

ARTÍCULOS EMPÍRICOS

ESTUDIO CLÍNICO-DESCRIPTIVO EN EL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, EN AREQUIPA
Jonathan Zegarra Valdivia y Ernesto Cazorla Pérez

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA DE AUTOEFICACIA
PARA SITUACIONES ACADÉMICAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS PERUANOS
*Sergio Dominguez Lara, Graciela Villegas García
Carlos Yauri Santos, Eduardo Matos Sánchez y Fernando Ramírez Farías*

VELOCIDAD DE LECTURA E INTELIGENCIA EN ESTUDIANTES DE INGENIERÍA
Walter Arias Gallegos y Oscar Justo Velarde

ESTUDIO CLÍNICO-DESCRIPTIVO EN EL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, EN AREQUIPA
CLINICAL-DESCRIPTIVE RESEARCH IN MOISES HERESI
MENTAL HEALTH INSTITUTE IN AREQUIPA

Jonathan Zegarra Valdivia

Estudiante de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín,
de Arequipa e interno de psicología clínica en el Centro
de Salud Mental Moisés Heresi, de Arequipa. Es miembro del Centro de Estudios
e Investigación en Neuropsicología de la Universidad Nacional de San Agustín.

Ernesto Cazorla Pérez

Doctor en Psicología por la Universidad Nacional de San Agustín y docente
en la misma casa de estudios. También es docente de la Universidad Católica San Pablo,
de Arequipa. Es jefe del Departamento de Psicología Clínica del Centro
de Salud Mental Moisés Heresi de Arequipa.

Correspondencia: Ernesto Cazorla
Av. Pumacahua s/n. Arequipa (Perú). Correo electrónico: escaper@hotmail.com

ESTUDIO CLÍNICO-DESCRIPTIVO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, EN AREQUIPA

CLINICAL-DESCRIPTIVE RESEARCH IN MOISES HERESI MENTAL HEALTH INSTITUTE IN AREQUIPA

Jonathan Zegarra Valdivia
Ernesto Cazorla Pérez

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En este mundo contemporáneo, de cambios rápidos en el desarrollo socioeconómico y humano, es cada vez más frecuente encontrar personas con alguna afectación de la esfera mental. Nos propusimos conocer las características sociodemográficos y clínicas de aquellos pacientes atendidos durante el año 2011 en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi de Arequipa. El presente trabajo es un estudio descriptivo que analizó 548 historias clínicas de pacientes atendidos en consulta externa de psiquiatría y psicología e internamiento de la institución. Se evidencia la mayor incidencia de trastornos del humor (afectivos); además, se observa trastornos mentales y del comportamiento asociados con el consumo de sustancias, y trastornos del pensamiento.

Palabras clave: salud mental, psicología clínica, trastornos mentales, trastornos del humor

Abstract

The The World Health Organization (WHO) defines health as a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease. In this modern world of rapid changes in the socioeconomic and human development, it is frequent to find people with some mental disease. We wanted to determine the sociodemographic and clinical characteristics of patients treated in 2011 in the mental health center Moises Heresi of Arequipa-Perú. The following this paper is a descriptive study that analyzed medical records of 548 patients seen in outpatient psychiatry and psychological institution. Evidence was found of increased prevalence of mood disorders (affective) like depression, besides

mental and behavioral disorders associated with substance abuse and cognitive disorders.

Key words: mental health, clinical psychology, behavior disorders, mood disorders

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es «[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (Organización Mundial de la Salud, 2004). No obstante, bajo el panorama actual de cambios en el desarrollo socioeconómico y humano (pérdida de valores, problemas educativos, delincuencia, entre otros), es cada vez más frecuente encontrar personas con alguna afectación mental.

Es bajo este contexto sociocultural que «[...] la salud mental, desde la infancia hasta la muerte, es el trampolín de las destrezas de pensamiento y comunicación, aprendizaje, desarrollo emocional, resiliencia y autoestima» (Prieto, 2002). Sin embargo, la falta de una mejor educación y su difusión inclusiva, la pobreza, la delincuencia y los diferentes problemas socioculturales, entre otros factores, contribuyen a la mayor incidencia de afectaciones en la vida mental. En esa misma línea, la inadecuada formación de la personalidad, una mayor vulnerabilidad y peores estilos de afrontamiento agravan esta situación. Todo esto ocurre en un contexto en el que la sociedad postmoderna se *fractura* cada vez más, por lo que la salud no es considerada en un plano integral.

Por otra parte, la salud mental en el Perú no es sostenida por políticas de salud efectivas, lo cual hace que la falta de difusión sobre la salud mental y su opuesto —*la enfermedad mental*— constituyan grandes vacíos. Estos vacíos no solo afectarán a la población en lo que respecta a la atención, tratamiento y rehabilitación de los casos diagnosticados sino, sobre todo, en cuanto a la prevención, lo cual generará perjuicios en la vida social del país, así como en su desarrollo económico y social.

En este marco, la unidad de psicología del Centro de Salud Mental Moisés Heresi (CESM) tiene como objetivo conocer las características sociodemográficas y clínicas de aquellos pacientes atendidos durante el año 2011 en la institución. Esta investigación pretende generar conciencia dentro de la población y en las instituciones sociosanitarias respecto a la importancia de la salud mental, al bienestar humano, y a su rehabilitación psicológica en un marco cada vez más integral.

Método

Diseño y procedimiento

El presente trabajo es un estudio descriptivo mediante la consulta y análisis de documen-

tos (Montero y León, 2005). Se escogió información relativa a las siguientes variables:

1. Variables demográficas: género, edad, grado de instrucción, ocupación actual (al momento de la evaluación), lugar de nacimiento y domicilio.
2. Variables clínicas: cociente intelectual, consumo de drogas (sí/no), tipo de droga consumida (drogas legales: alcohol y tabaco; drogas ilegales: marihuana, PBC, cocaína, Terokal, policonsumo); tipo de diagnóstico (psiquiátrico y psicológico), inestabilidad emocional (sí/no), intento de suicidio (sí/no) y daño orgánico cerebral (sí/no).

Posteriormente se procedió al análisis estadístico por medio del software IBM SPSS Statistics 20.0, con procesamiento básicamente descriptivo.

Muestra y características demográficas

Para la realización de este estudio se analizaron 548 historias clínicas de pacientes atendidos en consulta externa de psiquiatría y psicología e internamiento del CESM durante el año 2011. Se utilizaron los criterios de clasificación psiquiátrica propuestos por la OMS (CIE-10), puesto que permiten operativizar y facilitar el análisis de consistencia y validez (Caballero, 2007). Para fines descriptivos se presentan a con-

Cuadro 1: Clasificación de las enfermedades mentales

Clasificación internacional de las enfermedades mentales: clasificación de los trastornos mentales

- F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas
- F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes
- F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)
- F40-F49 Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones orgánicas y factores somáticos
- F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto
- F70-F79 Retraso mental
- F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico
- F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia

tinuación los códigos que permiten identificar las diferentes patologías mentales (véase el cuadro 1).

Del total de historias clínicas se excluyeron 81 por no incluir suficiente información. La muestra final fue de 467 historias. La media de edad del total de pacientes atendidos es 33.68 ± 17.9 . Se realizó una división de las edades para un mejor manejo clínico: niñez temprana, niñez media, adolescencia (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2001); también se dividió en adultez joven, adultez media y adultez mayor (véase el cuadro 2).

Se observa una mayor frecuencia de pacientes en la adultez joven (51.2 %) y la adolescencia (20.8 %).

Resultados

Características sociodemográficas

Se realizó una distribución del estado civil de la muestra, y se encontró un mayor porcentaje de solteros (62.5 %), que de casados (22.9 %); sin embargo, estos datos varían cuando hacemos distincio-

Edades de la muestra	Frecuencia	Porcentaje
Niñez temprana	6	1.3
Niñez media	15	3.2
Adolescencia	97	20.8
Adultez joven	239	51.2
Adultez media	76	16.3
Adultez mayor	34	7.3
Total	467	100.0

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Sin especificación	11	2.4
Soltero	292	62.5
Casado	107	22.9
Conviviente	41	8.8
Divorciado	6	1.3
Viudo	10	2.1
Total	467	100.0

nes entre los diferentes grupos de edad estudiados.

Respecto al nivel de instrucción, en la tabla 4 se observa que la mayoría de los participantes de la muestra ha finalizado los estudios secundarios (35.3 %), seguidos por los que han finalizado estudios superiores (19.5 %).

En relación con la ocupación de los pacientes al momento de la evaluación, el 20.8 % se encontraba desocupado, el 17.8 % se dedicaba a actividades domésticas, y el 31.5 % era estudiante (véase el cuadro 5).

Respecto al lugar de nacimiento de los pacientes evaluados, se encontró que la

Cuadro 4. Nivel de instrucción		
Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Otros (sin especificar)	25	5.4
Primaria incompleta	25	5.4
Primaria completa	44	9.4
Secundaria incompleta	44	9.4
Secundaria completa	165	35.3
Técnico incompleto	14	3.0
Técnico completo	33	7.1
Superior incompleto	26	5.6
Superior completo	91	19.5
Total	467	100.0

Cuadro 5. Situación ocupacional de la muestra		
Ocupación de la muestra	Frecuencia	Porcentaje
Sin especificar	1	.2
Desocupado	97	20.8
Empleado	27	5.8
Su casa	83	17.8
Estudiante	147	31.5
Técnico	10	2.1
Independiente	60	12.8
Obrero	24	5.1
Profesional	18	3.9
Total	467	100.0

mayoría, el 84.6 %, era de Arequipa; el 5.1 %, de Puno, y el 3.0 %, de Moquegua (véase el gráfico 1).

Por otra parte, analizando el lugar de procedencia o domicilio actual dentro de la ciudad Arequipa, se encontró que el 21.8 % de los pacientes son de Cerro Colorado; el 12.4 %, de Paucarpata; el 7.1 %, de Cayma, y el 6.4 %, del Cercado (véase el gráfico 2).

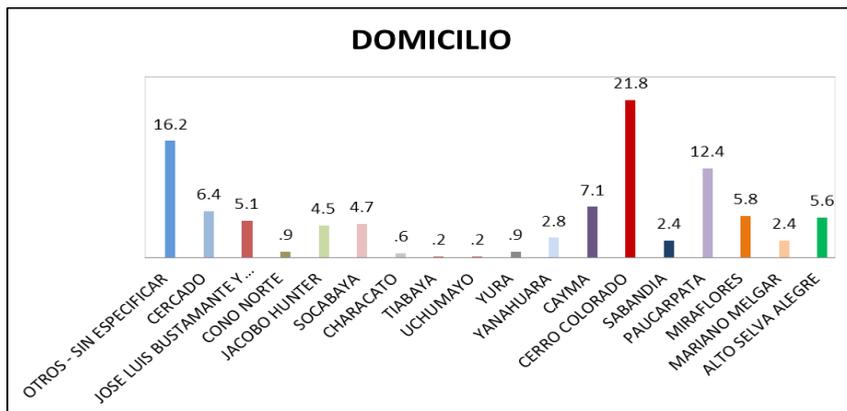
Características clínicas

Se observa que dentro del diagnóstico psicológico general, el 25.9 % sufre de trastornos del humor (afectivo); sobresalen los estados depresivos y la depresión mayor. El 20.8 % sufre de trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas; resaltan la dependencia al alcohol y a drogas como la cocaína, PBC

Gráfico 1. Lugar de procedencia de la muestra



Gráfico 2. Distrito de residencia en la ciudad



y la marihuana. También se puede observar un 13.1 % de trastornos mentales tipo esquizofrenia, esquizotipia e ideas delirantes. El 6.9 % presenta trastornos de personalidad y del comportamiento; resaltan los trastornos de personalidad límite, los trastornos esquizoides y la ludopatía (véase el gráfico 3).

En cuanto a la prevalencia de enfermedad mental según el sexo, puede observarse que

en las mujeres los trastornos del humor (afectivos) son los más frecuentes con un 42.2 %; destacan los estados depresivos y la depresión mayor. En segundo lugar se encuentran la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno de ideas delirantes con un 12.3. Los trastornos neuróticos se encuentran a continuación con un 12.1%; destacan los trastornos ansioso-depresivos, trastornos de ansiedad generalizada y TOC (véase el gráfico 4).

Gráfico 3. Diagnóstico psicológico general

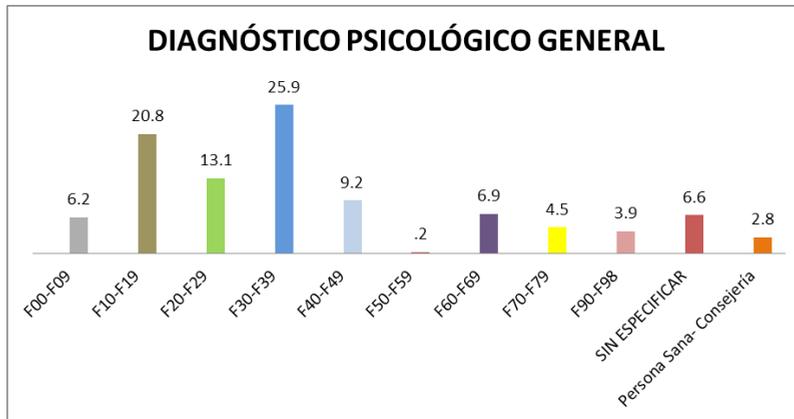
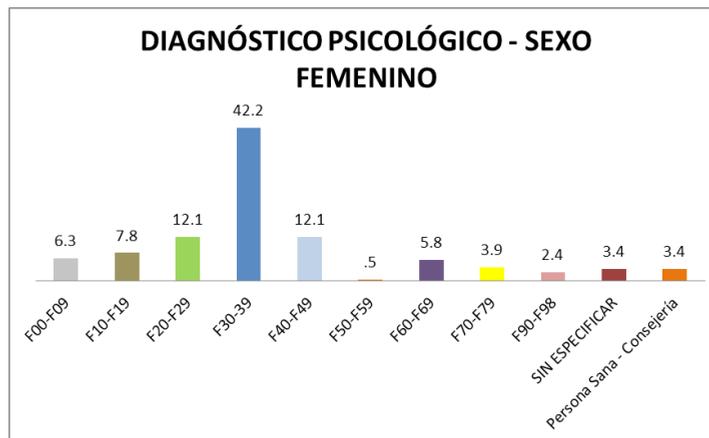


Gráfico 4. Diagnóstico psicológico en mujeres



En el caso de los varones, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas son las más frecuentes con un 31.0 %; destacan la dependencia al alcohol, tabaco y policonsumo de sustancias; siguen la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno de ideas delirantes con un 13.8 %, y los trastornos del humor (afectivos) con un 13.0 % (véase gráfico 5).

En la unidad de psiquiatría se encontró que los trastornos mentales diagnosticados más frecuentes, según los criterios del CIE-10, fueron los trastornos del humor (afectivos), con un 25.3 % (sobresalieron los estados depresivos y la depresión mayor); los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, con un 21.2 % (resaltan la dependencia al alcohol, a la cocaína, PBC y marihuana); trastornos

Gráfico 5. Diagnóstico psicológico en varones

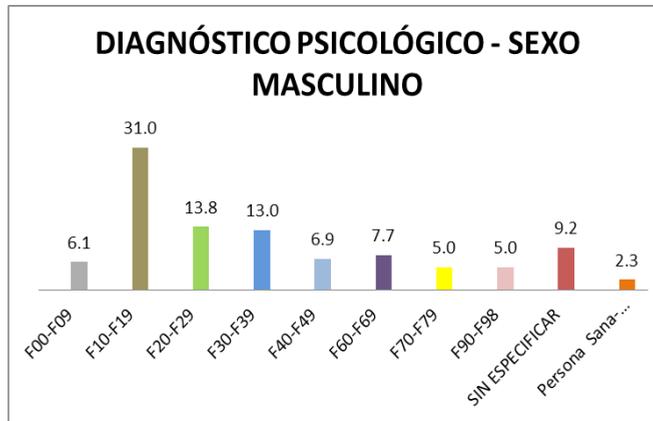
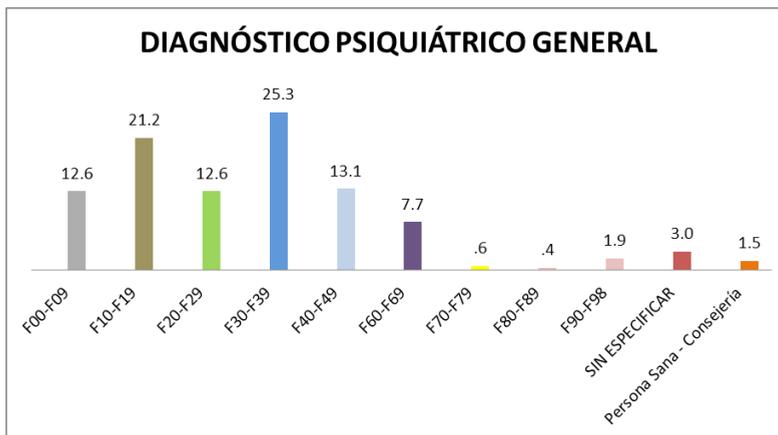


Gráfico 6. Diagnóstico psiquiátrico general



mentales tipo esquizofrenia, esquizotipia e ideas delirantes, con el 12.6 %; trastornos de personalidad y del comportamiento con el 7.7 % (resaltan los trastornos de personalidad límite, esquizoides y la ludopatía); y los trastornos neuróticos con un 13.7 % (resaltan los trastornos de ansiedad, ansioso-depresivos y somatomorfos) (véase gráfico 6).

En cuanto a la prevalencia de enfermedad mental según el sexo, se encontró que los trastornos del humor (afectivos) son los

más frecuentes con un 43.7 % (destacan los estados depresivos y la depresión mayor); en segundo lugar, los trastornos neuróticos, con un 13.1 % (destacan los trastornos ansioso-depresivos, trastornos de ansiedad generalizada y TOC); la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno de ideas delirantes, con un 11.2 %; y los trastornos mentales orgánicos, con un 11.2 % (véase gráfico 7).

Para los varones de la muestra se detectó que los trastornos mentales y del compor-

Gráfico 7. Diagnóstico psiquiátrico más frecuente en mujeres.

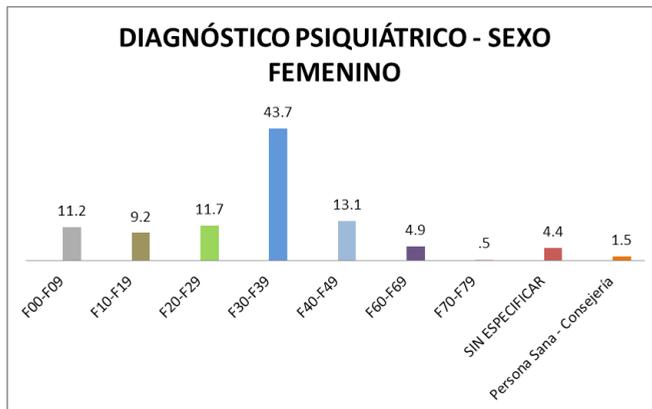
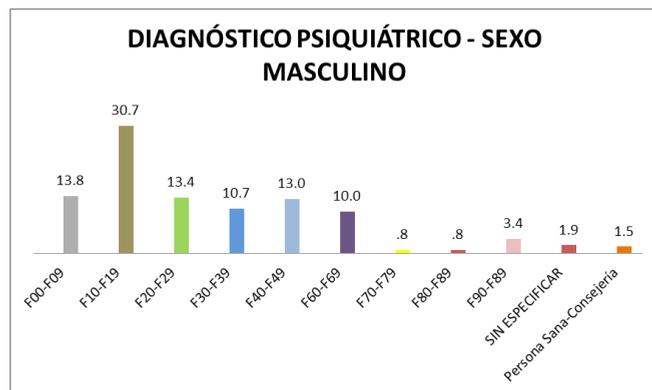


Gráfico 8. Diagnóstico psiquiátrico más prevalente en varones



tamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas eran las más frecuentes con un 30.7 % (destacan la dependencia al alcohol, tabaco y policonsumo de sustancias); los trastornos mentales orgánicos siguen con un 13.8 %; la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno de ideas delirantes siguen con un 13.4 %; y los trastornos neuróticos, con un 13.0 % (véase gráfico 8).

Respecto a otras variables psicopatológicas significativas, se encontró que el intento de suicidio varía según el sexo: de un 14.1 % en

mujeres a un 4.2 % entre los varones (véase el cuadro 6).

En el cuadro 7 se observa que la inestabilidad emocional ocasiona deterioro significativo de las relaciones interpersonales, familiares y laborales.

En el cuadro 8 se observa que el 27.0 % del total de la muestra consume sustancias psicoactivas.

En el gráfico 10 se muestra que el consumo permisivo de las llamadas *drogas legales*

	Intento de suicidio		Total
	No	Sí	
Femenino	177 85.9 %	29 14.1 %	206 100.0 %
Masculino	95.8 % 427	4.2 % 40	100.0 % 467
Total	91.4 %	8.6 %	100.0 %

	Inestabilidad emocional		Total
	No	Sí	
Femenino	149 72.3 %	57 27.7 %	206 100.0 %
Masculino	211 80.8 %	50 19.2 %	261 100.0 %
Total	360 77.1 %	107 22.9 %	467 100.0 %

alcanza el 69.4 %, para el caso del alcohol, y 17.4 %, para el tabaco. Para las drogas ilegales, observamos que la marihuana alcanza un consumo de 3.3 %; cocaína y PBC, 3.4 %; y el policonsumo de sustancias, 6.6 %.

Por último en cuanto al cociente intelectual, se halló que el valor promedio para el total de la muestra era de 93.90; el valor mínimo fue de 30, mientras que el máximo, de 133, con una desviación estándar de 11.570 (véase el cuadro 9).

Respecto a las medias del cociente intelectual dentro de los distintos trastornos y diagnósticos más encontrados según el sexo, la gráfico muestra claramente que para la mayoría de trastornos este se encuentra como promedio en 93, y cae a cerca de 80 en los trastornos mentales orgánicos como las demencias, y hasta 30 en el retraso mental. Se deduce que un nivel de inteligencia promedio o alto no nos resguarda de padecer problemas o trastornos mentales.

Cuadro 8. Porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas		
	Frecuencia	Porcentaje
No	341	73.0 %
Sí	126	27.0 %
Total	467	100.0 %

Cuadro 9. Cociente intelectual para el total de la muestra					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación e.
CI	467	30	133	93.90	11.570

Gráfico 9. Tipo de droga consumida

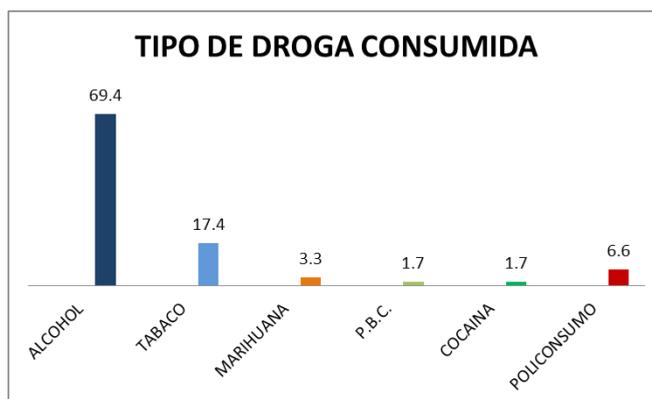
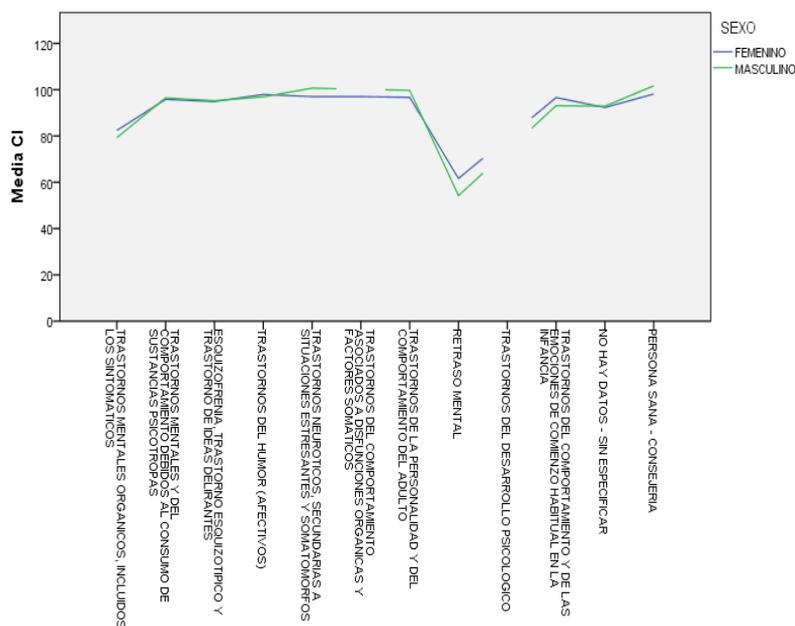


Gráfico 10. Medias de cociente intelectual según sexo



Discusión

La investigación realizada buscó encontrar las enfermedades mentales más frecuentes y las características sociodemográficas de los pacientes del CSM Moisés Heresi, en Arequipa, durante el año 2011. Se halló un mayor número de trastornos del humor (afectivos), y sobresalieron la depresión, los trastornos mentales y del comportamiento por el consumo de sustancias, y la esquizofrenia.

Las etapas de la vida que tienden a padecer con mayor frecuencia la enfermedad mental son la adolescencia y la adultez joven, etapas asociadas a un mayor desarrollo económico del individuo, de la comunidad y de

la sociedad en general, aunque hay que notar que la edad de inicio es cada vez menor.

Estas cifras evidencian la vulnerabilidad sociofamiliar e individual de la población en cuanto a protección frente a la enfermedad mental. Los problemas económicos y sociales, la disfunción familiar, las dificultades educativas, entre otros puntos relevantes para la salud de la población, no son tomados en cuenta de forma efectiva por parte del Estado; sus políticas en cuanto a la atención primaria y secundaria son débiles, de poco alcance y sin gran efectividad. Urge implementar mejores políticas de salud mental y educativas, básicas para el desarrollo de una sociedad más saludable.

Referencias

- Caballero, L. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine*, 9(84), 5389-5395.
- Montero, I., y León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*(5), 115-127.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Intervenir en salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2001). *Psicología del desarrollo* (8.^a ed.). México D. F.: McGraw-Hill.
- Prieto, A. (2002). Salud mental: situación y tendencias. *Salud Pública*, 4(1), 74-88.

