De los 13 estudiantes que codificaron positivo al antecedente familiar de abuso de drogas no se reporta ningún caso de dependencia de sustancias actual ni de abuso de las mismas. Sin embargo de los 181 estudiantes que no poseen antecedentes familiares de abuso de drogas, 1 (0.5 %) presenta actualmente abuso de estas, y 1 (0.5 %) presenta dependencia actual de sustancias. (Ver tabla y gráfico no.17 y 18 en Anexos 1 y 2)

8.2.4 Intentos de suicidio:

De los 197 estudiantes entrevistados 13 (6.6 %) tienen intentos de suicidio o suicidio en su familia, 181 (91.9 %) no se ha presentado este evento en su familia. (Ver tabla y grafico no.19 en Anexos 1 y 2)

Se encontró que de los tienen antecedentes familiares de suicidio, 6(46.1 %) no poseen ningún riesgo, 7 (53.8%) presentan riesgo de suicidio actualmente. De los 181 sin antecedentes 18 (9.9 %) presentan riesgo actual de suicidio y 163 (90.05 %) sin riesgo de suicidio alguno. (Ver tabla y gráfico no. 20)

8.2.5 Violencia intrafamiliar

En la muestra se reportan 14 (7.1 %) casos de violencia intrafamiliar, 181 estudiantes (91.9) niegan tal situación. (Ver tabla y grafico no.21 en Anexos 1 y 2)

De los 14 estudiantes que presentan violencia intrafamiliar, 9(64.2%) de ellos presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico, 5 (35.7%) no presentan ninguna patología. (Ver tabla y gráfico no.22 en Anexos 1 y 2)

8.2.6 Familia disfuncional:

De los datos obtenidos en los estudiantes solo 6 (3%) afirman tener una familia disfuncional y 188 (94.4%) estudiantes aseveran no tenerla. (Ver tabla y gráfico no.23 en Anexos 1 y 2)

De los 6 estudiantes con familia disfuncional el 100% presenta algún trastorno psiquiátrico actualmente, De los 197 estudiantes que niegan tener una familia disfuncional 94 (50%) presentan algún tipo de trastorno. (Ver tabla y gráfico no.24 en Anexos 1 y 2)

8.3 ANTECEDENTES PERSONALES

8.3.1 Maltrato psicológico:

Dentro de los 197 estudiantes que conforman la muestra se encontró que 14 (7.1 %) presentan el antecedente de ser maltratados psicológicamente, negando tal situación 181 estudiantes (91.9%). (Ver tabla y grafico no.25 en Anexos 1 y 2)

De estos 14 estudiantes con antecedente de maltrato psicológico 11(78.5%) presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico diagnosticado con la MINI, solo 3(21.42 %) estudiantes se encuentran sin ninguna patología psiquiátrica. (Ver tabla y gráfico no.26 en Anexos 1 y 2)

8.3.2 Maltrato físico:

De los 197 estudiantes solo 4(2%) presentan el antecedente maltrato físico, negando tal situación 193(97.9%) estudiantes. (Ver tabla y grafico no. 27 en Anexos 1 y 2)

De los 4 que afirman ser víctimas de maltrato físico 3(75%) presentan actualmente algún tipo de trastorno psiquiátrico, 1 (25%) no presenta ningún tipo de trastorno. (Ver tabla y gráfico no.28 en Anexos 1 y 2)

8.3.3 Abuso sexual:

De los datos obtenidos se encontró que 5(2.5 %) estudiantes han sido víctimas de abuso sexual, 189 (96 %) codificaron que no presentan el antecedente, 3 estudiantes no contestaron el acápite. (Ver tabla y grafico no.29 en Anexos 1 y 2)

De los 5 estudiantes que presentan el antecedente de abuso sexual actualmente los 5 (100%) presentan algún trastorno psiquiátrico. (Ver tabla y gráfico no.30 en Anexos 1 y 2)

8.4 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Se identificaron 102 (51.8%) estudiantes que actualmente según el presente estudio cumplen criterios de presentar algún trastorno psiquiátrico, 95 estudiantes (48.2%) no presentaron ningún tipo de trastorno. (Ver tabla y gráfico no.31 en Anexos 1 y 2)

8.4.1 Trastornos depresivos:

Se encontramos que 46 (23.4 %) alumnos padecen de Episodio depresivo mayor actual, 20 (10.2 %) tuvieron un episodio depresivo mayor pasado, y 16 (8.1%) presentan episodio depresivo mayor de la vida entera. (Ver tabla y grafico no. 32 en Anexos 1 y 2)

En cuanto a la prevalencia por sexo el episodio depresivo mayor actual se presentó De los 46 estudiantes que presentan episodio depresivo mayor actual 23 (50%) corresponden al sexo femenino y 23 (50%) al sexo masculino. (Ver tabla y grafico no. 33 en Anexos 1 y 2)

La relación del episodio depresivo mayor según el año que cursan, se encuentra mayor prevalencia en los estudiantes de primer año con 12 estudiantes (26%), tercer año 11 (24%) cuarto año 9 estudiantes (20%), segundo año 8 (17 %) y posteriormente quinto año con 6 estudiantes (13%) (Ver tabla y grafico no. 34 en Anexos 1 y 2)

Para el diagnóstico de Distimia actual, resultaron 11 (5.6%) estudiantes con este trastorno. (Ver tabla y grafico no.35 en Anexos 1 y 2)

8.4.2 Riesgo de Suicidio:

En relación al Riesgo de Suicidio se encontró que 27 (13.7%) estudiantes tienen algún riesgo; distribuyéndose según su severidad en Riesgo de suicidio leve a 14 (51 % de riesgo de suicidio total) estudiantes, 5 (18%) estudiantes con riesgo de suicidio moderado y 8 (31%) con riesgo de suicidio alto.(Ver tabla y grafico no. 36 y 37 en Anexos 1 y 2)

De los 27 estudiantes que presentan algún riesgo de suicidio 7 (26%) se encuentran cursando primer año de la carrera, seguidos por los de cuarto año 6 (22%) y 6 de quinto año (22%), tercer año 5 (19%) y segundo año 3(11%) (Ver tabla y grafico no.38 en Anexos 1 y 2)

En relación al sexo y el riesgo de suicidio, se halló que de los 27 estudiantes con riesgo de suicidio el 55.5% corresponden al sexo femenino, y 44.4% al sexo masculino. (Ver tabla y grafico no.39 en Anexos 1 y 2)

8.4.3 Episodios Hipomaniacos y maníacos:

Se encontró que 45 (22.8%) estudiantes presentan un episodio hipomaniaco (Ver tabla y grafico no.40), de estos 22 (49%) presentan un episodio hipomaniaco actual, y 23 (51%) presentaron episodio hipomaniaco pasado (Ver tabla y grafico no.41 en Anexos 1 y 2)

Con respecto al sexo de los 45 estudiantes con episodios hipomaniacos 22(49%) corresponden al sexo masculino y 23 (51%) estudiantes al sexo femenino. (Ver tabla y grafico no.42)

De los 45 estudiantes afectados con este trastorno hay mayor prevalencia en los que cursan el cuarto año de la carrera, con 13 estudiantes (29%), seguidos de tercer año con 10 (22%) estudiantes, primer año 9 (20%), quinto año 7 (16%) y por último segundo año (13 %). (Ver tabla y grafico no.43 en Anexos 1 y 2)

El episodio maníaco fue presentado por 8 (4.1%) (Ver tabla y grafico no.44 en Anexos 1 y 2); de los cuales 5 (62.5 %) estudiantes presentan episodio maníaco actual, y 3 (37.5%) presentaron episodio maníaco pasado. (Ver tabla y gráfico no. y 45 en Anexos 1 y 2)

8.4.4 Trastornos por angustia, Agorafobia y Fobia Social

Se encontró que 14 (7%) estudiantes presentan trastorno por angustia. (Ver tabla y gráfico no. 46 en Anexos 1 y 2)

En el módulo D se evalúa la Agorafobia asociada con el trastorno de angustia, encontrando que 5(2.5%) estudiantes padecen de trastorno por angustia con agorafobia actual. (Ver tabla y gráfico no. 47); 2 (1%) presentan trastorno por angustia actual sin agorafobia (Ver tabla y gráfico no. 48) y 20 (10.2%) estudiantes padecen de agorafobia sin antecedentes de angustia. (Ver tabla y gráfico no. 49 en Anexos 1 y 2)

Con respecto a Fobia social resultaron 10 (5.1%) estudiantes con dicho diagnóstico (Ver tabla y gráfico no. 50 en Anexos 1 y 2)

8.4.5 Trastornos obsesivos compulsivos

Para dicho diagnóstico se encontró 7(3.6%) estudiantes que presentan trastorno obsesivo compulsivo, 190 estudiantes (96.4%) no presentan esta patología. (Ver tabla y gráfico no. 51 en Anexos 1 y 2)

8.4.6 Stress postraumático

Para el diagnóstico de stress postraumático, se evaluó cuantos estudiantes se han expuesto a acontecimientos traumáticos de los cuales 20 estudiantes (10.1%) codificaron si han vivido ese tipo de situaciones. (Ver tabla y gráfico no. 52 en Anexos 1 y 2)

De estos 20 solo 8 estudiantes (4.1 %) desarrollaron un trastorno de stress postraumático. (Ver tabla y gráfico no. 53 en Anexos 1 y 2)

8.4.7 Dependencia y abuso de alcohol actual

En relación al diagnóstico de Dependencia alcohólica actual encontramos que 9 (4.6%) estudiantes lo presentan y 5 (2.6%) presentan abuso de alcohol actual. (Ver tabla y gráfico no. 54 en Anexos 1 y 2).

8.4.8 Dependencia y abuso actual de sustancias

Únicamente 1 (0.5%) estudiante presenta una dependencia actual de sustancias, y también que sólo 1 (0.5%) estudiante presenta abuso de sustancia actual. (Ver tabla y gráfico no. 55 en Anexos 1 y 2)

8.4.9 Trastorno psicótico

Con respecto al trastorno psicótico, se encontró que 10(5.1%) estudiantes presentan un trastorno psicótico actual, 18 (9.1%) estudiantes presentan un trastornos psicótica de la vida entera y 5 (2.5%) presentan un trastorno del humor con rasgos psicóticos actual (Ver tabla y gráfico no. 56 en Anexos 1 y 2)

8.4.10 Trastornos alimenticios

En relación a los trastornos alimenticios, obtuvimos que ningún estudiante presente anorexia nerviosa actual, por lo tanto tampoco se reporta ningún caso de anorexia nerviosa actual compulsiva purgativa. Se encontraron 3(1.5%) estudiantes con Bulimia nerviosa (Ver tabla y gráfico no. 57 en Anexos 1 y 2)

8.4.11 Ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada estuvo presente en 29(14.7%) estudiantes de medicina. (Ver tabla y gráfico no. 58 en Anexos 1 y 2)

8.4.12 Trastorno de personalidad

Se encontró que sólo 6 (3%) estudiantes presentan un trastorno de la personalidad antisocial de por vida. (Ver tabla y gráfico no. 59 en Anexos 1 y 2)

8.4.13 Trastornos psiquiátricos más frecuentes

Los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia reflejados en nuestro estudio son: Episodio Depresivo Mayor actual (23.4%), Episodio Hipomaniaco (22.8%) y Ansiedad Generalizada 14.7% y Riesgo de Suicida 13.7%) (Ver tabla y gráfico no. 60 en Anexos 1 y 2)

9. DISCUSIÓN

Se detectó que existe una prevalencia importante de trastornos psiquiátricos en los estudiantes de medicina que conformaron la muestra, presentando criterios de algún tipo de trastornos psiquiátrico el 51.8% de los estudiantes.

Con respecto a las edades afectadas se evidencia que los grupos sobresalientes son los estudiantes de 19, 20 y 21 años (en orden de importancia). Es importante recalcar que esto corresponde con la edad promedio de este estudio y las edades en las cuales la mayoría de los estudiantes están cursando el cuarto año de la carrera. No está de más mencionar el hecho que otra edad que reflejó una prevalencia importante después de los grupos mencionados fue el grupo de 17 años, edad que coincide con el ingreso a la carrera de la mayoría de los estudiantes.

Se encontró que en relación al año en curso de los estudiantes la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos se identificó en los que cursan el cuarto año de la carrera. Se puede otorgar esto al cumplimiento de un rol de turnos de 12hrs cada 6 días, el cual empiezan a experimentar a partir de ese año.

La salud mental es una de las cuestiones que más influencia genética tiene; diversos y numerosos estudios han demostrado que un individuo con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, le confiere un riesgo de padecerlo y se asocia a un aumento de la recurrencia y mayor impacto, en el presente estudio el 63% de los estudiantes con historia familiar de algún trastorno mental presentan actualmente alguna alteración psiquiátrica; y el 53.8% con historia previa en su familia de suicidios o su intento presentan riesgo de suicidio actual.

La influencia de la familia ha sido siempre reconocida como un factor etiológico importante en el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes; sin embargo en este estudio no refleja tener mucha influencia en que los estudiantes presenten dependencia al alcohol o bien abusen del mismo; y en relación a las drogas de los que presentaban el antecedente familiar no se reportó ningún caso de dependencia o abuso de sustancias. Por lo tanto se demostró que, si bien presentar este antecedente se considera un factor predisponente para el joven, no determina la certeza de su consumo.

La violencia intrafamiliar y las familias disfuncionales son muy frecuente en nuestro país, y se ven favorecidas por algunos factores como el alcoholismo, drogas y enfermedades mentales en el agresor; y a su vez un detonante de las tres patologías antes mencionada para las víctimas por el daño psicológico y emocional que sufren, en la muestra realizada se reportan 14 (7.1 %) casos de violencia intrafamiliar, de los cuales, 9(64.2%) de ellos presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico; De los 6 estudiantes con familia disfuncional el 100% presentan algún trastorno psiquiátrico actualmente.

Múltiples reportes encontrados en la literatura señalan la asociación directa entre la exposición a abuso físico, psicológico y/o sexual durante la infancia y morbilidad psiquiátrica en la vida adulta; en este estudio los antecedentes personales, el abuso psicológico y físico mostraron tener relación significativa con presentar algún tipo de trastorno psiquiátrico actualmente; con una prevalencia de 78.5% y 75 % respectivamente, confirmando lo antes mencionado sobre la influencia que el maltrato psicológico ejerce en el estado psicológico de un individuo. El antecedente de abuso Sexual del estudio mostró asociación directa, un 100% de los casos de estudiantes con abuso sexual cursan actualmente con algún trastorno psiquiátrico.

En toda la literatura revisada se encontró que la Depresión y la ansiedad encabezan la lista de trastornos psiquiátricos; en la Facultad de Medicina de Harvard se encontró que 12.02% sufrían de una depresión mayor actual. En el estudio realizado a estudiantes de medicina de la Universidad Nacional De Honduras reporta 25.5% de estudiantes con Trastorno Depresivo Mayor; en la Universidad Peruana Cayetano Heredia se aplicó la "MINI" encontrándose el 45.60% de estudiantes con patología psiquiátrica, los trastornos con mayor prevalencia en dicho estudio corresponden a Episodio depresivo, 24.00 %; trastorno de ansiedad generalizada, 13.20%;

Comparando los estudios latinoamericanos antes mencionados presentan similitud con los resultados arrojados en la presente investigación, hay mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en nuestro estudio que en Perú con 6.2% más; se encontró el trastorno de mayor prevalencia el episodio depresivo mayor actual con 23.4%, cifras parecidas a la universidad de Heredia y Honduras, sin embargo presentando el doble de prevalencia en relación a la facultad de Medicina de Harvard.

En los estudios realizados en Perú en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, la prevalencia de depresión encontrada fue de 29,6% mayor 6.2% que en este estudio y 18,7% respectivamente un 4.7% menor a nuestros resultados.

En cuanto al diagnóstico de Episodios Hipomaniacos, se encontró que 22.8% estudiantes presentan un episodio hipomaniaco, dividiéndolos a estos en 10.7% que presentan un episodio hipomaniaco actual y 11.7% presentaron episodio hipomaniaco pasado, correspondiendo el episodio hipomaniaco al segundo diagnóstico con mayor prevalencia en el presente estudio, difiriendo notablemente con la literatura consultada en donde no se encontró reportes relevantes de la misma

Con respecto al Trastorno de Ansiedad Generalizada se encontró una prevalencia superior 14.7% con respecto al estudio en la Universidad Nacional de Honduras en donde se encontró una frecuencia de 5.2%; sin embargo coincide la prevalencia de dicho trastorno con la prevalencia de 15% en el estudio realizado en la Universidad Peruana Cayetano.

Con respecto al riesgo de suicidio en este caso se encontró una prevalencia total de 11.3%; categorizándolos según la MINI en Riesgo de suicidio leve un 60% de estos, un 16% con riesgo de suicidio moderado y 32% correspondiente con riesgo de suicidio alto.

Según el estudio realizado un 5.6% estudiantes fueron diagnosticados con distimia actual, cifra menor en comparación al estudio hondureño que reporta 9.2% y a la del estudio peruano que reporta 15.60%.

El trastorno de angustia que se presentó fue del 7.1% de los estudiantes, con solo un 1.5 % más con respecto a la prevalencia encontrada en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Dicho trastorno se ve asociado a la presencia de otro trastorno psiquiátrico por lo que en el módulo D se evalúa con la Agorafobia, encontrando que el 2.5% de estudiantes padecen de trastorno por angustia con agorafobia actual. También se encontró que 10.2% de estudiantes padecen de agorafobia sin antecedentes de angustia.

Con respecto a Fobia social se encontró una prevalencia de 5.1% estudiantes con este diagnóstico, con 3% menos de la prevalencia reportada por Galli Silva en la Universidad Peruana Cayetano de Heredia.

En cuanto al diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo se encontró una prevalencia de 3.6%, mayor en comparación al 0% de prevalencia en la Universidad Peruana Cayetano de Heredia.

Para el diagnóstico de stress postraumático, se evaluó mediante la primera pregunta del módulo I para ser más objetivos, cuántos de los estudiantes han estado expuesto a acontecimientos traumáticos de los cuales un 10.1% afirmaron haber vivido ese tipo de situaciones. De este 10.1% solo el 4.1 % de estudiantes desarrollaron un trastorno de stress postraumático, encontrando un 3% mayor a la prevalencia encontrada por Galli Silva en Perú.

En lo que respecta al acápite relacionado con el consumo de alcohol y dependencia del mismo, existe bibliografía internacional que muestra que el consumo de alcohol tiende a ser relativamente alto en este grupo, el estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), se encontró que 92% de los estudiantes ha consumido alcohol alguna vez en su vida, 89% ha consumido en el último año y 74%, en el último mes no se contó con la prevalencia del consumo de alcohol propia de los estudiantes involucrados en el estudio, sólo quienes es este momento presentan ya, dependencia alcohólica encontrándose un 4.6% y 2.6% quienes presentan abuso de alcohol actual, cifras parecidas a los estudiantes de la universidad de Perú quienes reportan 2 y 1 % respectivamente.

El consumo de sustancias psicoactivas en los diversos países del mundo es muy amplio, sin embargo en el estudio se encontró que únicamente 0.5% estudiantes presenta una dependencia actual de sustancias, al igual que solo 0.5 % de estudiantes presenta abuso de sustancia actual, lo que coincide con lo planteado por Galli y Col que encuentran una mínima prevalencia de consumo de sustancias y plantean dentro de los factores protectores, están la integración de la educación, el refuerzo de los valores como el humanismo, la red social de apoyo y el poco tiempo libre.

Los trastornos que también tienen poca prevalencia son los trastornos alimenticios, presentándose sola la bulimia nerviosa en 1.5% de los estudiantes, diferenciándose completamente al estudio peruano que reporta 14 % de bulimia nerviosa y 3% de anorexia

nerviosa actual; la mayoría de los estudios llevados a cabo, incluyendo el presente, confirman que los mayores porcentajes de esta sintomatología se dan en mujeres.

Basado en la similitud de algunas prevalencias, se considera, que la aplicación de un cuestionario fundamentado estrictamente en el DSM IV-TR, es una herramienta válida que permitiría orientar al profesional médico no especialista, hacia un diagnóstico presuntivo de los trastornos analizados, que por supuesto deben ser evaluados más exhaustivamente y eventualmente tratados, debido al sufrimiento y alteración de la calidad de vida que estos trastornos producen en el paciente y su familia

Se Considera que los resultados obtenidos, si bien no son estadísticamente comparables con los de la población general, son útiles para el análisis de la salud mental en el medio universitario.

10. CONCLUSIONES

- La mayoría de la población estudiantil corresponde al sexo femenino, de 19 años de edad, católicos, de procedencia urbana, solteros y de condición económica regular.
- La prevalencia de trastornos psiquiátricos fue predominante en el sexo masculino, en el grupo de 19 años de edad, en cuarto año de la carrera.
- La mayor parte no presentan antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico diagnosticado, niegan antecedente familiar de intento de suicidio o suicidio, no hay historia significativa familiar de abuso de alcohol y/o sustancias.
- De los estudiantes con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos el 63.6% presenta algún trastorno psiquiátrico, de antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio el 53.8% presentan riesgo de suicidio actual. El antecedente familiar de abuso de alcohol y otras sustancias no mostró tener influencia en el consumo y abuso del mismo por parte de los estudiantes. El tener una familia disfuncional reveló asociación directa con presentar algún tipo de trastorno psiquiátrico.
- Una minoría de los estudiantes presenta abuso psicológico, maltrato físico y abuso sexual.
- El abuso psicológico y físico mostraron asociación significativa 78.5 y 75 % respectivamente con la presencia de algún trastorno psiquiátrico. Los estudiantes con antecedente de abuso sexual en su totalidad cursan actualmente con algún trastorno psiquiátrico.
- Existe una prevalencia del 51.8% de los estudiantes de medicina que sufre al menos algún trastorno psiquiátrico.
- Los trastornos de mayor prevalencia fueron: El Episodio Depresivo Mayor Actual con un 23.4%, seguido del episodio Hipomaniáco con un 22.8%, y Ansiedad con el 14.7%.
- El 10.1% de los estudiantes han sido expuestos a acontecimientos traumáticos. De los cuales prevalece el 4.1% que padece de stress postraumático.
- La mayoría de estudiantes no tiene dependencia o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas.

11. RECOMENDACIONES

Dirigidas a la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua:

- Permitir que los estudiantes que contribuyan al desarrollo del programa educativo. Esto puede beneficiar tanto a los estudiantes como a los organizadores y les da a los primeros la sensación de controlar sus experiencias educativas.
- Poner atención al ambiente en el cual se desenvuelven los estudiantes en los diferentes hospitales, evaluar hasta donde les afecta o les motiva este ambiente y en base a esto proponer modificaciones.
- Proveer al estudiante desde el momento en que obtiene su matrícula apoyo psicológico o consejería en caso que sea necesario.
- Aumentar las actividades recreativas, culturales y deportivas que se desarrollan en la facultad, darles mayor publicidad y estimular a los estudiantes a participar.
- Hacer investigaciones similares en las demás carreras ofertadas por la facultad y la Universidad.
- Utilizar esta investigación como punto de partida para otros estudios que abarquen a mayor profundidad estos problemas.
- Estimular la investigación sobre asociaciones causales y consecuencias específicas sobre cada problema.

Dirigidas a las instituciones del MINSA donde se entrenan los estudiantes

- Ofrecer a los estudiantes roles de trabajo específicos durante los turnos que eviten una sobre responsabilidad con respecto a la poca experiencia
- Integrar al estudiante de forma gradual al trabajo
- Facilitar la adaptación gradual al ambiente y trabajo hospitalario mediante instrucciones claras sobre el trabajo y las responsabilidades de cada quien.
- Identificar a los estudiantes con problemas de adaptación y apoyarlos en su integración.

Dirigidas a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua:

- Administrar su tiempo de manera ordenada de forma que haya tiempo destinado al estudio y tiempo en el cual el estudiante pueda relajarse.
- Preparar las actividades evaluativas con tiempo suficiente para evitar el contratiempo con la entrega y las frustraciones de los resultados deficientes.
- Buscar apoyo psicológico que ayude a sobreponerse de los problemas personales, familiares, interpersonales y aquellos influenciados por inconvenientes académicos.
- Acudir a actividades recreativas de forma regular sin que esto afecte sus obligaciones académicas
- Participar que las actividades no académicas que ofrezca la facultad, ya sean estas culturales o deportivas.
- Alejar los ambientes que puedan contaminar su salud mental
- Abandonar actividades y hábitos que no sean beneficiosos y que no influyan de forma positiva sobre su salud mental.

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Félix Cova Solar, Walter S., Macarena D., Ana i D., Marilyn Hernández M., Claudio Rodríguez, (2007) ,Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción Chile Santiago
- 2) Rutter M. & Taylor, E. (Eds.), 2002, Child and Adolescent Psychiatry (4° edi.). Oxford: Blackwell Publishing Science 463-485.
- 3) Florenzano, R. (2005). El adolescente y sus conductas de riesgo. Stgo: PUC.
- 4) Mohd, Sh. (2003). Prevalencia de trastornos emocionales en estudiantes de una universidad en Malasia. Asia Pacific Family Medicine (2), 213-217.
- 5) Andrews, B. & Wilding, J. M. (2004) The relation of depression and anxiety to life- stress and achievement in students. British Journal of Psychology, 95, 509- 521.
- 6) E. & Mahmood, Z. (1999). Student mental health: a pilot study. Millings, Counseling psychology quarterly, 12 (2), 199 - 210.
- 7) Federación Mundial Para La Salud Mental (sf). Día Mundial De La Salud Mental. Los Derechos Humanos Y La Salud Mental. 10 De Octubre De 1998 EUA.
- 8) Enciclopedia Microsoft® Encarta® 1999. 19993-1998 Microsoft Corporación®
- 9) Trowell J. y col. (2002), Psychotherapy for sexually abused girls: Psychopathological outcome findings and patterns of change. British Journal Of Psychiatry (180, 234-247.)
- 10) WHO.2001 The World Health Report. Mental Health New Understanding. New Hope. Ginebra.
- 11) Brit J Psychiatry 1983 Salmons PH Psychiatric Illness In Medical Students.; 143:505
- 12) Marty, C, Lavin, M., Figueroa, M., Larrain, D. & Cruz, C. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. Revista Chilena de Neuro Psiquiatría, 43(1), 25-32.
- 13) Ricardo José Toro Greiffenstein, Luis Eduardo Yepes Roldan ,2004, Psiquiatría, Cuarta edición Colombia
- 14) Murray CJL, Lopez AD. M Lancet, 1997Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study., 349:1269–1276
- 15) Carlos Gómez Restrepo, Guillermo Hernández Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernan Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo, 2008 Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos, Colombia

- 16) Dammeyer MM, Nunez N. (1999); Anxiety and Depression Among Law Students: Current Knowledge and Future Directions. *Law Hum Behav* 23(1):
- 17) Aktekin M, Karaman T, Senol Y, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. ,2001; Anxiety, Depression and Stressful Life Events Amog Medical Students: a Prospective Study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 35(1): 12-17.
- 18) .Helmert KF, Danoff D, Steinert Y, Young SN. 1997 Stress and Depressed Mood in Medical Students, Law Students, and Graduate Students at McGill University. *Acad Med*; 72(8)
- 19) Council on Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project, Stage II. *JAMA* 1987; 257:2949-2953.
- 20) Fraumeni JF... *J Med Educ* 1975Mortality among medical students and young physicians Everson RB, 50:809-811.
- 21) Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ et al., 1980-1988. Mortality of young physicians in the United States, *Acad Med* 1995; 70:242-244
- 22) Mc Cauley J. y col. *JAMA* 1977Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds; 277:1362-1368).
- 23) Brown GR, Anderson B, 1991, Psychiatric morbidity in adult in patients with childhood histories of sexual and physical abuse. *A M J Psychiatry* 148: 55-61.
- 24) MacMillan Harriet L. y col. 2001. "Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample". *Am J Psychiatry* 2001; 158:1878–1883.
- 25) Zoyla Chávez Mejía (2010) .Prevalencia de trastornos mentales en privados de libertad del Sistema Penitenciario de Tipitapa "la Modelo", en el período mayo-junio 2010. Nicaragua.
- 26) Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2004). *Manual de Psicopatología*. Vol. 1. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- 27) Ingram, R. E., & Price, J. M. (2001). *Vulnerability to Psychopathology. Risk across the lifespan*. New York, USA: Guilford Press
- 28) J. J. López-Ibor Aliño, Manuel Valdés Miya (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR TR)* España
- 29) *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 (2000)* Ed. Médica Panamericana
- 30) OMS (2004) , *Día Mundial para la Prevención del Suicidio*, Ginebra

13 .ANEXOS

ANEXO 1. TABLAS

Tabla no.1: Distribución por sexo, de los estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	92	46.7
Femenino	105	53.3
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.2: Prevalencia de algún Trastorno Psiquiátrico en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Sexo	¿Presento Trastorno Psiquiátrico?		Total
	Si	No	
Masculino	51	41	92
Femenino	51	54	105
Total	102	95	197

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.3: Distribución por edad, de los estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Edades	Frecuencia	Porcentaje
15	1	0.5
16	10	5.1
17	28	14.2
18	29	14.7
19	39	19.8
20	31	15.7
21	30	15.2
22	12	6.1
23	6	3.0
24	4	2.0
25	3	1.5
26	1	.5
28	2	1.0
30	1	0.5
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.4: Prevalencia de algún Trastorno Psiquiátrico en relación a la edad en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Edad	¿Presento Trastorno Psiquiátrico?		Total
	Si	No	
15	1	0	1
16	5	5	10
17	12	16	28
18	11	18	29
19	25	14	39
20	19	12	31
21	13	17	30
22	7	5	12
23	4	2	6
24	3	1	4
25	1	2	3
26	0	1	1
28	1	1	2
30	0	1	1
Total	102	95	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 5: Distribución por año en curso de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Año que cursa	Frecuencia	Porcentaje
Primero	37	18.8
Segundo	42	21.3
Tercero	38	19.3
Cuarto	42	21.3
Quinto	38	19.3
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.6: Prevalencia de algún Trastorno Psiquiátrico en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Año en curso	¿Presento Trastorno Psiquiátrico?		Total
	Si	No	
Primero	18	19	37
Segundo	18	24	42
Tercero	22	16	38
Cuarto	23	19	42
Quinto	21	17	38
Total	102	95	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 7: Procedencia de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	160	81.2
Rural	36	18.3
SD	1	0.5
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.8: Estado Civil de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	149	75.6
Casado	10	5.1
Unión Libre	7	3.6
En una relación	31	15.7
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.9: Religión de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	34	17.3
Católica	112	56.9
Evangélica	44	22.3
Cristianos no católicos	7	3.6
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.10: Condición Económica de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Condición Económica	Frecuencia	Porcentaje
Buena	45	22.8
Regular	139	70.6
Mala	13	6.6
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.11: Antecedentes de trastornos Familiares Psiquiátricos de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedente familiar de trastornos psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	5.6
No	183	92.9
SD	3	1.5
Total	197	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tabla no.12: Relación de presentar algún Trastorno Psiquiátrico actual con Antecedentes de Trastornos Familiares Psiquiátricos de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

¿Presento Trastorno Psiquiátrico?	Trastornos Familiares Psiquiátricos			Total
	Si	No	SD	
Si	7	94	1	102
No	4	90	1	95
Total	11	183	2	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.13: Antecedentes Familiares De Abuso de Alcohol de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedente familiar de abuso de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	21.3
No	154	78.2
SD	1	0.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.14: Relación de estudiantes con Dependencia de Alcohol Actual con Antecedentes Familiares de Abuso de Alcohol de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		Dependencia Alcohólica Actual		Total
		Si	No	
Antecedente familiar de abuso de Alcohol	Si	4	38	42
	No	5	149	154
	SD	0	1	1
Total		9	188	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.15: Relación de estudiantes con Abuso de Alcohol Actual con Antecedentes Familiares de Abuso de Alcohol de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		Abuso Alcohol Actual		Total
		Si	No	
Antecedente familiar de abuso de Alcohol	Si	2	39	42
	No	3	151	154
	SD	0	1	1
Total		5	191	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.16: Antecedentes Familiares De Abuso de drogas de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedente familiar de abuso de drogas	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	6.6
No	181	91.9
SD	3	1.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla No.17: Relación de estudiantes con Dependencia de Sustancia Actual con antecedente familiar de Abuso de Drogas de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		Dependencia de Sustancia Actual		Total
		Si	No	
Antecedente familiar de Abuso de drogas	Si	0	13	13
	No	1	180	181
Total		1	196	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla No.18: Relación de estudiantes con Abuso de Sustancia Actual con antecedente familiar de Abuso de Drogas de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedente familiar de Abuso de drogas	Abuso de Sustancia Actual		Total
	Si	No	
Si	0	13	13
No	1	180	181
Total	1	196	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 19: Antecedentes Familiares de Suicidio de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedente familiar de suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	6.6
No	181	91.9
SD	3	1.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.20: Personas que presentan Riesgo de Suicidio con Antecedentes Familiares de Intento de Suicidio de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		Riesgo de suicidio actual		Total
		Si	No	
Antecedente familiar de Suicidio	Si	7	6	13
	No	18	163	181
	SD	2	1	3
Total		27	170	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.21: Antecedentes Violencia Intrafamiliar de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecede de Violencia Intrafamiliar	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	7.1
No	181	91.9
SD	2	1
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.22: Relación de estudiantes que presentaron algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Violencia Intrafamiliar de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		¿Presento Trastorno Psiquiátrico?		Total
		Si	No	
Antecedente de Violencia Intrafamiliar	Si	9	5	14
	No	91	90	181
	SD	2	0	2
Total		102	95	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 23: Antecedentes de Familia Disfuncional de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedentes de familia disfuncional	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	3.0
No	188	95.4
SD	3	1.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.24: Relación de estudiantes que Presentaron algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Familia Disfuncional de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		¿Presento Trastorno Psiquiátrico?		Total
		Si	No	
Familia Disfuncional	Si	6	0	6
	No	94	94	188
	SD	2	1	3
Total		102	95	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 25: Antecedentes Personal de Maltrato Psicológico de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedentes Personal de Maltrato Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	7.1
No	181	91.9
SD	2	1.0
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.26: Relación de estudiantes que Presentaron algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Maltrato Psicológico de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		¿Presento Trastorno Psiquiátrico?		Total
		Si	No	
Maltrato Psicológico	Si	11	3	14
	No	89	92	181
	SD	2	0	2
Total		102	95	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 27: Antecedentes de Maltrato Físico de los estudiantes I a V año de la Facultad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedentes de Maltrato Físico	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	2.0
No	190	96.4
SD	3	1.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.28: Relación de estudiantes que Presenta algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Maltrato Físico de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		¿Presenta Trastorno Psiquiátrico?		Total
		Si	No	
Maltrato Físico	Si	3	1	4
	No	97	93	190
	SD	2	1	3
Total		102	95	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.29: Antecedentes de Abuso Sexual de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Antecedentes de Abuso Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	2.5
No	189	95.9
SD	3	1.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.30: Relación de estudiantes que presentan algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Abuso Sexual de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		¿Presenta Trastorno Psiquiátrico?		Total
		Si	No	
Abuso Sexual	Si	5	0	5
	No	95	94	189
	SD	2	1	3
Total		102	95	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.31: Prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Prevalencia de trastornos psiquiátricos	Frecuencia	Porcentaje
Si	102	51.8
No	95	48.2
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.32: Episodio Depresivo Mayor Actual; Pasado Y de Vida Entera en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

EDM Actual		EDM Pasado		EDM Vida Entera		
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Si	46	23.4	20	10.2	16	8.1
No	150	76.1	175	88.8	180	91.4
Total	197	100	197	100	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.33: Estudiantes que presentaron Episodio Depresivo Mayor Actual en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Sexo	Episodio Depresivo Mayor Actual			Total
	Si	No	SD	
Masculino	23	68	1	92
Femenino	23	82	0	105
Total	46	150	1	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.34: Estudiantes que presentaron Episodio Depresivo Mayor Actual en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Año que cursa	Episodio Depresivo Mayor Actual			Total
	Si	No	SD	
Primero	12	25	0	37
Segundo	8	34	0	42
Tercero	11	27	0	38
Cuarto	9	32	1	42
Quinto	6	32	0	38
Total	46	150	1	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 35: Distimia en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Distimia	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	5.6
No	185	93.9
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.36: Riesgo de Suicidio en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Riesgo de Suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	13.7
No	170	86.3
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.37: Riesgo de Suicidio según su severidad en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Riesgo de suicidio	Frecuencia	Porcentaje
Leve	14	51
Moderado	5	18
Severo	8	31
Total	27	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.38: Estudiantes que presentaron Riesgo de Suicidio en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		Riesgo de suicidio		Total
		Si	No	
Año que cursa	Primero	7	30	37
	Segundo	3	39	42
	Tercero	5	33	38
	Cuarto	6	36	42
	Quinto	6	32	38
Total		27	170	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.39: Estudiantes que presentaron Riesgo de Suicidio en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

		Riesgo de suicidio		Total
		Si	No	
Sexo	Masculino	12	80	92
	Femenino	15	90	105
Total		27	170	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.40: Episodio Hipomaniaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Episodio hipomaniaco	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	22.8
No	152	77.2
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.41: Episodio Hipomaniaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Episodio hipomaniaco	Frecuencia	Porcentaje
Actual	22	49
Pasado	23	51
Total	45	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.42: Estudiantes que presentaron Episodio Hipomaniaco en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

	Episodio Hipomaniaco		Total
	Si	No	
Sexo			
Masculino	22	70	92
Femenino	23	82	105
Total	45	152	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.43: Estudiantes que presentaron Episodio Hipomaniaco en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

	Episodio Hipomaniaco		Total
	Si	No	
Primero	9	28	37
Segundo	6	36	42
Tercero	10	28	38
Cuarto	13	29	42
Quinto	7	31	38
Total	45	152	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 44: Episodio Maníaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Episodio maníaco	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	4.1
No	189	95.9
Total	197	100.0

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no 45: Episodio Maníaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Episodio maníaco	Frecuencia	Porcentaje
Actual	5	62.5
Pasado	3	37.5
Total	8	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.46: Trastorno por Angustia en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Trastorno por angustia	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	7.1
No	183	92.9
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 47: Trastorno por Angustia con Agorafobia Actual en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Trastorno por angustia con agorafobia actual	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	2.5
No	192	97.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.48: Trastorno por Angustia sin Agorafobia Actual en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Trastorno por Angustia sin Agorafobia Actual	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	1
No	195	99
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.49: Agorafobia sin Antecedentes de Trastornos por Angustia en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Agorafobia sin Antecedentes de Trastornos por Angustia	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	10.2
No	177	89.8
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.50: Fobia Social en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Fobia Social	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	5.1
No	187	94.9
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.51: Trastorno Obsesivos Compulsivos en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Trastorno Obsesivos Compulsivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	3.6
No	190	96.4
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.52: Estudiantes que han Experimentado un Acontecimiento Extremadamente Traumático y que Posteriormente Desarrollan Síndrome Estrés Post Traumático en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Experimentado Acontecimiento Traumático	Trastorno por Estrés Post Traumático		Total
	Si	No	
Si	8	12	20
No	0	177	177
Total	8	189	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.53: Trastorno por Estrés Post Traumático en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Trastorno por Estrés Post Traumático	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	4.1
No	189	95.9
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.54: Dependencia y Abuso Alcohol en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

	Dependencia Actual Alcohol		Abuso Actual Alcohol	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	4.6	5	2.6
No	188	95.4	192	97.4
Total	197	100	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.55: Dependencia y Abuso de Drogas en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

	Dependencia Actual Drogas		Abuso Actual Drogas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	0.5	1	0.5
No	196	99.5	196	99.5
Total	197	100	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.56: Síndrome Psicótico en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Síndrome Psicótico Actual		Síndrome Psicótico Vida Entera		Trastorno del Humor con Rasgos Psicóticos Actual	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	5.1	18	9.1	2.5
No	186	94.4	178	90.4	97.0
SD	1	0.5	1	0.5	0.5
Total	197	100	197	100	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no. 57: Trastornos Alimenticios en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Anorexia Nerviosa Actual		Bulimia Actual		Anorexia Mental Compulsivo Purgativa	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0	3	1.5	0
No	197	100	194	98.5	197
Total	197	100	197	100.0	197

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.58: Ansiedad Generalizada en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Ansiedad Generalizada	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	14.7
No	168	85.3
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.59: Trastorno de la Personalidad Antisocial por Vida Entera en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Trastorno de la Personalidad Antisocial por Vida Entera	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	3.0
No	190	96.4
SD	1	0.5
Total	197	100

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

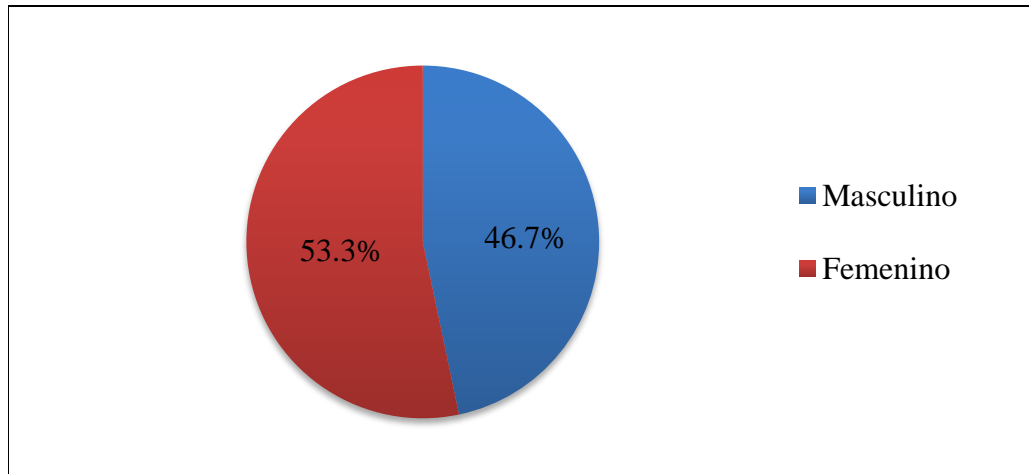
Tabla no.60: Orden de Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos encontrados en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua

Enfermedad Psiquiátrica	Frecuencia	Porcentaje
EDM Actual	46	23.4
Episodio Hipomaniaco	45	22.8
Ansiedad Generalizada	29	14.7
Riesgo Suicida	27	13.7
EDM Pasado	20	10.2
Agorafobia sin Antecedentes de Trastornos por Angustia	20	10.2
Síndrome Psicótico Vida Entera	18	9
EDM Melancólico Actual	16	8
Trastornos por Angustia	14	7.1
Distimia Actual	11	5.6
Trastorno Psicótico	11	5.6
Fobia Social	10	5.1
Síndrome Psicótico Actual	10	5.1
Dependencia de Alcohol	9	4.6
Episodio Maniaco	8	4.1
Trastorno Estrés Post Traumático	8	4.1
Trastorno Obsesivo Compulsivo	7	3.6
Trastorno Antisocial por Vida Entera	6	3
Trastornos del Humor con Rasgos Psicóticos	5	2.5
Trastornos por angustia con Agorafobia Actual	5	2.5
Abuso de Alcohol	5	2.5
Bulimia	3	1.5
Trastornos por Angustia sin Agorafobia Actual	2	1
Dependencia de Sustancias	1	0.5
Abuso de Sustancias	1	0.5
Anorexia Nerviosa	0	0
Anorexia Mental Purgativa Actual	0	0

Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

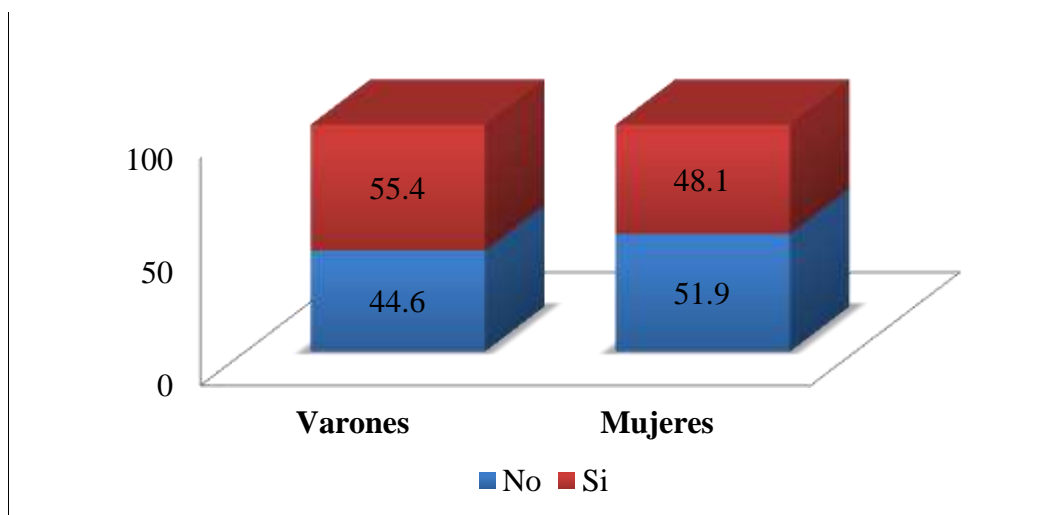
ANEXO 2. GRÁFICOS

Gráfico no.1: Distribución por sexo, de los estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



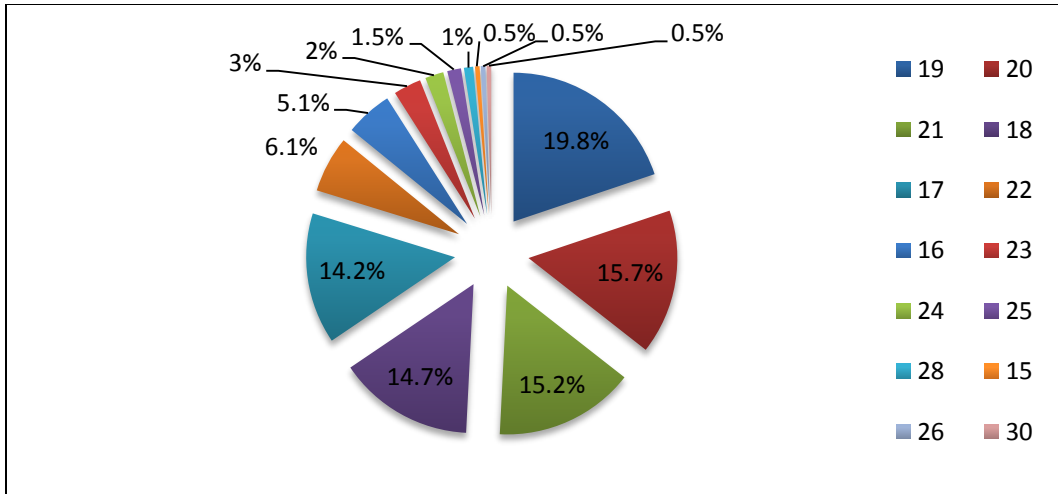
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.2: Prevalencia de algún Trastorno Psiquiátrico en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



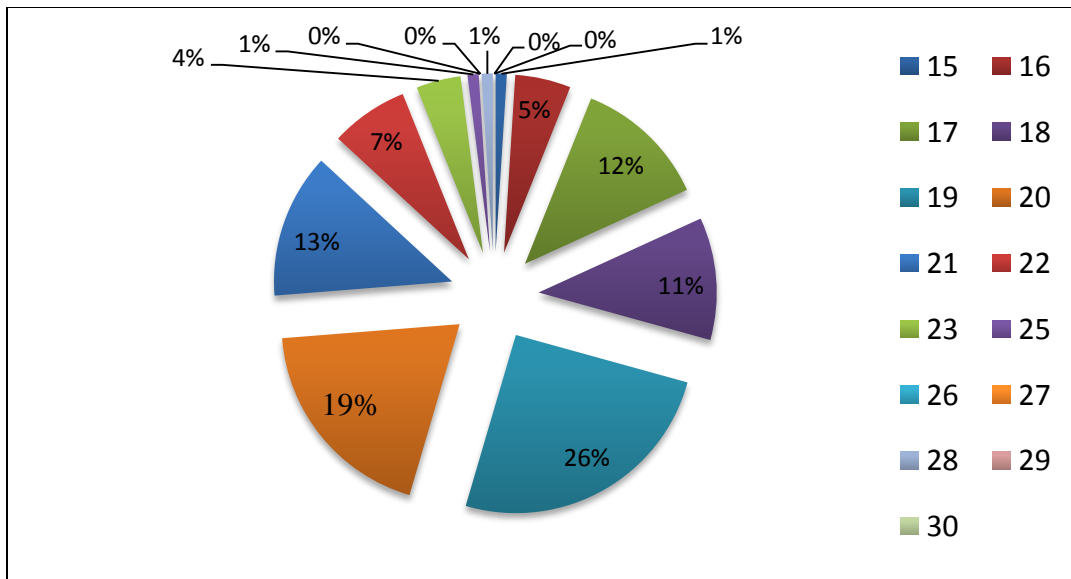
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.3: Distribución por edad, de los estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



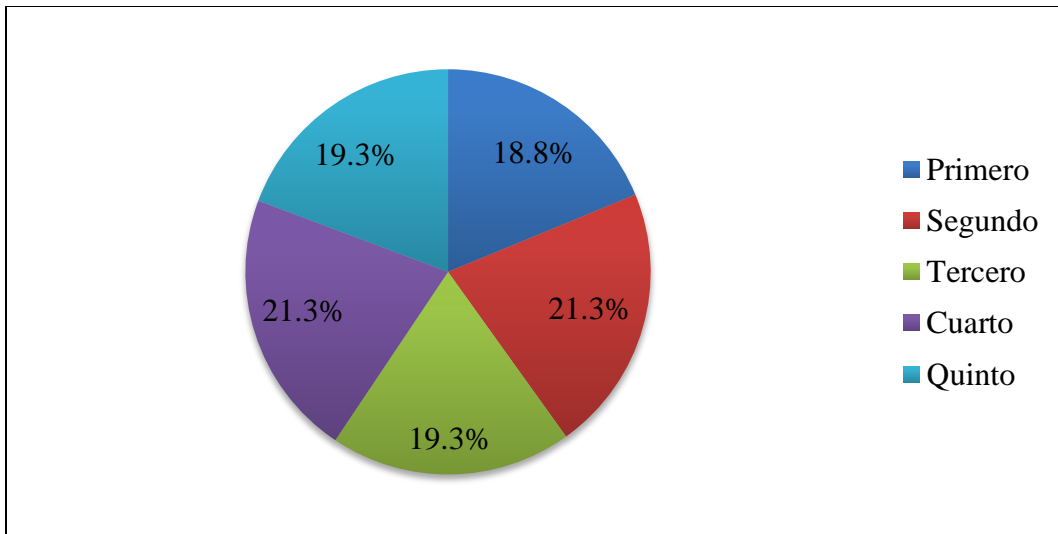
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.4: Prevalencia de algún Trastorno Psiquiátrico en relación a la edad en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



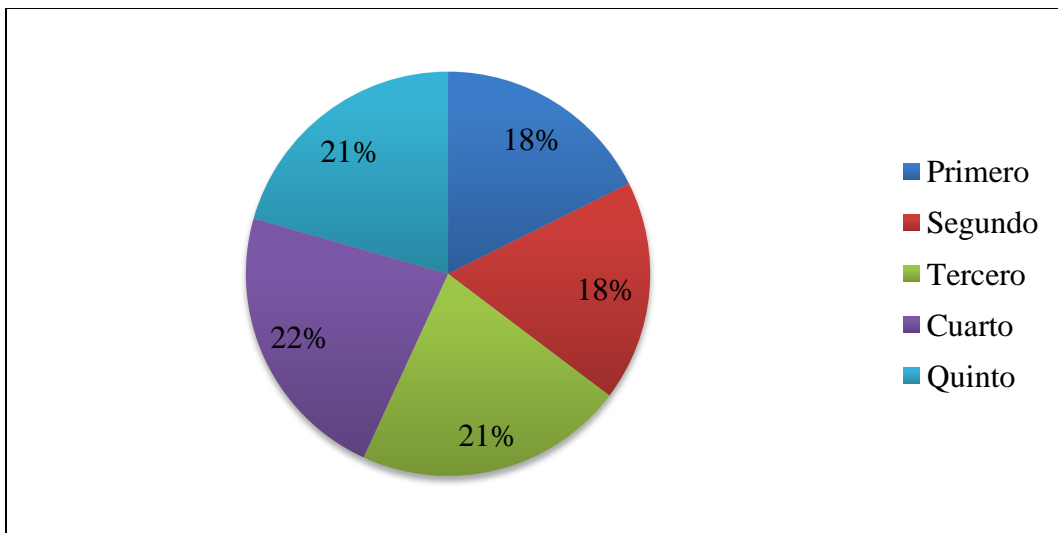
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 5: Distribución por año en curso de la muestra de estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



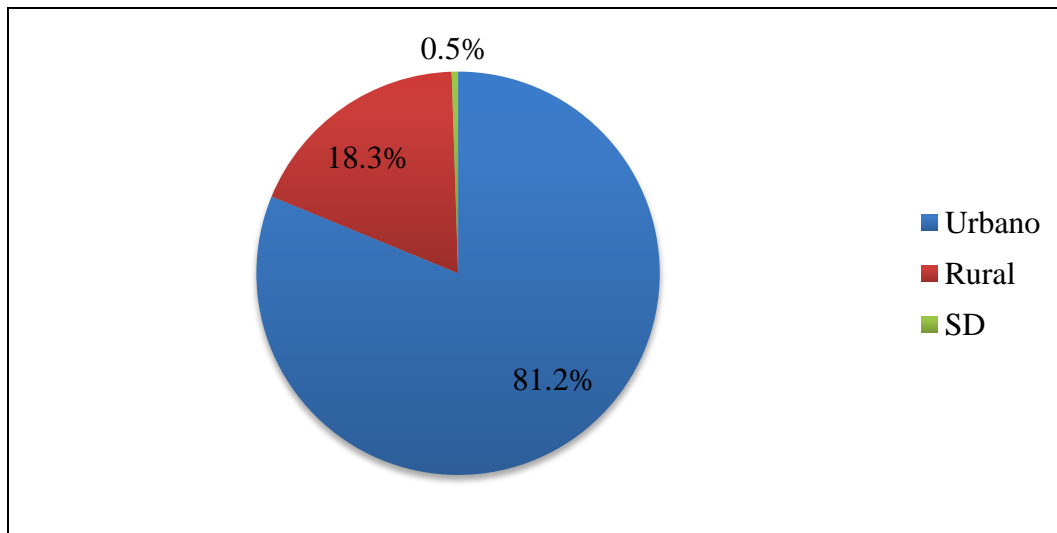
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.6: Prevalencia de algún Trastorno Psiquiátrico en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



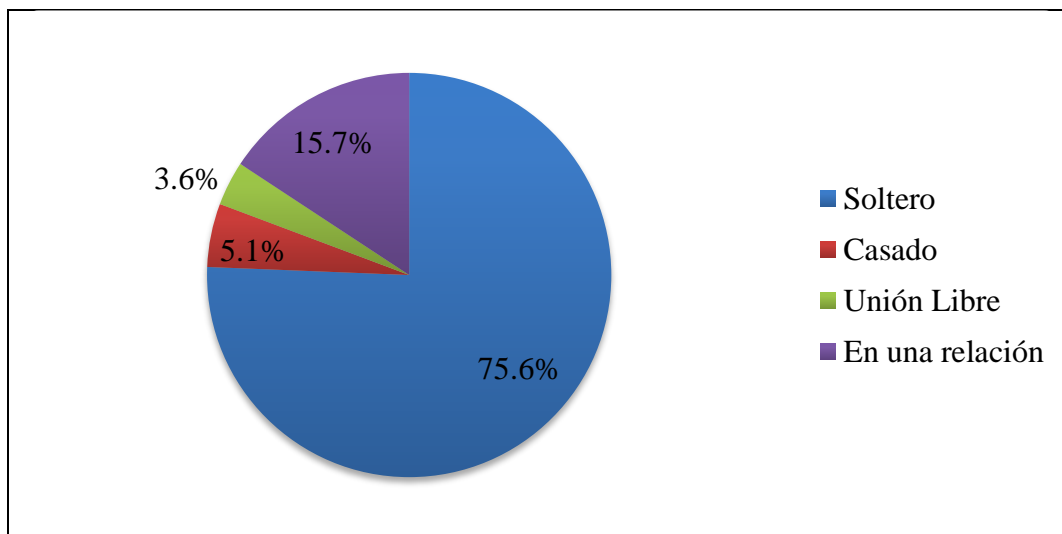
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 7: Procedencia de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



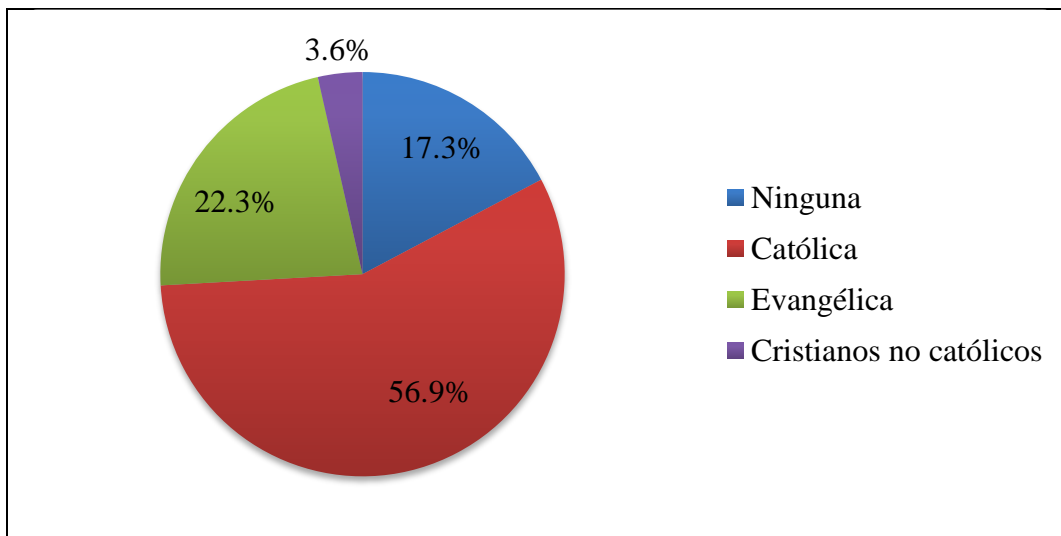
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.8: Estado Civil de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



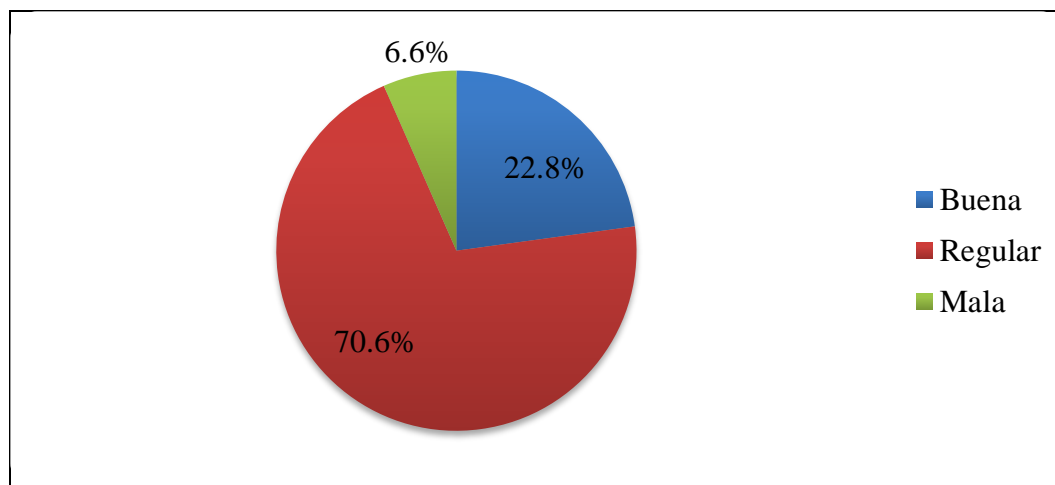
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.9: Religión de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



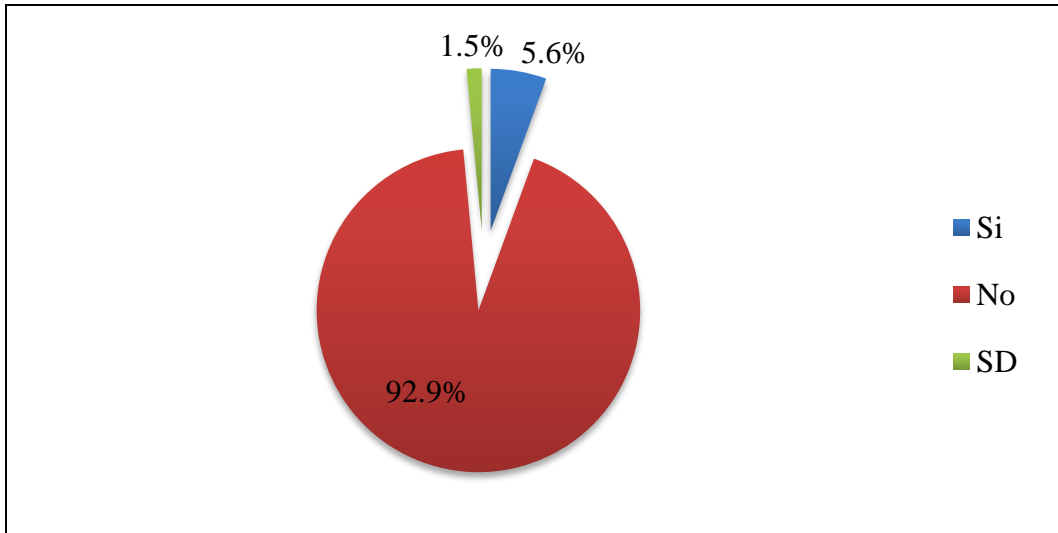
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.10: Condición Económica de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



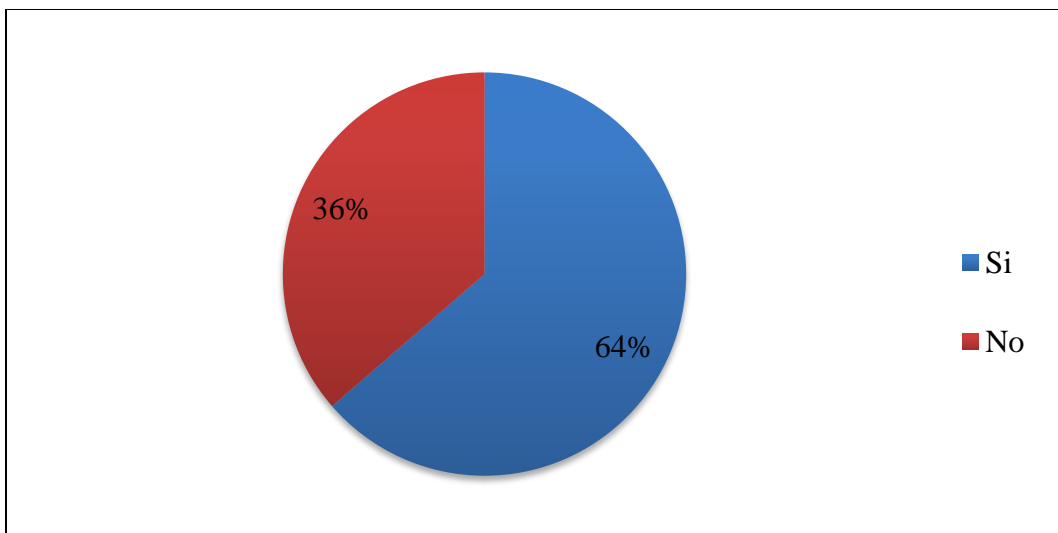
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.11: Antecedentes de trastornos Familiares Psiquiátricos de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



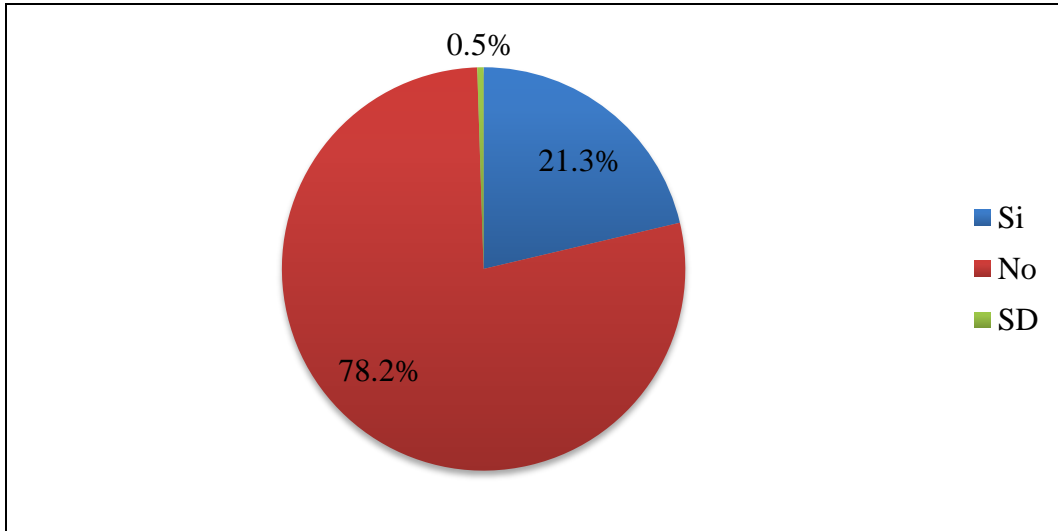
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico no.12: Relación de presentar algún Trastorno Psiquiátrico actual con Antecedentes de Trastornos Familiares Psiquiátricos de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



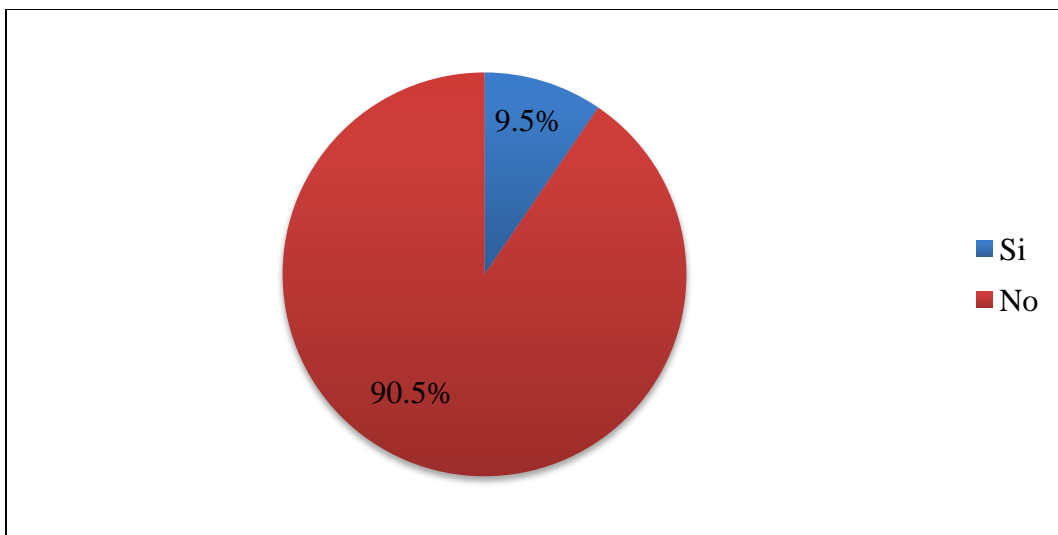
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.13: Antecedentes Familiares De Abuso de Alcohol de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



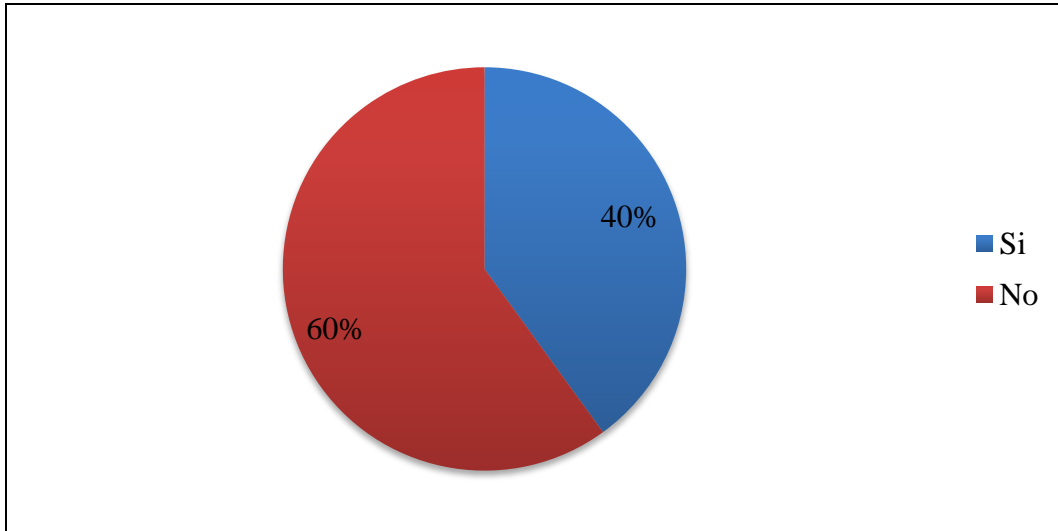
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.14: Relación de estudiantes con Dependencia de Alcohol Actual con Antecedentes Familiares de Abuso de Alcohol de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



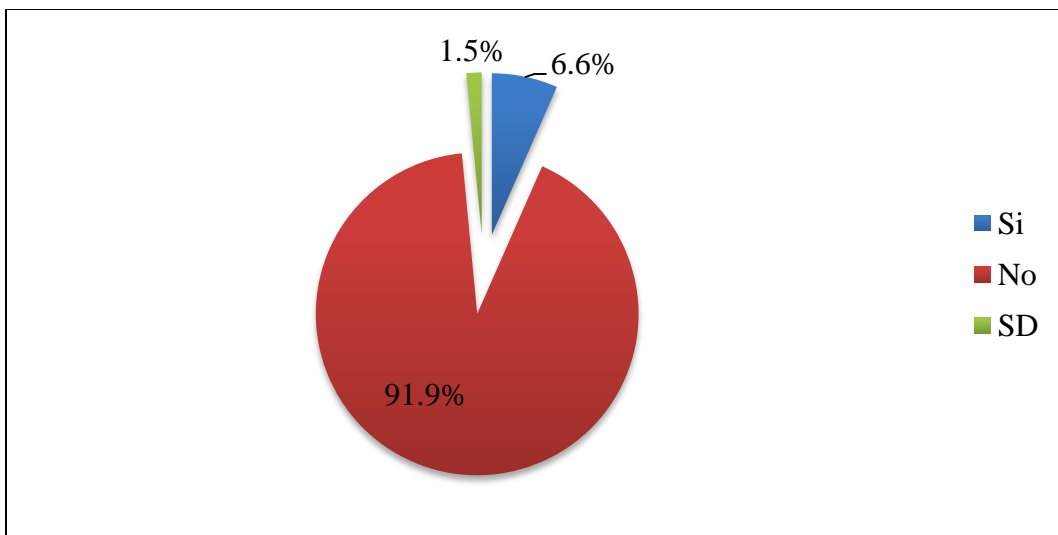
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.15: Relación de estudiantes con Abuso de Alcohol Actual con Antecedentes Familiares de Abuso de Alcohol de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



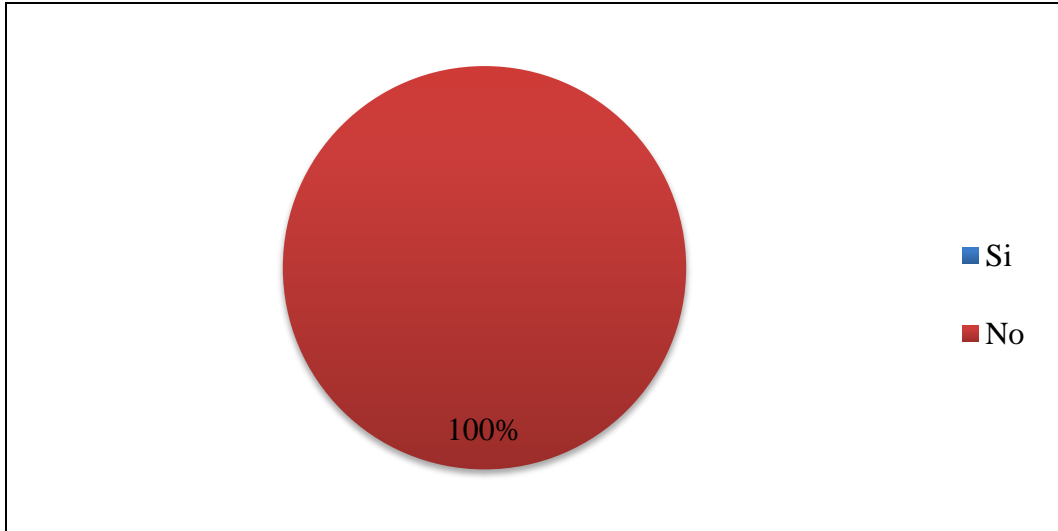
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.16: Antecedentes Familiares De Abuso de drogas de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



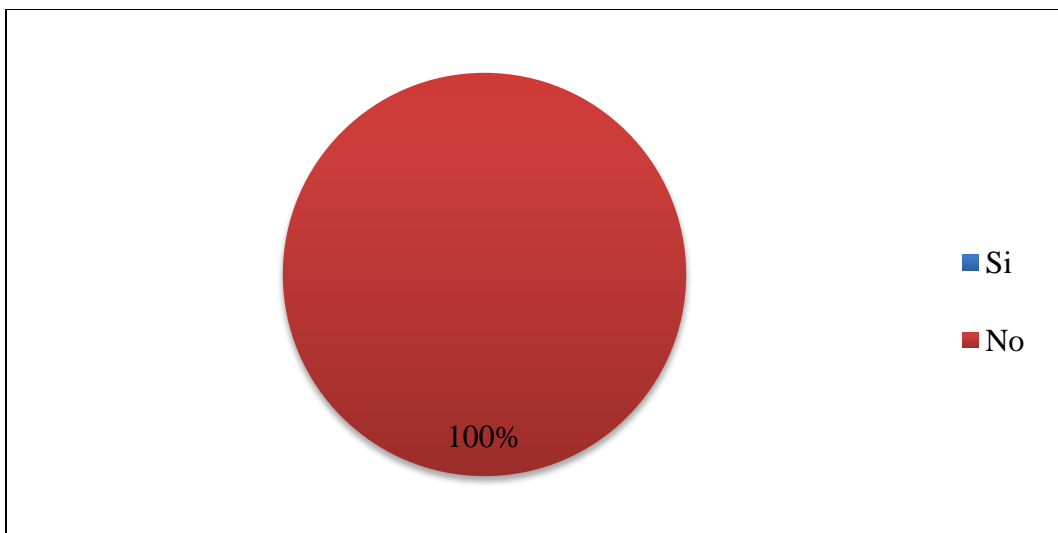
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico No.17: Relación de estudiantes con Dependencia de Sustancia Actual con antecedente familiar de Abuso de Drogas de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



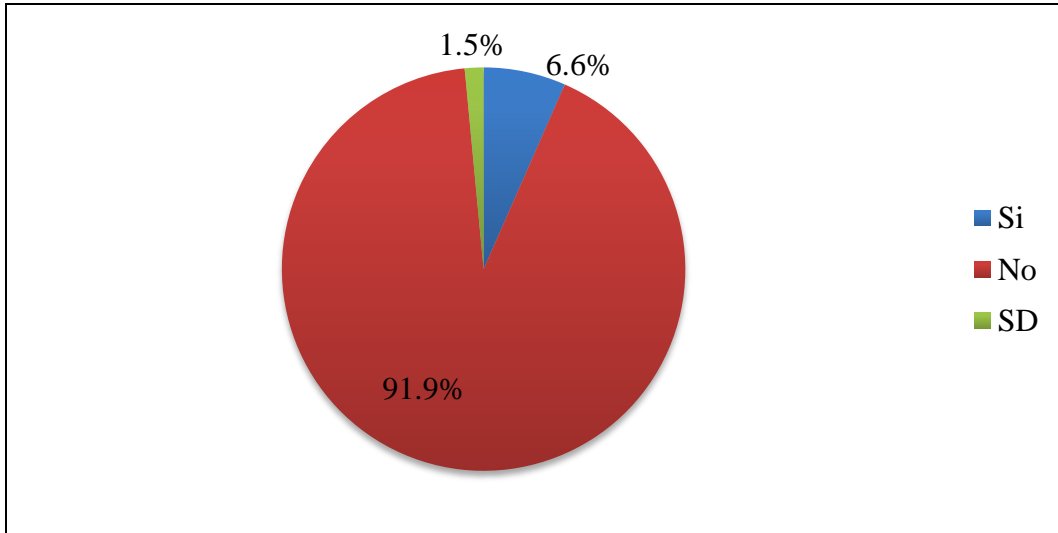
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico No.18: Relación de estudiantes con Abuso de Sustancia Actual con antecedente familiar de Abuso de Drogas de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



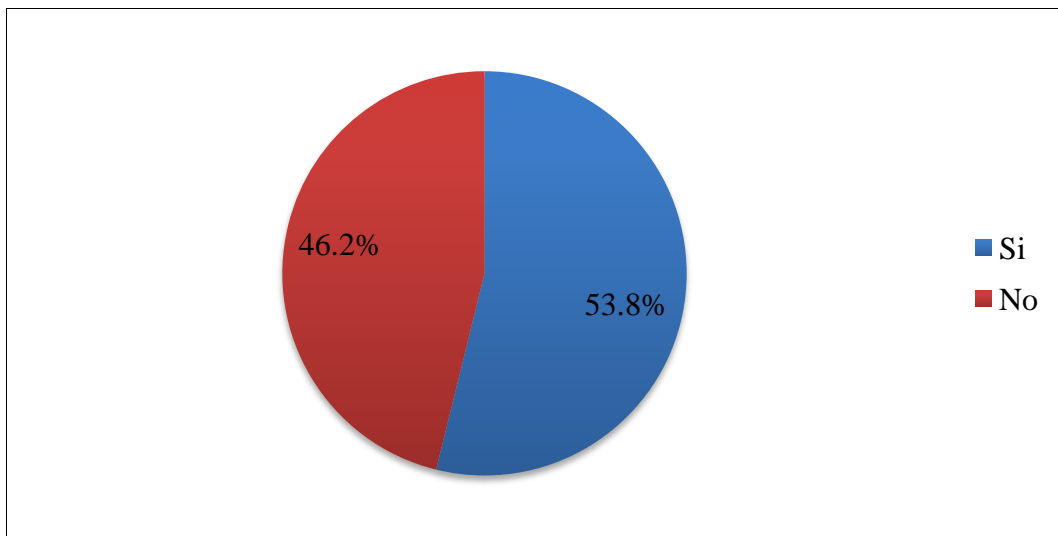
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 19: Antecedentes Familiares de Suicidio de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



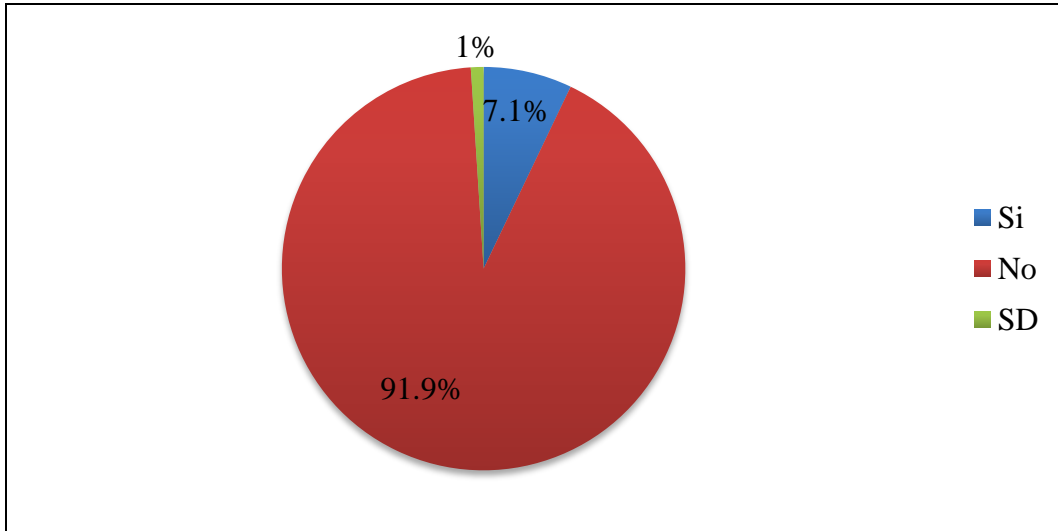
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.20: Personas que presentan Riesgo de Suicidio con Antecedentes Familiares de Intento de Suicidio de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



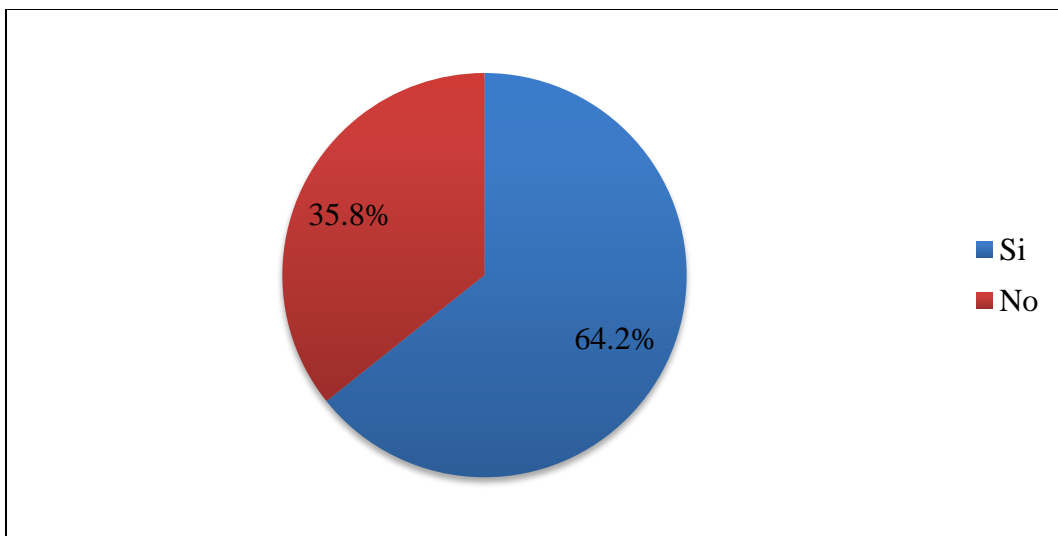
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.21: Antecedentes Violencia Intrafamiliar de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



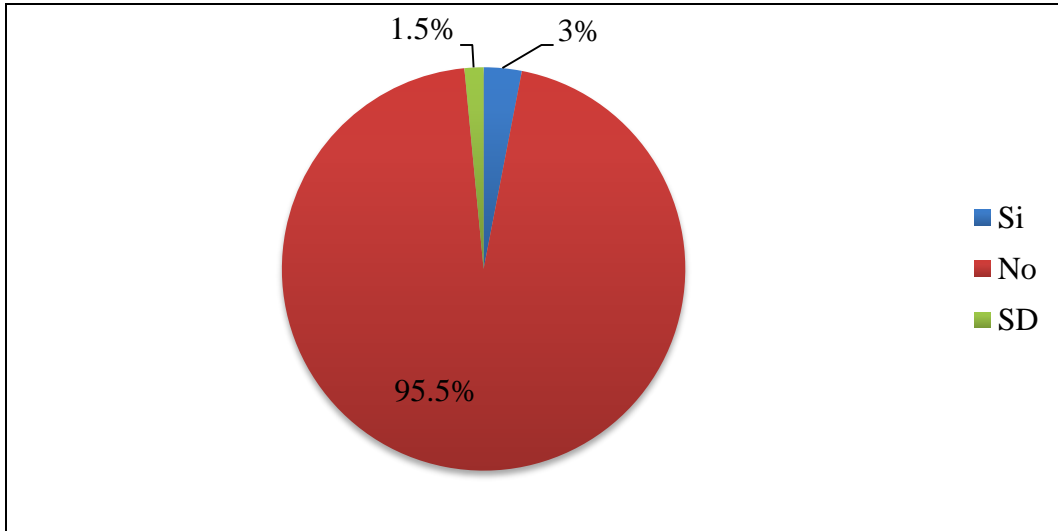
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.22: Relación de estudiantes que presentaron algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Violencia Intrafamiliar de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



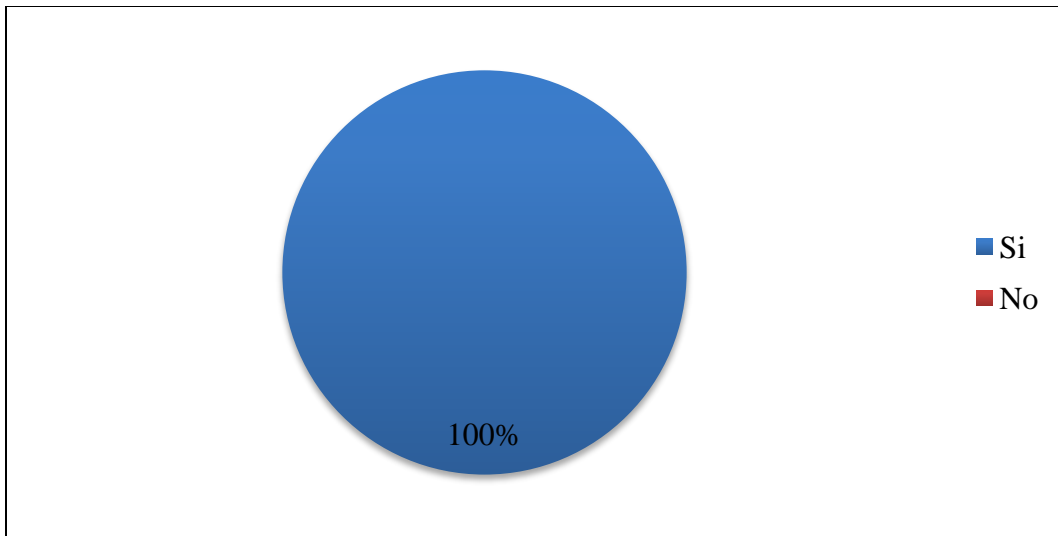
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 23: Antecedentes de Familia Disfuncional de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



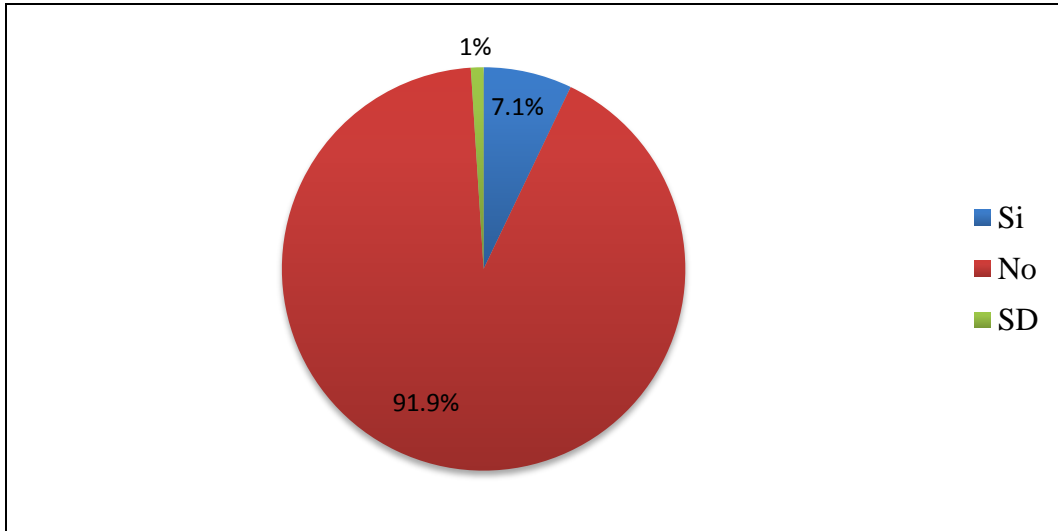
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.24: Relación de estudiantes que Presentaron algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Familia Disfuncional de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



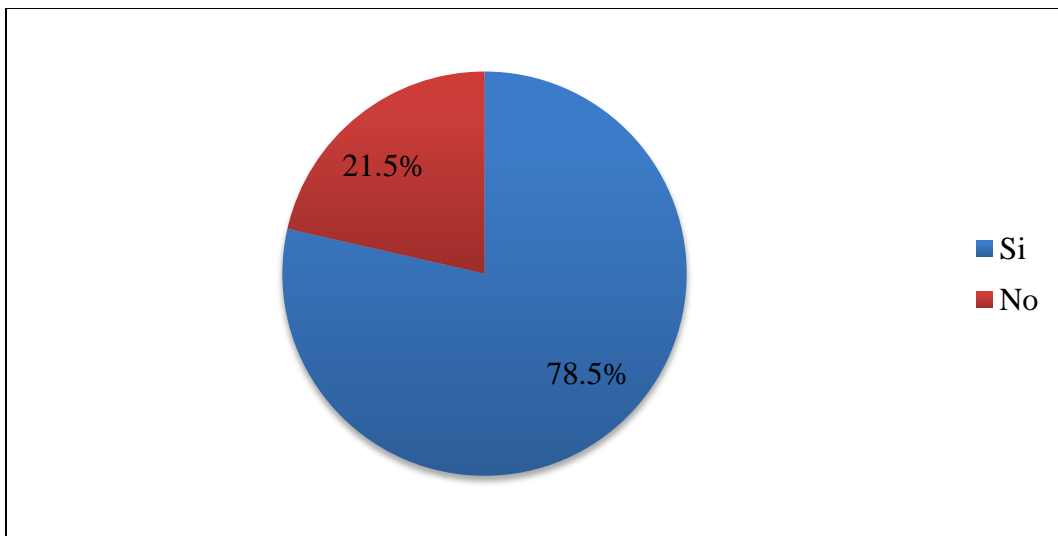
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 25: Antecedentes Personal de Maltrato Psicológico de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



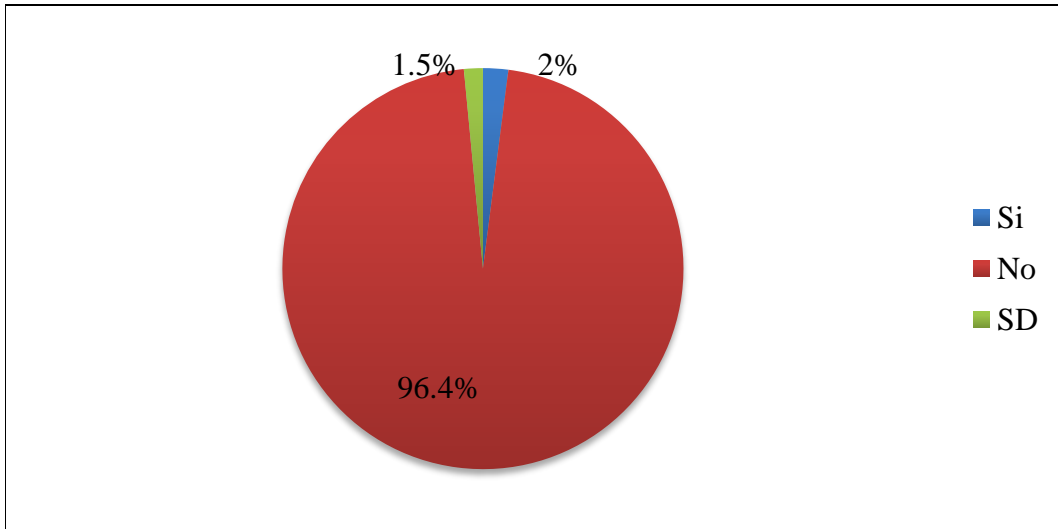
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.26: Relación de estudiantes que Presentaron algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Maltrato Psicológico de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



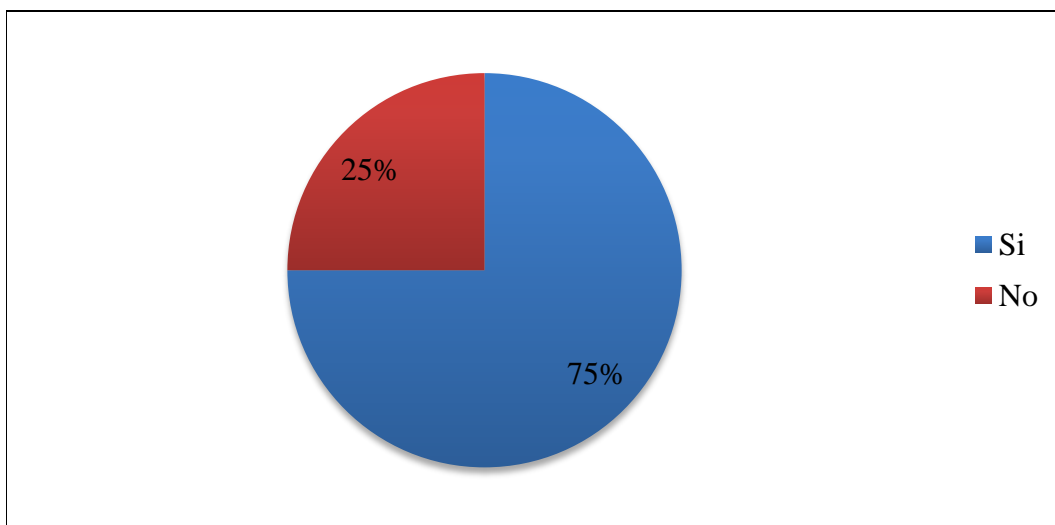
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 27: Antecedentes de Maltrato Físico de los estudiantes I a V año de la Facultad de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



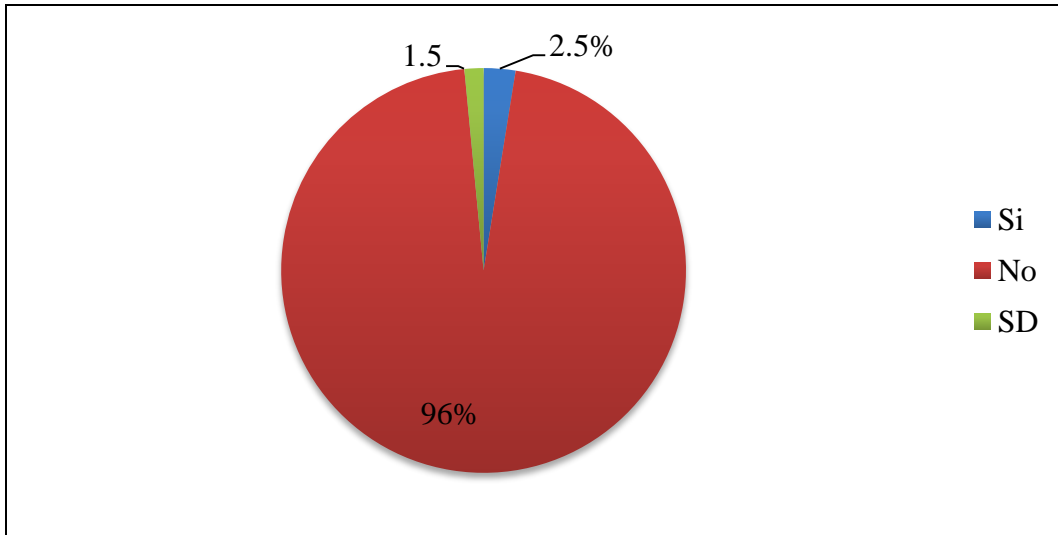
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.28: Relación de estudiantes que Presenta algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Maltrato Físico de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



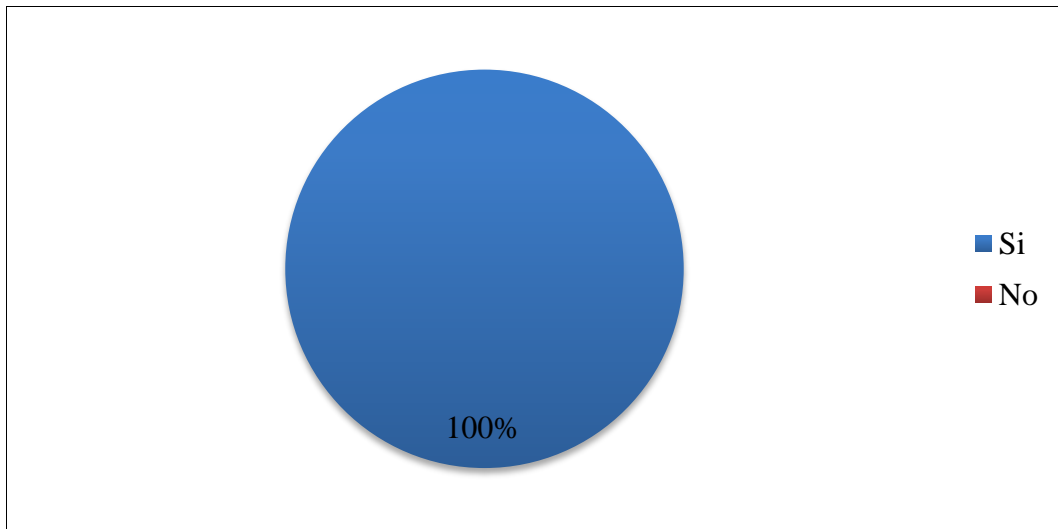
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.29: Antecedentes de Abuso Sexual de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



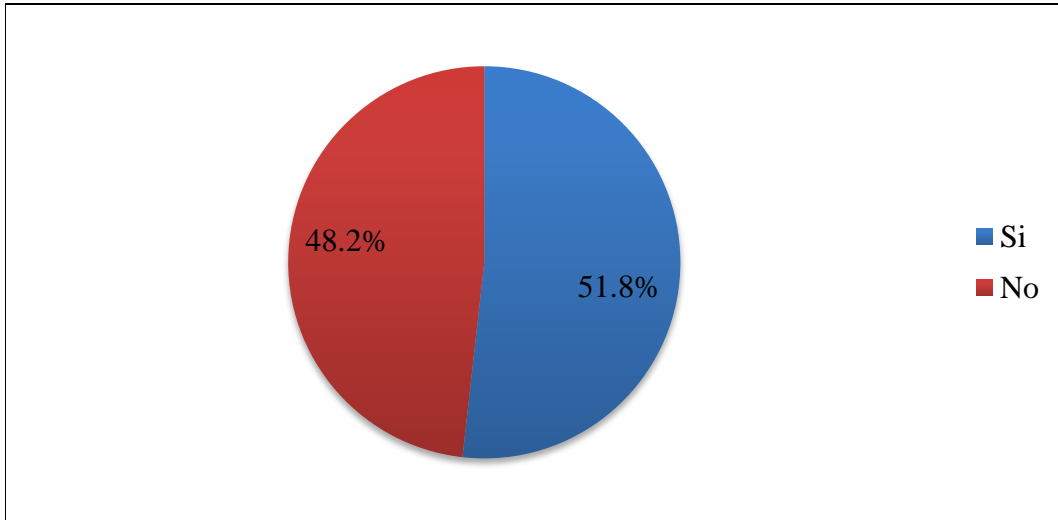
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.30: Relación de estudiantes que presentan algún Trastorno Psiquiátrico con Antecedentes de Abuso Sexual de los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



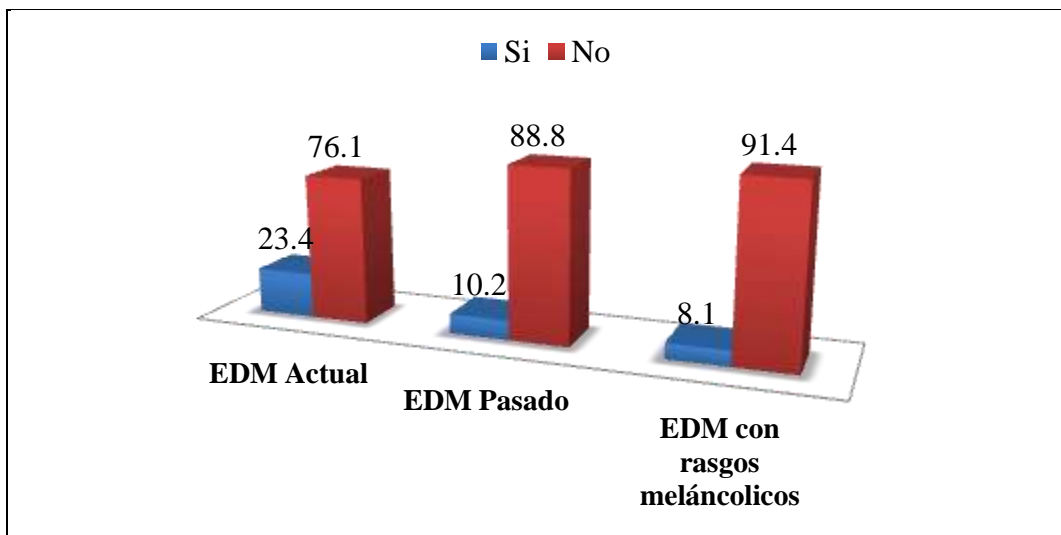
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.31: Prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



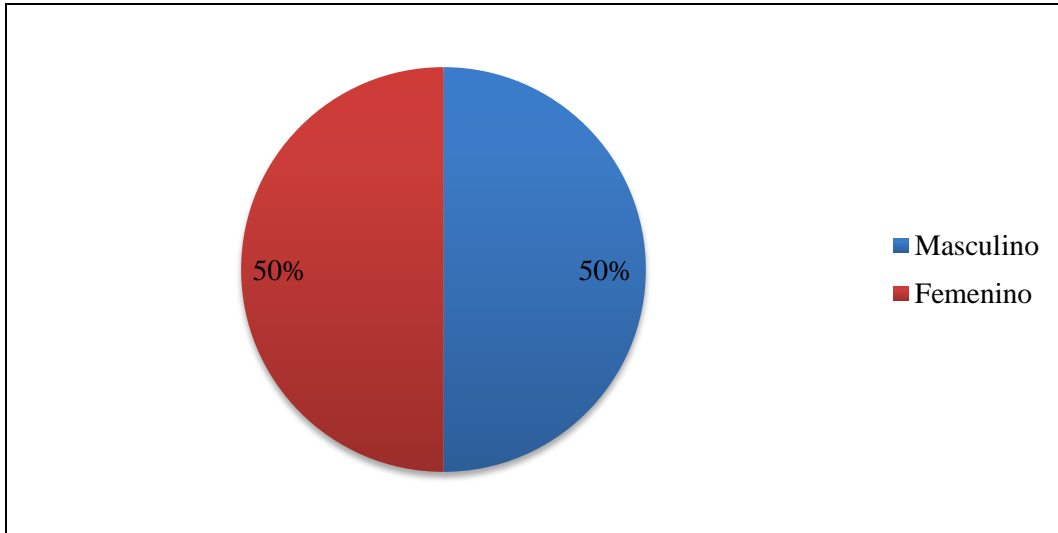
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.32: Episodio Depresivo Mayor Actual; Pasado Y de Vida Entera en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



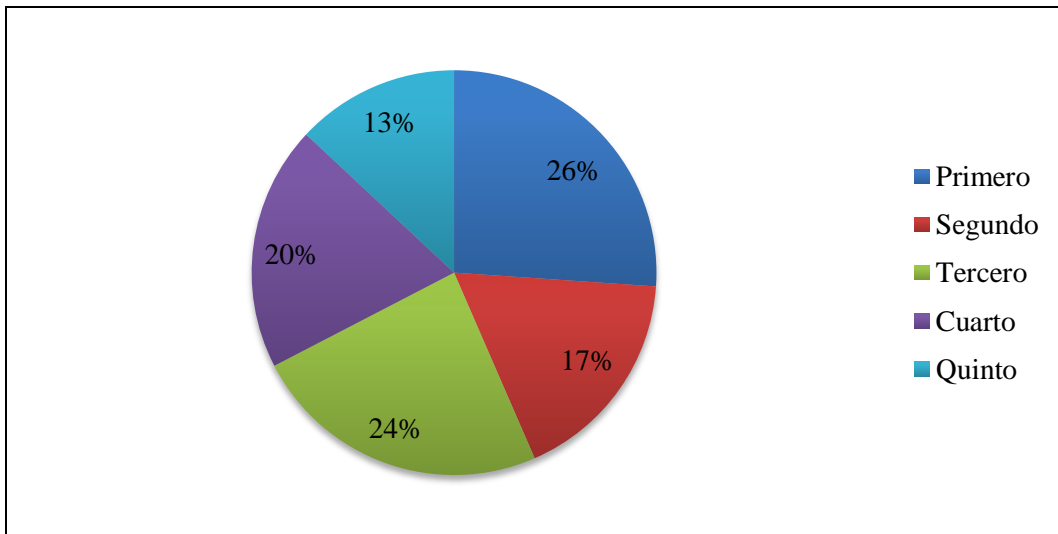
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.33: Estudiantes que presentaron Episodio Depresivo Mayor Actual en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



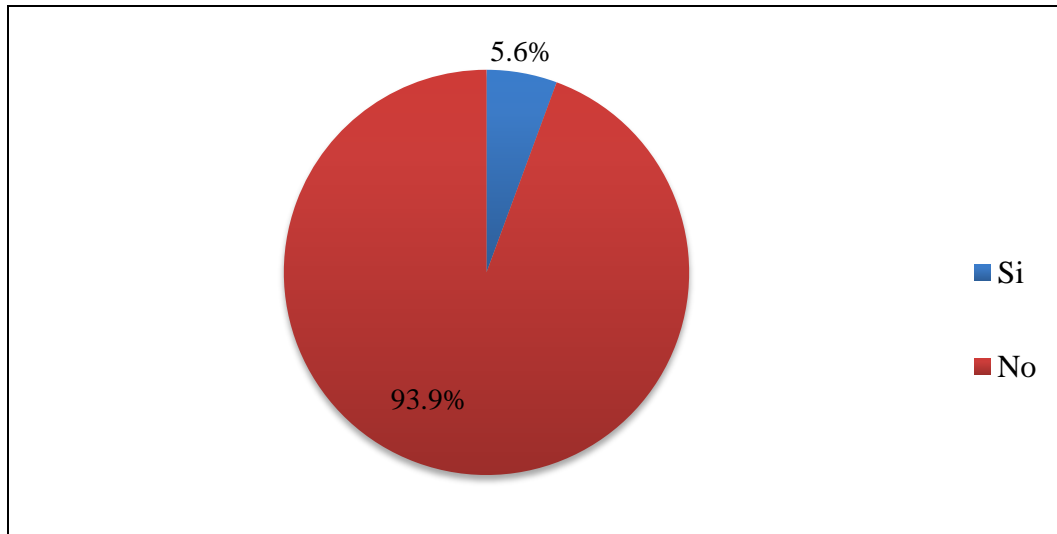
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.34: Estudiantes que presentaron Episodio Depresivo Mayor Actual en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



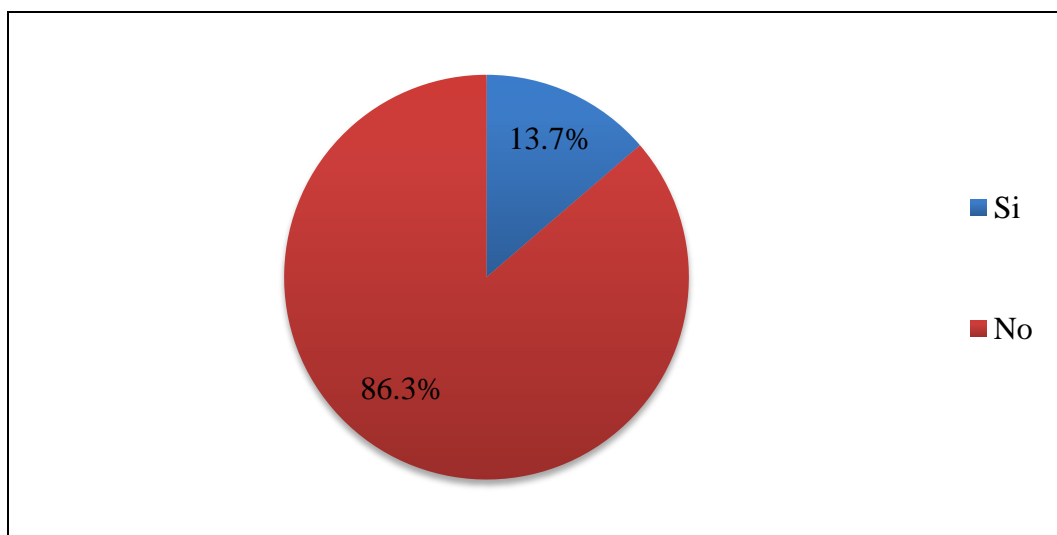
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 35: Distimia en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



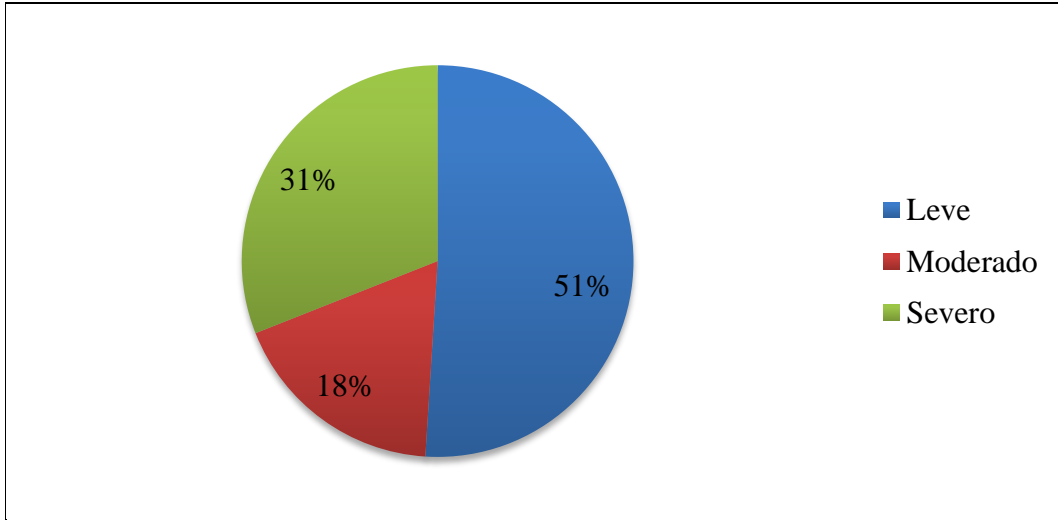
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.36: Riesgo de Suicidio en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



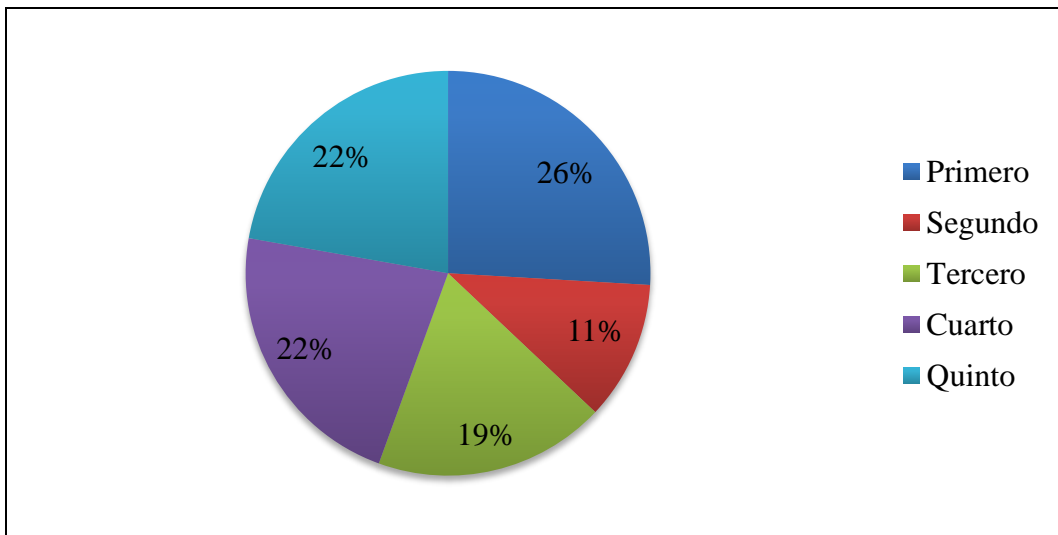
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.37: Riesgo de Suicidio según su severidad en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



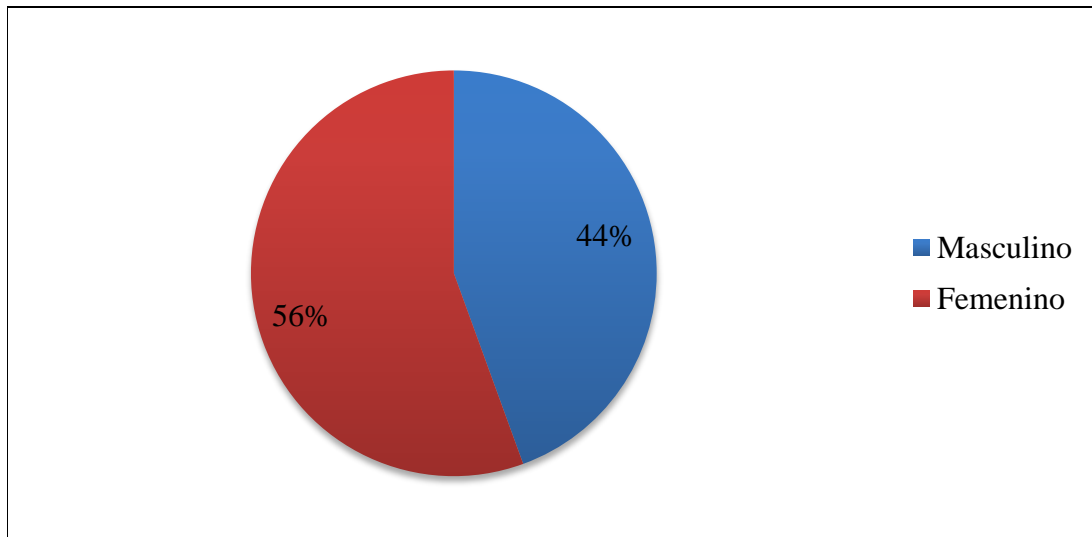
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.38: Estudiantes que presentaron Riesgo de Suicidio en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



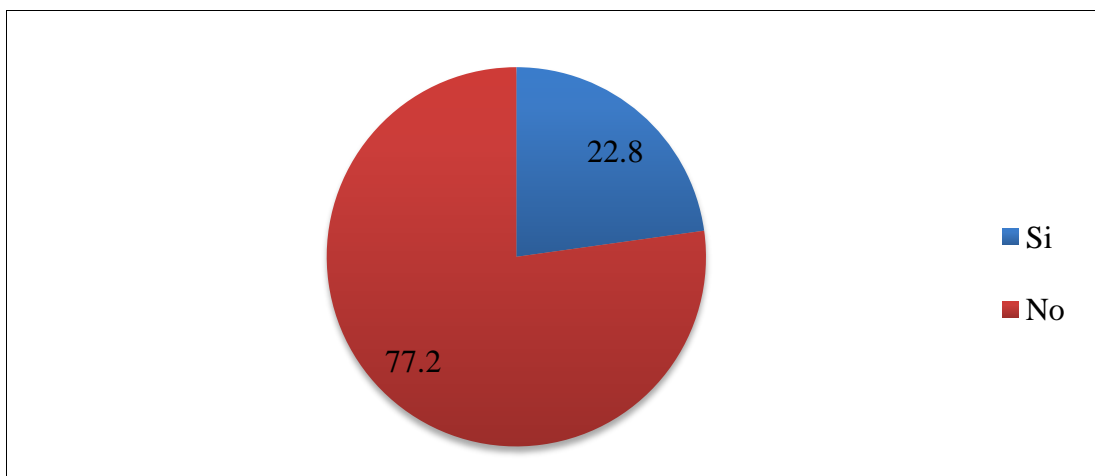
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.39: Estudiantes que presentaron Riesgo de Suicidio en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



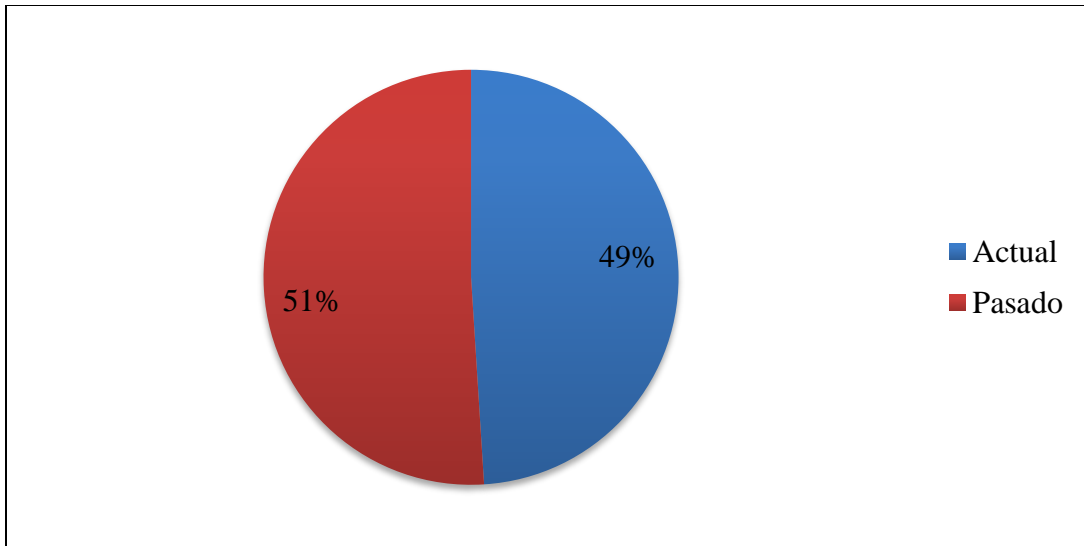
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.40: Episodio Hipomaniaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



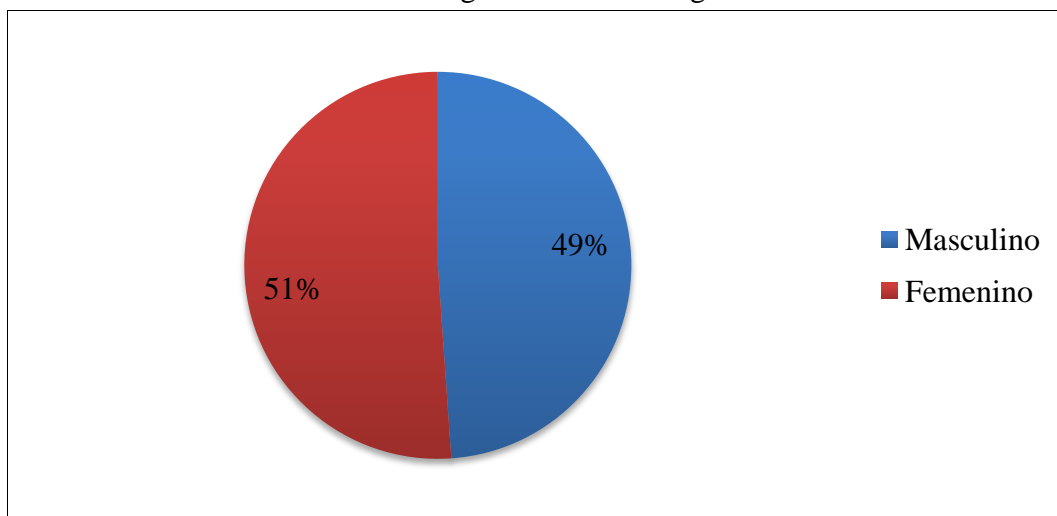
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.41: Episodio Hipomaniaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



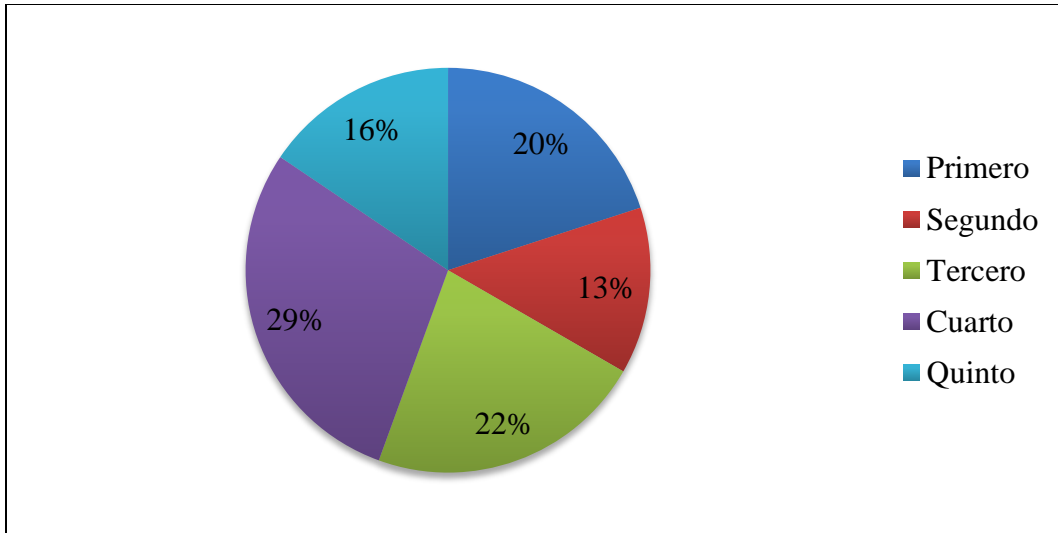
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.42: Estudiantes que presentaron Episodio Hipomaniaco en relación al sexo en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



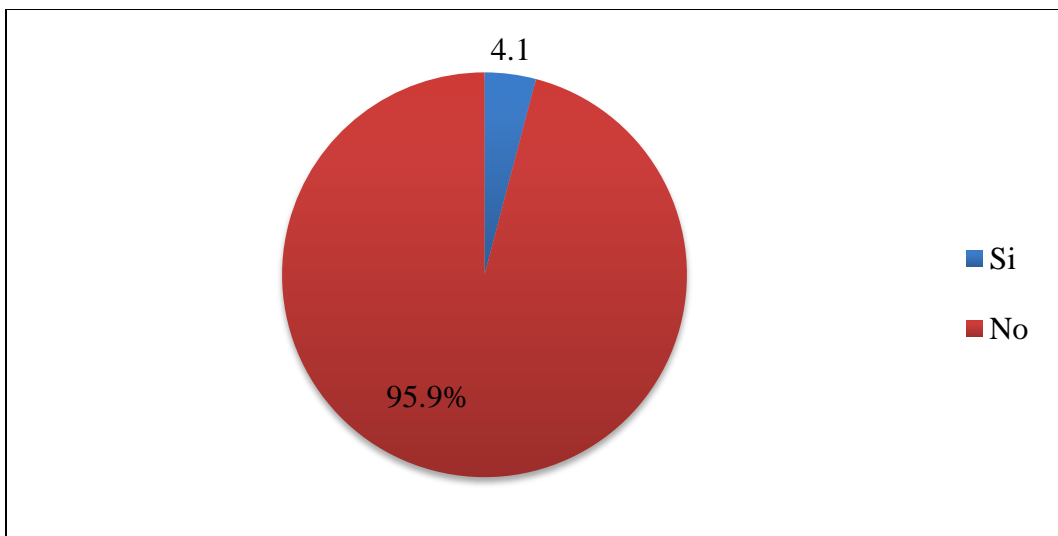
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.43: Estudiantes que presentaron Episodio Hipomaniaco en relación al año en curso en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



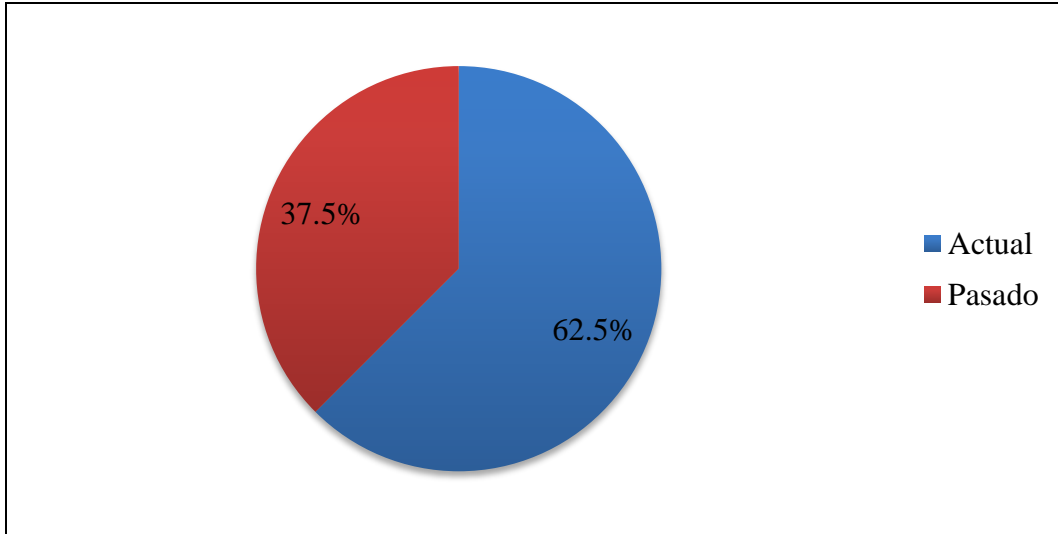
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 44: Episodio Maniaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



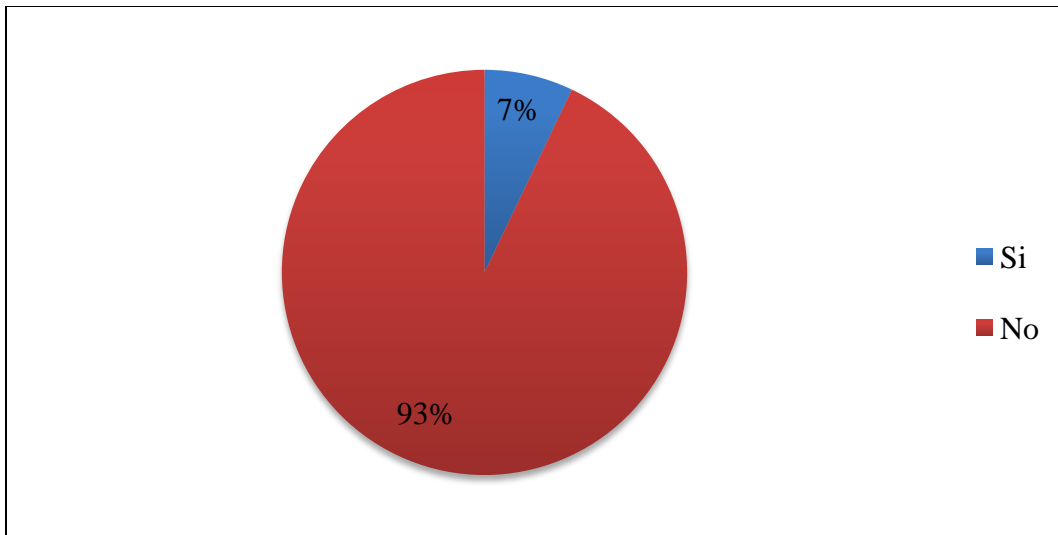
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no 45: Episodio Maniaco en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



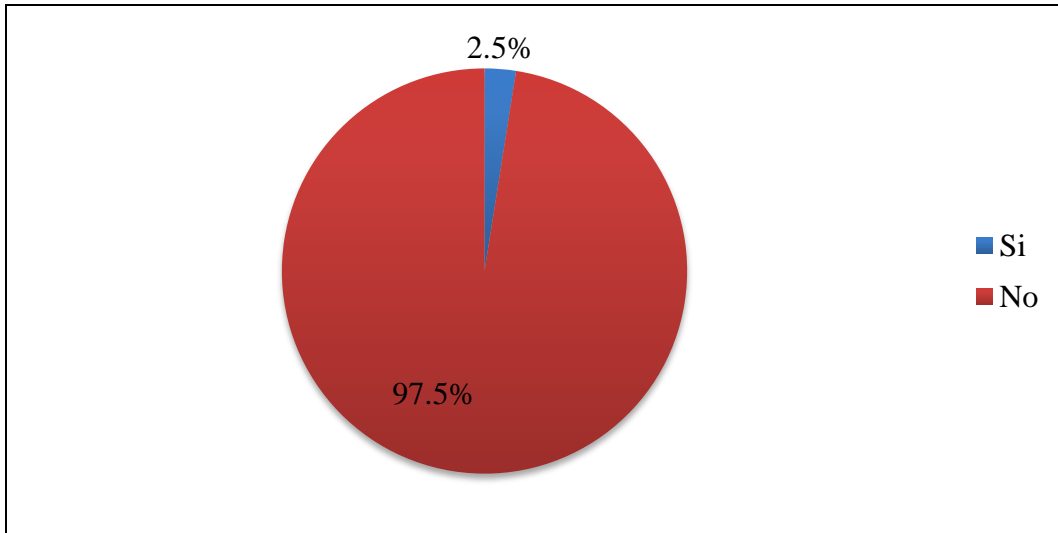
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.46: Trastorno por Angustia en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



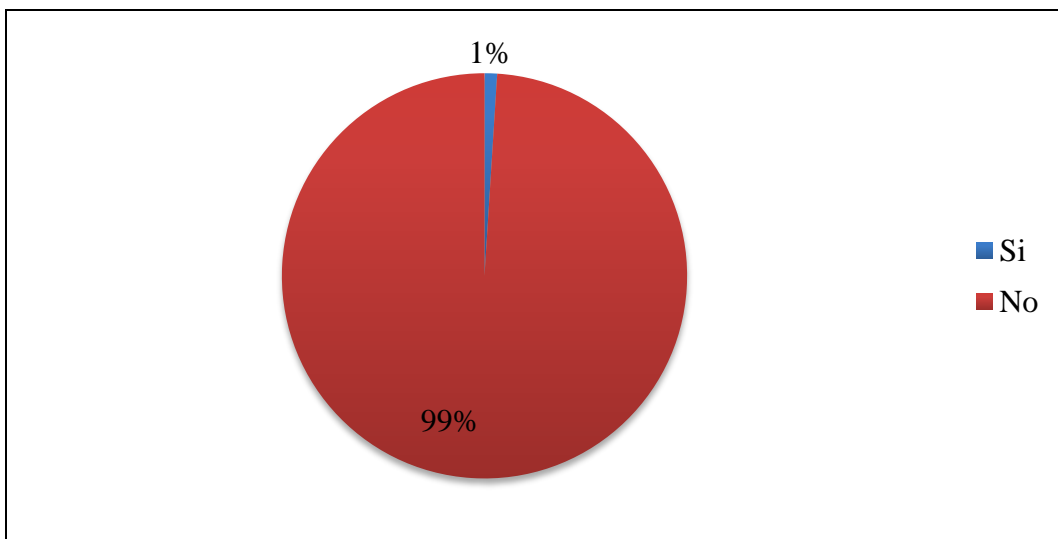
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 47: Trastorno por Angustia con Agorafobia Actual en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



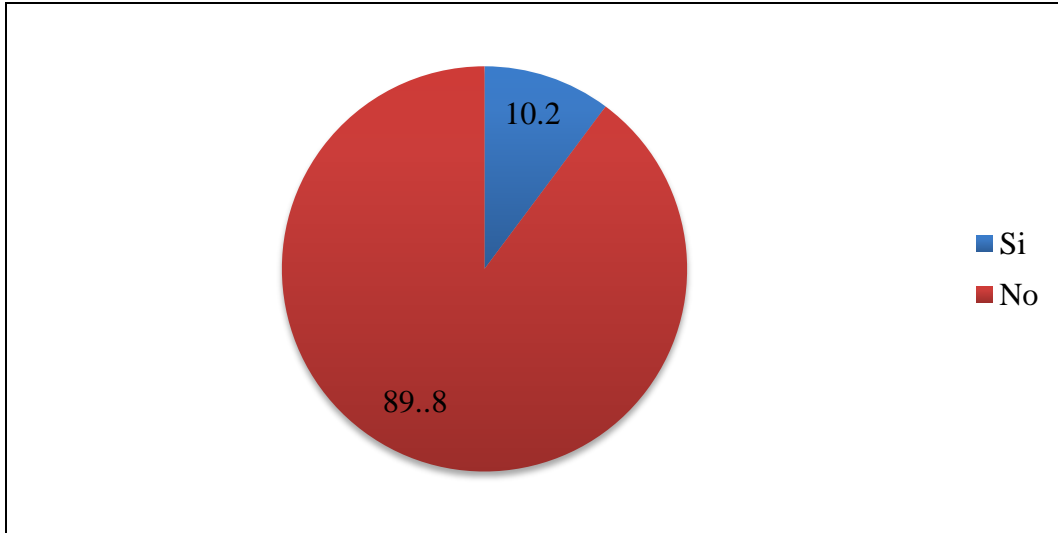
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.48: Trastorno por Angustia sin Agorafobia Actual en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



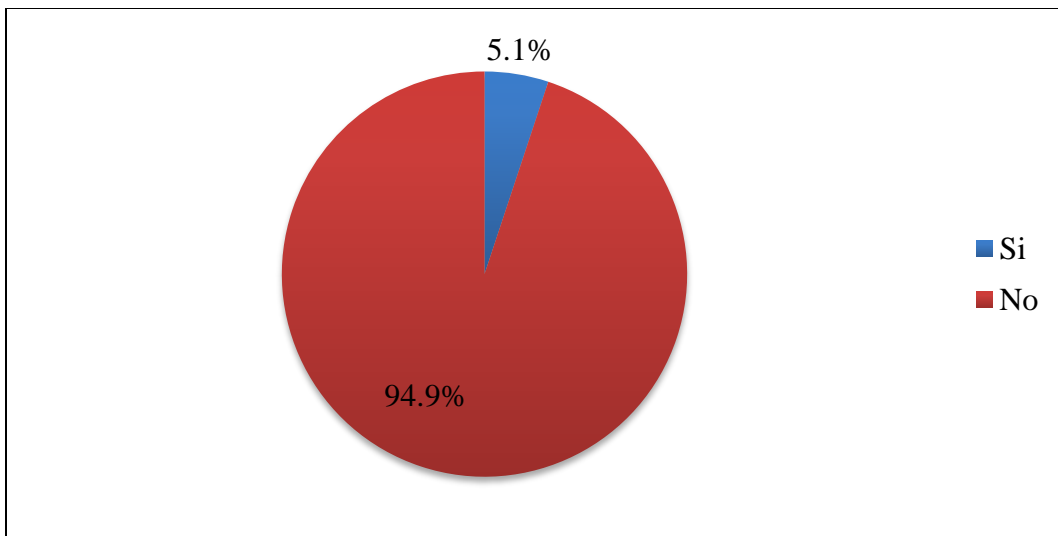
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.49: Agorafobia sin Antecedentes de Trastornos por Angustia en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



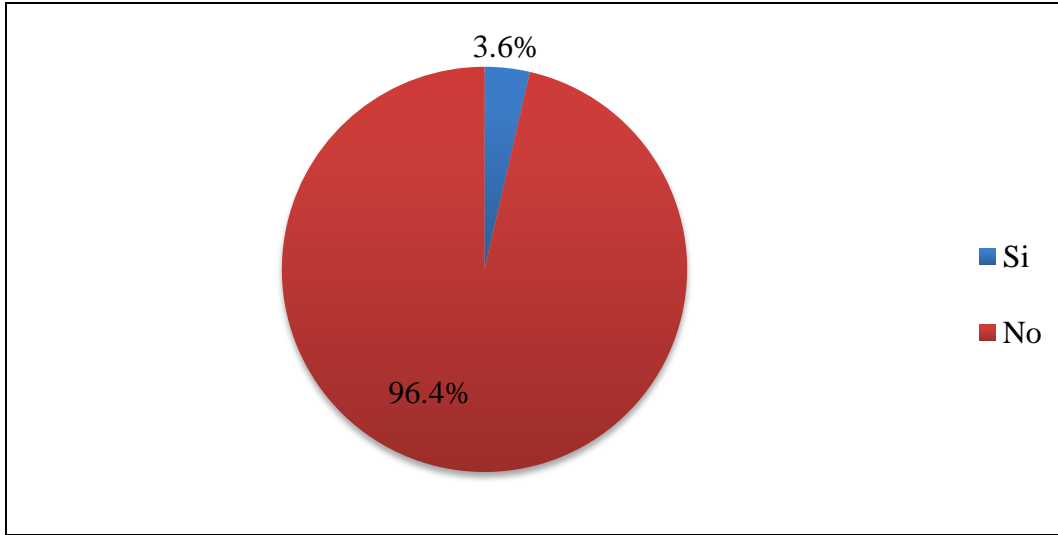
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.50: Fobia Social en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



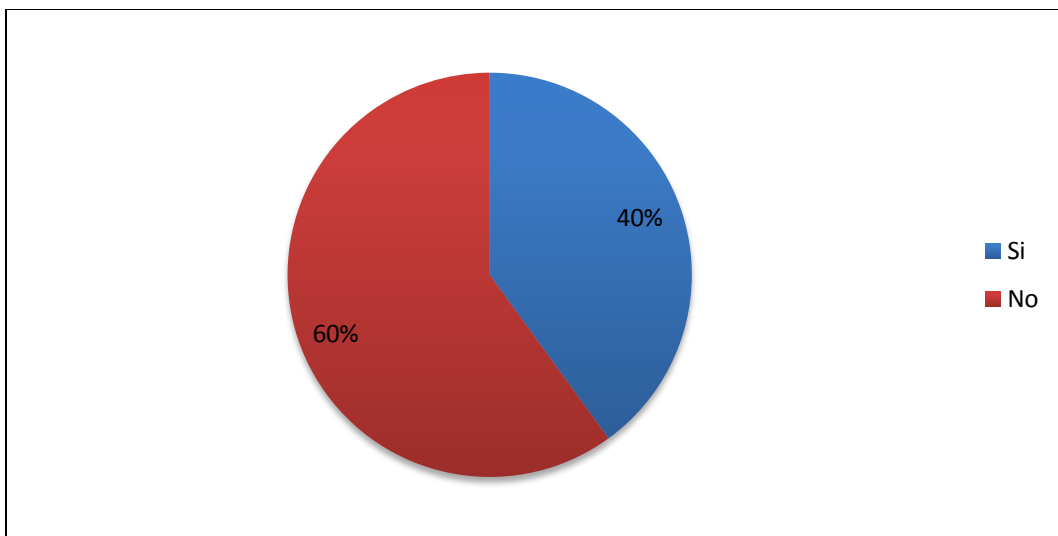
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.51: Trastorno Obsesivos Compulsivos en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



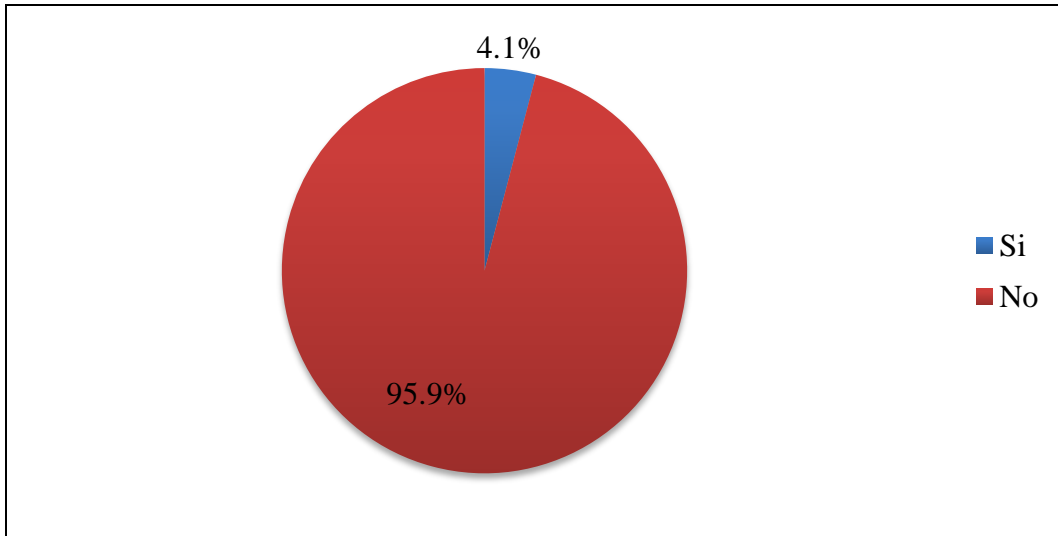
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.52: Estudiantes que han Experimentado un Acontecimiento Extremadamente Traumático y que Posteriormente Desarrollan Síndrome Estrés Post Traumático en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



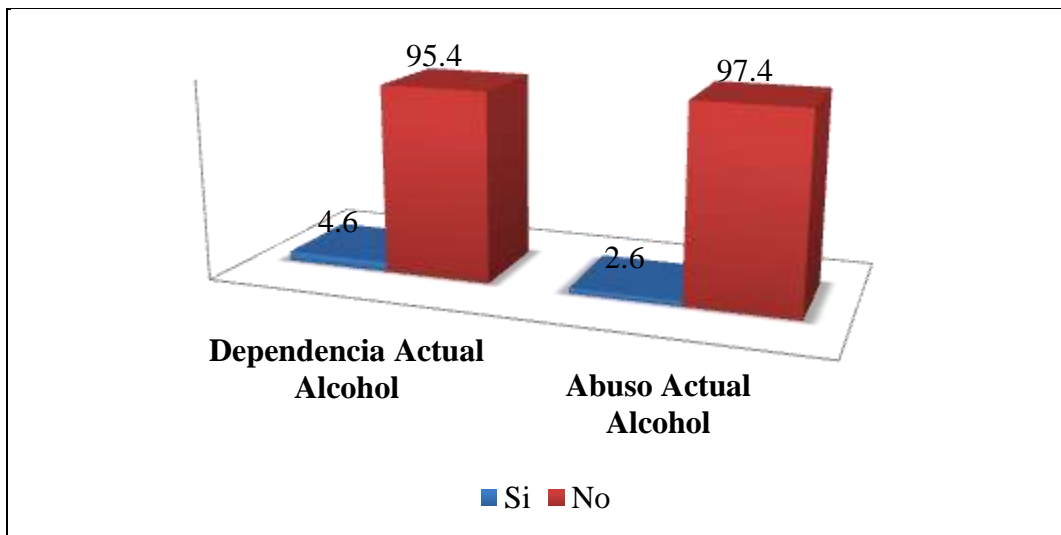
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.53: Trastorno por Estrés Post Traumático en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



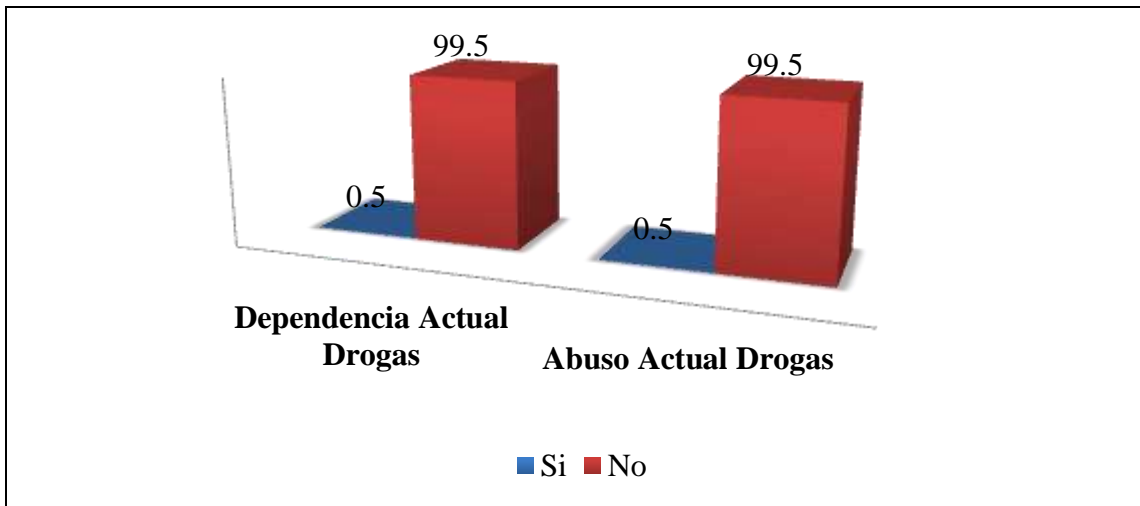
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.54: Dependencia y Abuso Alcohol en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



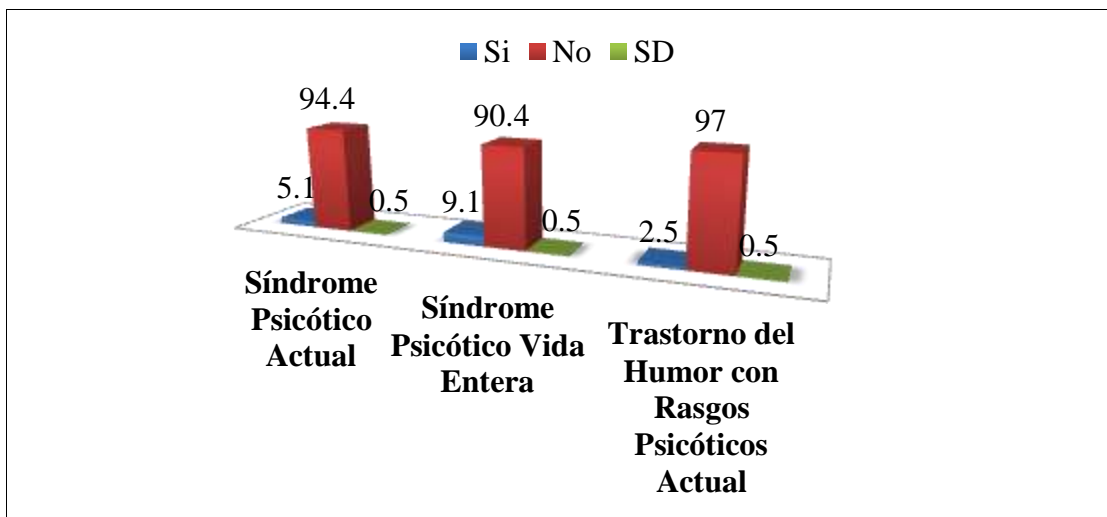
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.55: Dependencia y Abuso de Drogas en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



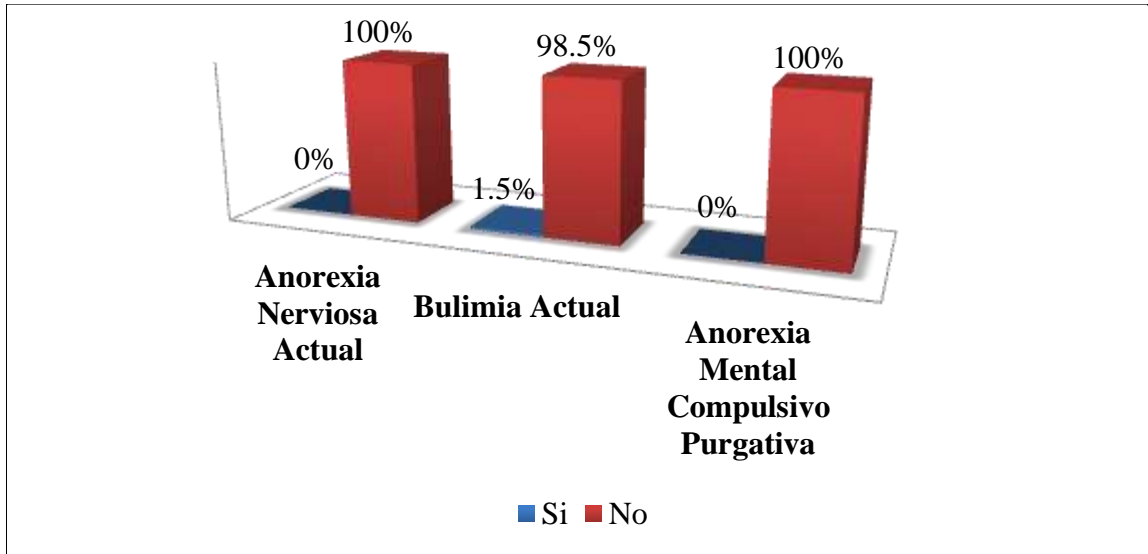
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Tabla no.56: Síndrome Psicótico en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



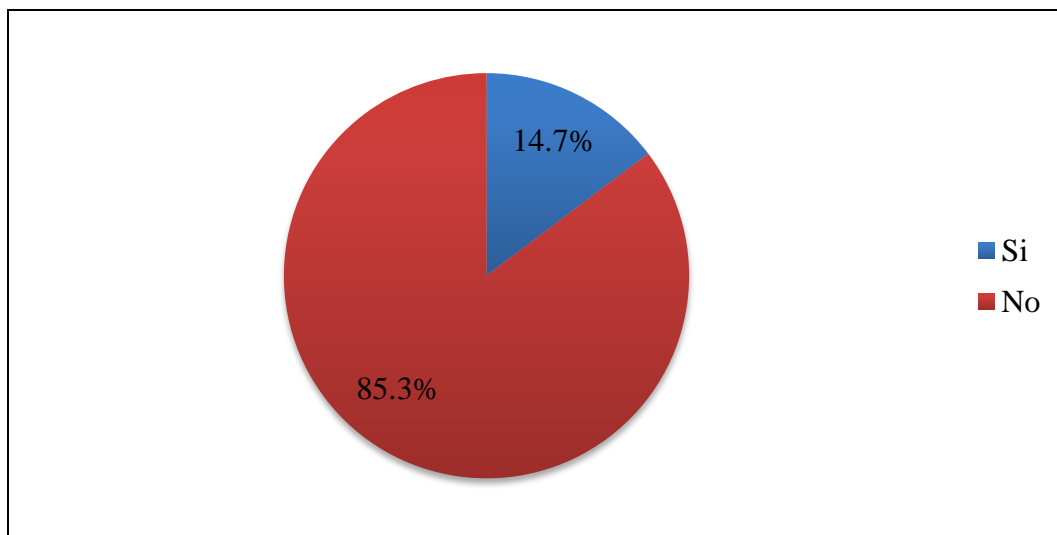
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no. 57: Trastornos Alimenticios en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



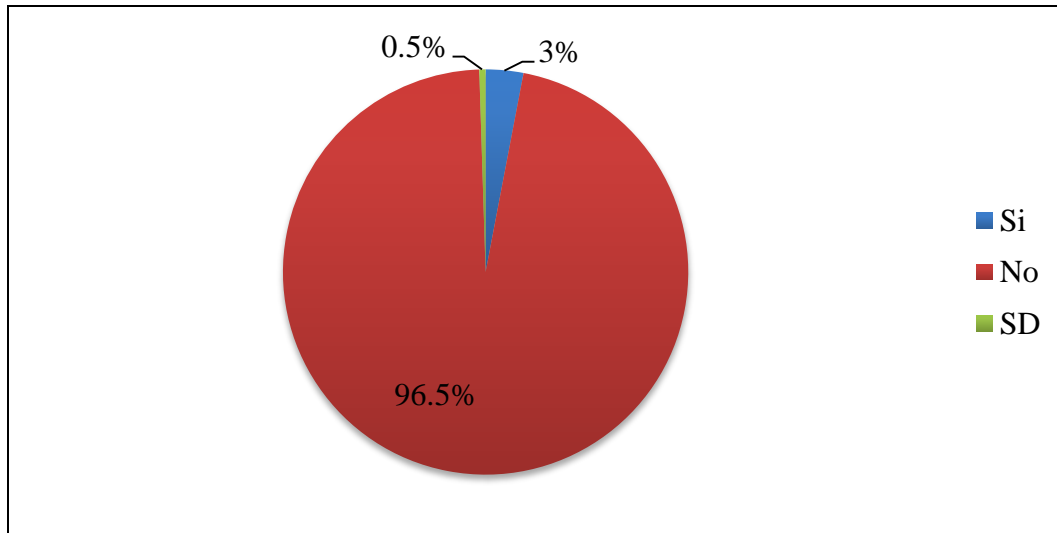
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.58: Ansiedad Generalizada en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



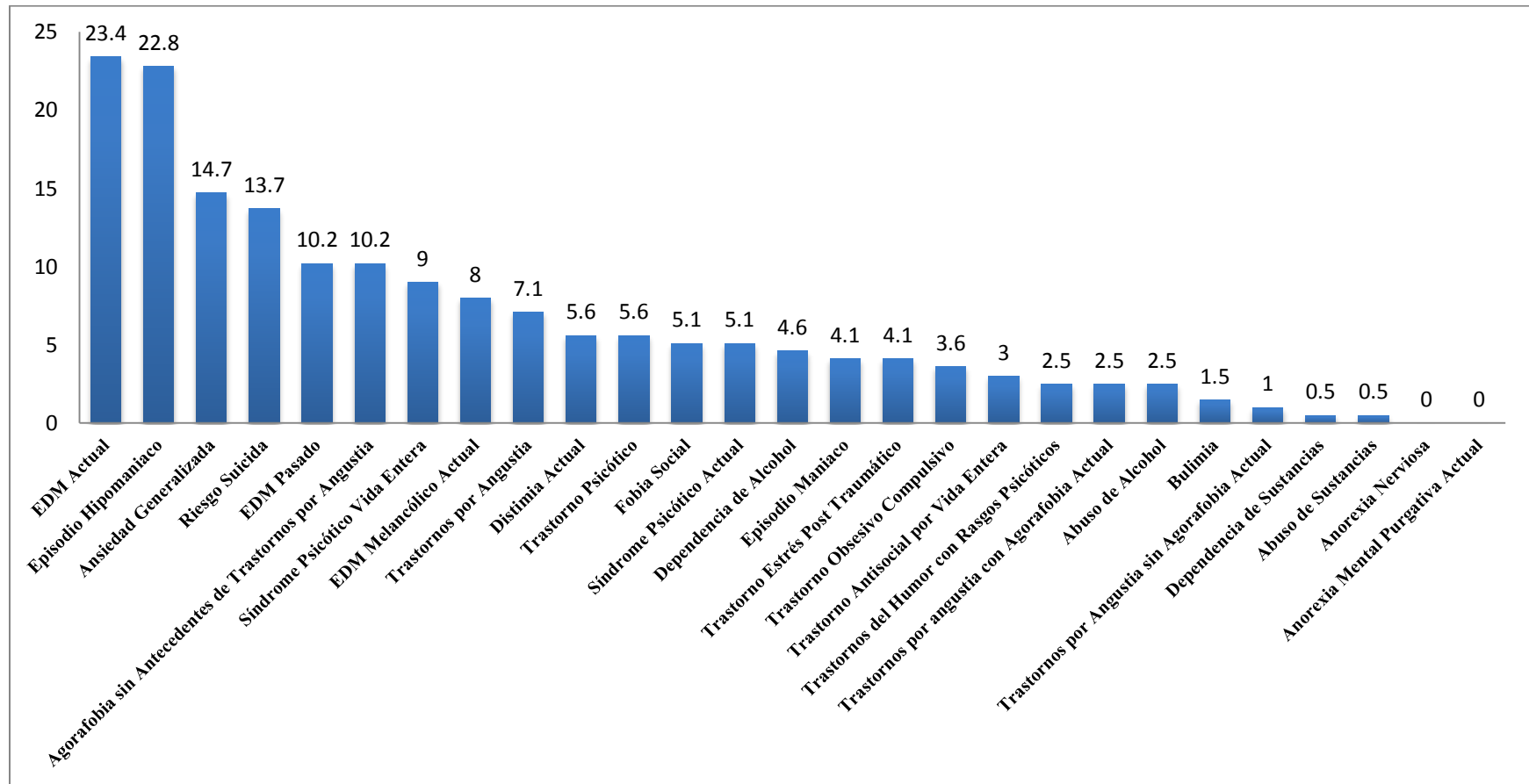
Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.59: Trastorno de la Personalidad Antisocial por Vida Entera en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

Gráfico no.60: Orden de Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos encontrados en los estudiantes I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-Managua



Fuente: Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Versión en español 5.0.0

ANEXO 3. CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los estamos invitando por medio de este documento a participar en un trabajo investigativo aprobado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua de la Facultad de Medicina del Departamento de Managua enmarcado dentro del campo de la psiquiatría: Prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de I a V año de la Facultad de Medicina UNAN-Managua, en el primer semestre 2012.

Ustedes pueden decidir si aceptan o no participar en la investigación. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa, es decir, no pasará nada a quienes no desean participar en esta investigación.

Lo que se hará si autorizan la participación de 204 estudiantes de la facultad de medicina UNAN-MANAGUA con edad mayor de 16 años en la investigación es contestar unos cuestionarios. Si durante la aplicación de los cuestionarios deciden no continuar, pueden hacerlo. Deben decirlo a la persona encargada.

Pueden realizar todas las preguntas y/o dudas acerca de la investigación, una vez llevado a cabo la investigación se entregará una copia del documento con los resultados del estudio a la Institución.

Todos los datos personales que suministren serán guardados por los entrevistadores y ninguna persona a parte de ellos podrá conocerlos, respetando el derecho a la intimidad, confidencialidad, y la responsabilidad de los investigadores de proteger todos los componentes éticos implicados en esta investigación. La información será empleada para fines académicos.

Por lo todo anterior expuesto, comprendo la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Si ____

No ____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de I a V año de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN-Managua, en el primer semestre 2012.

No. Ficha: ____

Edad: ____ Año en curso: ____ Sexo: Masculino __ Femenino __

Estado Civil: Soltero ____ Casado ____ Unión libre ____ En una Relación (Noviazgo) ____

Religión: Ninguna __ Católica __ Evangélica __ Otra: ____

Procedencia: Urbano __ Rural __

Condición económica: Buena __ Regular __ Mala __

Antecedentes Familiares:

Trastornos psiquiátricos: Si __ No __

Abuso de alcohol: Si __ No __

Abuso de alguna droga u otra sustancia: Si __ No __

Suicidio e intentos suicidas: Si __ No __

Violencia intrafamiliar: Si __ No __

Familia Disfuncional: Si __ No __

Antecedentes personales:

Maltrato psicológica: Si __ No __

Maltrato física: Si __ No __

Abuso sexual: Si __ No __