

Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima.

Structure of psychiatric symptoms according to the SRQ-18 in outpatients with mental disorders assessed in a general hospital in Lima.

Andrea D. Romero-Montes^{1,a}, Fabiola N. Sánchez-Chávez^{1,a}, Antonio Lozano-Vargas^{1,b;2,c}, Paulo Ruíz-Grosso^{1,d;2}, Johann Vega-Dienstmaier^{1,b;2,c}

RESUMEN

Objetivos: Describir la estructura de la sintomatología psiquiátrica evaluada mediante el instrumento SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales de un hospital general de Lima. **Métodos:** Utilizando un registro de datos demográficos y clínicos de 210 pacientes de consultorio externo de psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú), se exploraron los vínculos entre síntomas psiquiátricos del cuestionario SRQ-18 mediante correlaciones tetracóricas graficadas a través de redes generadas con el programa NodeXL. **Resultados:** Los ítems más fuertemente correlacionados fueron los referidos al consumo de alcohol, un conglomerado vinculado con el resto de síntomas psiquiátricos a través del ítem sobre ideas suicidas. Otros conglomerados evidencian depresión (con anhedonia, pérdida del interés y tristeza, como los síntomas principales, además de llanto, dificultades para trabajar, ideas de inutilidad, aburrimiento, ideas suicidas, cansancio e indecisión), ansiedad (nerviosismo/tensión y susto fácil), síntomas físicos (dormir mal, pobre apetito y problemas digestivos) y psicosis (pensamiento “raro” y pseudopercepciones auditivas). Asimismo, se encuentra una fuerte interconexión entre los síntomas depresivos, ansiosos y físicos. **Conclusiones:** Se evidenciaron 5 conglomerados de síntomas correspondientes a los síndromes relacionados a problemas con el alcohol, depresión, ansiedad, síntomas físicos y psicosis.

PALABRAS CLAVE: Síndromes psiquiátricos, síntomas psiquiátricos, nosología.

SUMMARY

Objectives: To describe the structure of psychiatric symptomatology evaluated through SRQ-18 in outpatients with mental disorders in a general hospital in Lima. **Methods:** Using the demographic and clinical information from files of 210 psychiatric out-patients in the Hospital Cayetano Heredia (Lima, Peru), the connections between psychiatric symptoms of SRQ-18 questionnaire evaluated by means of tetrachoric correlations were graphically represented in a network generated with the NodeXL program. **Results:** The items most strongly correlated were those referred

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Lima, Perú.

² Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Egresada ; ^b Profesor ; ^c Psiquiatra ; ^d Médico residente de psiquiatría.

to the consumption of alcohol, constituting a cluster linked with the rest of psychiatric symptoms through the item of suicidal thoughts. Other observable conglomerates represent depression (with anhedonia, lack of interest and sadness, as the most important besides crying, inability to work, feeling of uselessness, boredom, suicidal thoughts, tiredness and indecisiveness), anxiety (nervousness/tension, being easily scared), physical symptoms (inability to sleep well, poor appetite and digestive problems), and psychosis (strange thoughts, auditory pseudo-perceptions). Likewise, we found a strong interconnection between depressive, anxious and physical symptoms. **Conclusions:** Five symptom clusters were evidenced corresponding to syndromes related to alcohol problems, depression, anxiety, physical symptoms, and psychosis.

KEYWORDS: Psychiatric syndromes, psychiatric symptoms, nosology.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la psiquiatría está en constante cambio, los avances en neurociencias y genética han comenzado a cuestionar la causalidad y la definición de los trastornos mentales (1). Hay estudios que muestran que la presencia de cualquier trastorno mental aumenta las probabilidades de tener alguna otra condición psiquiátrica, lo cual apoya a la idea de no mantenerlos como entidades patológicas separadas. Sin embargo, las categorías diagnósticas han persistido por décadas, ya que proporcionan un marco útil que permite organizar y explicar la complejidad clínica con el fin de guiar las decisiones sobre el tratamiento (2).

La práctica clínica requiere de una buena delineación de los diagnósticos, sin embargo, la estructura de la sintomatología de los trastornos mentales no ha sido adecuadamente investigada, ya sea por limitaciones metodológicas o porque los estudios asumen que los síndromes están formados por los síntomas descritos en las clasificaciones establecidas (2,3). Actualmente, una buena estrategia para entender y clasificar los trastornos mentales es el estudio de su estructura sintomatológica y la identificación de posibles límites entre síndromes (3).

En la última década, se están desarrollando nuevas herramientas que pueden ser utilizadas en estudios con un gran número de variables. Uno de ellos es el análisis de redes, en el cual los nodos representan a los síntomas y los enlaces entre los nodos, a las correlaciones entre dichos síntomas; pudiéndose observar cómo los nodos individuales se agrupan para formar conglomerados (constituyendo síndromes) y cómo estos conglomerados se relacionan entre sí dentro de una red mayor (2).

El objetivo del presente estudio fue describir la estructura de la sintomatología psiquiátrica en

pacientes ambulatorios con trastornos mentales atendidos en un hospital general de Lima en base a las correlaciones entre síntomas psiquiátricos evaluadas a través de los ítems del SRQ-18.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis de la sintomatología psiquiátrica registrada de los pacientes con trastornos mentales que acudieron a los consultorios de psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia (Lima, Perú) a quienes se les aplicó entre otros instrumentos el cuestionario SRQ-18 (4-6). De los 423 registros de pacientes existentes, se seleccionaron a los que tenían edades de 18 a 65 años, con capacidad de comprender el español y sin problemas físicos o mentales que puedan afectar la comunicación o la aplicación de los instrumentos tales como problemas visuales, hipoacusia, demencia, retardo mental y autismo. Este estudio exploratorio tuvo el objetivo principal de describir las correlaciones entre los síntomas psiquiátricos y la estructura que forman estas correlaciones.

Muestra: Estuvo constituida por 210 registros de las personas que cumplían los criterios de selección.

Instrumentos: Se utilizaron los siguientes:

- El Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ): Es una escala auto-aplicada o llenada por el personal de salud que permite identificar sintomatología actual o que se ha presentado durante los últimos 30 días. El SRQ ha sido diseñado por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en los servicios de atención primaria, especialmente en países en desarrollo. El SRQ-18 comprende contenidos de varios instrumentos, es de fácil aplicación y consta de 28 preguntas dicotómicas (“sí” o “no”). Las primeras 18 se refieren a síntomas depresivos o ansiosos; las preguntas 19 a 22,

Tabla 1: Características clínicas de la muestra.

	N	%
Ítems SRQ-18		
1 Cefalea	78	37,86
2 Mal apetito	43	20,67
3 Duerme mal	88	43,56
4 Asustarse con facilidad	106	50,96
5 Temblor en manos	74	35,41
6 Nervioso	149	70,95
7 Mala digestión	87	41,83
8 Confuso	92	44,44
9 Tristeza	115	55,02
10 Llorar	61	29,05
11 Anhedonia	85	40,87
12 Indeciso	112	54,11
13 Dificultad en realizar su trabajo	95	45,89
14 Utilidad	72	34,78
15 Desinterés	77	37,02
16 Aburrimiento	130	62,50
17 Ideas suicidas	67	32,37
18 Cansancio	107	50,95
19 Ideas paranoides	104	50,49
20 Sentirse más importante que lo que piensan los demás	125	61,88
21 Pensamiento raro	90	44,55
22 Alucinaciones auditivas	40	19,23
23 Convulsiones	27	13,24
24 Consumo excesivo de alcohol según otras personas	26	12,56
25 Dificultad para dejar de beber	25	12,63
26 Problemas a causa del alcohol	24	12,06
27 Riñas alcoholizado	14	7,04
28 Beber en exceso según el propio paciente	30	15,31
Trastornos psiquiátricos		
Agorafobia	3	1,4%
Esquizofrenia	71	33,8%
Fobias sociales	2	1,0%
Reacción a estrés agudo	2	1,0%
Trastorno afectivo bipolar	6	2,9%
Trastorno ansioso de la personalidad	10	4,8%
Trastorno de ansiedad generalizada	16	7,6%
Trastorno de pánico	10	4,8%
Trastorno obsesivo compulsivo	6	2,9%
Trastorno depresivo	70	33,3%
Trastorno esquizoafectivo	2	1,0%
Trastorno disociativo	1	0,5%
Trastorno mental debido a consumo de sustancias psicotrópicas	7	3,3%
Trastorno mental orgánico	3	1,4%
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	5	2,4%
CGI		
1 Normal	5	2,70
2 Dudosamente enfermo	23	12,43
3 Levemente enfermo	72	38,92
4 Moderadamente enfermo	69	37,30
5 Marcadamente enfermo	14	7,57
Sexo		
Femenino	125	59,52

indican un trastorno psicótico; la 23 indica trastorno convulsivo; y las preguntas 24 a 28, problemas con el consumo de alcohol. Las 20 primeras preguntas de la versión original del SRQ fueron seleccionadas de: 1) The Patient Self-report Symptom Form, 2) El Post Graduate Institute Health Questionnaire N2, 3) El General Health Questionnaire (GHQ) y 4) La Present State Examination (PSE) (4-9).

- La Escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S): Sirve para calificar la severidad de los trastornos mentales de acuerdo a la experiencia clínica del evaluador, según 7 niveles: 1=Normal,

2=Dudosamente enfermo, 3=Levemente enfermo, 4=Moderadamente enfermo, 5=Marcadamente enfermo, 6=Gravemente enfermo y 7=Entre los pacientes más extremadamente enfermos (10).

Aspectos éticos: Se usó información de la base de datos sin que la identificación individual de los participantes sea utilizada en el estudio. El protocolo fue revisado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para su aprobación bajo modalidad de exoneración de revisión y por el Comité de Ética del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Tabla 2. Matriz de correlaciones tetracóricas entre los síntomas del SRQ-18.

Ítems	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14
1 Cefalea	1,00													
2 Mal apetito	0,23	1,00												
3 Duerme mal	0,41	0,67*	1,00											
4 Asustarse con facilidad	0,48*	0,29	0,36	1,00										
5 Temblor en manos	0,30	0,34	0,35	0,29	1,00									
6 Nervioso	0,49*	0,41	0,51*	0,62*	0,53*	1,00								
7 Mala digestión	0,23	0,55*	0,28	0,31	0,24	0,38	1,00							
8 Confuso	0,16	0,35	0,19	0,27	0,26	0,46*	0,31	1,00						
9 Tristeza	0,55*	0,45	0,50*	0,53*	0,39	0,55*	0,19	0,32	1,00					
10 Llorar	0,30	0,50*	0,45*	0,36	0,28	0,46	0,26	0,38	0,67*	1,00				
11 Anhedonia	0,26	0,56*	0,40	0,42*	0,27	0,54*	0,32	0,52*	0,56*	0,63*	1,00			
12 Indeciso	0,31	0,30	0,16	0,51*	0,24	0,24	0,25	0,54*	0,45*	0,44*	0,70*	1,00		
13 Dificultad en realizar su trabajo	0,23	0,42	0,34	0,33	0,29	0,37	0,24	0,54*	0,39	0,46*	0,78*	0,50*	1,00	
14 Utilidad	0,30	0,40	0,28	0,37	0,19	0,35	0,23	0,57*	0,38	0,31	0,63*	0,47*	0,71*	1,00
15 Desinterés	0,51*	0,53*	0,51*	0,50*	0,33	0,52*	0,32	0,38	0,61*	0,69*	0,78*	0,59*	0,61*	0,58*
16 Aburrimiento	0,45*	0,53*	0,55*	0,39	0,29	0,50*	0,23	0,31	0,81*	0,49*	0,60*	0,43*	0,51*	0,39
17 Ideas suicidas	0,47*	0,34	0,33	0,34	0,29	0,57*	0,18	0,27	0,47*	0,48*	0,45*	0,37	0,48*	0,37
18 Cansancio	0,50*	0,38	0,27	0,41	0,18	0,41	0,32	0,27	0,60*	0,34	0,37	0,36	0,38	0,43*
19 Ideas paranoides	0,48*	0,27	0,42	0,49	0,29	0,44*	0,19	0,11	0,57*	0,52*	0,34	0,32	0,40	0,24
20 Sentirse más importante que lo que piensan los demás	0,01	0,14	-0,04	0,00	-0,08	0,09	0,20	-0,04	0,11	0,26	0,04	0,06	-0,04	-0,04
21 Pensamiento raro	0,17	-0,02	0,28	0,35	0,43*	0,46*	0,19	0,41	0,26	0,15	0,37	0,25	0,33	0,32
22 Alucinaciones auditivas	0,15	0,46	0,24	0,34	0,32	0,20	0,06	0,40	0,32	0,43	0,46	0,17	0,36	0,59*
23 Convulsiones	0,23	0,21	0,08	0,09	-0,01	0,30	0,06	0,40	0,26	0,34	0,06	0,12	0,55*	0,33
24 Consumo excesivo de alcohol según otras personas	0,06	0,14	0,10	-0,01	0,13	0,19	0,19	0,03	0,02	0,23	0,15	-0,12	0,36	0,12
25 Dificultad para dejar de beber	0,07	0,02	0,15	0,04	0,04	0,19	0,01	0,13	0,08	0,22	0,12	0,03	0,23	0,09
26 Problemas a causa del alcohol	0,13	0,12	0,12	0,01	0,13	0,17	0,15	0,10	-0,06	0,32	0,02	-0,12	0,26	-0,01
27 Riñas alcoholizado	-0,02	0,03	0,00	-0,09	0,30	0,02	0,03	-0,01	-0,06	-0,10	-0,07	-0,15	0,24	-0,08
28 Beber en exceso según el propio paciente	0,10	0,09	0,23	0,02	0,16	0,14	0,00	-0,17	0,13	0,23	-0,01	-0,18	0,29	-0,13

Tabla 2. Matriz de correlaciones tetracóricas entre los síntomas del SRQ-18. (Continuación)

Ítem	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
15 Desinterés	1,00													
16 Aburrimiento	0,54	1,00												
17 Ideas suicidas	0,64	0,34	1,00											
18 Cansancio	0,44	0,49	0,21	1,00										
19 Ideas paranoides	0,49	0,46	0,47	0,17	1,00									
20 Sentirse más importante que lo que piensan los demás	-0,01	0,13	-0,21	0,13	0,13	1,00								
21 Pensamiento	0,47	0,27	0,47	0,16	0,41	0,08	1,00							
22 Alucinaciones auditivas	0,49	0,29	0,37	0,07	0,34	-0,15	0,51*	1,00						
23 Convulsiones	0,09	0,21	0,48	0,03	0,14	-0,01	0,15	0,41	1,00					
24 Percepción del consumo de alcohol por otras personas	0,16	-0,01	0,45	-0,07	0,17	0,16	0,18	0,17	0,40	1,00				
25 Dificultad para dejar de beber	0,02	-0,09	0,45	0,14	0,16	0,07	0,24	0,11	0,47	0,81*	1,00			
26 Problemas a causa del alcohol	0,11	-0,11	0,52	-0,19	0,26	0,01	0,05	-0,15	0,42	0,86*	0,74*	1,00		
27 Riñas alcoholizado	-0,10	-0,07	0,25	-0,29	0,00	0,13	-0,10	-0,10	0,40	0,85*	0,75*	0,91*	1,00	
28 Beber en exceso según el propio paciente	-0,07	0,07	0,42	-0,17	0,29	0,12	0,04	-0,05	0,47	0,90*	0,83*	0,80*	0,87*	1,00

*Coeficientes de correlación significativa.

Análisis de datos: Para el análisis estadístico de datos se utilizó el programa STATA versión 12 (11); y para generar los gráficos de redes que representan la correlación entre los síntomas, el programa NodeXL (Network Overview Discovery and Exploration for Excel, Social Media Research Foundation)(12). Se generó una matriz de correlaciones tetracóricas (13) entre los síntomas del SRQ-18 (variables dicotómicas que teóricamente provienen de variables latentes continuas) considerando la corrección de Bonferroni. Dicha matriz se exportó al programa NodeXL para la generación de gráficos de redes utilizando el algoritmo circular y el de Harel-Koren, y los siguientes umbrales para establecer los vínculos entre variables: 1) Correlaciones tetracóricas con $p < 0,05$, 2) Coeficientes de correlaciones tetracóricas $> 0,5$ y 3) Coeficientes de correlaciones tetracóricas $> 0,6$.

RESULTADOS

Se estudiaron 210 pacientes con diagnóstico de trastornos mentales según la CIE-10; de los cuales, 59,52% eran mujeres y 40,48%, varones. La edad promedio fue 40,99 años con una desviación estándar (DE)=13,59 y un rango de 18 a 65. En la tabla 1 se muestran las características clínicas de los pacientes. Los síntomas del SRQ-18 más frecuentes fueron: el 6,

nerviosismo o tensión (70,95%); el 16, aburrimiento (62,5%); y el 20, sentirse más importante que lo que piensan los demás (61,88%). Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron esquizofrenia (33,8%) y trastorno depresivo (33,3%). La escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S) tiene una distribución normal según la prueba de Shapiro-Wilk ($p=0,698$) y se observa que la mayoría de los participantes del estudio se encontraban dentro de levemente y moderadamente enfermos.

La tabla 2 muestra la matriz de correlaciones tetracóricas entre los diversos síntomas evaluados en el SRQ-18, a partir de la cual se construyeron los gráficos que se muestran en las figuras 1, 2 y 3. En la figura 1 se muestran las conexiones entre los síntomas significativos ($p < 0,05$) utilizando la corrección de Bonferroni, lo cual corresponde en este caso a un coeficiente de correlación $\geq 0,42$. La figura 2 muestra la estructura de la sintomatología del SRQ-18 usando un umbral de correlación más alto ($R > 0,5$), evidenciándose con claridad un conglomerado de síntomas correspondiente a problemas de consumo de alcohol, vinculado con el resto de síntomas a través del ítem referido a las ideas suicidas. También se esbozan zonas correspondientes a síntomas depresivos (ítems 9, 10, 11 y 15), síntomas ansiosos y físicos (ítems 6,

4, 3 y 2), y síntomas psicóticos (21 y 22). Los ítems referidos a depresión, ansiedad y síntomas físicos están bastante interconectados entre sí. Asimismo, aparece el ítem sobre convulsiones ligado al grupo de síntomas depresivos a través del ítem 13 (sobre problemas para trabajar). La figura 3 muestra las conexiones con un umbral de $R > 0,6$; diferenciándose con mayor claridad 4 grupos de síntomas: los depresivos (ítems del 9 al 18), los ansiosos (ítems 4 y 6), los físicos (ítems 2 y 3) y los de consumo de alcohol (ítems del 24 al 28). Dentro de los síntomas depresivos se pueden notar 3 síntomas con un mayor número de conexiones (anhedonia, desinterés y tristeza).

Finalmente, la tabla 3 muestra la relación entre la presencia y ausencia de cada uno de los síntomas

del SRQ-18 y los valores de la CGI-S. Se observa que los síntomas cuya presencia se relaciona más significativamente con la severidad medida con el CGI-S fueron: desinterés, nerviosismo y tristeza.

DISCUSIÓN

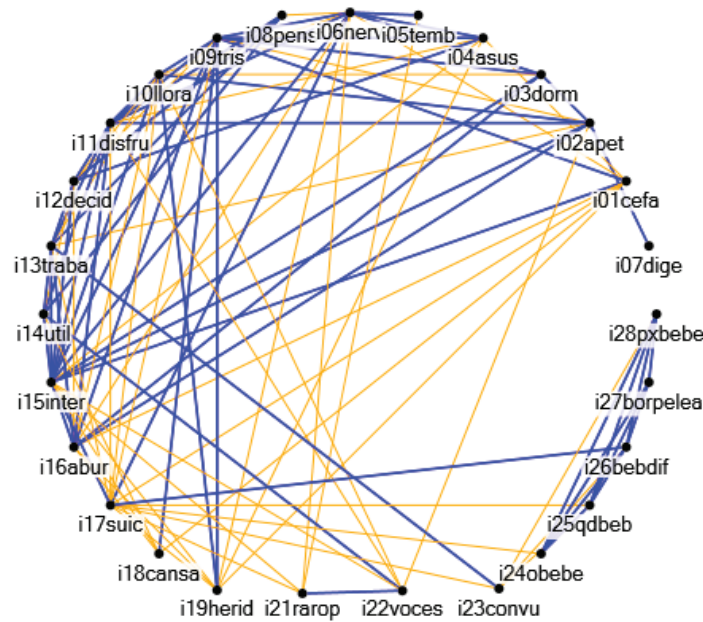
En el presente estudio se han utilizado gráficos de redes para mostrar las correlaciones que existen entre los síntomas psiquiátricos evaluados con el cuestionario SRQ-18. Se pueden visualizar las conexiones entre síntomas considerando diferentes umbrales basados en sus coeficientes de correlación, identificándose 5 conglomerados que corresponden a síndromes o trastornos conocidos: alcoholismo, depresión, ansiedad, síntomas físicos y psicosis.

Tabla 3. Relación entre sintomatología psiquiátrica y severidad de los diagnósticos de los pacientes evaluados con la CGI-S.

Ítem	Ausente		Presente		P*
	N	CGI-S	N	CGI-S	
1 Cefalea	114	3,3	67	3,52	0,0642
2 Mal apetito	147	3,32	36	3,64	0,0358
3 Duerme mal	99	3,21	78	3,63	0,0019
4 Asustarse con facilidad	89	3,29	94	3,49	0,0801
5 Temblor en manos	117	3,31	67	3,51	0,0854
6 Nervioso	56	2,98	129	3,56	0,0001
7 Mala digestión	110	3,34	73	3,45	0,2114
8 Confuso	103	3,22	79	3,57	0,0074
9 Tristeza	81	3,14	103	3,57	0,0003
10 Llorar	132	3,28	53	3,64	0,0094
11 Anhedonia	111	3,28	72	3,54	0,0343
12 Indeciso	90	3,37	92	3,38	0,4614
13 Dificultad en realizar su trabajo	101	3,2	81	3,60	0,002
14 Utilidad	119	3,28	63	3,57	0,0238
15 Desinterés	115	3,16	69	3,75	<0,0001
16 Aburrimiento	70	3,1	113	3,57	0,0005
17 Ideas suicidas	125	3,27	57	3,61	0,0123
18 Cansancio	93	3,37	92	3,40	0,397
19 Ideas paranoides	91	3,14	90	3,59	0,0007
20 Sentirse más importante que lo que piensan los demás	68	3,41	109	3,33	0,711
21 Pensamiento raro	96	3,25	81	3,52	0,0298
22 Alucinaciones auditivas	147	3,27	36	3,78	0,0019
23 Convulsiones	156	3,31	23	3,74	0,0211
24 Consumo excesivo de alcohol según otras personas	158	3,34	24	3,58	0,1229
25 Dificultad para dejar de beber	152	3,32	21	3,57	0,1324
26 Problemas a causa del alcohol	153	3,31	21	3,71	0,0335
27 Riñas alcoholizado	162	3,35	12	3,50	0,3
28 Beber en exceso según el propio paciente	145	3,34	26	3,50	0,2241

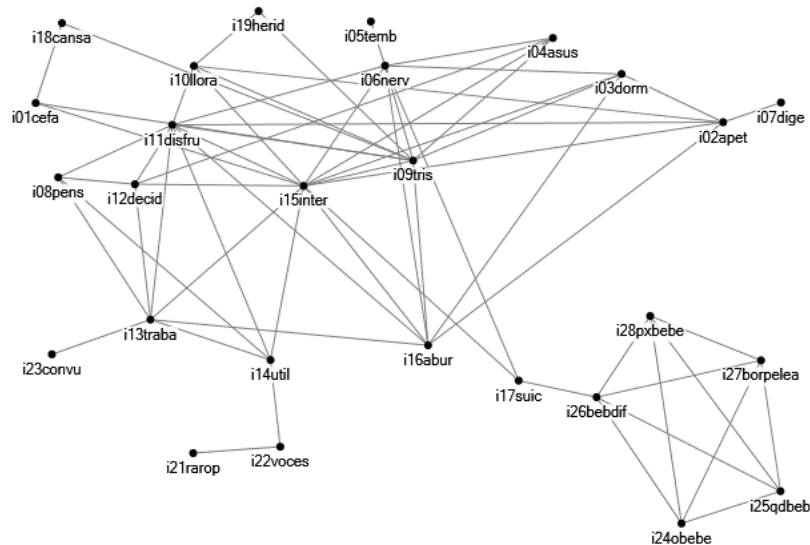
* t de Student.

Figura 1. Vinculación entre síntomas en base a las correlaciones tetracóricas significativas ($p < 0,05$), $R > 0,42$, entre los ítems de SRQ-18 utilizando el algoritmo circular (N=205).



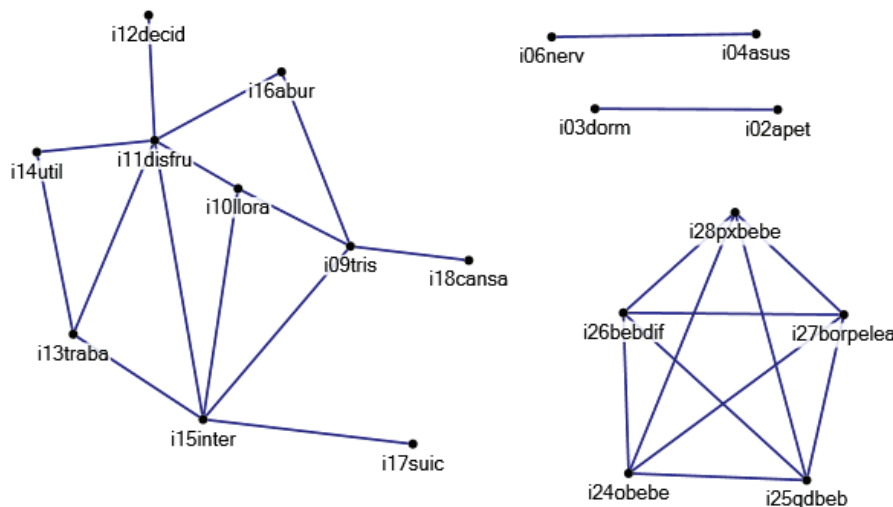
En naranja: correlaciones $\geq 0,42$ y $\leq 0,5$
 En azul: correlaciones $> 0,5$

Figura 2. Estructura de la sintomatología del SRQ-18 en base a las correlaciones tetracóricas significativas ($p < 0,05$), con $R > 0,5$ y utilizando el algoritmo de Harel-Koren (N=205).



i01cefa= ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? i02apet= ¿Tiene mal apetito? i03dorm= ¿Duerme mal? i04asus= ¿Se asusta con facilidad? i05temb= ¿Sufre temblor en las manos? i06nerv= ¿Se siente nervioso o tenso? i07dige= ¿Sufre de mala digestión? i08pens= ¿Es incapaz de pensar con claridad? i09tris= ¿Se siente triste? i10llora= ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? i11disfru= ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? i12decid= ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? i13traba= ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado? i14util= ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? i15inter= ¿Ha perdido interés en las cosas? i16abur= ¿Se siente aburrido? i17suic= ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? i18cansa= ¿Se siente cansado todo el tiempo? i19herid= ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? i20= ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? i21rarop= ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? i22voces= ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? i23convu= ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento? i24obebe= ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? i25qdbeb= ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? i26bebdif= ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? i27borpelea= ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? i28pxbebe= ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?

Figura 3. Estructura de la sintomatología del SRQ-18 en base a las correlaciones tetracóricas, $R > 0,6$ (N=205).



i01cefa= ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? i02apet= ¿Tiene mal apetito? i03dorm= ¿Duerme mal? i04asus= ¿Se asusta con facilidad? i05temb= ¿Sufre temblor en las manos? i06nerv= ¿Se siente nervioso o tenso? i07dige= ¿Sufre de mala digestión? i08pens= ¿Es incapaz de pensar con claridad? i09tris= ¿Se siente triste? i10llora= ¿Llora Ud. con mucha frecuencia? i11disfru= ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? i12decid= ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? i13traba= ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado? i14util= ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? i15inter= ¿Ha perdido interés en las cosas? i16abur= ¿Se siente aburrido? i17suic= ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? i18cansa= ¿Se siente cansado todo el tiempo? i19herid= ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? i20= ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? i21rarop= ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? i22voce= ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? i23convu= ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento? i24obebe= ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado? i25qdbeb= ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? i26bebdif= ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? i27borpelea= ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? i28pxbebe= ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?

Se observa que en la figura 2, las ideas suicidas conectan los síntomas relativos a problemas con el alcohol y el resto de la red (específicamente síntomas depresivos y ansiosos). A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad, habiendo varios factores de riesgo que actúan aumentando el comportamiento suicida y el consumo nocivo de alcohol es reconocido como uno de ellos (14). Un estudio realizado en Estados Unidos mostró que las personas que se suicidaron presentaban niveles elevados de alcohol antes de morir (15). En un reciente estudio de cohorte de 6163 participantes coreanos seguidos desde 1985 hasta 2008, se encontró que personas que consumían 70 g de alcohol o más por día o 210 g de alcohol o más por semana tuvieron alta mortalidad por suicidio ($p < 0,05$) comparado con los que no bebían (16).

La interconexión y superposición entre síntomas depresivos, ansiosos y físicos hallada en el presente trabajo también se evidencia en otros estudios (2). Asimismo, varias investigaciones han encontrado asociaciones significativas entre la somatización, la ansiedad y la depresión (17,18).

El desinterés, la tristeza y el nerviosismo son síntomas centrales y bastante interconectados de la red que se visualiza en la figura 2 y son los que más se relacionan con el grado de severidad del trastorno tal como se muestra en la tabla 3. Asimismo, la anhedonia, el desinterés y la tristeza fueron síntomas bastante interconectados con otros síntomas depresivos, lo cual es coherente con el hecho de que son considerados síntomas cardinales en los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-5 (19).

Nuestro trabajo encontró una fuerte relación entre la disminución del apetito y los problemas para dormir, lo cual es coherente con los hallazgos del análisis factorial de síntomas de depresión y/o ansiedad evaluados con instrumentos psicométricos tales como la EURO-D (20), el Hopkins Symptom Checklist-25 (21) y los Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (22), que encuentran al insomnio y la disminución del apetito particularmente asociados como parte de una misma dimensión. Asimismo, estudios sobre estructura de sintomatología muestran una particular cercanía entre insomnio y disminución del apetito (2,3).

Respecto a los 4 ítems que según el SRQ pretenden para evaluar síntomas psicóticos, se encontró relación sólo entre 2 de ellos: el relacionado a alucinaciones auditivas y el que es sobre rareza del pensamiento; sin embargo, aquí hay que tener en cuenta que el examen de síntomas psicóticos es esencialmente a través de una entrevista clínica por lo que su evaluación utilizando preguntas autoadministrables implica importantes limitaciones.

En conclusión, se evidencian 5 conglomerados de síntomas correspondientes a los síndromes: 1) problemas con el alcohol (vinculado con el resto de síntomas a través del ítem sobre ideas suicidas), 2) depresión (anhedonia, pérdida del interés, tristeza, llanto, dificultades para trabajar, ideas de inutilidad, aburrimiento, ideas suicidas, cansancio e indecisión), 3) ansiedad (nerviosismo/tensión, asustarse con facilidad), 4) síntomas físicos (dormir mal, pobre apetito y problemas digestivos) y 5) psicosis (pensamiento raro y pseudopercepciones auditivas). Asimismo, se encuentra una fuerte interconexión entre los síntomas depresivos, ansiosos y físicos.

Correspondencia:

Dr. Johann M. Vega Dienstmaier.
Av. José Pardo 1142 Dep.-701.
Lima 18, Perú.
Correo electrónico: johann.vega.d@upch.pe

Agradecimiento: Apreciamos la colaboración de la Lic. Guissela Yauris

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003;160:4-12.
- Goekoop R, Goekoop JG. A Network view on psychiatric disorders: Network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. *PLoS One*. 2014;9:1-47.
- Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto. *Rev Neuropsiquiatr*. 2015;78:221-231.
- Véliz J. Validez y confiabilidad del cuestionario auto reporte en personal de una institución militarizada. *An Salud Ment*. 1998;14:85-102.
- Mari JJ, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-26.
- Climent CE, De Arango MV. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1983.
- Fonseca A, Landa R, Mendoza C, Romero M, Murcia H, Ticas A, et al. Prevalencia de trastornos mentales en la comunidad de Villa Nueva, Región Metropolitana. *Rev Med Post UNAH*. 1999;4:74-85.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Salud Mental. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la psicosis en el primer y segundo nivel de atención. Perú: MINSA; 2009. p. 1-31.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Salud Mental. Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría: Guía de práctica clínica en depresión y guía de práctica clínica en conducta suicida. Perú: MINSA; 2008. p. 1-56.
- Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007; 4:28-37.
- Hamilton L. *Statistics with Stata: version 12*. Cengage Learning; 2012.
- Hansen D, Shneiderman B, Smith M. Analyzing social media networks: Learning by doing with NodeXL. *Computing*. 2009;28:1-47.
- Hoffmann AF, Stover JB, De la Iglesia G, Liporace M. Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Cienc Psicol*. 2013; 7:151-164.
- World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH, Caetano R, Conner KR, Giesbrecht N, et al. Use of alcohol before suicide in the United States. *Ann Epidemiol*. 2014;24:588-592.
- Yi SW, Jung M, Kimm H, Sull JW, Lee E, Lee KO, et al. Usual alcohol consumption and suicide mortality among the Korean elderly in rural communities: Kangwha Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70:778-83.
- Kooiman C, Bolk J, Brand R, Trijsburg R, Rooijmans H. Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosom Med*. 2000;62:768-78.
- Gureje O, Simon G, Ustun T, Goldberg D. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997;154:989-995.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Jirapramukpitak T, Darawuttimaprakorn N, Punpuing S, Abas M. Validation and factor structure of the Thai

version of the EURO-D scale for depression among older psychiatric patients. *Aging Ment Health*. 2009;13(6): 899-904.

21. Al-Turkait FA, Ohaeri JU, El-Abbasi AM, Naguy A. Relationship between symptoms of anxiety and depression in a Sample of Arab college students using the Hopkins Symptom Checklist 25. *Psychopathology*. 2011;44:230-24.

22. Korszun A, Moskvina V, Brewster S, Craddock N, Ferrero F, Gill M, et al. Familiarity of symptom dimensions in depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(5):468-74.

Recibido: 24/05/2016

Aceptado: 18/07/2016