

Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico.

GALLI SILVA Enrique, FEIJÓO LLONTOP Luis , ROIG ROJAS Ingrid y ROMERO ELMORE Susana

SUMMARY

The MINI (International Mini Neuropsychiatric Interview) is a brief and high structured interview of the main psychiatric disorders of the IDC - 10 and DSM-IV in order to be employed by psychiatrists and physicians not psychiatrists afterwards short time training. It was elaborated by Y. Lecrubier from the “Salpêtrière” in Paris and D. Sheehan from the Florida University in Tampa between the years 1992, 1994 and 1998.

Objective: To determine the prevalence of most common mental disorders in medicine students. *Material and methods:* The MINI was applied in 250 medicine students. *Results:* We found a high prevalence of mental disorders (42.64%) outstanding the depression (31.35%) and the anxiety (22.22%) this values are higher than the general population. *Conclusion:* Data suggest a serious problem of mental disorders in young people. We recommend to study the population between 20 to 30 years old to confirm this preliminary report. (*Rev Med Hered* 2001; 13: 19-25).

KEY WORDS: MINI, psychiatric disorders, medicine students.

RESUMEN

La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. de la “Salpêtrière” de París y D. Scheehan y col. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. *Objetivo:* El objetivo del presente trabajo (teniendo como base la CIE - 10) fue determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año. *Material y métodos:* Se aplicó el MINI a 250 estudiantes de medicina de 4º, 5º y 6º años. *Resultados:* Se encontró una prevalencia alta de trastornos mentales (45.60%) sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%) siendo estos valores mayores que en la población general. *Conclusión:* Las altas cifras encontradas sugieren un problema grave de salud mental en nuestra juventud por lo que se recomienda que en otros niveles universitarios, institutos y ambiente laboral de la población entre los 20 y 30 años sea estudiada para confirmar este informe preliminar. (*Rev Med Hered* 2001; 13: 19-25).

PALABRAS CLAVE: MINI, trastornos psiquiátricos, estudiantes de medicina.

* Profesor Principal del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana “Cayetano Heredia”

** Profesor Auxiliar del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana “Cayetano Heredia”

INTRODUCCION

Desde hace más de 20 años venimos postulando nuevos conceptos de la depresión como enfermedad dimensional (1,2). La depresión, es una enfermedad común durante el entrenamiento de los estudiantes de medicina (3). La tasa de la depresión clínica entre los internos ha sido reportada entre el 27%(4) y el 30% (5) y un 25% de ellos han referido ideación suicida (5).

La mayoría de los estudios citan que la tasa de suicidio entre médicos se sitúa del 28 al 40 por 100,000 mientras que en la población general, esta es del 12.3 por 100,000 (6). En 1975, Everson y Fraument (7), determinaron que una de las principales causas de muerte en estudiantes de medicina y médicos jóvenes era el suicidio, estudios más recientes llevados a cabo por Samkoff y colaboradores (8), determinaron que el 26% de los fallecimientos de médicos jóvenes fue causado por suicidio.

Conocedores entonces del estrés psico - socio - académico y la cercanía del estudiante con el paciente, su enfermedad y su dolencia estamos convencidos que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los alumnos de pre - grado debe ser mayor que en la población general.

La entrevista psiquiátrica no estructurada, tiene que ver con el concepto de la "observación participante" (9) o la comunicación intrapsíquica entre el médico y su paciente en el que este último se entrega de manera pasiva, confiada y abierta al psiquiatra donde el profesional intenta penetrar hasta lo más hondo e inescrutable del alma por medio de una perspicacia sui generis asociada a una capacidad psicognóstica con un basamento psicopatológico y clínico en el marco de una adecuada experiencia (10).

La entrevista psiquiátrica estructurada es un diseño breve y conciso de la sintomatología de los principales trastornos psiquiátricos, que jamás intentará aproximarse y menos desplazar a una entrevista psiquiátrica formal. Existen entrevistas psiquiátricas estructuradas basadas en la Clasificación Internacional de Enfermedades-10ma. Edición (CIE-10) (11) y en el Diagnostic and Statistical Manual IV Ed. (DSM - IV) (12).

Las entrevistas estructuradas de diagnóstico en psiquiatría han resuelto la dificultad en la obtención de información y ello ha facilitado la reproducción clínica de los hallazgos científicos, por consiguiente la utilidad más tangible de estas entrevista se encuentra en la investigación en psiquiatría.

Los instrumentos disponibles más recientes (DIS, CIDI, SCAN, MINI) tienen una adecuada confiabilidad y la elección va a estar en relación al tipo de investigación que se pretenda realizar. En el presente trabajo este es de carácter epidemiológico.

Entre los primeros esfuerzos en desarrollar criterios estructurados están los de Feighner y colaboradores en 1972. Este grupo de trabajo asociado a Spitzer y Endicott desarrolló en 1987 los Criterios del Diagnóstico para la Investigación (Research Diagnostic Criteria). Este tipo de clasificación fue posteriormente adoptado en 1980 por el DSM-III y luego el DSM-IV y el DSM-IV-R. El CIE-10 de 1992 es totalmente compatible con la taxonomía antes mencionada.

Las entrevistas estructuradas se encuentran diseñadas para ser utilizadas no necesariamente por especialistas sino por personal previamente entrenado.

El DIS (13) y el CIDI (14) desarrollado por Robins en 1985 y 1988 son entrevistas altamente estructuradas y ampliamente validadas en el exterior y en nuestro medio.

La MINI (15) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la "Salpêtrière" en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV, como nos muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica.

La MINI es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable (3 estudios frente a CIDI y SCID) y fácil de usar tras un breve curso de formación.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia del punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes (orientación diagnóstica), en alumnos de medicina pertenecientes a los años de cuarto, quinto y sexto, utilizando el MINI en base al CIE-10.

MATERIAL Y METODOS

Se consideró para el estudio a 268 estudiantes de Medicina, alumnos del cuarto, quinto y sexto año de la

Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) de los cuales 250 rindieron la prueba entre los meses de octubre y diciembre del 2000; la cual fue totalmente espontánea y voluntaria. La muestra consistió en 75 mujeres y 175 hombres con edades comprendidas entre 21 años y 28 años.

De los 250 alumnos que rindieron la prueba 86 eran de cuarto año, 98 de quinto año y 68 de sexto año de medicina, dichos alumnos se encontraban recibiendo el curso de psiquiatría.

Se aplicó el MINI a los alumnos, en grupos de 20, supervisados por un médico psiquiatra durante la mañana (10 am), con un tiempo promedio de 20 minutos. Previa a la aplicación de la prueba los alumnos fueron instruidos al respecto.

La entrevista estructurada llamada MINI, se divide en módulos identificados con letras, cada una correspondiente a una categoría diagnóstica. El núcleo de la MINI se encuentra dado por 14 módulos cada uno señalado por una letra mayúscula (Tabla N°1).

RESULTADOS

Alumnos de cuarto año de medicina:

De un total de 89 alumnos, fueron sometidos a la prueba 86 de ellos y se encontraron los siguientes resultados: el episodio depresivo fue de 19.76%, el depresivo recurrente de 8.14%, la distimia 18.60%, el episodio maníaco 1.16%, la agorafobia 1.16%, el trastorno de pánico 3.49%, la fobia social 8.14%, el TOC 0%, el TAG 15.12%, el TSP 0%, la bulimia 5.81%, la anorexia 2.32%, la dependencia al alcohol 2.32%, el episodio psicótico recurrente 1.16% y el abuso del alcohol y de otras sustancias psicoactivas 0%.

El 45.34% (39 alumnos), tenía alguna patología. La depresión total (depresión mayor más distimia) se encontró en 25 alumnos (29.06%), depresión doble en 9.30%, ansiedad total en 22.09% (19 alumnos), desórdenes alimenticios en 6.98%, abuso de alcohol y sustancias 1.16%, psicosis en 1.16% y manía en 1.16%.

Alumnos de quinto año de medicina:

De un total de 98 alumnos, fueron sometidos a la prueba 96 de ellos y se encontraron los siguientes resultados: episodio depresivo en 31.63%, depresivo recurrente en 11.22%, la distimia en 11.22%, episodio maníaco en 3.06%, agorafobia en 1.02%, trastorno de pánico en 8.16%, fobia social en 9.18%, TOC en 2.04%, TAG en 10.02%, TSP en 1.02%, bulimia en 7.14%,

anorexia en 1.02%, dependencia al alcohol 0%, episodio psicótico recurrente en 1.96%, abuso del alcohol y de otras sustancias psicoactivas 0%.

El 46.9% de los alumnos tenía alguna patología. La depresión total (depresión mayor más distimia) se encontró en 34.69%, depresión doble en 8.16%, ansiedad total en 21.46%, desórdenes alimenticios en 7.14%, abuso de alcohol y sustancias 0%, psicosis en 1.96% y manía en 3.06%.

Alumnos de sexto año de medicina:

De un total de 79 alumnos, 68 se sometieron a la prueba y se encontró episodio depresivo en 17.64%, depresivo recurrente en 10.29%, la distimia en 17.64%, el episodio maníaco en 0%, la agorafobia 0%, el trastorno de pánico en 4.41%, la fobia social en 5.88%, el TOC 0%, el TAG 14.70%, el TSP 0%, la bulimia 2.94%, la anorexia 0%, la dependencia al alcohol en 2.94%, el episodio psicótico recurrente en 2.94%, el abuso del alcohol en 1.47% y de otras sustancias psicoactivas 0%.

La población con patología fue de 42.64%. Se encontró depresión total (depresión mayor más distimia) en 29.41%, depresión doble en 7.35%, ansiedad total

Tabla N°1. Entrevista estructurada MINI. Módulos.

-
- A. Episodio Depresivo.
 - A1. Episodio Unico.
 - A2. Episodio recurrente.
 - B. Distimia.
 - C. Episodio (hipo) maniaco.
 - D. Agorafobia.
 - E. Trastorno de pánico.
 - E3. Simple.
 - E4. Con agorafobia.
 - F. Fobia Social.
 - G. Trastorno obsesivo compulsivo.
 - H. Trastorno de ansiedad generalizada.
 - I. Trastorno por estrés post traumático.
 - J. Bulimia nerviosa.
 - K. Anorexia nerviosa.
 - L. Abuso de alcohol.
 - L2. Dependencia del alcohol
 - L3. Uso perjudicial del alcohol.
 - M. Abuso de drogas.
 - M2. Dependencia de sustancias.
 - M3. Uso perjudicial de sustancias.
 - N. Síntomas psicóticos.
 - N8. Episodio psicótico aislado.
 - N9. Episodio psicótico recurrente.
-

en 22.06%, desórdenes alimenticios en 2.94%, abuso de alcohol y sustancias en 2.94%, psicosis en 4.41% y manía 0%.

Muestra total de alumnos:

En el total de la muestra de 250 alumnos (Tabla N°2), se obtuvieron los siguientes resultados: Episodio depresivo 24.00 %, trastorno depresivo recurrente 9.82%, distimia 15.60%, episodio maníaco 1.60%, agorafobia 0.80%, trastorno de pánico 5.60%, agorafobia con trastorno de pánico 0%, fobia social 8.00%, trastorno obsesivo compulsivo 0.80%, trastorno de ansiedad generalizada 13.20%, trastorno por estrés post-traumático 0.4%, bulimia 5.60%, anorexia nerviosa 1.20%, dependencia al alcohol 0.80%, abuso de alcohol 0.4%, dependencia y abuso de sustancias 0%, episodio psicótico aislado 0.4% y episodio psicótico recurrente 2.00%.

La población con patología fue el 45.60%. La depresión total (depresión mayor más distimia) se encontró en 31.60%, depresión doble en 8.40%, ansiedad total 22.40%, desórdenes alimenticios 6.00%, abuso de alcohol y sustancias 1.20% y psicosis /manía 4.00%.

En las mujeres se encontró episodio depresivo en 29.3%, trastorno depresivo recurrente 13.3%, distimia 22.7%, episodio maníaco 0%, agorafobia 1.33%, trastorno de pánico 2.67%, agorafobia con trastorno de pánico 0%, fobia social 2.67%, trastorno obsesivo compulsivo 0%, trastorno de ansiedad generalizada 9.33%, trastorno por estrés post traumático 1.33%, bulimia 12%, anorexia nerviosa 2.67%, dependencia y abuso de alcohol 0%, dependencia y abuso de sustancias 0%, episodio psicótico aislado 0% y episodio psicótico recurrente 4%.

La población con patología fue de 50.67%, depresión total (depresión mayor más distimia) 40%, depresión doble 13.33%, ansiedad total 14.67%, desórdenes alimenticios 12%, abuso de alcohol y sustancias 0% y psicosis/manía 4%.

En los varones se encontró episodio depresivo en 21.71%, trastorno depresivo recurrente 8.57%, distimia 12.57%, episodio maníaco 2.29%, agorafobia 0.57%, trastorno de pánico 6.86%, agorafobia con trastorno de pánico 0%, fobia social 10.29%, trastorno obsesivo compulsivo 1.14%, trastorno de ansiedad generalizada 14.86%, trastorno por estrés post traumático 0%, bulimia 2.86%, anorexia nerviosa 0.57%, dependencia del alcohol 1.14%, abuso de alcohol 0.57%, dependencia y abuso de sustancias 0%, episodio psicótico aislado

0.57% y episodio psicótico recurrente 1.14%. La población con patología fue 43.43%, la depresión total (depresión mayor más distimia) 28.00%, depresión doble 6.29%, ansiedad total 25.14%, desórdenes alimenticios 3.43%, abuso de alcohol y sustancias 1.14% y psicosis/manía en 4.00%.

Las diferencias entre sexos se puede apreciar en la tabla N°2.

Comorbilidad

De los estudiantes con algún tipo de depresión, el 37.97% presentó algún tipo de ansiedad, 11.39% presentaron trastornos de la alimentación y 5.06% presentaron algún tipo de psicosis.

De los estudiantes con algún tipo de ansiedad, el 53.57% presentó algún tipo de depresión, 5.33% presentaron trastornos de la alimentación y 12.5% presentaron algún tipo de psicosis.

De los estudiantes que presentaron trastornos de alimentación 60% presentó algún tipo de depresión y 20% presentaron algún tipo de ansiedad.

De los estudiantes que presentaron algún tipo de psicosis 40% presentaron algún tipo de depresión y 70% presentaron algún tipo de ansiedad.

No se halló comorbilidad entre algún tipo de depresión o algún tipo de ansiedad y abuso de sustancias y alcohol.

DISCUSION

En 250 alumnos entrevistados, hemos encontrado 45.6% con patología psiquiátrica, lo cual difiere con lo

Tabla N°2. Resultados de la entrevista estructurada MINI, según sexo.

MODULOS	TOTAL (n=250) n (%)	MUJERES (n=75) n (%)	HOMBRES (n=175) n (%)
A2	60 (24.0)	22 (29.3)	38 (21.71)
A3	25 (10.0)	10 (13.3)	15 (8.57)
B	39 (15.6)	17 (22.7)	22 (12.57)
C	4 (1.6)	0 (0.00)	4 (2.29)
D	2 (0.8)	1 (1.33)	1 (0.57)
E3	14 (5.6)	2 (2.67)	12 (6.86)
E4	0 (0.0)	0 (0.00)	0 (0.00)
F	20 (8.0)	2 (2.67)	18 (10.29)
G	2 (0.8)	0 (0.00)	2 (1.14)
H	33 (13.2)	7 (9.33)	26 (14.86)
I	1 (0.4)	1 (1.33)	0 (0.00)
J	14 (5.6)	9 (12.0)	5 (2.86)
K	3 (1.2)	2 (2.67)	1 (0.57)
L2	2 (0.8)	1 (1.33)	2 (1.14)
L3	1 (0.4)	0 (0.00)	1 (0.57)
M2	0 (0.0)	0 (0.00)	0 (0.00)
M3	0 (0.0)	0 (0.00)	0 (0.00)
N8	1 (0.4)	0 (0.00)	1 (0.57)
N9	5 (2.0)	3 (4.00)	2 (1.14)
TOTAL CON PATOLOGIA	114 (45.6)	38 (50.67)	76 (43.43)

encontrado en los estudios de la OMS-PPGHC, ECA y la NCS (16,17,18) que varía entre 28 y 32%. No hemos encontrado estudios específicos sobre patología psiquiátrica global en estudiantes de medicina.

Si consideramos una prevalencia probable promedio de 14.1% (18) en abuso y dependencia al alcohol y sustancias, los que aparentemente han sido ignorados por los entrevistados, estaríamos bordeando el 55% con patología psiquiátrica.

En un estudio realizado en 1157 estudiantes de medicina de la Universidad Thomas Jefferson en Filadelfia en 1999, se encontró promedios altos de depresión y ansiedad (19). En otro estudio realizado en la Universidad de Indiana en los que evaluaron a 634 estudiantes, se encontró que la sumatoria de depresión y ansiedad era del 41%, comparativamente similar con la nuestra (20) y en un estudio en la Universidad de Wyoming, se encontró que la proporción de depresión y ansiedad era mayor en los estudiantes de medicina, que en la población general (21).

En la Universidad de Akdeniz, Turquía en el año 2001, se hizo un estudio comparativo de depresión y ansiedad en los estudiantes de medicina, ciencias económicas y educación física y se encontró que los estudiantes de medicina tenían más depresión y ansiedad que los otros estudiantes (22). Otro estudio comparativo en la Universidad de McGill, entre estudiantes de medicina, leyes y en post graduados, encontró niveles de estrés de 70%, 96% y 43% respectivamente. Sin embargo, la prevalencia de depresión fue mayor en los estudiantes de medicina por lo que habría que considerar otro factor además del estrés (23).

En la Universidad de Gottingen de Alemania en 1999, bajo la hipótesis de la gran prevalencia de estrés psicológico en los estudiantes de medicina se realizó un estudio comparativo entre estudiantes con la currícula tradicional y estudiantes con la currícula alternativa (exposición de problemas), encontrándose en esta última un menor porcentaje de estrés (24).

Con relación a depresión, un estudio realizado en la Universidad de Massachusetts, encontraron 35% de depresión en los estudiantes, porcentaje similar al encontrado por nosotros; además, concuerda con nosotros en que el porcentaje de depresión fue mayor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, encontraron que el género y el estrés eran predictores significativos del incremento de la depresión (25). Otro estudio realizado en 92 alumnos de la Universidad de Medicina de Silesia en Polonia, se encontró 25% de depresión y en la mayoría de ellas se encontraron

experiencias tempranas negativas (26). En el Centro Médico Presbiteriano en Chicago, encontraron 25% de depresión mayor en el segundo año, pero no encontraron diferencia entre sexos (27).

Zoccolillo en el año 1986, en un trabajo llevado a cabo en 304 estudiantes de medicina en el primer año encontró una prevalencia del 15% de depresión mayor lo cuál en aquellos años la consideraban alta en relación a la población en general y sugieren que otro factor además del estrés era la enseñanza médica (28).

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de USA (Bethesda), en estudiantes de medicina chinos, encontró mayor porcentaje de depresión en verano, contrariamente a lo que se ve en los países del occidente (29).

Algunos estudios han encontrado que el rendimiento de los pacientes con depresión severa es menor que en pacientes sin depresión (30).

Herzog y col. (31), encuentran en 329 estudiantes de medicina 16.50 % de trastornos de la alimentación, siendo este resultado mayor al encontrado en nuestro estudio.

En la Universidad de Leeds en el Reino Unido en un estudio hecho el año 2000 en 136 estudiantes de segundo año, se encontró que el 52% de hombres y el 50% de mujeres eran bebedores excesivos y 33% hacían abuso de drogas ilícitas (marihuana en su mayoría), 41% tenían niveles altos de ansiedad y solo el 9.5% demostraban depresión clínica contrariamente al 32% que encontramos nosotros y al escaso porcentaje de consumo de alcohol y drogas encontrado en nuestro estudio, dato no fiable, pero por la cercanía que tenemos con los alumnos, parecería que no pasa del 10% (32). Kuhlhorn de la Universidad de Estocolmo, después de estudiar a 734 estudiantes de medicina en 1995, encontró que el 12% de los varones y 4% de mujeres presentaban dependencia del alcohol (33).

En el Instituto Nacional de Psiquiatría de México en el año 2000, un estudio de prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica encontró entre las edades de 18 a 25 años, 2.4% de fobia social en hombres y 1.9% en mujeres (34). Estos resultados difieren notablemente de nuestro trabajo donde encontramos en hombres 10.29% y en mujeres 2.67%. Es importante resaltar que en la mayoría de estudios llevados a cabo incluyendo ECA y NCS los mayores porcentajes se dan en mujeres (35). En agorafobia, encontraron 1.2% en hombres, y 3.2% en mujeres (34,36), nosotros hemos encontrado 0.57% en hombres y 1.33%, en mujeres.

Tabla N°3. Prevalencia de Trastornos mentales en USA. NCS, 1994.

	%
Depresión	17.0%
Distimia	6.4%
Alcoholismo	14.1%
Desorden de ansiedad generalizada	5.1%
Desorden de pánico	3.5%
Agorafobia	5.6%
Fobia social	13.2%
Desorden Obsesivo compulsivo	2.5%

Kessler, Mc Gonagle et al. National comorbidity survey (NCS). 1994.

En lo relacionado a trastornos afectivos y de ansiedad, nuestros resultados superan a los porcentajes hallados por Perales y Sogi (37) en su exhaustivo estudio de la epidemiología psiquiátrica en el Perú comparando sus hallazgos con la prevalencia general de 6 meses en tres ciudades de los Estados Unidos.

En lo que respecta a comorbilidad, Schatzberg y col. (31), encuentra porcentajes similares de prevalencia de ansiedad y depresión a los encontrados por nosotros.

Toda esta información, nos permite hacer un análisis comparativo con lo hallado por nosotros que además del estrés, producto de la enseñanza en la universidad, se le agrega el de la carrera médica. Factores ambientales como la situación socio-política del país pudieran estar aumentando estas cifras que son halladas en la mayoría de los estudiantes de medicina del mundo. Por otro lado vale la pena mencionar que en universidades de Inglaterra y Alemania (32,38), el porcentaje de dependientes al alcohol y drogas supera el 50% y en los post graduados de las décadas anteriores la ingesta alcohólica era mayor; sin embargo solo encontramos un 2% en el estudio actual. Podría encontrarse una relación entre el alto índice de depresión y ansiedad y el bajo consumo de alcohol; tal vez porque la ingesta produce desinhibición, extroversión y catarsis en el estudiante que le permite liberar sus tensiones y de tal forma disminuir la vulnerabilidad al estrés y por ende a la depresión y a la ansiedad.

Aunque éste es un informe preliminar no se puede dejar de resaltar que la prevalencia del total de la patología psiquiátrica y particularmente la depresión, la distimia, el desorden de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada exceden en forma significativa a las

Tabla N°4. Prevalencia de vida de los Trastornos mentales en USA. ECA, 1991.

	%
Depresión	17.1%
Distimia	3.0%
Desorden de ansiedad generalizada	6.6%
Desorden de pánico	1.7%
Agorafobia	10.6%
Fobia social	13.3%
Desorden Obsesivo compulsivo	2.6%

Robins & Regier. Epidemiologic Catchment Area (ECA). 1991.

encontradas en la población general (Tabla N°3 y N°4). Cabe recalcar la baja incidencia de abuso de alcohol y sustancias que no puede tener otra explicación en parte, que la negación de la misma.

En conclusión, las altas cifras encontradas sugieren un problema grave de salud mental en nuestra juventud por lo que se recomienda que en otros niveles universitarios, institutos y ambiente laboral de la población entre los 20 y 30 años sea estudiada para confirmar este informe preliminar.

Correspondencia:

Dr. Enrique Galli
Psiquiatría
Av. Javier Prado Este N° 1038 Of. 201
San Isidro

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Galli E. La Depresión: Una enfermedad médica. *Rev Med Hered* 1994; 5(2):105-109.
- Galli E. La Depresión: Rompiendo Barreras. *Anales del I Congreso Peruano de Psiquiatría Biológica*. Nov.1996. Lima.
- Martin AR. Stress in residency: a challenge to personal growth. *J Gen Intern Med* 1986; 1:252-257.
- Clark DC, Salazar-Grueso E, Graber P, et al. Predictions of depression during the first six months of internship. *Am J Psychiatry* 1984; 141:1095-1098.
- Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis Nerv Syst* 1975; 36:26-29.
- Council on Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project, Stage II. *JAMA* 1987; 257:2949-2953.
- Everson RB, Fraumeni JF. Mortality among medical students and young physicians. *J Med Educ* 1975; 50:809-

- 811.
8. Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ et al. Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. *Acad Med* 1995; 70:242-244.
 9. Sullivan, HS. *The Psychiatry Interview*. Ed. W.W. Norton, New York. 1954.
 10. Galli E. *La Entrevista: Concepto Fundamental*. Separata del Curso de Psicología Médica. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Nov. 1994.
 11. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines (ICD - 10)*. Geneva 1992.
 12. American Psychiatric Association. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV)*. 1994.
 13. Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff. *Diagnostic Interview Schedule. (DIS)*. 1981.
 14. World Health Organization's. *Composite International Diagnostic Interview. (CIDI)*. 1990.
 15. Lecrubier Y. *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)*. Versión de la CIE-10. 12 Febrero. 1998.
 16. OMS-PPGHC. *Prevalencia Psiquiátrica en la Asistencia General*. MINI. Versión de la CIE-10. 12 Febrero. 1998.
 17. Robins & Regier. *Epidemiologic Catchment Area (ECA)*. 1991.
 18. Kessler, McGonagle, et al. *National Comorbidity Survey (NCS)*. 1994.
 19. Hojat M. et al. Gender comparisons of medical students psychosocial profiles. *Med Educ* 1999; 33(5): 342-9.
 20. Hendrie HC, Clair DK, Brittain HM, Fadul PE. A Study of Anxiety/Depressive Symptoms of Medical Students, House Staff, and their Spouses/Partners. *J. Nerv Ment Dis* 1990; 178(3):204-7.
 21. Dammeyer MM, Nunez N. Anxiety and Depression Among Law Students: Current Knowledge and Future Directions. *Law Hum Behav* 1999; 23(1): 55-73.
 22. Aktekin M, Karaman T, Senol Y, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, Depression and Stressful Life Events Among Medical Students: a Prospective Study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 2001; 35(1): 12-17.
 23. Helmers KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and Depressed Mood in Medical Students, Law Students, and Graduate Students at McGill University. *Acad Med* 1997; 72(8): 708-14.
 24. Kuhnigk O, Schauenburg H. Psychological Health, Locus of Control and Personality of Medical Students of a Traditional and an Alternative Study Program. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49(1): 29-36.
 25. Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A Longitudinal Study of Students Depression at One Medical School. *Acad Med* 1997; 72(6): 542-6.
 26. Foltyn W, Nowakowska - Zajdel E, Knopik J, Brodziak A. The Influence of Early Childhood Experiences on Depression Among Medical Students. Preliminary Study. *Psychiatr Pol* 1998; 32(2): 177-85.
 27. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of Depressed Mood During Four Years of Medical School. *JAMA* 1988; 260(17): 2521-8.
 28. Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD. Depression Among Medical Students. *J Affect Disord* 1986; 11(1): 91-6.
 29. Han L, Wang K, Du Z, Cheng Y, Simons JS, Rosenthal NE. Seasonal Variations in Mood and Behavior Among Chinese Medical Students. *Am J Psychiatry* 2000; 157(1):133-5. 2000.
 30. Clark DC, Daugherty SR, Zeldow PB, Gotterer GS, Hedeker D. The Relationship Between Academic Performance and Severity of Depressed Mood During Medical School. *Comp Psychiatry* 1988; 29(4): 409-20.
 31. Herzog DB, Borus JF, Hamburg P, Ott IL, Concus A. Substance Use, Eating Behaviors, and Social Impairment of Medical Students. *J Med Educ* 1987; 62(8): 651-7.
 32. Pickard M, Bates L, Dorian M, Greig H, Saint D. Alcohol and Drug Use in Second-Year Medical Students at the University of Leeds. *Med Educ* 2000; 34(2): 148-50.
 33. Borschos B, Kuhlhorn E, Rydberg U. Alcohol and Drug use Among Medical Students 1995: More Than Every Tenth Male Student had Hazardous Alcohol Drinking Habits. *Lakartidningen* 1999; 96(28-29): 3253-8.
 34. Caraveo AJ, Colmenares BE. Prevalencia de los Trastornos de Ansiedad Fóbica en la Población Adulta de la Ciudad de México. Dirección de Investigación Epidemiológicas y Sociales. Departamento de Investigación en Servicios de Salud. Instituto Nacional de Psiquiatría. *Rev. Salud Mental* N° 5. Octubre. 2000.
 35. Péllissolo A, Lépine J. : Epidemiology of Depression and Anxiety Disorders. En "SSRIs in Depression and Anxiety". Editado por Montgomery S. y Den Boer J. Segunda Edición pp.1-23. Reino Unido. 2001.
 36. Caraveo AJ, Colmenares BE, Saldivar HG. Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México : Prevalencia y Comorbilidad Durante la Vida. *Rev. Salud Mental* N° 22. Diciembre. 1999.
 37. Perales A, Sogi C. Epidemiología Psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* XI: 9-29. 1995.
 38. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF.: Prevalence of Anxiety Disorders and Their Comorbidity With Mood and Addictive Disorders. *British Psychiatry* 1998; 173 (ssupl, 34): 24-28.