

Perfil inicial en salud mental del guatemalteco: una revisión crítica.

Initial mental health profile of Guatemalans: a critical review.

Mariano González
Escuela de Ciencias Psicológicas

Este trabajo fue financiado con recursos del autor. El autor no tiene ningún conflicto de interés al haber hecho este trabajo. Correo electrónico: mgonzalez@psicousac.edu.gt

Resumen: El objetivo del presente artículo es realizar una revisión crítica de los resultados del estudio "Perfil inicial en salud mental del guatemalteco" publicado como tesis de licenciatura en 2006. Pese a sus importantes limitaciones y vacíos teórico-metodológicos, permite abrir la discusión sobre la necesidad de realizar estudios en la temática. Dicho perfil se puede considerar como uno de los primeros ejercicios de investigación sistemática en el país, sin embargo, su poca difusión lo hacen prácticamente desconocido. Al final, se propone una comparación con los resultados de la "Encuesta nacional de salud mental" elaborada por la Facultad de Ciencias Médicas en 2009, más conocida, y una discusión sobre aspectos teóricos y metodológicos pertinentes para la investigación de la salud mental de guatemaltecas y guatemaltecos, como una tarea pendiente de la psicología en Guatemala.

Abstract: The objective of this article is to carry out a critical review of the results of the study "Initial Profile in Guatemalan Mental Health" published as a degree thesis in 2006. Despite its important limitations and theoretical-methodological gaps, it allows opening the discussion about the need to carry out studies on the subject. Said profile can be considered as one of the first systematic research exercises in the country, however, its little diffusion makes it practically unknown. At the end, a comparison is proposed with the results of the "National Mental Health Survey" elaborated by the Faculty of Medical Sciences in 2009, which is better known, and a discussion on theoretical and methodological aspects relevant to the investigation of the mental health of Guatemalan women, and Guatemalans, as a pending task of psychology in Guatemala.

Palabras clave: psicología, psicopatología, encuesta, investigación, divulgación.

Keywords: psychology, psychopathology, survey, research, dissemination.

Introducción

El "Perfil inicial en salud mental del guatemalteco" o Perfil, es una investigación realizada por estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas que realizaron su Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) en el año 2005, como parte de un proyecto interinstitucional entre la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con el apoyo técnico y financiero del Proyecto de Dignificación y Asistencia Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado

Interno. Fue presentado al Programa Nacional de Salud Mental del MSPAS, al Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs) y al Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC.

Fue realizado por los estudiantes William Amílcar Godínez, Evelyn Jeaneth Rivera Yuman, Alicia Burrion González, Linda Cecilia Orozco Citalán, Aida Carolina Domingo Lucas, Hellen Karina Mérida Díaz y Gadi Lourdes Lara Robles como parte de su EPS. Fue asesorado por Luis Vallejo, catedrático de la Escuela de Psicología, Neri Cruz, ingeniero y catedrático de la USAC, que orientó en el diseño de la muestra, y fue revisado en CIEPs por Miriam E. Ponce Ponce y Marco Antonio García para efectos de graduación y optar al grado de Licenciatura en Psicología.

Por lo que se conoce, fue el primer esfuerzo por obtener un perfil de salud mental en el país, precedente a la "Encuesta nacional de Salud Mental" de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, de 2009, o Encuesta. Sin embargo, en el momento de realización del estudio no se consideró su publicación y es prácticamente desconocido, incluso dentro de la propia Escuela de Ciencias Psicológicas. Una de las estudiantes epesistas participantes en el estudio, indicó que en ese momento el tema de la publicación no era parte de la agenda del estudio, aunque informa que existieron algunas referencias en periódicos nacionales. Además, el estudio atravesó por algunas dificultades como ser uno de las primeras experiencias de graduación colectiva dentro de la Escuela de Ciencias Psicológicas (G. Lara, entrevista telefónica, 18 de octubre de 2019).

Pese a las limitaciones y vacíos del estudio, es posible considerar que es un antecedente histórico sobre el tema, representa un esfuerzo de construcción de instrumentos y levantado de encuestas, ofrece indicios de la situación mental de la población en ese momento y permite considerar algunas implicaciones para estudios ulteriores sobre el tema.

El interés por conocer el Perfil y elaborar esta revisión crítica, se encuentra en una reflexión sobre las limitaciones en investigación y divulgación que se presentan en el campo de la psicología en el país. En efecto, Dina Elías¹ en su ponencia "La responsabilidad social de la psicología clínica" en el I Congreso de Psicología Clínica "Reflexiones sobre las buenas prácticas del Psicólogo", organizado por la Unidad Popular de Servicios Psicológicos y llevado a cabo el 14 de octubre de 2019 en las instalaciones de la Escuela de Ciencias Psicológicas, se refirió a diversos estudios, incluyendo la Encuesta nacional de salud mental, que fue llevada a cabo por la Facultad de Ciencias Médicas y no, como sería posible esperar, por la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Posteriormente, en una reunión de la Unidad de Investigación Profesional (UIP), Miriam Ponce² señaló que en realidad existía el antecedente del Perfil, elaborado por estudiantes y profesionales de la Escuela de Ciencias Psicológicas en 2005 y presentado como informe de tesis en 2006. Pese a este antecedente, la reducida socialización del Perfil, la falta de debate especializado y su no publicación, lo hacen un esfuerzo desconocido y que abona a la argumentación sobre las carencias y limitaciones de investigación y publicación de la disciplina en el país y de la propia Escuela de Ciencias Psicológicas.

¹ Psicóloga por la Escuela de Ciencias Psicológicas, Master en psicología clínica por la *Emporia State University*, master en psicología comunitaria y Ph. D en psicología comunitaria por la *Wichita State University*.

² Psicóloga por la Escuela de Ciencias Psicológicas, coordinadora de la Unidad de Investigación Profesional.

Metodología

En la presente revisión crítica se realiza una lectura y ordenamiento de los principales aspectos teóricos, metodológicos y los resultados que se obtuvieron en el Perfil nacional de salud mental de los guatemaltecos. En esta sección se muestran los principales aspectos metodológicos y teóricos que se pueden recoger de este estudio.

El Perfil es un estudio descriptivo, transversal, con las siguientes características:

Tabla 1

Ficha técnica de la encuesta

Población universo	11,237,196 habitantes, de acuerdo al censo 2002: XI de población y VI de habitación
Población a muestrear	Personas de 18 a 59 años, de ambos sexos.
Marco muestral	5,021,427 personas (de acuerdo a criterio anterior de edad).
Unidad de análisis	Persona que habita una vivienda de alguna zona de ciudad capital, municipio o departamento de la República de Guatemala
Tamaño de la muestra	3,119
Tipo de muestreo	Muestreo aleatorio estratificado en diferentes etapas y aleatorio por rutas. Etapas: división de la república de Guatemala en departamentos, división de la capital de Guatemala en región metropolitana y municipios aledaños, división de la región metropolitana en zonas ³ , división de departamentos en municipios ⁴ .
Proporcionalidad de la muestra	60% para ciudad capital (1860) y 40% para los departamentos (1240)
Nivel de confiabilidad ⁵	95%, margen de error del 5% (1.79% corresponde al error estándar de la muestra y 3.21% a limitaciones afrontadas en trabajo de campo). ⁶

Fuente: elaboración propia, con datos del Perfil.

³ Según mapa preparado y elaborado por el Instituto Geográfico Nacional "Ing. Alfredo Obiols Gómez", en base a fracción del mapa urbano de la ciudad de Guatemala a escala 1: 15000, actualizado el año 1998. Noviembre 2004.

⁴ Censo 2002: XI de población y VI de Habitación, cuadro A1, características generales de la población censo 2002. Guatemala, INE.

⁵ Es la expresión utilizada en el Perfil.

⁶ Distancia, problemas de accesibilidad a algunas zonas rojas, dificultades por Tormenta Stan temporalmente cercana a la fecha del levantamiento de encuestas y algunas otras.

La principal limitación en el diseño de la muestra es que se presenta una fórmula muy general para el cálculo del tamaño de la muestra. Por lo que se indica en el propio informe y en la entrevista realizada, el ingeniero Neri Cruz fue el encargado de los cálculos correspondientes, pero no aparecen otras referencias en el informe.

Otra limitación significativa es que el levantamiento de información hecho en 136 puntos muestrales (25 para la capital con 723 encuestas, 15 para el departamento de Guatemala con 1138 encuestas y 96 para los departamentos con un total de 1258), no contó con un procedimiento sistemático para la elección aleatoria de los hogares entrevistados y no existió el uso de cartografía del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La encuesta fue administrada en viviendas, con persona mayor de 18 años en unidades de muestreo (20 personas por unidad). De acuerdo a una de las participantes, el proceso de selección de vivienda fue de llegar al lugar y se cuidaba de buscar 1 vivienda por cuadra, sector o división encontrada en el punto de muestreo. Se calcula que hubo un 10% de rechazo, que era sustituido por una vivienda próxima. Se formaron 4 grupos de investigadores constituidos por 3 parejas y 1 estudiante (Lara, 2019).

En el informe se indica que se utiliza la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relativa al capítulo V sobre trastornos mentales y comportamiento, que se incluyen en los códigos F00-F99. Sin embargo, no se hace mención del criterio de inclusión o exclusión de las categorías de trastornos. Además, para la construcción de los indicadores no se hace referencia explícita a constructos teóricos, escalas psicopatológicas o criterios metodológicos de evaluación.

A continuación, se presentan los grupos de trastornos y si el instrumento utiliza o no algún indicador relativo al grupo de trastornos.

Tabla 2

Trastornos capítulo V de CIE-10 y utilización de indicadores por instrumento del Perfil.

No.	Código	Grupo de trastornos	Indicadores
1	F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	No utilizado.
2	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	Presencia de consumo de sustancias, tipo y algunos indicadores.
3	F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	Indicadores de trastornos de "enfermedad mental" en la familia e indicadores de trastornos psicóticos.
4	F30-39	Trastornos del humor [afectivos]	Indicadores de depresión y tendencias suicidas.
5	F40-49	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	Indicadores de ansiedad e indicadores de trastorno obsesivo compulsivo

6	F50–F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	Presencia de trastornos del sueño y tipo, presencia de trastornos de alimentación y tipo.
7	F60–F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	Indicadores de tipo de personalidad.
8	F70–F79	Retraso mental	No utilizado.
9	F80–F89	Trastornos del desarrollo psicológico	No utilizado.
10	F90–F98 ⁷	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	No utilizado.

Fuente: Elaboración propia con datos del Capítulo V, Trastornos mentales y del comportamiento, CIE 10 y datos del Perfil.

Como se señaló, la utilización de los trastornos incluidos en el capítulo V de la CIE-10, no fue completa y no se hace referencia explícita al criterio de inclusión o exclusión de cada uno de los grupos de trastorno. Sin embargo, es posible considerar que los códigos F70-F98 no fueron utilizados debido a la edad de la muestra (adultos, mayores de 18 años) y a la posibilidad de responder al cuestionario (que podría excluir cuadros de retraso mental). También es posible suponer que los códigos F00-F09 fueron excluidos debido a que no se consideró explorar trastornos con causas orgánicas de los mismos, pero no se hace mención a estos posibles criterios de exclusión. Estos criterios fueron confirmados por una de las participantes de la encuesta (Lara, 2019). Sin embargo, debe insistirse que en el informe no se hace referencia explícita de la utilización de estos criterios.

Hay otras particularidades que se observan en el instrumento. Los datos referidos a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, se refieren únicamente al uso de sustancias y a qué tipo de sustancias. Lo mismo sucede en el caso de los trastornos del sueño y trastornos alimentarios. Se tiene una pregunta llave para este tipo de trastornos y luego se hacen preguntas específicas para la sustancia consumida, síntomas de trastornos del sueño y síntomas de trastorno alimenticio.

En el caso de la ansiedad y la depresión, se hace uso de algunos indicadores generales que pueden evidenciar algún problema de ansiedad o depresión, pero sin hacer referencia a constructos teóricos específicos que les den soporte. Igual sucede en el caso de reactivos que pueden hacer referencia a tipos de personalidad y de trastornos psicóticos.

El diseño completo del instrumento contiene las siguientes secciones:

⁷El código F99 se refiere a Trastorno mental no especificado.

Tabla 3

Diseño general del instrumento del Perfil

Sección	Aspectos incluidos
Datos generales	Edad Sexo Etnia Estado Civil Ocupación Escolaridad Religión Lugar
Nivel familiar	Preferencias sociales Maneras de corregir a los niños y formas de resolver problemas en la comunidad
Nivel socioeconómico	Apoyo gubernativo, familiar, ingresos y ahorro Estructura comunitaria Empleo, desempleo y tipos de trabajo Tipo, ubicación y tenencia de vivienda Secuelas del conflicto armado, tipo y sucesión de hechos violentos.
Nivel físico general	Atención en salud, padecimientos físicos y criterios de estado de salud. Lugares de asistencia, sufragación de gastos y tiempo de traslado.
Trastorno del sueño	Presencia de trastorno de sueño y qué tipo de trastorno padece.
Trastorno alimenticio	Presencia de trastorno alimenticio y qué tipo de trastorno padece.
Trastorno por abuso de sustancias	Trastorno de adicciones e indicadores.
Sondeo en la población sobre enfermedad mental	Presencia de enfermedad mental en la familia, padecimientos y tratamiento.
Ansiedad	Indicadores de ansiedad.
Depresión	Indicadores de depresión.
Personalidad	Características de personalidad.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Indicadores de trastorno obsesivo compulsivo.
Trastorno psicótico	Indicadores de trastorno psicótico.

Fuente: Perfil inicial en salud mental del guatemalteco.

De acuerdo a una de las participantes, el instrumento fue elaborado en discusión del equipo participante de estudiantes epesistas (Lara, 2019). Como se advierte, la encuesta desarrolla 4 secciones de datos sociodemográficos y de salud: datos generales, nivel familiar, nivel socioeconómico y nivel

físico general. Se esperaría que estas 4 secciones pudieran ser relacionadas con las secciones relativas a los problemas de salud mental que constituyen las 9 secciones siguientes, sin embargo, en el análisis de resultados sólo se advierte la presentación de frecuencias y porcentajes, sin hacer uso de correlaciones.

Finalmente, en el marco teórico del Perfil se presentan secciones relativas a la historia de la psicología, a diversas perspectivas psicopatológicas, niveles de prevención, diversos aspectos sobre salud mental y una serie de “factores de riesgo que influyen en la salud mental del guatemalteco” (Burrion, et al. 2006: p. 36). Entre estos factores se encuentran: violencia social (subdividida en violencia laboral, política, institucional, sexual, patrimonial, común, de género), inseguridad en los medios de transporte, violencia intrafamiliar, estrés, desempleo, educación, recreación en el ámbito nacional, alcoholismo y drogadicción, migrantes y desintegración familiar, secuelas del conflicto armado interno.

La estructura de la encuesta y los temas del marco teórico revelan una preocupación por considerar aspectos sociodemográficos, históricos y sociales que influyen en la salud mental de las personas, lo cual se considera un acierto que trasciende las perspectivas más individuales sobre el tema y que tiene particular relevancia en un país como Guatemala. Sin embargo, se aprecia cierta debilidad en el tratamiento de los temas y la carencia de una ordenación y conceptualización adecuada de los mismos.

Resultados

A continuación, se presenta una serie de resultados del Perfil. Se han escogido aquellos datos que resultan más relevantes para el tema de salud mental y su interpretación es más clara.

Tabla 4

Composición de la muestra

Características Sociodemográficas	Frecuencia (f) (n= 3119)	Porcentaje (%)
<i>Sexo</i>		
Femenino	1902	60.98
Masculino	1217	39.02
<i>Edad</i>		
18-24	862	27.64
25-31	648	20.78
32-38	488	15.65
39-45	477	15.29
45-62	331	10.61
53-59	313	10.04
<i>Etnia</i>		
Ladina	2537	81.34
Maya	578	18.53

Garífuna	4	0.13
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	1115	35.75
Básicos	530	16.99
Diversificado	805	25.81
Universitario	395	12.66
Ninguna	274	8.78
<i>Estado Civil</i>		
Soltero	1088	34.88
Casado	1415	45.37
Viudo	96	3.08
Unido	465	14.91
Divorciado	55	1.76
<i>Religión</i>		
Católica	1801	57.74
Evangélica	1188	39.09
Mormona	47	1.51
Testigo de Jehová	15	0.48
Ninguna	68	2.18
<i>Ocupación</i>		
Ama de casa	844	27.06
Estudiantes	231	7.41
Trabajadores agrarios	115	3.69
Profesionales	58	1.86
Trabajadores del sector privado	308	9.87
Servidores públicos	553	17.73
Técnicos	666	21.35
Otros	344	11.03
<i>Tipo de familia</i>		
Familia integrada	1529	49.03
Familia desintegrada	652	20.09
Familia extensa	938	30.07

Fuente: Perfil inicial de salud mental del guatemalteco.

Como se advierte, la muestra incluye a más mujeres, jóvenes de 18-24 años, ladinos, con escolaridad primaria, casados, de religión católica, amas de casa y provenientes de una familia integrada en su composición. Con esta información, se podrían realizar algunas correlaciones con los indicadores de psicopatología, pero en el informe sólo se presentan frecuencias y porcentajes.

Respecto al "nivel psicopatológico" que el Perfil investiga se debe indicar que en ninguna categoría diagnóstica se utiliza alguna escala u otro criterio teórico-metodológico que permita considerar la existencia de un trastorno particular. Además, también debe considerarse que, en psicopatología, algunos indicadores pueden hacer referencia a diversos trastornos cuando se les considera por separado.

La primera sección se refiere a trastornos del sueño. La pregunta llave que utiliza es si la persona encuestada tiene dificultades para dormir. Un 16,38% contestó que sí. Los tres primeros reactivos exploran el tema del insomnio, el cuarto y quinto exploran el tema del sonambulismo, los siguientes los temas de presencia de indicadores de pesadillas, narcolepsia, ritmo circadiano, bruxismo e hipersomnia en el orden respectivo.

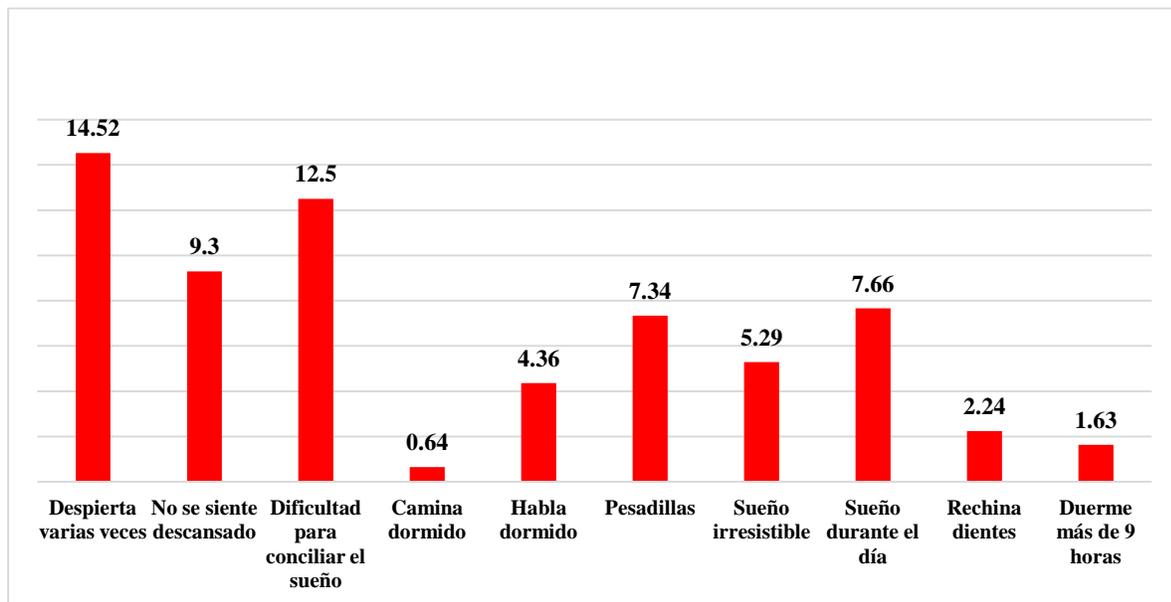


Figura 1. Síntomas de trastornos del sueño. Fuente: elaboración propia con datos del Perfil.

Una segunda sección se refiere a trastornos de alimentación. La pregunta llave para esta sección es que, si la persona frecuentemente se ha preocupado mucho por su apariencia física, tanto que tiene problemas en el consumo de alimentos. Un 10% de los encuestados responde que sí. La primera pregunta sirve como indicador para ambos problemas, las preguntas 2,3,4 y 5 tratan sobre indicadores de bulimia y las preguntas 6 y 7 sobre indicadores de anorexia.

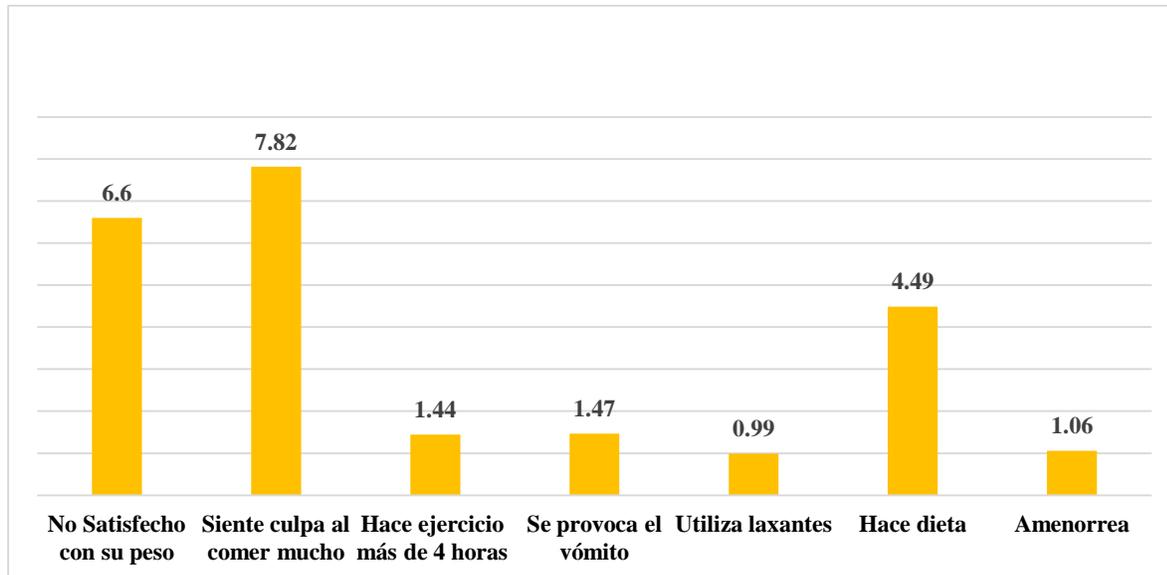


Figura 2. Síntomas de trastorno de la alimentación. Fuente: elaboración propia con datos del Perfil.

En el apartado de trastornos de ansiedad, indaga sobre 8 indicadores de ansiedad. Como se puede apreciar, las respuestas positivas son bastante altas. Sin embargo, sin la posibilidad de agruparlos en una escala o hacer una correlación entre los mismos, se pierde parte de su posible significación. Los porcentajes a las preguntas sobre este aspecto son los siguientes:

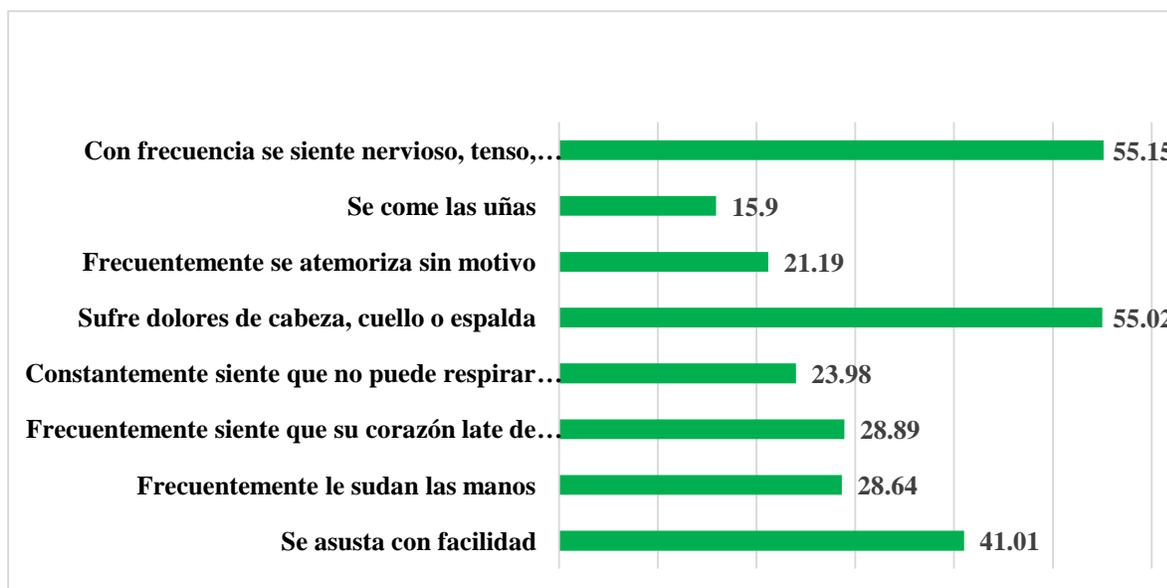


Figura 3. Síntomas de ansiedad. Fuente: elaboración propia con datos del Perfil.

Además, se presentan dos reactivos de indicadores de trastornos obsesivo compulsivos. El primero relativo a realizar ciertos actos repetitivamente como indicador de compulsividad (27%) y molestia frente a pensamientos repetitivos como indicador de obsesiones (29.53%).

En los apartados de trastorno depresivo y tendencias al suicidio, los primeros 2 reactivos son indicadores de tendencias suicidas y los 5 ulteriores son indicadores de depresión. Deben resaltarse los altos porcentajes que reciben los ítems de dificultades para disfrutar de actividades diarias y el que se refiere a estado de ánimo triste. Los indicadores son los siguientes:

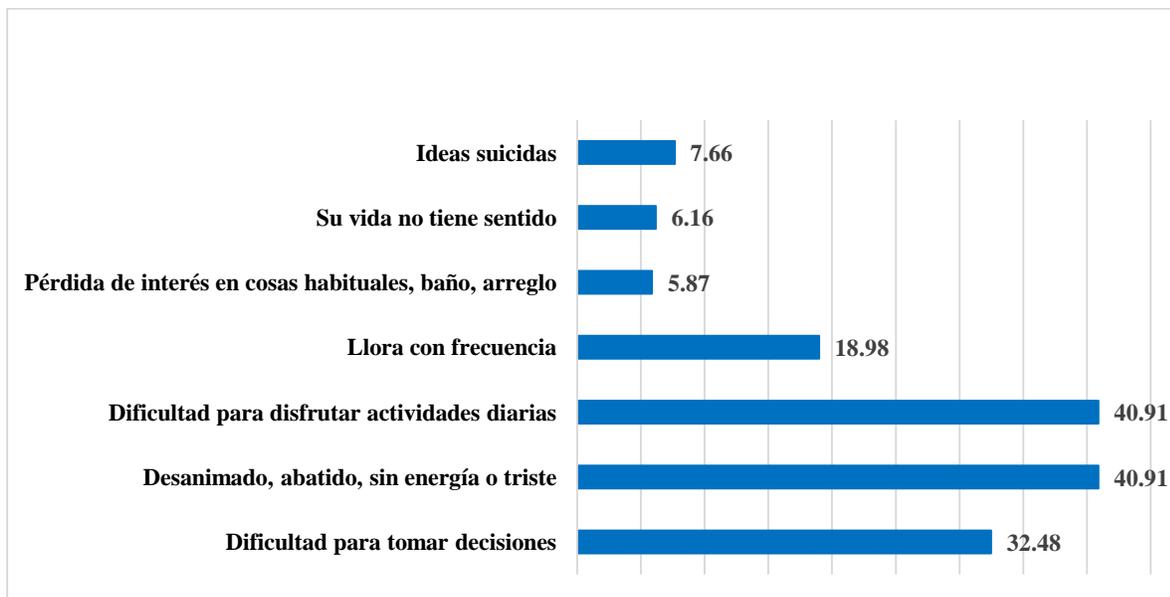


Figura 4. Indicadores de depresión y de tendencias suicidas. Fuente: elaboración propia con datos del Perfil.

El Perfil también presenta alguna información sobre indicadores de "enfermedad mental", uso de sustancias, personalidad y trastornos psicóticos, pero los porcentajes son más reducidos o existe alguna dificultad mayor para la comprensión de los resultados, por lo que no se presentan en este espacio.

Lo que se puede advertir con estos datos es que existen algunos indicadores de ansiedad, depresión, dificultades para dormir y dificultades en la alimentación relacionados a la imagen corporal, que presentan porcentajes elevados y pueden señalar la presencia de trastornos significativos en la población evaluada. Esto señala la necesidad de realizar estudios que amplíen y profundicen en el tema.

Discusión

La metodología, discusión teórica, diseño de instrumentos y resultados del Perfil presentan varias limitaciones y vacíos, sin embargo, también ofrecen aprendizajes sobre indicadores de trastornos de salud mental, a los que se necesita prestar atención. Ejemplos de esto son los porcentajes de personas con dificultades para dormir o con trastornos de alimentación asociados a imagen corporal.

Las características y resultados de la Encuesta nacional de salud mental realizada por la Facultad de Ciencias Médicas permiten hacer comparaciones con los resultados mostrados del Perfil. Entre las principales diferencias de ambos estudios se encuentran la mayor solidez metodológica de la Encuesta. El diseño de la muestra, el procedimiento para levantar la información y el instrumento son ejemplos del mayor rigor, aspectos que en su conjunto dan mayor consistencia a los datos y permiten su replicabilidad. Por ejemplo, en el caso del Perfil, el instrumento es elaborado por el equipo a cargo y presenta diversas limitaciones ya señaladas, mientras que la Encuesta utiliza un instrumento ya diseñado por la OMS: "la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview CIDI versión 2.1)" (Cobar, et al, 2009: xii), que permite la formulación de categorías psiquiátricas compatibles con el CIE-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV, por sus siglas en inglés).

A nivel teórico, la Encuesta hace referencia a definiciones de la psiquiatría y la salud mental, principales problemas de salud mental, salud mental y otras enfermedades, salud mental y aspectos socioeconómicos, epidemiología de los trastornos de salud mental (magnitud e impacto, epidemiología a nivel mundial, de América Latina y Guatemala, brecha entre necesidad y atención de trastornos de salud mental), estudios epidemiológicos de salud mental (tipos de acercamientos para conocer los trastornos de salud mental, contextualización general: iniciativa mundial de salud mental, información general sobre Guatemala, conflicto armado interno y sus efectos psicosociales, salud mental y pueblos indígenas). Como se advierte, hace mayor énfasis en el aspecto metodológico que el Perfil, pero éste último hace mayor énfasis en otros aspectos del contexto relacionados con la salud mental, cuestión que parece estar ligada a las diferencias disciplinarias entre la psiquiatría y la psicología.

En el Perfil (2006) se encuentran indicadores de trastornos que pueden tener una significación clínica distinta pero que, al no estar agrupados en escalas, no permiten una mejor interpretación. Por su parte, la Encuesta encuentra que el 27.8% de la población ha padecido un trastorno de salud mental en su vida. El principal trastorno se refiere a la categoría de trastornos neuróticos secundarios frente a situaciones estresantes y somatomorfos con un 20.2%. Otros resultados relevantes es que el 6.9% de la población ha presentado un trastorno de estrés postraumático y el 6.4% de la población ha presentado un trastorno depresivo. Para una comparación somera, la OMS calcula que "...en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio, y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4.3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres" (2013: p. 8). A estas cifras, habría que considerar las críticas hechas por Braunstein (2013) sobre el

aumento de diagnósticos por la reducción de ciertos criterios para clasificar trastornos y el interés de aseguradoras y farmacéuticas por medicar.

El Perfil y la Encuesta son trabajos de investigación que desde distinto nivel de rigor y diversas perspectivas metodológicas y conceptuales, muestran que la salud mental de la población guatemalteca incluye síntomas y trastornos que existen y pueden afectar a un porcentaje significativo. Dentro de los graves y básicos problemas de salud que enfrenta el país y que incluyen aspectos que van desde la cobertura de salud, enfermedades de la primera infancia, enfermedades comunes que presentan índices elevados, es comprensible que no se haya priorizado la salud mental.⁸ Sin embargo, es posible que estudios ulteriores confirmen que existen problemas importantes en relación a este tema y se necesite dar mayor atención. En este sentido, son antecedentes importantes que muestran la necesidad de realizar otros estudios que puedan reconocer su contribución y obtener resultados de calidad.

Llegados a este punto, se requiere una revisión sintética sobre los sistemas clasificatorios de psicopatología (CIE y DSM), los propios criterios de inclusión en psicopatología y el tema de la salud mental y los factores asociados. No se pretende una revisión exhaustiva de estos temas, sino una presentación de perspectivas y comparaciones de algunos aspectos críticos que se encuentran.

En cuanto al primer aspecto, existe cierto consenso respecto a algunas ventajas de los sistemas de clasificación de trastornos de la salud mental más utilizados como el CIE y el DSM, tales como el uso de un lenguaje común a los expertos de distintos países, que permiten estudios epidemiológicos en el tema y muestran un conocimiento mínimo respecto a la descripción de los trastornos mentales. Sartorius (2000) también plantea que las mejoras en la atención de salud mental a través de la formación de agentes de salud, el compromiso de gobiernos y el progreso en el conocimiento "dependen, a su vez, de que la información disponible y compendiada sobre los trastornos mentales se divulgue" (p. IX).

Por otra parte, existen críticas importantes respecto al uso de clasificaciones como CIE y DSM. La crítica que hace Braunstein (2013) a los sistemas clasificatorios de trastornos mentales comienza con una arqueología de los mismos, que evidencia la pretendida objetividad de un sistema clasificatorio que no tiene los referentes objetivos de los cuales se inspira (la botánica de Linneo), tampoco tiene criterios teóricos adecuados (como una teoría del sujeto), no son entidades discretas y crean la misma realidad que nombran (como un efecto performativo de las propias clasificaciones y muestra del poder psiquiátrico). Aunque haya iniciado con el ordenamiento de datos empíricos, la clasificación sigue el modelo de una progresiva tecnificación, burocratización y medicalización que tiene efectos políticos funcionales para el orden establecido, por ejemplo, control de sujetos diagnosticados como peligrosos para sí mismos u otros, respaldo a negocios millonarios de la industria farmacéutica, etc. Dentro de la propia lógica clasificatoria, la revisión de algunos manuales de psiquiatría y psicopatología permiten considerar que, aunque existen ciertas coincidencias y cierta facilidad de adecuar los distintos diagnósticos a los sistemas clasificatorios señalados, existen variaciones de acuerdo a los autores y su formación, proveniencia, etc. A continuación se hace una

⁸ De acuerdo a datos presentados por la OPS y la OMS (2011), del total del presupuesto gubernamental dedicado a salud, menos del 1% está dirigido al tema de salud mental. De ese porcentaje, el 94% está dirigido a hospitales psiquiátricos, entre otros datos preocupantes respecto al tema.

comparación entre las clasificaciones del DSM-IV y las de un manual de psicopatología y uno de psiquiatría.⁹

Tabla 5

Comparación de clasificaciones en tres fuentes

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. American Psychological Association, 1995	Manual de Psicopatología clínica. Jarne, A. y Talarn, A., 2012	Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto. Kapsambelis, V., 2016
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos Trastornos mentales debidos a enfermedad médica Trastornos relacionados con sustancias	Trastornos exógenos u orgánicos (XV) Conductas adictivas (XVIII)	Toxicomanías (XL) Otras formas de adicción (XLI) Alcoholismo (XLII)
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Trastornos esquizofrénicos (XII) Trastorno delirante y estados paranoides (XIII)	Psicosis agudas (XXIV) Confusiones mentales y <i>delirium tremens</i> (XXV) Esquizofrenias debutantes (XXVI) Esquizofrenias del período de estado (XXVII) Paranoias y otras psicosis crónicas sistematizadas (XXIX)
Trastornos del estado del ánimo	Trastornos del estado de ánimo (XIV)	Estados depresivos y melancólicos (XXXI) Estados maniacos, hipomaniacos y mixtos (XXXII) Enfermedad maniacodepresiva y "espectro bipolar" (XXXIII)
Trastornos de ansiedad	Trastornos de ansiedad (VII) Trastornos fóbicos (VIII) Obsesiones (IX)	Trastornos ansiosos y fóbicos (XVIII) Neurosis obsesiva (XX)

⁹ No se utiliza la clasificación del DSM 5 (2016) por el año de aparición y el de los manuales que se comparan (el texto original en francés de Kapsambelis aparece en 2012). El DSM 5 aumenta las clasificaciones a 23 y tampoco guardarían correspondencia exacta con los manuales comparados. Tampoco se utiliza la clasificación de la Cie-10 puesto que ya se presentó previamente.

Trastornos somatomorfos	Trastornos psicósomáticos y somatomorfos (XI)	Patologías traumáticas y reacciones patológicas a los acontecimientos de vida (XXI) Hipocondría y otros trastornos psíquicos de expresión corporal (XXII)
Trastornos facticios		
Trastornos disociativos	Histeria (X)	Histeria (XIX)
Trastornos sexuales y de la identidad sexual	Trastornos de la sexualidad (VI)	Perversiones sexuales (XLIV)
Trastornos de la conducta alimentaria	Trastornos de la alimentación (V)	Trastornos de conductas alimentarias (XXXVII) Trastornos del sueño (XXXVIII)
Trastornos del sueño		
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados		
Trastornos adaptativos	Trastornos adaptativos (XX)	Trastornos de personalidad (XXXIV y XXXV) Estados limitrofes (XXXVI) Psicopatía (XLIII)
Trastornos de la personalidad	Trastorno narcisista y límite de la personalidad (XVI) Psicopatía (XVII)	
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	Psicopatología asociada a la vejez (XIX)	Suicidio (XXXIX)
<hr/>		
Total, de clasificaciones		
16 clasificaciones	16 clasificaciones	23 clasificaciones

Fuente: elaboración propia con información de American Psychological Association (2016), Jarne y Talarn (2012) y Kapsambelis (2016).

Como se puede apreciar a simple vista, aunque los tres trabajos contienen nombres de categorías idénticas o similares, presentan un orden distinto de trastornos y existen diferencias significativas en los criterios de agrupación. Dedicar uno o más capítulos a un trastorno o grupo de trastornos implica un criterio o énfasis distinto. La utilización del nombre de una categoría diagnóstica también es significativa. Mientras que en el trabajo de Jarne y Talarn (2012) y en el de Kapsambelis

(2016) se utiliza el término histeria, debido a la historia o conceptualización de este tipo de trastornos, en el DSM-IV se utiliza el término más neutro de trastorno disociativo.¹⁰

Otro ejemplo significativo de diferencia en la categorización es la que se encuentra en Kapsambelis (2016) que en la sección de trastornos de la personalidad incluye las siguientes categorías: estados limítrofes, trastornos de las conductas alimentarias, trastornos del sueño, suicidio, toxicomanías, otras formas de adicción, alcoholismo, psicopatía y perversiones sexuales. Si bien estos trastornos encuentran equivalentes en los otros dos trabajos, la inclusión en una sección de trastornos de la personalidad implica criterios o énfasis distintos.

Además, como ya se deja ver en la crítica de Braunstein (2013), el campo es mucho más complejo respecto a los orígenes de los trastornos mentales y, como sucede en la psicología, existe una abundancia y fragmentación de escuelas y teorías que proponen énfasis distintos respecto a la etiología y al tratamiento de los trastornos mentales.

Un resumen de las críticas y argumentos a favor se encuentra en la siguiente tabla:

Tabla 6

Críticas y argumentos a favor del uso de clasificaciones

Argumentos a favor	Críticas
Lenguaje común de los profesionales de la disciplina: código común y uso "económico" de información.	Inutilidad de las clasificaciones que no aportan datos relevantes respecto a problemas y soluciones del paciente.
Capacidad de pronóstico de categorías nosológicas.	Predisposición a tratarlo de acuerdo a una etiqueta (efecto de auto cumplimiento).
Efecto unificador del diagnóstico en una disciplina marcada por modelos y escuelas.	Abusos en la medicación de ciertos fármacos
Contribuyen a la investigación. CIE es un instrumento de origen epidemiológico.	Inadecuación de las clasificaciones a los problemas de la psicopatología.
	Sistema de control a la población de la estructura dominante.
	Sistemas de clasificación marcadas por las concepciones occidentales, que ignoran conocimientos y tradiciones de otros contextos.

También existen diversas definiciones y criterios de inclusión de psicopatología. En el DSM 5, la definición de trastorno mental es:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (APA, 2016, p. 20).

¹⁰ Talarn (2012) compara categorías de trastornos que corresponderían a lo que antiguamente se incluía en el apartado de histeria y encuentra que en el DSM-IV hay 8 categorías y en el CIE-10 se encuentran 12 categorías bajo este apartado.

Estos son los criterios de "inclusión" de los trastornos mentales, pero también plantean criterios de exclusión como las variables culturales a la respuesta o los que derivan de situaciones sociales "anómalas" o que implican un conflicto entre el individuo y la sociedad.

Talarn, Sáinz y Rigat (2013) plantean algunos criterios respecto al sufrimiento mental como los siguientes:

la sensación interna y subjetiva de que no se está bien; la ausencia de autonomía mental; la incapacidad para reaccionar ante las dificultades y cambios del ambiente; la sensación de no poder modificar la propia vida; las dificultades para obtener satisfacciones personales básicas, para manejarse en sociedad y establecer relaciones interpersonales realistas. (p. 26).

Añaden que estas son características del sufrimiento mental excesivo y que, a su vez, se vuelven causa de problemas en un proceso circular. Esta acotación es importante porque también existe un sufrimiento humano "normal" o existencial, producto de las condiciones existenciales propias del hombre. Para Yalom (1984), por ejemplo, existe un "conflicto que emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de la existencia" (p. 19) y que no pueden ser evitados. Estos supuestos básicos se refieren al enfrentamiento con la muerte, la libertad (entendida como ausencia de estructura externa, de fundamentos sólidos), el aislamiento existencial y la falta de sentido vital. Lo que quiere decir que toda vida humana incluye una dosis de sufrimiento (angustia) que es ineludible. El tema, sin embargo, tiene que ver con el sufrimiento excesivo que se produce debido a una multiplicidad de factores.

Para Talarn, Sáinz y Rigat (2013), la clave del sufrimiento mental excesivo se encuentra en lo relacional, es decir, en la historia de vinculaciones humanas de la biografía de los sujetos, entre los que destacan los establecidos en la infancia. Hay modos de relación de los padres (o cuidadores) que son nocivos para niñas y niños y que originan problemas en la propia niñez o preparan el camino para problemas ulteriores, incluyendo dificultades para las relaciones hasta carencias de habilidades para afrontar conflictos. Aunque es importante conocer la influencia de factores orgánicos, los autores se apartan de cierto énfasis unilateral de las neurociencias:

Sabemos que ciertos problemas del cerebro o del metabolismo comportan alteraciones psicológicas, pero también disponemos de datos que...demuestran que las buenas y malas experiencias vividas modifican el sistema nervioso del ser humano, a veces de forma permanente (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013: p. 29).

Respecto al tema de salud mental, se requiere una discusión teórica más extensa y de la que en este espacio solo se ofrecen algunos apuntes. La OMS la define como "un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad" (2013: p. 7).

Sin embargo, lo señalaba Martín-Baró (2000a), la salud mental no puede considerarse únicamente como un proceso de adaptación. Considera que las concepciones de salud mental como ausencia de trastornos o como buen funcionamiento del organismo humano son muy pobres. En circunstancias extremas como las de la guerra salvadoreña en los ochenta y concebida así, sería un

tema secundario frente a la sobrevivencia de la mayoría (acosada por la guerra y otros problemas como la pobreza, el hambre y el desempleo) y porque afectaría a un sector reducido de la población. Frente a esta perspectiva, a la que subyace una concepción del ser humano¹¹, propone que la salud mental no es un tema individual, sino de "un carácter básico de las relaciones humanas que define las posibilidades de humanización que se abren para los miembros de cada sociedad y grupo" (Martín-Baró, 2000a: p. 25).

La salud mental se puede considerar como la "materialización en una persona o grupo del carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones históricas" (Martín-Baró, 2000a: p. 27). Los trastornos podrían considerarse como problemas de las relaciones de la persona con los demás o de las "relaciones sociales, interpersonales e intergrupales, que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera" (Martín-Baró, 2000a: p. 26-7). El tema de fondo tiene que ver con la constitución de la persona por el contexto social y las condiciones existentes en el contexto que, en países como Guatemala, presentan múltiples y graves problemas.

Correlativamente, su concepto de "trauma psicosocial" se refiere también a la "cristalización o materialización en las personas de las relaciones sociales de guerra que se viven en el país", (Martín-Baró 2000b: p. 80) refiriéndose a El Salvador de los años ochenta. La guerra se caracterizaría por la polarización social, la mentira institucionalizada y la violencia, lo que afectaría a las personas y grupos de acuerdo a variables tales como clase social, involucramiento en la guerra y temporalidad, que darían por resultado relaciones sociales deshumanizantes y que pueden incluir diversas reacciones, incluyendo procesos traumáticos propiamente dichos en las personas que sufren los efectos de la violencia existente.

Finalmente, en el tema de factores es posible también hacer alguna observación en torno a lo que la literatura propone y la realidad del país. Por ejemplo, Mandhouj (2016) desde una perspectiva epidemiológica considera que existen algunos factores de riesgo de las enfermedades mentales, tales como factores sociodemográficos (edad y sexo), factores psicosociales (matrimonio, medio rural y urbano, profesiones, creatividad (entendida como la asociación entre personas que ejercen una profesión artística y episodios delirantes), nivel social, factores culturales, eventos estresantes de vida) y factores genéticos. Al hacer una revisión de los aspectos que se incluyen en estos factores, se evidencia que no se hace un énfasis suficiente en algunos que pueden ser significativos para las condiciones de vida concreta que existen en países como Guatemala: pobreza, desigualdad, exclusión, desempleo, discriminación, racismo, aspectos históricos (secuelas del conflicto armado), violencias múltiples, etc. El Perfil y la Encuesta, por el contrario, hacen referencia a estos últimos. Por ejemplo, la Encuesta reporta que un 12% de la población con un trastorno de salud mental fue afectada por el conflicto armado interno.¹²

¹¹ Evidentemente, también en Martín-Baró existe una concepción del ser humano, en este caso, el ser humano como resultado de sus relaciones sociales, como un producto histórico.

¹² Como se señaló previamente, hay cierta teorización sobre la salud mental resultado de las relaciones sociales de las personas y grupos, por lo que aspectos tales como la pobreza, la discriminación o violencia no son "factores", sino aspectos constitutivos de la salud mental, además de los que se "materializan" en términos de relaciones personales y familiares.

¿Cuál es el panorama que esta revisión sintética presenta? Desde la revisión del Perfil, su comparación con la Encuesta y la somera revisión teórica, se encuentra una combinación de métodos precisos y científicamente validados para la recolección de datos (métodos estadísticos y construcción de instrumentos, como en el caso de la Encuesta del 2009), sistemas clasificatorios con un grado cada vez mayor de precisión técnica y que permiten el consenso clínico y la investigación, pero diversos problemas en torno a la conceptualización sobre la psicopatología y la salud mental en la que se advierte fragmentación y contraposición de teorías y concepciones que hacen énfasis en distintos aspectos del sujeto y los factores que influyen en él. Entre estos problemas se encuentran la falta de concepciones teóricas adecuadas, la inexistencia de diagnósticos unívocos porque los trastornos mentales no son entidades discretas y la tendencia a la "medicalización" de los sistemas clasificatorios.

Este panorama puede extenderse al campo más amplio de la psicología en el que coexisten una multitud de teorías, métodos y procedimientos en competencia, incluyendo la influencia de las neurociencias, de las que se esperan respuestas y alcances por su mayor rigor científico, pero sin una integración adecuada de otras perspectivas (con su respectivo desarrollo de conocimientos).

Por otra parte, existe una problematización crítica de los sistemas clasificatorios de trastornos mentales que incluyen una perspectiva teórica más rica y que hace énfasis en aspectos sustantivos de la génesis psicopatológica y de la propia constitución del sujeto humano.

La discusión sobre cómo "medir" o investigar adecuadamente los fenómenos discutidos, se encuentra más allá de los aspectos metodológicos de diseño de muestra o rigor de los instrumentos. Esto permite la formulación de algunas preguntas críticas respecto a este tipo de estudios: ¿Qué factores son más relevantes por su impacto en la salud mental o la psicopatología a nivel personal, familiar y social? ¿Cuáles de ellos son factibles de ser medidos por diversos métodos de investigación? ¿Los sistemas clasificatorios de trastornos mentales en uso son los más pertinentes y relevantes para evaluar la salud mental y la psicopatología (descontando que permiten un lenguaje común a los investigadores)?

La Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC y los distintos centros de formación universitarios, el ministerio de Salud y otras instancias deberían considerar dentro de sus planes de trabajo, diversas investigaciones que permitan profundizar en este aspecto e iniciar con respuestas responsables sobre el tema y que beneficien a la población del país.

Referencias

- American Psychological Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* IV. Barcelona: Masson, S.A.
- American Psychological Association (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* 5. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Burrion, A. et al (2006). *Perfil nacional de salud mental del guatemalteco* (Tesis de grado). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Guatemala.
- Cobar, M. et al (2009). "Encuesta nacional de salud mental". *Descripción epidemiológica de los trastornos de salud mental en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de*

Guatemala, mayo-julio 2009 (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, Guatemala.

- Jarne, A. y Talarn, A. (2012). comps. *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Editorial Herder, S. L.
- Kapsambelis, V. coord. (2016). *Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Mandhouj, O. (2016). IV. Epidemiología psiquiátrica. En: Kapsambelis, V. coord. *Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica. pp. 68-82.
- Martín-Baró, I. (2000a). El impacto psicosocial de la guerra. En: Martín-Baró, I. ed. *Psicología social de la guerra*. San Salvador: UCA Editores, pp. 24-40.
- Martín-Baró, I. (2000b). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. En: Martín-Baró, I. ed. *Psicología social de la guerra*. San Salvador: UCA Editores, pp. 65-84.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala 2011*. Guatemala: OPS/ OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Requena, E. y Jarne, A. (2012). Capítulo III. Sistemas de clasificación y diagnóstico en psicopatología. En: Jarne, A. y Talarn, A. comps. *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Editorial Herder, S. L. pp. 75-118.
- Sartorius, N. (2000). Prólogo. En: Organización Mundial de la Salud. *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Talarn, A (2012). Capítulo X. Histeria. En: Jarne, A. y Talarn, A. comps. *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Editorial Herder, S. L. pp. 315-360.
- Talarn, A., Sáinz, F. y Rigat, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Barcelona: Editorial Herder, S. L.
- Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Editorial Herder, S.A.

Entrevista

Gadi Lara, entrevista telefónica, 18 de octubre de 2019.

Derechos de Autor (c) 2020 Mariano González

Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato — y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)