

# Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental “Moisés Heresi” de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013.

Clinical and epidemiological profile of out-patients attended at the Mental Health Center “Moisés Heresi” of Arequipa - Peru, between 2011 and 2013.

Jonathan Zegarra-Valdivia<sup>1,2,a</sup>, Ernesto Cazorla Pérez<sup>1,2,b</sup>, Brenda Chino Vilca<sup>1,2,c</sup>

## RESUMEN

Diferentes estudios revelan que las enfermedades neuro-psiquiátricas originan la mayor carga de enfermedad o peso relativo de discapacidad en el mundo. Conocer la prevalencia e incidencia de estos trastornos es de vital importancia para entender cómo afectan a una región en particular y así poder generar políticas preventivas y de intervención en la realidad sanitaria. **Objetivos:** Conocer la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en el sur del Perú entre los años 2011-2013. **Material y métodos:** Estudio descriptivo realizado mediante la consulta y análisis de historias clínicas. A través de un muestreo no-probabilístico se analizaron 1489 historias clínicas de los pacientes nuevos atendidos entre los años 2011 y 2013 en un centro de salud mental de referencia para la macro-región sur. **Resultados:** El 70% de los pacientes atendidos en el periodo de estudio comprendía a adultos jóvenes y adultos de edad media, económicamente activos y solteros. Los trastornos del humor tuvieron una prevalencia durante el periodo 2011 al 2013 de 22,3%, seguidos de los trastornos psicóticos (18,3%), y los trastornos por consumo de sustancias (15,2%). Se encuentran diferencias en torno al género. **Conclusiones:** Los pacientes atendidos fueron en su mayoría adultos jóvenes y adultos de edad media, lo que incrementa los años de vida saludable perdidos por tratarse de trastornos que tienden a la cronicación. Los trastornos del humor, psicóticos y trastornos por consumo de sustancias son los más prevalentes dentro de la población.

PALABRAS CLAVE: Trastornos mentales, epidemiología, Perú, salud mental.

## SUMMARY

Several studies reveal that neuro-psychiatric illnesses are the greatest relative weight burden of disability across the world. The determination of prevalence and incidence of these disorders is an important step in the understanding of their impact in a particular region and generating clinical interventions and preventive policies. **Objectives:** The aim of this study was to determine the prevalence and incidence of mental disorders in the Southern region of Peru between the years 2011-2013. **Materials and Methods:** We use a descriptive epidemiological approach based on the evaluation and analysis of clinical documents. A non-probability sampling method was used to allow the examination of 1489 clinical records of new cases registered in a mental health center. **Results:** More than

<sup>1</sup> Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Católica San Pablo. Arequipa, Perú.

<sup>a</sup> Psicólogo. Magister en Neurociencias ; <sup>b</sup> Doctor en Psicología ; <sup>c</sup> Psicóloga, Magister en Intervención Educativa y Psicológica.

70% of treated individuals were young and middle-aged adults, economically active and single. The presence of mood disorders, with a prevalence of 22.3%, followed by psychotic disorders (18.3%), and substance use disorders (15.2%) were the most prominent findings. Gender-based trends were different. **Conclusions:** Mood disorders, psychotic and substance use disorders were the most prevalent within the studied population. The findings of this study confirmed that, due to the prevalence of important mental disorders mostly among young and middle-aged adults, the lost years of healthy life are significant and that the risks of chronicity are high.

KEY WORDS: Mental disorders, epidemiology, Peru, mental health.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son entidades clínicas de larga evolución, de inicio generalmente en la adolescencia o adultez temprana (1,2), con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo (3). La prevalencia de los trastornos mentales ha sido estudiada hace varias décadas a partir de estudios poblacionales con entrevistas estructuradas aplicadas por entrevistadores legos (sin formación clínica), con diferentes metodologías que arrojaron variaciones regionales e internacionales en los resultados (4,5). Estudios realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, implicando además un alto grado de sufrimiento individual y social.

Las enfermedades neuropsiquiátricas (EN) como abuso de alcohol y dependencia, depresión unipolar, esquizofrenia, adicciones, demencias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos bipolares y de personalidad, entre otras, ocupan la mayor carga de enfermedad o peso relativo de discapacidad con un 14,7% en el mundo y un 21,6% para América Latina (1,6). En el Perú, la situación no es distinta, los trastornos mentales presentan la mayor carga de enfermedad con un 16,4%(1,6). Situación cada vez más crítica, considerando que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2 % (7,8).

Adicionalmente, se estima que dichas enfermedades han ocasionado 800 889 años de vida saludable perdidos (AVISA). Otro indicador importante en salud mental es la tasa de conducta suicida, la cual es más alta en los trastornos mentales. Adicionalmente, la mayoría de los afectados aún no tienen acceso a los servicios especializados de salud (1), imposibilitando

también su acceso al sistema laboral o su re-ingreso al sistema educativo(2). Sin embargo, a pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada.

A ello se suma, la dificultad en la determinación de los diagnósticos, pese a que los trastornos mentales son diagnosticados por medio de sistemas clasificatorios internacionales. Existen deficiencias en la especificidad de los modelos, evidentes en diagnósticos erróneos o diversidad de “saltos” en búsqueda de un diagnóstico probable, como en la comorbilidad, la heterogeneidad categorial y la validez de los síntomas sub-umbral, se debe añadir la dificultad implícita para definir y clasificar los fenómenos psicopatológicos, al no estar los criterios de diagnóstico, validados por criterios biológicos(8,9).

Por otro lado, la intervención en políticas de salud mental (SM) pese a su importancia, aún es escasa. El 40% de los países carece de una política de SM, un 50% carece de un sistema de información epidemiológica acerca de los trastornos mentales y un 25% no incluyen información sobre el tema en su informe sanitario anual(10). Asimismo, la prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe (3), que aún no ha sido abordado por completo por los países de la región. Solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, a pesar del sufrimiento que los trastornos causan, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y en la comunidad. A esta situación debe agregarse que generalmente los trastornos mentales afectan en mayor grado a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos, para quienes los servicios son más escasos.

Algunas de las principales medidas planteadas para responder a las necesidades de las poblaciones en materia de salud mental son: integrar la salud

mental en la atención primaria, desarrollar servicios especializados para la comunidad y combatir el estigma que implican estos trastornos. Por ello, se deben promover acciones dirigidas a divulgar el conocimiento adquirido sobre las enfermedades mentales (11).

Conocer la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales es de vital importancia para entender cómo afectan a una región en particular y generar políticas preventivas y de intervención acorde a su realidad. El análisis poblacional de los trastornos mentales puede contribuir a tomar medidas locales, regionales o nacionales, llamando la atención de las autoridades sobre estos aspectos de salud mental, muchas veces olvidados de las políticas públicas de salud. Actualmente, el presupuesto destinado a esta área es menor al 1% del presupuesto sanitario en la mayoría de los países(10).

El objetivo de esta investigación fue conocer la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en el sur del Perú entre los años 2011-2013.

## MATERIAL Y MÉTODO

### *Sujetos y Muestra*

Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes ingresados entre el año 2011 y 2013 del Centrote de Salud Mental Moisés Heresi de Arequipa, institución pública que realiza labor de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales en el sur del país; innova y desarrolla investigación y docencia, trabajando en equipo multidisciplinario. Además diseña, implementa y monitorea los programas aplicados para la rehabilitación de los pacientes y su entorno familiar.

El muestreo fue de tipo no probabilístico, se seleccionaron para análisis únicamente las historias clínicas (HC) cuyos casos fueron ingresados por primera vez entre los años 2011 y 2013, considerando como **critérios de selección**:

### *Criterios de inclusión:*

- a) Nuevos pacientes registrados en los años 2011, 2012 y 2013.
- b) Historias clínicas en las que se consigne información completa, es decir, incluya datos generales del paciente, historia de la enfermedad, diagnóstico psicológico, diagnóstico psiquiátrico,

pronóstico y tratamiento a seguir.

### *Criterio de exclusión:*

- Pacientes reingresados al servicio
- Pacientes que continúen con tratamiento.
- Historias clínicas inconclusas.

Los indicadores utilizados para el análisis fueron:

- Incidencia nuevos casos
- Número anual de casos registrados

Finalmente, se analizaron 1489 HC de casos nuevos registrados entre el 2011, 2012 y 2013. Así, del año 2011 se seleccionaron 467 HC, del año 2012 se identificaron 492 HC y del 2013 se escogieron 530 HC entre varones y mujeres, las características de la muestra se pueden observar en la tabla 1. Se utilizaron los criterios de clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento propuestos por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), ya que permiten operativizar los datos y facilita el análisis de consistencia y validez (11)(4).

### *Variables*

Para fines descriptivos se presentan a continuación los códigos que permiten identificar las diferentes patologías mentales (Tabla 1).

**Tabla 1.** Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento según la CIE-10.

---

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

---

De los datos recabados en las HC se consideraron las siguientes variables (6)(2):

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

#### *Diseño y procedimiento*

Estudio descriptivo. El muestreo fue de tipo no probabilístico (12), se revisó manualmente las historias completas. Tras la identificación de las variables se procedió a recolectar la información, formando una base de datos para su análisis, en función a los indicadores seleccionados y las variables evaluadas.

#### *Análisis estadístico*

Se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes (13), además de pruebas de contraste paramétrico (T de Student) y de tipo no paramétrico (Chi-cuadrado  $X^2$ ) a fin de comparar las categorías existentes entre los datos; según el tipo de variables y su ajuste a una distribución normal (prueba de Shapiro-Wilk). Para este análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS. V. 20,0. Los resultados se consideraron significativos con  $p < 0,05$ .

## **RESULTADOS**

En la tabla 2 se observa variación de la edad media según año de referencia, siendo para el año 2011 de 33,58 (DE: 17,97), para el año 2012 de 37,42 (DE: 21,22) y para el año 2013 de 32,61 (DE: 17,22). En el periodo 2011- 2013, el mayor porcentaje de la población se ubica en torno a la adultez media, seguida de la adultez joven. Con relación al género, en el 2011 el porcentaje de incidencia en el sexo femenino es mayor en un 11% al masculino (44,1%); en el año 2012 y 2013, la situación varía, siendo mayor la población masculina con un 52,2% y un 52,5% respectivamente.

En referencia al estado civil, los solteros constituyen más del 60 % en los tres años. Respecto al grado instrucción de la muestra, ésta en su mayoría es de educación secundaria (2011: 44,7 %, 2012: 44,1% y 2013: 33,8%) seguida de superior (2011: 25,1 %, 2012:

24,0% y 2013: 24,6 %) y primaria (2011: 14,8 %, 2012: 17,5 % y 2013: 15,1 %), todo estos valores muestran diferencias significativas entre sí.

En referencia al consumo de sustancias (Tabla 3) se observa una disminución del número de sujetos atendidos que han consumido algún tipo de sustancia a lo largo del periodo 2011- 2013. Las diferencias establecidas para la presencia de consumo entre los años son consideradas significativas.

Con respecto al gráfico 1 sobre el tipo de sustancia consumida, se muestra una alta incidencia de consumo de alcohol en el periodo 2011-2013, siendo para el 2011 y 2012 el consumo de alcohol se mantiene, seguido de marihuana, PBC y cocaína; en el 2013 el consumo de alcohol se reduce a 66,3 %, se incrementa el consumo de marihuana a 14,92 %, seguido de PBC, cuyo porcentaje asciende a 13,26 %, de igual forma la ingesta de cocaína asciende a 3,31 % y aparece un porcentaje de 2,21 en otros (éxtasis, inhalantes, consumo de múltiples drogas).

Según se observa en la tabla de rasgos clínicos de interés (Tabla 4) la ideación suicida y la inestabilidad emocional disminuye en el periodo referido. En relación al rasgo inestabilidad emocional, ese encuentran variaciones significativas a lo largo de los tres años, siendo en el 2011 de 44 %, en el 2012 de 41,7 % y alcanzando en el 2013 solo el 14,4 %.

En el gráfico 2 se evidencia la prevalencia de diagnósticos en el periodo 2011-2013.

La incidencia de casos (Gráfico 3) evidencia una tendencia similar a la prevalencia previamente analizada en el año 2012 y 2013, en cuanto al 2011 este muestra diferencias con los anteriores, siendo los mayores porcentajes diagnósticos ubicados en torno a F30-F39, seguido de F20- F29, F10-F19 y F00-F09.

En específico, en el caso de F30-F39 se observa una un porcentaje similar entre el año 2012-2013, con disminución considerable en el periodo 2011. En el caso de los diagnósticos correspondientes a F20-F29 se observa una incidencia disminuida en torno al periodo 2012- 2013, observando un incremento de hasta aproximadamente 26% en el año 2011. Los diagnósticos englobados en F10- F19 mantienen una incidencia de 16 %, con una disminución reducida en el 2011 (13%). El F00-F09 tiende a disminuir su incidencia a lo largo del periodo. Los diagnósticos sin especificar alcanzan entre un 6 a 8% en los tres años,

**Tabla 2.** Características demográficas de la muestra.

	2011 (n=467)	2012 (n=492)	2013 (n=540)	Chi <sup>2</sup>	P Valor
Edad <sup>a</sup>					
Media y DE	33,58 ± 17,97	37,42 ± 21,22	32,61 ± 17,22	9,125 <sup>b</sup>	0,000**
Niñez temprana	1,8	2,6	1,3	28,581	0,001**
Niñez media	4,0	4,1	4,0		
Adolescencia	14,4	13,9	16,2		
Adulter joven	30,2	32,3	31,9		
Adulter media	40,7	40,3	41,1		
Adulter mayor	8,9	7,9	5,5		
Género					
Femenino	55,9	47,8	47,5	8,704	0,013*
Masculino	44,1	52,2	52,5		
Estado civil					
Solteros	64,5	61,6	63,3	84,459	0000**
Convivientes	23,3	8,3	11,1		
Casados	8,8	19,5	16,6		
Divorciados	1,3	4,1	4,90		
Viudos	2,1	6,5	3,8		
Instrucción					
Sin especificar	5,4	0,8	0,0	148,494	0,000**
Educación inicial	0,0	1,4	0,8		
Educación especial	0,0	0,6	1,5		
Primaria	14,8	17,5	15,1		
Secundaria	44,7	44,1	33,8		
Técnica	10,1	8,1	11,7		
Superior	25,1	24,0	24,6		

<sup>a</sup>: Rangos de grupos de edad; <sup>b</sup>: ANOVA de un factor (F); DE: desviación estándar, \* P valor ≤ 0.05, \*\* P valor ≤ 0.001

similares resultados se muestran en los trastornos correspondientes a F60-F69. Los diagnósticos restantes giran en torno a menos 5 % en los tres años, entre los que se muestra F70- F79, F90-F98, F80-F89, siendo la mínima incidencia la referida a F50- F59.

En el gráfico 4, según se observa la prevalencia de los trastornos varía de acuerdo al género, siendo la población femenina la más proclive a presentar cuadros clínicos como los referidos a F30 en que alcanza una incidencia de 31%, la diferencia es evidentemente alta frente a un 13% masculino; similar situación se repite en F00-F09 (masculino: 10,3% y femenino: 15,4%). En relación al sexo masculino, se observan porcentajes

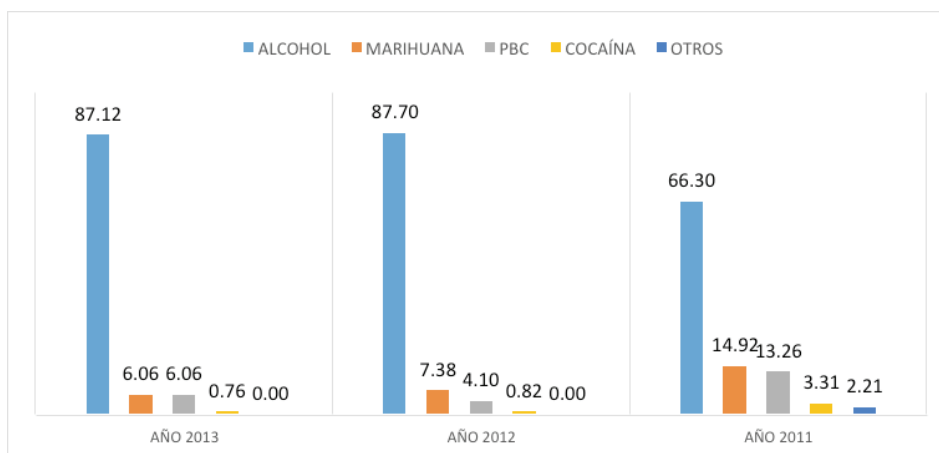
altos en los diagnósticos referidos a F10-F19 (19,20%), F20-F29 (24,20%), F40-F49 (11,30%). El porcentaje de la muestra con diagnóstico sin especificar es similar en ambos sexos.

La incidencia en relación al sexo (Gráfico 5), en el caso de los hombres en el año 2011 se evidenció un 43,70% de diagnósticos referidos a F20-F29, seguido de un 15% de diagnósticos sin especificar. En el 2012, las puntuaciones más altas son las relacionadas con F10-F19 y F30-F39 (17,10%); en el 2013 se observa una mayor incidencia de F10-F19 (24,10%), y F40-F49 (15,80%).

**Tabla 3.** Consumo de sustancias

		2011	2012	2013	Chi <sup>2</sup>	P Valor
Consumo de Sustancias	NO	59,10	75,2	75,1%	39,388	0,000**
	SI	49,90	2,8	24,90%		

\* P valor ≤ 0,05, \*\* P valor ≤ 0,001

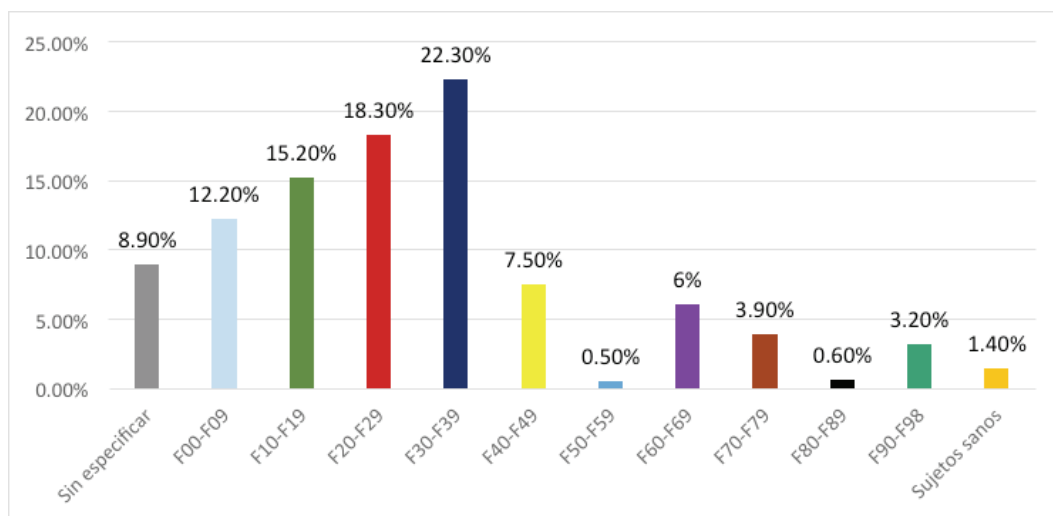


**Gráfico 1.** Tipo de sustancia consumida

**Tabla 4.** Rasgos clínicos de interés en la muestra estudiada

		Año			Chi <sup>2</sup>	P Valor
		2011	2012	2013		
Ideación Suicida	NO	35,3	33,0	31,7	0,839	0,658
	SI	38,1	33,8	28,1		
Inestabilidad Emocional	NO	27,2	24,4	48,3	199,376	0,000**
	SI	44,0	41,7	14,4		

\* P valor ≤ 0,05, \*\* P valor ≤ 0,001



**Gráfico 2.** Prevalencia entre el 2011 - 2013



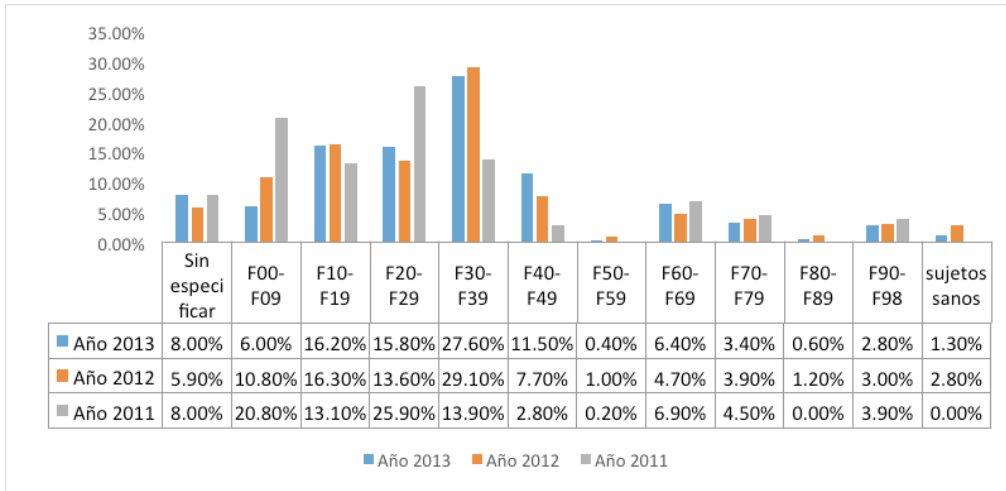


Gráfico 3. Incidencia 2011-2013

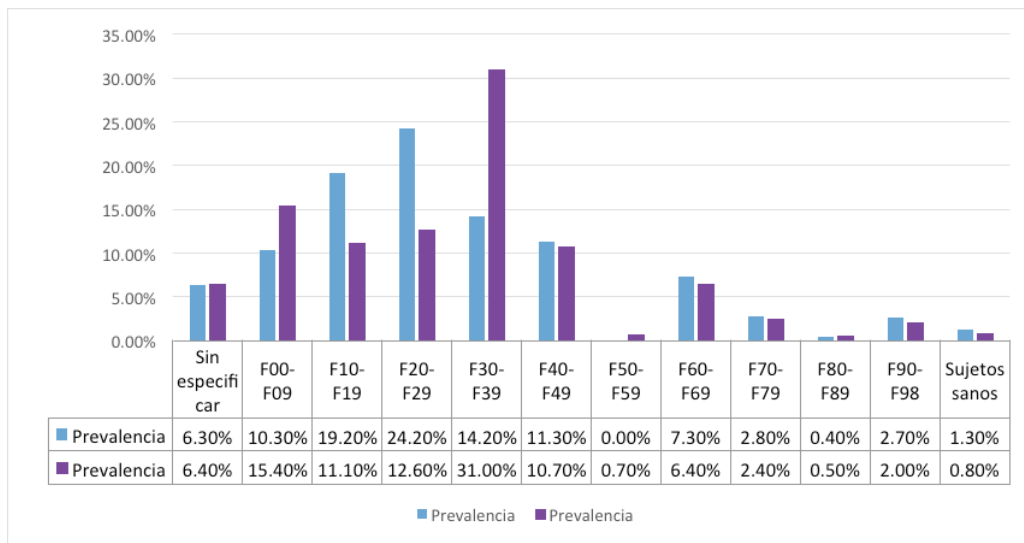


Gráfico 4. Prevalencia 2011-2013 según el sexo

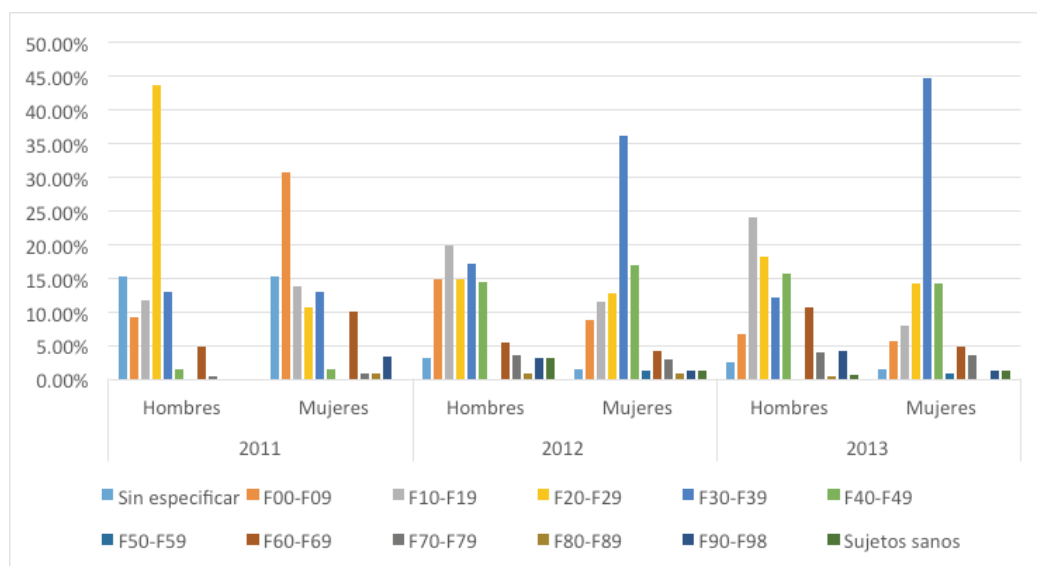
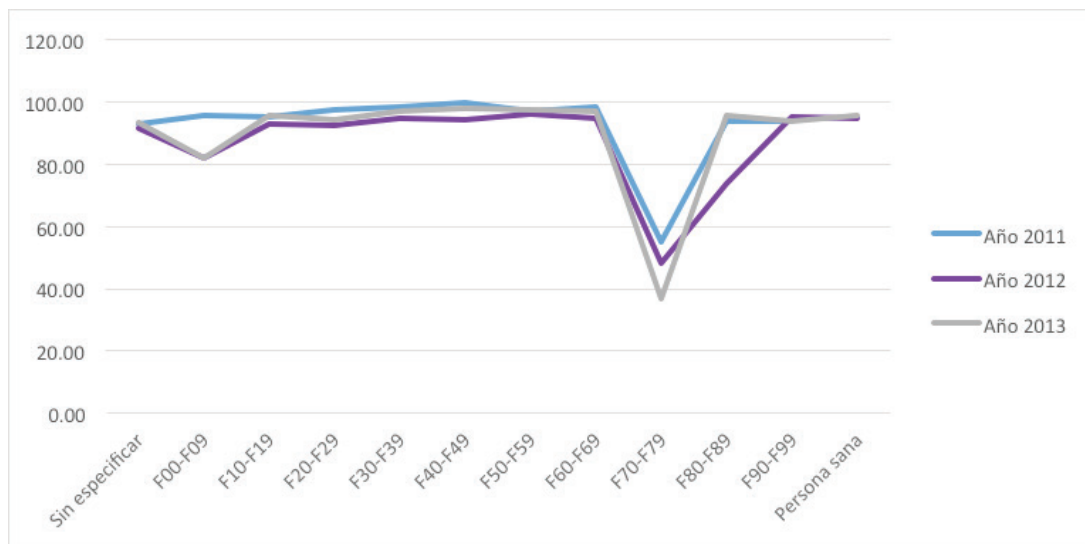


Gráfico 5. Incidencia 2011-2013 según el sexo.



**Gráfico 6.** Diagnóstico clínico y coeficiente intelectual

Respecto al sexo femenino, en el 2011 el mayor porcentaje es el de F00-F09 (30,70%); en el 2012 el F30-F39% alcanza un 36,2%, siendo la incidencia más alta durante ese año. En el año 2013 la incidencia de F30-F39 sigue siendo significativamente más alta (44,80%), seguida de F20-F29 (14,30%) y F40-F49 (14,30%). Solo en el año 2011 el diagnóstico de F20-F29 de los hombres superó largamente la incidencia de otros trastornos padecidos por el sexo femenino, variando la incidencia de casos en este último género en los dos años siguientes a F30-F39.

En el gráfico 6 se muestra la variación de los trastornos mentales en torno al periodo 2011-2013 respecto al coeficiente intelectual observando una cierta homogeneidad en los resultados y unatendencia a la normalidad en torno a los diagnósticos del CIE-10, con un decremento de la incidencia de casos en F70-F79 para los tres años mencionados.

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue conocer la prevalencia e incidencia de nuevos casos de trastornos mentales y del comportamiento, atendidos en el Centro de Salud Mental “Moisés Heresi” de Arequipa entre los años 2011 y 2013. La importancia del estudio reside en ser uno de los primeros en la macro región sur en establecer la incidencia de trastornos de esta índole, además de brindar un diagnóstico somero para implementar políticas y actividades ligadas a la salud mental.

Respecto a los grupos de edad, nuestro estudio destaca que más del 70% de los sujetos atendidos eran adultos jóvenes y adultos de edad media (media de edad global de 34 años), económicamente activos, siendo principalmente solteros (60%) de ambos sexos, con estudios secundarios (40%) y de nivel superior (24%).

Aunque muchas veces se cree que los trastornos mentales graves son menos frecuentes que los trastornos de ansiedad y depresión en la población general (14), es probable que aquellos pacientes con dichos trastornos pasen desapercibidos en los sistemas de salud mental, debido a no recibir consulta especializada o no ser derivados oportunamente en atención primaria. En nuestra investigación, los trastornos del humor ocuparon una prevalencia del 22,3%, seguidos de los trastornos psicóticos (18,3%), los trastornos por consumo de sustancias (15,2%) y los trastornos ansiosos con solo 7,5%.

En referencia al factor sexo, se evidenció una mayor presencia de trastornos psicóticos (24,2%) y de consumo de sustancias (19,2%) en la población masculina, mientras que las mujeres muestran mayor presencia de trastornos del humor (31%) y trastornos mentales orgánicos (15,4%) especialmente degenerativos.

Los pacientes atendidos fueron en su mayoría adultos jóvenes y adultos de edad media, lo que incrementa los años de vida saludable perdidos por tratarse de trastornos que tienden a la cronificación.



A esto se suma el número de años de trabajo que difiere entre grupos diagnósticos y clases, y pueden dar cifras que no se corresponden necesariamente con las estimaciones de prevalencia en nuestro país. No obstante, los trastornos mentales causan el mayor número de pérdida de años de trabajo en relación a otras enfermedades (15)(14).

Un aspecto de especial consideración es el análisis del nivel de inteligencia de los pacientes. En nuestro estudio, aunque los datos sean reportados por historia clínica, la evaluación de la inteligencia está relacionada al uso de test psicológicos, los que en general hacen referencia a una inteligencia promedio a lo largo de los trastornos mentales (exceptuando los relacionados a la afectación de la inteligencia (F70-F79). Algunas investigaciones sobre el IQ en la vida temprana lo señalan como un factor de riesgo para los trastornos psiquiátricos; en Dinamarca los hombres ingresados en el hospital por diferentes tipos de trastornos mentales tenían una cognición más pobre(15). Así mismo, Gale et al., identifican a una inteligencia inferior como un factor de riesgo para toda la gama de trastornos mentales y de la gravedad de la enfermedad (16). A pesar de estos datos, la inteligencia normal o normal alta no es un factor protector de la enfermedad mental.

Un gran desafío asociado con los trastornos mentales es que son generalmente poco reconocidos dentro de la atención primaria de salud, con el resultado de que no se ofrezca un tratamiento adecuado a su enfermedad (17); señalamos que un grupo de pacientes no presentó un diagnóstico preciso (8,90%), sin embargo recibieron servicios de salud. Esta inconsistencia aparente nos lleva a reflexionar si esas personas tendrían trastornos mentales que no se detectaron en este estudio o si tal vez estaban en tratamiento por presentar síntomas menos graves sin llegar a presentar todos los criterios diagnósticos para ser incluidos en un trastorno mental.

Algunos estudios indican que la gravedad del trastorno está relacionada con el uso de servicios, así a sintomatología de mayor gravedad, mayor uso de servicios. Dado que en el mundo los recursos para salud mental tienden a ser muy limitados, en comparación a los recursos disponibles para otras enfermedades, es importante poder desarrollar e implementar mejores sistemas diagnósticos además de servicios de bajo costo, accesibles y apropiados donde las propuestas integrales sean basadas en estudios específicos, que permitan evaluar no sólo el estado de salud mental de la región y del país, sino que también examinen

qué tan efectivos y apropiados son los servicios que se proporcionan para mejorar la salud mental de la población.

En conclusión, en nuestro estudio hallamos que los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental “Moisés Heresi” de Arequipa entre los años 2011 y 2013 fueron en su mayoría adultos jóvenes y adultos de edad media, lo que incrementa los años de vida saludable perdidos por tratarse de trastornos que tienden a la cronificación. Los trastornos del humor, psicóticos y trastornos por consumo de sustancias fueron los más prevalentes dentro de la población.

*Conflictos de interés:* Los autores declaran no tenerlos.

### **Correspondencia:**

Jonathan Zegarra-Valdivia  
Escuela Profesional de Psicología,  
Universidad Nacional de San Agustín,  
Av. Venezuela S/N. Cercado, Arequipa, Perú.  
Correo electrónico: adrianzegarra13@gmail.com

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Bojórquez E, Chacón O, Rivera G, Donadio G, Stucchi S, Sihuas C, et al. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. *Acta Med Per.* 2012; 29(1): 43-55.
2. Zegarra J, Cazorla E. Estudio clínico-descriptivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi en Arequipa. *Revista de Psicología.* 2012; 2 (1): 11-25.
3. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18:229-40.
4. Caballero L. Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. *Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales: Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. Medicine.* 2007; 9(84):5389-95.
5. Montero I, León O. Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7(3):847-862.
6. Velásquez A, Cachay C, Munayco C, Poquioma E, Espinoza R, Seclén Y. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú, mortalidad, incidencias, prevalencias, duración de la enfermedad, discapacidad y años de vida saludable perdidos. Lima: Ministerio de Salud; 2008.

7. Artigas-Pallares J. ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectiva del DSM 5. *Rev Neurol*. 2011; 52 (1): S59-69.
8. Krueger R, Bezdjian S. Aumento de la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con conceptos dimensionales: hacia el DSM-V y la ICD-11. *World Psychiatry*. 2009; 7 (1): 3-6.
9. López-Ibor J, López-Ibor M. Hacia nuevas estrategias de investigación en los trastornos mentales. Primera Parte: La crisis recurrente de la psiquiatría. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013; 41(1):33-43.
10. Barbatos A. Abordaje de los trastornos mentales graves desde el marco de la salud pública. *Rehabilitación psicosocial*. 2005; 2(2):41-3.
11. Roses M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18:223-225.
12. Hernández R, Collado C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: McGraw Hill; 2010
13. Pagano R. *Estadística para las ciencias del comportamiento*. 9ª. Edición. México: CengageLearning; 2010.
14. Knudsen K, Overland S, Hotopf M, Mykletun A. Lost working years due to mental disorders: An analysis of the Norwegian disability pension registry. *PLoS ONE*. 2012; 7(8): e42567. doi:10.1371/journal.pone.0042567
15. Mortensen EL, Sorensen HJ, Jensen HH, Reinisch JM, Mednick SA. IQ and mental disorder in young men. *Br J Psychiatry*. 2005; 187:407-15.
16. Gale C, Batty D, Tynelius P, Deary I, Rasmussen F. Intelligence in early adulthood and subsequent hospitalisation and admission rates for the whole range of mental disorders: longitudinal study of 1049663 men. *Epidemiology*. 2010; 21(1): 70–77. doi:10.1097/EDE.0b013e3181c17da8.
17. Kessler R, Demler O, Frank R, Olfson M, Pincus H. Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 2005; 352: 2515–2523.

Recibido: 29/02/2016 Aceptado: 06/06/2016
--