



**FACULTAD DE MEDICINA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico**

**Caracterización de la aplicación del Test MINI para evaluar salud mental**

**Autor (a): Molina González Viviana Elizabeth  
Parra Álvarez Marcela Nataly**

**Director(a): Dr. Fray Cleiton Martínez Reyes**

**Asesor (a) metodológico (a): Dr. Fray Cleiton Martínez Reyes**

**Cuenca, septiembre 2018**

**Resumen:**

**Introducción:** La evaluación de la salud mental en los servicios de salud no se realiza de manera regular, lo que conlleva un subregistro que afecta la planificación y distribución de recursos.

La M.I.N.I. es una entrevista breve y estructurada que permite diagnosticar los principales trastornos psiquiátricos, de confiabilidad alta al compararla con el SCID-P y el CIDI. El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar la aplicación de éste instrumento, entre la población que acude a las unidades de primer nivel de atención.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo-transversal con una muestra de 155 personas que acudieron a los centros de primer nivel de las parroquias urbanas y rurales del cantón Cuenca, a quienes se les aplicó el test M.I.N.I. y una encuesta para recolectar las variables estudiadas. Los resultados fueron analizados en SPSS portable.

**Resultados:** El tiempo promedio de aplicación del Test fue 21,6 minutos sin diferencia importante entre sexo, edad e instrucción; en quienes presentaron trastornos fue de 20,93. El grupo mayoritario correspondió a la edad entre los 20 a 29 años, sexo femenino y el motivo de consulta fue el control médico. El trastorno depresivo fue el más frecuente, presente en personas viudas, sin instrucción y con discapacidad.

**Conclusiones:** No existe diferencia importante entre el tiempo de aplicación del Test considerando las distintas variables demográficas respecto al modelo estándar por lo que es válido para ser utilizado en el primer nivel de atención.

**Palabras clave:** Test M.I.N.I, Trastorno Mental, Atención primaria, Caracterización.

## **Abstract:**

**Introduction:** The evaluation of mental health in health services was not carried out on a regular basis. This led to underreporting that affected the planning and distribution of resources.

The M.I.N.I. was a brief and structured interview that allowed to diagnose the main psychiatric disorders with high reliability when compared with SCID-P and CIDI. The objective of this study was to characterize the application of this instrument in the population that went to the first level care units.

**Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with a sample of 155 people who attended the first level centers of the urban and rural parishes of Cuenca. The M.I.N.I. test and a survey were applied to collect the studied variables. The results were analyzed in SPSS.

**Results:** The average time of application of the test was 21.6 minutes without significant difference between sex, age and instruction. Those who presented disorders had a time of 20.93 minutes. The majority group corresponded to the age between 20 to 29 years, female and the reason for consultation was medical control. Depressive disorder was the most frequent and it was present in widowed, uneducated and disabled people.

**Conclusions:** There was no significant difference in the time of application of the test considering the different demographic variables with respect to the standard model, so it was valid to be used in the first level of care.

**Keywords:** M.I.N.I. Test, Mental Disorder, Primary Care, Characterization.

## Introducción

El Test M.I.N.I., abreviado de Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, es un tipo de encuesta breve y de fácil aplicación que valora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (1); su aplicación no representa ningún riesgo para los entrevistados, no interviene ni modifica fisiológicamente su ámbito psicológico o social, además considera todas las normas éticas de la investigación como la confidencialidad y el anonimato. Los estudios en los que se ha utilizado el test M.I.N.I. han demostrado tener una alta validez y confiabilidad. El tiempo es otro elemento favorable pues se necesitan de 15 minutos para su administración ya sea por médicos o por otros profesionales del equipo de salud, así como personal entrenado para levantar la información. (1)

El M.I.N.I. fue diseñado para disminuir la rutina y la información repetitiva, maximizando la eficiencia de la entrevista psiquiátrica y dejando tiempo al especialista para otro tipo de preguntas críticas. Como regla general, en este tipo de entrevistas se realizan dos preguntas de escrutinio, si la primera es negativa, definitivamente se cancela el diagnóstico y se pasa al siguiente módulo. En caso de que la primera sea positiva se valorará el continuar con dicho módulo (2) (3).

De acuerdo a un estudio de 236 pacientes realizado en el hospital Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca en el 2014, el tiempo aproximado de la entrevista fue de 20 minutos; se encontró que el mayor porcentaje de trastornos psiquiátricos se presenta en edades mayores a los 70 años; el sexo que presentó mayor frecuencia de enfermedades fue el masculino. En cuanto al estado civil, las personas viudas obtuvieron el mayor porcentaje de trastornos; algo parecido sucedió con quienes no tenían ninguna ocupación y aquellos de instrucción primaria. (4)

Se puede pensar que el tiempo de aplicación del test es relativo a la población con la que se trabaje: un estudio realizado con 30 pacientes adultos mayores en la ciudad de México mostró que el tiempo promedio de aplicación fue de 1 hora con 54 minutos. En cuanto a las características sociodemográficas, el mismo trabajo mostró una frecuencia mayor de trastornos psiquiátricos en el sexo

femenino; el rango de edad predominante estuvo entre los 85 a 96 años, viudos/as y con nivel de escolaridad primaria. (5)

Según la OMS, se define a la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona está consciente de sus aptitudes, se siente y es capaz de afrontar las distintas condiciones de la vida, para desarrollarse en su labor cotidiana con resultados óptimos, manteniendo relaciones y vida social adecuada, concepto que se vincula con la salud física para mantener un balance dentro del propio ser y el ambiente. (6)

Existen diferentes factores que pueden afectar de una forma directa o indirecta la salud mental, tales como; la situación económica, las oportunidades de estudio y trabajo, los recursos de la sociedad y factores personales como sexo, edad, comorbilidades, entre otras (7).

En la población adulta se calcula que el 10% serán afectados por algún trastorno, de éstos, el 20% pueden ser atendidos por profesionales de atención primaria (8) por lo que la divulgación de información y desarrollo de los servicios destinados al tratamiento de enfermedades mentales favorecerá una mejor formación de los profesionales de salud, lo cual podría ser de gran ayuda para el control del problema pues se prevé que en el 2020 los trastornos mentales serán responsables de la pérdida del 15% de los años de vida ajustados por discapacidad (9).

Clínicamente los trastornos mentales corresponden a un síndrome conductual o psicológico por el que atraviesa una persona, el mismo que se relaciona con un alto riesgo de sufrir muerte, dolor, discapacidad y falta de autosuficiencia. A su vez, existe una falta de equilibrio entre aspectos tanto biológicos como sociales que se pueden ver reflejados en la alteración de varias funciones cerebrales como la atención, la memoria, el pensamiento, el estado de ánimo, la sensopercepción, el aprendizaje y la conducta (10).

Se calcula que los trastornos mentales tienen una temprana edad de inicio, bordean los 15 años para trastornos de ansiedad y los 26 años para los referidos al estado de ánimo, sin distinción de género o lugar geográfico (5).

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos, los homicidios por depresión, ansiedad y estrés aparecen con el 3,8% dentro de las principales causas de muerte en nuestro país (11).

Los tipos de trastornos y las cifras varían de acuerdo a cada país así como las edades de presentación; es difícil realizar comparaciones de prevalencias de estos padecimientos debido a las distintas clasificaciones utilizadas tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), e instrumentos como la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI), con los que se ha estimado la prevalencia nacional en diferentes países.

A pesar de que existe el conocimiento por parte del personal médico en lo que a salud mental se refiere, este tiene limitaciones en su aplicación: no se realiza la evaluación del paciente en este ámbito y no se utilizan las pruebas de tamizaje correspondientes para detectar dichos trastornos. Se hace necesario identificar las características de la aplicación de estos instrumentos con el fin de facilitar esta información a los profesionales especialmente de atención primaria, que posibilite el estudio de la prevalencia y a la vez, generar información veraz y oportuna que pueda ser utilizada por los planificadores de políticas de salud para incrementar el acceso a la atención, facilitar la referencia cuando es necesaria y mejorar la calidad de vida (12).

### **Materiales y Métodos**

Esta investigación usó como universo las unidades operativas del primer nivel de atención de las parroquias urbanas y rurales del cantón Cuenca, en la provincia del Azuay en el año 2017. La muestra fue de tipo no probabilística en el que el valor calculado fue de 138 individuos al que se le sumo el 15% por pérdidas para una muestra total de 155 individuos que se distribuyeron entre las parroquias de Tarqui, el Valle, Carlos Elizalde, Paccha, Santa Ana, parque Iberia, Baños, Tomebamba, Nulti, Turi, Sinincay, San Pedro, Octavio Cordero, Tandacatu.

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes, tanto hombres y mujeres, entre los 16 y 80 años de edad que manifestaron la voluntad de participar en la

entrevista y firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos individuos con dificultad para comprender la encuesta, con alteraciones cognitivas graves, psicosis o demencia.

El instrumento utilizado fue el Test M.I.N.I que se trata de un cuestionario para determinar trastornos mentales el cual está dividido en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Para las variables sociodemográficas se elaboró una ficha de identificación que incluye sexo, edad, estado civil, instrucción, ocupación del encuestado, motivo de consulta; en este mismo instrumento se registró el tiempo que duró la aplicación.

El estudio realizado es de tipo descriptivo-transversal, previo consentimiento informado se aplicaron la encuesta y el Test correspondientes a la población de estudio, se procedió a realizar la base de datos en el programa SPSS versión 25, mediante los resultados obtenidos. Para relacionar las diferentes variables con la presencia o no de trastorno mental se utilizaron tablas de contingencia.

## Resultados

La muestra estuvo constituida por 155 personas que accedieron a responder al instrumento en las Unidades Operativas del Primer Nivel de Atención en Salud.

La distribución en cuanto a edad y sexo se presenta a continuación.

Tabla No. 1. Edad y sexo de los 155 encuestados. Cuenca, 2017.

Edad en años	Sexo encuestado				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
De 16 a 19	3	1,9	8	5,2	11	7,1
De 20 a 29	20	12,9	36	23,2	56	36,1
De 30 a 39	8	5,2	27	17,4	35	22,6
De 40 a 49	3	1,9	17	11,0	20	12,9
De 50 a 59	4	2,6	13	8,4	17	11,0
De 60 a 69	1	0,6	7	4,5	8	5,2
De 70 a 77	4	2,6	4	2,6	8	5,2
Total	43	27,7	112	72,3	155	100,0

Fuente: encuestas

Elaborado por: Molina Viviana, Parra Marcela

La media de la edad en los hombres fue 35,2 (DS 16,6) años, el valor mínimo fue de 16 y el máximo de 75 para una mediana de 28. En las mujeres, la media fue de 37,2 (DS 15,0) años, la mínima fue 18 y la máxima 77, siendo la mediana de 35,5.



En relación con el tiempo utilizado para responder el test MINI, el análisis se basó en estadísticos descriptivos y de dispersión.

Tabla No. 2. Tiempo en minutos empleado para responder el test MINI, por los 155 encuestados de acuerdo a sexo y tipo de trastorno. Cuenca, 2017.

Variables		Media	DS	Valor mínimo	Valor máximo	Mediana
Sexo	Hombre	19,6	8,56	6	50	18
	Mujer	19	8,7	6	50	16
Tipo de trastorno	Trastornos depresivos	23,38	9,67	8	50	20,5
	Trastorno depresivo recidivante	25,4	12,22	15	50	20
	Trastorno bipolar	20,4	10,72	10	50	17
	Trastornos de ansiedad	23,5	10,25	8	50	20
	Dependencia y/o abuso de alcohol y/o sustancias	19,78	10	8	50	16,5
	Sin trastorno	17,7	8,27	6	50	16

Fuente: encuestas

Elaborado por: Molina Viviana, Parra Marcela

Considerando solo los trastornos, la media del tiempo ocupado por parte de las personas que los padecían fue de 20,93 (DS 8,85) minutos.

Sobre las características sociales de los encuestados y su motivo de consulta, la distribución se muestra en la tabla siguiente.

Tabla No. 3. Variables sociales y motivos de consulta de los 155 encuestados. Cuenca, 2017.

Variables		No.	%
Estado civil	Casado / Unión Libre	92	59,4
	Soltero	51	32,9
	Divorciado	9	5,8
	Viudo	3	1,9
Instrucción	Secundaria completa	55	35,5
	Superior	38	24,5
	Primaria completa	25	16,1
	Secundaria incompleta	18	11,6
	Primaria incompleta	15	9,7
Trabajo	Ninguna	4	2,6
	Empleado	61	39,4
	Ama de casa	52	33,5
	Estudiante	25	16,1
	Desempleado	8	5,2
	Jubilado	7	4,5
Enfermedades agrupadas	Discapacitado	2	1,3
	Control médico	87	56,1
	Dolores diferentes localizaciones	17	11,0
	Enfermedad respiratoria	16	10,3
	Enfermedades crónicas	12	7,7
	Enfermedad digestiva	10	6,5
	Salud reproductiva	9	5,8
Otros	4	2,6	

Fuente: encuestas

Elaborado por: Molina Viviana, Parra Marcela

Considerados individualmente los trastornos, se identificó la distribución de acuerdo al sexo.

Tabla No. 4. Distribución por sexo de los trastornos mentales identificados en los 155 encuestados. Cuenca, 2017.

Trastorno	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No.	%	No.	%	No.	%
Episodio depresivo mayor	4	9,3	26	23,2	30	19,4
Episodio depresivo recidivantes	2	4,7	13	11,6	15	9,7
Distimia	1	2,3	4	3,6	5	3,2
Episodio hipomaniáco	3	7	11	9,8	14	9
Episodio maníaco	1	2,3	2	1,8	3	1,9
TA sin agarofobia	2	4,7	6	5,4	8	5,2
TA con agarofobia	2	4,7	6	5,4	8	5,2
Agarofobia sin TA	1	2,3	2	1,8	3	1,9
Fobia social	0	0	4	3,6	4	2,6
Trastorno obsesivo compulsivo	2	4,7	3	2,7	5	3
Estrés postraumático	4	9,3	6	5,4	10	6,5
Dependencia de alcohol	9	20,6	5	4,5	14	9
Abuso de alcohol	4	9,3	4	3,6	8	5,2
Dependencia de sustancias	1	2,3	0	0	1	0,6
Abuso de sustancias	1	2,3	0	0	1	0,6

Fuente: encuestas

Elaborado por: Molina Viviana, Parra Marcela

Agrupados los trastornos, la distribución de acuerdo a las variables de estudio, se presentó de la siguiente forma:

Tabla No. 5. Distribución de los trastornos mentales agrupados en los 155 encuestados de acuerdo a las variables estudiadas. Cuenca, 2017.

Variables	Trastorno depresivo		Trastorno depresivo recidivante		Trastorno bipolar		Trastorno de ansiedad		Dependencia y/o abuso de alcohol y/o sustancias		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Sexo	Hombre	4	9,3	2	4,7	3	7	9	20,9	12	27,9
	Mujer	28	25	13	11,6	12	10,7	21	18,8	6	5,4
Edad en años	De 16 a 19	1	9,1	0	0	1	9,1	2	18,2	2	18,2
	De 20 a 29	10	17,9	4	7,1	4	7,1	14	25	10	17,9
	De 30 a 39	4	11,4	0	0	7	20	8	22,9	4	11,4
	De 40 a 49	5	25	3	15	2	10	3	15	0	0
	De 50 a 59	8	47,1	5	29,4	1	5,9	2	11,8	1	5,9
	De 60 a 69	1	12,5	1	12,5	0	0	1	12,5	0	0
	De 70 a 77	3	37,5	2	25	0	0	0	0	1	12,5
Instrucción	Ninguna	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0
	Primaria incompleta	5	33,3	3	20	2	13,3	2	13,3	1	6,7
	Primaria completa	6	24	4	16	2	8	9	36	0	0
	Secundaria incompleta	2	11,1	0	0	1	5,6	3	16,7	4	22,2
	Secundaria completa	8	14,5	1	1,8	5	9,1	6	10,9	6	10,9
	Superior	9	23,7	5	13,2	5	13,2	10	26,3	7	18,4
Estado civil	Soltero	12	23,5	5	9,8	2	3,9	9	17,6	10	19,6
	Casado/Unión Libre	18	19,6	9	9,8	13	14,1	21	22,8	7	7,6
	Viudo	1	33,3	1	33,3	0	0	0	0	0	0
	Divorciado	1	11,1	0	0	0	0	0	0	1	11,1
Ocupación	Empleado	6	9,8	2	3,3	7	11,5	11	18	11	18
	Desempleado	1	12,5	0	0	1	12,5	4	50	2	25
	Jubilado	1	14,3	1	14,3	0	0	0	0	1	14,3
	Ama de casa	16	30	9	17,3	5	9,6	9	17,3	0	0
	Discapacitado	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0
	Estudiante	7	28	3	12	2	8	6	24	4	16
Total	32	20,6	15	9,7	15	9,7	30	19,4	18	11,6	

Fuente: encuestas

Elaborado por: Molina Viviana, Parra Marcela

La población que acude a los servicios de salud lo hace por consultas de morbilidad y de control, que es a lo que dirige el médico su atención. Cuando se elaboró la tabla correspondiente, la distribución se mostró así:

Tabla No. 6. Distribución de los trastornos mentales identificados en los 155 encuestados de acuerdo al motivo de consulta. Cuenca, 2017.

Enfermedades agrupadas	Trastorno depresivo		Trastorno depresivo recidivante		Trastorno bipolar		Trastorno de ansiedad		Dependencia y/o abuso de alcohol y/o sustancias	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Enfermedades respiratorias	0	0	0	0	2	12,5	2	12,5	2	12,5
Salud reproductiva	3	33,3	0	0	4	44,4	6	66,7	0	0
Enfermedades crónicas	2	16,7	1	8,3	0	0	1	8,3	1	8,3
Enfermedades digestivas	2	20	2	20	0	0	2	20	3	30
Dolor	4	23,5	2	11,8	1	5,9	2	11,8	0	0
Otros	2	50	1	25	0	0	0	0	0	0
Control médico	19	21,8	9	10,3	8	9,2	17	19,5	12	3,8
Total	32	20,6	15	9,7	15	9,7	30	19,4	18	11,6

Fuente: encuestas

Elaborado por: Molina Viviana, Parra Marcela

## Discusión

El presente estudio se realizó con el fin de caracterizar la aplicación del Test M.I.N.I en la población rural y urbana de Cuenca, escala neuropsiquiatría utilizada para identificar los diferentes trastornos mentales, a la vez, establecer su distribución de acuerdo a variables demográficas, laborales, etarias, de género y patologías asociadas; a pesar de la importancia que tiene la salud mental en la salud integral de la persona, no existe mucho material de investigación acerca del mismo en la población general, los hallazgos ayudarán en la organización del tiempo en la atención de los pacientes en el primer nivel para evaluar la salud mental y proveerse de información para la toma de decisiones y la asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud (7) (13).

De acuerdo a la descripción del Test M.I.N.I, el tiempo de ejecución es en “promedio 18,7 ( $\pm$  11,6) minutos, media 15 minutos” (1), lo cual es un factor a favor para que los profesionales de salud lo apliquen aunque el instrumento puede ser manejado por no profesionales entrenados. Una investigación realizada en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2014, mostró que el tiempo aproximado utilizado fue de 20 minutos (4). En el estudio que se presenta, la media fue de 21,6 y los ejecutantes fueron estudiantes de medicina de quinto año.

De un total de 155 entrevistados, el 36% (56 personas) correspondieron al grupo etario entre 20 y 29 años, entre los cuales la mayoría, es decir; 42 personas presentaron algún trastorno mental. Al aplicar el test se identificó un tiempo promedio de 18,43 (DS 10,3) minutos, datos compatibles con un estudio realizado en Perú en un grupo de 250 estudiantes entre los 21 y 28 años, en los cuales el tiempo promedio de aplicación fue de 20 minutos (14); la diferencia con el tiempo estándar no es mayor.

En cuanto al grupo de los adultos mayores (65 años y más), fueron 13 personas las que respondieron la encuesta en un tiempo promedio de 24,23 minutos (DS 7,86); esto resulta discordante con el estudio realizado en la ciudad de México en un grupo de 80 personas de la misma edad, en la que el tiempo promedio fue

de 114 minutos, lo cual se puede atribuir a varios factores como el rango de edad que en el estudio mexicano tuvo un valor máximo de 96 mientras que en el trabajo local fue de 77 años. Como otro factor se encuentra las unidades de observación: en el presente caso fue en las unidades operativas de primer nivel, en cambio, en México se trabajó en una institución de asistencia social donde los individuos habitan (5).

La media del tiempo de aplicación en hombres fue de 19,6 minutos frente a 19,0 en mujeres. Se intentó una comparación obteniéndose una  $t$  de student con un valor de 0,389 ( $p$  0,70); no habría diferencia en cuanto al tiempo de aplicación entre hombres y mujeres. Entre quienes tuvieron trastorno, la media fue de 20,93 (DS 8,85) minutos; en quienes no se identificó trastorno fue de 17,79 (DS 8,26); la comparación dio un valor de  $t$  de 2,27 ( $p$  0,03), que sugiere que los primeros van a demorar más en responder el test; por otra parte, dentro de los criterios de depresión, que fue el trastorno con mayor frecuencia (20,6%), se incluyen alteraciones en la cognición y psicomotoras, específicamente de la concentración o capacidad para tomar decisiones (3), quien lo aplica debe considerar esa posibilidad.

Al parecer, la instrucción tampoco influye en el tiempo que se necesita para la aplicación del M.I.N.I. El tiempo utilizado por quienes no tenían ningún nivel de instrucción y los que tenían primaria incompleta dio una media de 20,58 (DS 8,62) minutos; entre quienes tenían algún grado de secundaria, eran bachilleres o habían cursado la universidad, la media fue de 18,97 (DS 8,66) minutos para un valor  $t$  de 0,75 ( $p$  0,45), lo que apunta a la idoneidad del test para ser utilizado en la población general.

En las estadísticas del MSP del año 2014, en el sistema RDACCA, se observó que, de un total de 1'839.152 atenciones en la provincia del Azuay, en el primer nivel de atención, el 65% (1,204,708) correspondió al sexo femenino (15), lo cual concuerda con las atenciones registradas para el mismo sexo 72,3% (114) en los establecimientos donde se ejecutó el estudio.

A nivel mundial los trastornos mentales representan el 13% del total de la carga de morbilidad (16), el estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso,

en el año 2014, encontró una prevalencia de trastornos mentales de 50,8% de los encuestados (4). La frecuencia de trastornos mentales en ésta investigación fue del 83% en la población. Se puede asumir que cuando una persona acude por atención a los servicios de salud y es abordada para una evaluación de salud mental, tiene una mayor posibilidad de que a más de la enfermedad de base pueda tener un trastorno mental, a más del tipo de muestra utilizada. En todo caso, la necesidad de evaluar la esfera psicológica es imperiosa. Un estudio realizado en la ciudad de Quito en el año 2015, aplicado en un equipo de salud, con un total de 200 participantes, evidenció que el 63% presentó algún trastorno mental, en comparación a nuestra población, esto se podría explicar por la profesión, ya que requiere mayor inversión de tiempo, para distribuirse tanto en el medio mural y extramural y su disposición a cualquier momento (7).

Es importante recalcar que cada uno de los trastornos se pueden nombrar en categorías generales, según el DSM V, por lo cual se agrupan de la siguiente manera: encontrando que el trastorno depresivo; que incluye episodio depresivo mayor y distimia, arrojó una frecuencia de 20,6%. El segundo grupo episodio depresivo recidivante como una patología única, con el 9,7%. El tercer grupo como trastorno bipolar que abarca el episodio hipomaniaco y maniaco, con el 9,7%, en cuarto lugar, el trastorno de ansiedad que incluye episodio de angustia con y sin agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, estrés postraumático y agorafobia con 19,4% y como último grupo la dependencia y/o abuso de alcohol o sustancias encontramos una frecuencia de 11,6%.

Los resultados de nuestro estudio, reportaron que los trastornos depresivos se encuentran en primer lugar de frecuencia con un 20,6%, dentro del cual se distribuye el 25% en el sexo femenino y el 9,3% en el sexo masculino, al igual que un estudio realizado en Cali, en el año 2012, que presentó una prevalencia en el sexo femenino de 72,5% y en el masculino de 47,4% (17), coincidiendo con la relación 2:1, esto puede explicarse por varias razones, como por ejemplo, la mayor tendencia de las mujeres a buscar ayuda médica, la vulnerabilidad de las mujeres al estrés, los cambios neuroendocrinos, como los que ocurren en el embarazo, parto, postparto, menstruación y el rol social impuesto a las mismas, provocando susceptibilidad a sufrir este trastorno (18).



De igual manera se puede observar que es más frecuente en el rango de edad de 50 a 59 años con el 47,1%, similar a los datos reportados en el estudio realizado en Quito, en el año 2012, en una muestra de 138 pacientes que reportó el rango de edad de 43 a 77 años como el más frecuente (19). En cuanto al estado civil la población con mayor frecuencia de casos son los viudos con el 33,3% al igual que el estudio realizado en España, en el año 2015, con el 19,7% (20) y con el 44 % registrado en el Hospital Vicente Corral Moscoso (4).

En el episodio depresivo recidivante, se puede observar que los resultados son similares a los expuestos anteriormente, con la diferencia que la población afectada corresponde en su mayoría a las amas de casa con un porcentaje de 17,3%.

El Trastorno bipolar fue más frecuente en mujeres con un 10,7%, el grupo etario con mayor porcentaje fue de 30 a 39 años, con una instrucción de primaria incompleta, en cuanto al estado civil las personas casadas o en unión libre son las que mayor presentan este trastorno con un 14,1%. Respecto a la ocupación las personas desempleadas presentan con mayor frecuencia este trastorno con un 12,5 %, comparando con el estudio realizado el 2014, en Brasil, con 36 personas, con el fin de caracterizar pacientes con trastorno afectivo bipolar, se encontró los siguientes resultados; el trastorno es más común en el sexo femenino con 63%, la edad con mayor frecuencia está entre los 41 a 50 años con el 27,8%, en cuanto al estado civil se encuentra a la par el permanecer casado o soltero con 38,9% y está más asociado a personas jubiladas con un 25% (21), llegando a varias similitudes con la diferencia que el trastorno se presenta a edades más tempranas en nuestra población.

En cuanto al trastorno de ansiedad el sexo más frecuente que presentó fue el masculino con un 20,9%, esto discrepa con la bibliografía ya que las mujeres son más propensas a desarrollar la enfermedad, lo que se evidenció en el estudio realizado en Colombia, en el año 2012, con el 48% en mujeres y 40,4% en hombres (17), coincidiendo con el estudio realizado en Málaga, en el año 2014 quien indica que es más frecuente en mujeres en edad reproductiva (22).

Según el INEC, alrededor de 900 mil ecuatorianos consumen alcohol, de las cuales el 89,7% son hombres y 10,3% son mujeres (23), esto concuerda con nuestro estudio ya que se puede observar que el porcentaje de dependencia de alcohol es el 9%, mientras que el abuso de alcohol corresponde al 5,2%, dentro de los cuales el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con 20,6-9,3%, mientras que en mujeres es el 4,5 %- 3,6% respectivamente.

Aunque el consumo es mayor y más frecuente entre los hombres, las mujeres están incrementando su consumo. El estudio realizado en Colombia, en el 2017, sobre las diferencias por género en el consumo de alcohol, se observó que 54,7% de la población masculina y 42,6% de la población femenina han consumido al menos una copa de alcohol en su vida (24).

En nuestro estudio, los trastornos de abuso y/o dependencia de alcohol y sustancias la edad más frecuente fue entre los 16 a 19 años con un 18,2%, datos similares anunciados en la encuesta mexicana de salud mental en adolescentes, realizada en el año 2012, esto se puede atribuir a los factores neurobiológicos del desarrollo cerebral que predisponen a los adolescentes a un mayor riesgo de consumo de sustancias debido a la labilidad en el proceso de toma de decisiones (25). Además, encontramos que el 4,6% corresponde a abuso y dependencia de sustancias en el sexo masculino en comparación a las mujeres en las que no se registra ningún caso, concordando con la encuesta antes mencionada que indicó que el consumo según el sexo es mayor en el masculino con 10,5% a comparación de las mujeres de 8,4% (25) (26).

En las estadísticas nacionales publicadas en el año 2016, en el Azuay, se registra un total de 2,752,578 entre morbilidad y prevención, dentro de las cuales el mayor porcentaje es decir 51,8% corresponde a consultas de morbilidad, mientras que el 23% a prevención (27), lo cual no coincide con los resultados obtenidos en nuestras encuestas puesto que el 56,1% de consultas corresponde a control médico preventivo .

En cuanto a la distribución de los trastornos mentales de acuerdo al motivo de consulta el trastorno de ansiedad y el trastorno bipolar se presentaron con mayor frecuencia en las personas que consultaron por salud reproductiva en un 66,7%

y 44,4% respectivamente, mientras que el abuso/dependencia de alcohol y sustancias ocuparon el tercer lugar con 30% en personas con enfermedades digestivas, resulta interesante ya que se podría relacionar la enfermedad de base con trastornos mentales, por ejemplo la tasa de depresión se eleva en pacientes con enfermedades respiratorias como tuberculosis hasta un 46%, en enfermedades crónicas como hipertensión arterial un 29% y en diabetes mellitus hasta un 27% (13).

## **Conclusiones**

- Mediante este estudio se estableció que el tiempo promedio de aplicación del Test M.I.N.I fue 21,6 minutos sin diferencia importante entre sexo, edad y nivel de instrucción respecto al tiempo estándar.
- Las personas que presentaron algún tipo de trastorno tardaron más tiempo en contestar el Test.
- La frecuencia de trastornos mentales en ésta investigación fue del 83% en la población.
- El trastorno depresivo fue el que mayoritariamente estuvo presente en mujeres, personas viudas, sin instrucción, personas con discapacidad en el rango de edad comprendido entre 50 a 59 años.
- El trastorno de ansiedad y bipolar fue el que mayormente se relaciona a consultas de salud reproductiva.
- La dependencia y/ o abuso de alcohol y sustancias representan el tercer lugar de frecuencia de trastornos en nuestro estudio, siendo los jóvenes de sexo masculino de instrucción secundaria incompleta, solteros y desempleados, siendo el grupo más representativo.

## **Recomendaciones**

- Se sugiere realizar estudios de caracterización del Test M.I.N.I. en poblaciones urbanas como rurales en nuestro medio ya que no existen datos sobre el mismo.
- Los servicios de salud deben considerar la utilización de instrumentos para evaluar la salud mental, de manera regular, tomando en cuenta que el tiempo que toma, no es mayor.

## **Agradecimientos**

El presente trabajo lo dedicamos a Dios, por ser nuestro guía, bendiciéndonos y brindándonos las fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

Gracias a nuestros padres por confiar y creer en nosotras, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

A nuestros hermanos por estar siempre presentes, por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

Agradecemos a nuestro Director de Tesis, que gracias a sus consejos y correcciones hoy podemos culminar este trabajo. A los Profesores que nos han visto crecer como persona, a todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

## Referencias

### Bibliografía

1. L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert , M. Soto, O. Soto. MINI International Neuropsychiatric Interview. Madrid; 2000..
2. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. Revista Brasileña de Psiquiatría. 2012; 22(3): p. 106-115.
3. Hernández R. Confiabilidad de la Entrevista Neuropsiquiatrica Interncional (M.I.N.I) entre el personal del Instituto Temazcalli. Tesis.
4. Baculima Pintado L, Iñamagua Quito A, Sánchez Guamán. “Trastornos Psiquiátricos no Diagnosticados en Pacientes Hospitalizados en el área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014. Tesis.
5. López Jiménez J, Barrios Salinas G. Frecuencia de desórdenes mentales en adultos mayores residentes en una institución de asistencia social en la ciudad de México. Envelhec. 2012; 13(1).
6. Organización Mundial de la Salud. WHO. [Online]; 2013. Acceso 24 de Septiembre de 2018. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/).
7. Cevallos N. Desarrollo de trastornos mentales asociados a características demográficas, laborales y recreativas en el personal de salud, en el Hospital Eugenio Espejo durante el período de mayo a junio del 2015. Tesis.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud en el mundo. Ginebra.
9. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en America Latina y el Caribe Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
10. Pichot P, Lopez J, Valdes M. DSM V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Barcelona: Masson; 2013.
11. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Salud mental en el Ecuador. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE-2009.
12. Grupo Ferrer. Cinco minutos de calidad en atención primaria para el paciente psiquiátrico Barcelona: Luzán5,S.A. de Ediciones; 2013.

13. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. 92 43 562576.
14. Galli E, Feijóo L, Roig I. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Revista Médica Herediana. 2002; 1(13).
15. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud-MSP Ecuador. Producción ambulatoria por diagnósticos por sexo. Técnico. Quito: MSP.
16. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Informe.
17. Rodríguez M, Rincón H, Velasco MyC. Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2012; 30(2): p. 141-151.
18. Chávez Oleas H, Samaniego Z N, Aguilar Z. Atención Primaria en Salud Mental. Manual.
19. Bustos Flores M. Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el mes de septiembre del año 2012. Tesis.
20. Simó-Noguera C, Hernández-Monleón A, Muñoz-Rodríguez D. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 2015;(151): p. 141-166.
21. Souza C, Vedana K, Mercedes B, Miasso A. Trastorno bipolar y medicamentos: adhesión, conocimiento de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013;(21): p. 8.
22. Arenas C, Puigcerver A. Sex differences of anxiety disorders: Possible psychobiological causes. Escritos de Psicología. 2014; III(1): p. 20-29.
23. Ecuador en Cifras. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales. Encuesta.
24. Betancourth S, Tacán L, Córdoba E. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. Revista Universidad y Salud. 2017; 1(19): p. 37-50.

25. Tena-Suck A, Castro-Martínez G. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina Integrada de México*. 2018;(2): p. 264-277.
26. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Drogas 2011. Encuesta.
27. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades. Técnico. Quito: INEC, Dirección de Estadística Sociodemográfica.
28. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Quinta ed. Kupfer D, First M, editores. Arlington: Panamericana; 2014.
29. Pichot P, López J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Cuarta ed. Barcelona: Masson; 1995.
30. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima ed. Ginebra: Organización panamericana de la salud; 1995.
31. Rojo Moreno L, Livianos Aldano L. Trastornos del humor: episodio maníaco. En Barcia Salorio D. *Tratado de Psiquiatría*.: Aran; 2000. p. 379-405.
32. Craske M. Psychotherapy for panic disorder with or without agoraphobia in adults. UpToDate. 2017.
33. McCabe RE. Agoraphobia in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. UpToDate. 2018.
34. Medscape. What's New in Cognition in Major Depressive Disorder: Latest Clinical Findings [Documento].; 2016. Acceso 24 de Septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.medscape.org/viewarticle/819551>.
35. Parreira B, Goulart B, Haas V. Common mental disorders and associated factors: a study of women. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*. 2017;(51): p. 1-8.
36. Torres de Galvis Y, Agudelo-Martínez A. Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia). *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2014; I(28): p. 28.



37. Blair Simpson H. Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. UpToDate. 2017.
38. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. 2018.
39. Tetrault J. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. 2018.
40. Dugosh K, Cacciola J. Clinical assessment of substance use disorders. UpToDate. 2017.
41. Lyness J. Unipolar Depression in adults: Assessment and diagnosis. UpToDate. 2016.
42. Suppes T. Bipolar disorder in adults: Clinical features. UpToDate. 2018.
43. Skodol. Overview of personality disorders. UpToDate. 2018.
44. Stovall J. Bipolar disorder in adults: Epidemiology and pathogenesis. UpToDate. 2018.
45. Stein M. Pharmacotherapy for social anxiety disorder in adults. UpToDate. 2018.