

Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina

Mental health screening using the MINI test in medical students

Franco León-Jiménez¹, LE Jara-Romero LE¹, Domingo Chang-Dávila¹,
JL Chichón-Peralta², MF Piedra-Hidalgo³

¹ Médico docente, Escuela de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Lambayeque, Perú.

² Alumno, XI ciclo, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

³ Alumno, IX ciclo, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Resumen

Introducción: Los trastornos de salud mental constituyen un problema prevalente en alumnos de educación superior, siendo los estudiantes de medicina una población especialmente vulnerable. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de trastornos de salud mental en los alumnos de una escuela de medicina. **Diseño:** Estudio descriptivo, transversal. **Institución:** Escuela de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Lambayeque, Perú. **Participantes:** Alumnos de una escuela de medicina. **Intervenciones:** En el semestre académico 2010-I, se evaluó la frecuencia de trastornos de salud mental en los alumnos utilizando el test *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), validado en español, como método de tamizaje. **Principales medidas de resultados:** Frecuencia de problemas de salud mental. **Resultados:** Se evaluó 159 estudiantes, 94 del sexo femenino (59,1%) y 65 de sexo masculino (40,8%); la media de la edad fue de 18,6+/- 2,1 años; 35 alumnos (22%) tuvieron al menos un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes fueron: episodio hipomaniaco pasado (16 alumnos; 10,2%), riesgo suicida (11; 6,9%), trastorno depresivo actual (9; 5,6%), trastorno de angustia actual (8; 5%), agorafobia (8; 5%). En 20 (12,6%) y 11 estudiantes (6,9%), respectivamente, algún profesional de la salud le había diagnosticado previamente ansiedad y depresión. **Conclusiones:** Los problemas de salud mental fueron frecuentes en esta población de estudiantes, siendo el episodio hipomaniaco pasado, el riesgo suicida y el episodio depresivo actual los más frecuentes.

Palabras clave: Salud mental, estudiantes de medicina, tests psicológicos, tamizaje multifásico.

Abstract

Introduction: Mental health disorders are prevalent in higher education students and medical students are especially vulnerable. **Objectives:** To determine mental health problems frequency in students of Medicine. **Design:** Descriptive, transversal study. **Setting:** School of Medicine, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Lambayeque, Peru. **Participants:** Medical students. **Interventions:** During the 2010-I academic semester, frequency of mental health problems were determined using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) test, validated in Spanish, as a screening test for mental health. **Main outcome measures:** Frequency of mental health problems. **Results:** From 159 students interviewed, 94 were women (59,1%) and 65 men (40,8%). Average age was 18,7+/- 2,1 years; 35 students (22%) had at least one mental disorder. There were 16 (10,2%) students with history of hypomania episode, 11 with suicide risk (6,9%), 9 with current depressive disorder (5,6%), 8 with agoraphobia (4,8%), 8 with current anxiety disorder (4,8%); 20 (12,6%) and 11 (6,9%) students respectively mentioned that a health care provider had previously diagnosed anxiety and depression. **Conclusions:** Mental health disorders were frequent in these medical students; past hypomania episode, suicidal risk and current depressive disorder were the most frequently diagnosed mental health disorders.

Key words: Mental health, students/medical, psychological tests, multiphasic screening.

An Fac med. 2012;73(3):191-5

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de salud mental son considerados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las 10 primeras causas de morbilidad a nivel mundial ⁽¹⁾. Una de las poblaciones más vulnerables es la de los jóvenes, particularmente la población estudiantil universitaria ⁽²⁻⁵⁾. En la Universidad de Toronto, Coburn y col., en alumnos del primer año de medicina hallaron que la

autopercepción de fracaso académico fue un factor importante para el desarrollo de estrés ⁽⁵⁾. La visita frecuente a la consulta de atención primaria refiriendo síntomas médicos de significado incierto en el contexto de desórdenes, tales como depresión mayor, trastorno de angustia y trastornos de somatización, es una constante en el quehacer clínico ⁽⁶⁾; su conocimiento y abordaje es de vital importancia, por su repercusión en el rendimiento académico,

la deserción estudiantil y el bienestar emocional del estudiante ^(4,7). Existen pocas comunicaciones locales al respecto.

Dado el impacto del problema y su importancia dentro de las prioridades de investigación nacional y regional definidas por el Instituto Nacional de Salud, se justifica la ejecución del estudio. El objetivo del estudio fue describir las características epidemiológicas y los trastornos de salud mental más

frecuentes en estudiantes de medicina de una universidad de Chiclayo, en el semestre 2010-I.

MÉTODOS

En el presente estudio descriptivo, transversal, se evaluó 166 alumnos, de un total de 245 pertenecientes a la escuela. Dos alumnos del VII y IX ciclo de la Escuela de Medicina, previamente entrenados por un médico internista, recogieron los datos durante los días de la matrícula; la aplicación del instrumento fue personalizada; los investigadores permanecieron al lado de los estudiantes durante el desarrollo de la prueba, para absolver cualquier duda. Se utilizó la entrevista estructurada y autoadministrada MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) versión 5.0.0, desarrollada y validada por Lecrubier y col., de la Universidad Salpêtrière de París, y Scheehan y col., de la Universidad de Florida, en Tampa, en los años 1992, 1994 y 1998⁽⁸⁾; esta fue traducida, adaptada y utilizada en español por Galli y Saavedra, en Lima, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en 2003⁽⁹⁾. Se solicitó autorización para su uso. Este instrumento determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%; para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos.

Se obtuvo los siguientes datos epidemiológicos:

1. Consumo ocasional de alcohol: definido como consumo social, menor a una vez por semana.
2. Presencia de insomnio: demora de más de 30 minutos para conciliar el sueño (insomnio de primera mitad) y/o despertarse por la madrugada, sin volver a conciliar el sueño (insomnio de segunda mitad) y/o despertarse antes de lo habitual.
3. Diagnóstico previo de ansiedad-depresión: hecho por un psicólogo o médico (psiquiatra o no).

Tabla 1. Datos epidemiológicos de los encuestados.

Dato epidemiológico	N	%
Consumo ocasional de alcohol	34	21,7
Presencia de insomnio	27	16,9
Diagnóstico previo de ansiedad	20	12,6
Sobrepeso / obesidad	17	10,6
Diagnóstico previo de depresión	11	6,9
Consumo de tabaco	10	6,2
Uso ocasional de hipnóticos	3	1,8

Fuente: Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina.

4. Sobrepeso /obesidad: índice de masa corporal ≥ 25 kg/m².
5. Consumo ocasional de tabaco: menor de un cigarrillo diario.
6. Uso ocasional de hipnóticos: Entre una a cuatro tomas al mes de algún hipnótico.

Se excluyó a los investigadores del proyecto, a los alumnos que no brindaron autorización mediante consentimiento informado o que no estaban matriculados en el semestre 2010-I.

Se utilizó estadística descriptiva para el cálculo de frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión, y el programa estadístico STATA (*Data Analysis and Statistical Software*) versión 10.

Para el aspecto ético, se usó un documento de consentimiento informado, según modelo de la Organización Mundial de la Salud. Se incluyó el nombre, por la posibilidad de hallar algún trastorno mental y poder hacer un seguimiento por el área de tutoría y por

Tabla 2. Distribución de los trastornos de salud mental según el test MINI.

Trastorno de salud mental	N	%
Episodio hipomaniaco pasado	16	10,2
Riesgo suicida	11	6,9
Episodio de depresión mayor actual	9	5,6
Trastorno de angustia actual	8	4,8
Agorafobia actual	8	4,8
Episodio hipomaniaco actual	7	4,4
Trastorno distímico	5	3,1
Fobia social actual	5	3,1
Trastorno de ansiedad generalizada actual	5	3,1
Trastorno de ansiedad de por vida	3	1,8
Trastorno depresivo recidivante	3	1,8
Bulimia nervosa actual	3	1,8
Trastorno psicótico actual	2	1,2
Episodio maniaco pasado	2	1,2
Crisis actual con síntomas limitados	2	1,2
Anorexia nervosa actual	1	0,6
Trastorno antisocial de la personalidad	1	0,6

Fuente: Tamizaje de salud mental mediante el test MINI en estudiantes de Medicina.

la psicóloga de la Escuela de Medicina. Se mencionó a los estudiantes que su participación era voluntaria, gratuita y confidencial.

RESULTADOS

La tasa de respuesta fue mayor al 95%. Se entrevistó 166 alumnos y se descartó siete cuestionarios, por tener datos incompletos. El promedio de edad fue de 18,6 +/- 2,1 años, siendo en hombres y mujeres de 18,6 +/- 2,5 y 18,7 +/- 1,7 años, respectivamente; hubo 94 mujeres (59,1%) y 65 hombres (40,8%); 155 estudiantes fueron solteros (99,3%); siete de ellos (4,4%) refirieron vivir solos, 127 (79,8%) con sus padres y 25 (15,7%) con algún otro familiar. Los datos epidemiológicos aparecen en la tabla 1.

De los 27 estudiantes con insomnio, en 15 (55,5%) el insomnio fue de conciliación, en 8 (29,6%) fue de segunda mitad y dos (7,4%) refirieron despertarse antes de lo habitual. Dos estudiantes (7,4%) presentaron los tres tipos de insomnio; 35 (22%) tuvieron al menos un trastorno mental. Asimismo, en dos estudiantes se encontró simultáneamente cinco desórdenes, en un estudiante seis y en cuatro estudiantes, cuatro. En la tabla 2 se muestra los totales y las frecuencias relativas de cada uno de los trastornos evaluados.

El trastorno más frecuente fue el episodio hipomaniaco pasado, seguido de riesgo suicida y episodio depresivo mayor actual. De los 11 estudiantes con riesgo de suicidio, 10 (90,9%) fueron mujeres; en 9 (81,8%), el riesgo de suicidio fue leve; coexistió con episodio depresivo actual en 3 estudiantes (27,2%).

La frecuencia de episodio depresivo actual entre los estudiantes que vivían solos en comparación con los que vivían con sus padres, fue la misma.

De los 9 estudiantes con episodio depresivo mayor actual, solo a uno (11,1%) un profesional de ciencias de la salud le había diagnosticado previa-

mente 'depresión'. De los cinco estudiantes con trastorno de ansiedad generalizada actual, 3 (60%) habían sido diagnosticados por un profesional de las ciencias de la salud, de 'ansiedad'.

Episodio de depresión mayor actual coexistió con episodio pasado de hipomanía en cinco de 16 estudiantes (31,2%) y en 6 de 8 (75%) de estudiantes con trastorno de angustia actual. Hubo dos estudiantes con síntomas psicóticos. No se encontró estudiantes con trastorno obsesivo compulsivo actual ni con episodio maniaco actual.

DISCUSIÓN

Los resultados difieren parcialmente de otros descritos en la literatura nacional e internacional ^(2,3). La frecuencia de insomnio fue menor a la encontrada en la literatura peruana en estudiantes de medicina: 58% en la Universidad Peruana Cayetano Heredia ⁽¹⁰⁾ y 39,8% en la Universidad Pedro Ruiz Gallo ⁽¹¹⁾. Sin embargo, en el primer estudio se utilizó el índice de calidad de sueño de Pittsburgh, con mayor sensibilidad para captar a los 'malos dormidores', comparado con la simple utilización de una pregunta cerrada y subjetiva, como se utilizó en este estudio ⁽¹²⁾. El dato de 'consumo ocasional de alcohol' (21,7%) difiere del estudio de Caballero PB y col., en el 2011, en la Universidad San Martín filial Norte, en el que se halló que 21% 'consumía alcohol en más de 4 oportunidades en el último mes, y del estudio de Enríquez D y col., en la Universidad Pedro Ruiz Gallo de Chiclayo, en el que se halló un 'consumo problemático de alcohol' en 15,7% de los entrevistados ^(11,13); sin embargo, las definiciones operacionales de 'consumo importante de alcohol' difieren en los tres estudios. Dichas cifras regionales son disímiles a la hallada por Perales y col. ⁽⁵⁾, en 2003, quien halló frecuencias de 14 y 12% de abuso de alcohol en dos facultades de medicina (una capitalina y una de provincia). En tal estudio se utilizó el cuestionario CAGE para identificar el abuso de alcohol. Puede haber asimismo un sesgo del informante en relación

a la variable alcohol, por la naturaleza católica de la universidad.

Una característica de los estudiantes de la región es vivir solo. Muchos son enviados por sus familias a estudiar a la ciudad. Ello podría favorecer la aparición de trastornos de salud mental; sin embargo, ninguno fue más frecuente en quienes vivían solos en comparación con los que vivían con sus padres. La multicausalidad de la patología mental puede enmascarar la contribución de este antecedente.

La frecuencia de trastornos de salud mental fue 22%, a diferencia de los estudios de Galli y Rodas Descalzi, en Lima, en la Universidad Cayetano Heredia, en los que las prevalencias globales de trastornos mentales fueron 45,6% y 41,8%, respectivamente ^(2,3). Esta diferencia podría deberse a las cifras distintas de salud mental en Lima y en Lambayeque, a diferencias entre la población universitaria de Lima y de provincias, y a que en el estudio de Galli, en Lima, la muestra estuvo constituida por alumnos de cuarto a sexto de medicina; no ha habido estudios comparativos, aún. A diferencia del estudio de Galli, en el que el episodio depresivo actual, la distimia y el trastorno de ansiedad generalizada fueron los trastornos dominantes, en nuestro estudio el episodio hipomaniaco pasado, el riesgo suicida y el episodio depresivo mayor fueron los más frecuentes. En Lambayeque, Enríquez y col., en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, hallaron mediante el MINI que los trastornos de salud mental más frecuentes en orden decreciente fueron episodio depresivo mayor (39,1%), ansiedad (63,8%) y riesgo suicida (13%) ⁽¹¹⁾.

Con respecto al diagnóstico de episodio hipomaniaco pasado, no se puede asegurar que los entrevistados hayan tenido hipomanía; sin embargo, dado el valor predictivo global de este instrumento, existe esa posibilidad. La evaluación final por profesionales de la salud mental es necesaria. Se sabe que la hipomanía puede hacer al individuo más eficiente y con mayor capacidad para

trabajar de manera más productiva^(14,15). Cuando tiene periodos alternantes con episodios depresivos mayores, recibe el nombre de trastorno bipolar tipo II. De hecho, en este estudio se halló que de 16 estudiantes con episodio pasado de hipomanía, cinco (31,2%) también tenían episodio depresivo mayor actual. No se puede concluir que ello ocurra en los estudiantes, pero es un dato a tomar en cuenta, dado que este trastorno frecuentemente es subdiagnosticado. Benazzi, en un estudio epidemiológico en los Estados Unidos, llegó a la conclusión que la prevalencia de este trastorno, inicialmente calculada en 0,5%, era de 5% en la población general⁽¹⁵⁾. En varios estudios se ha demostrado la mayor existencia en los estudiantes de medicina de ideación suicida y de suicidio, 4,4% en el estudio de Garlow y col⁽¹⁶⁾; Schwenk y col., en el 2009, en un estudio trasversal y descriptivo llevado a cabo en estudiantes de medicina de la Universidad de Michigan, encontraron que la ideación suicida era mayor en los estudiantes de tercer y cuarto año en comparación con los de primer y segundo año (7,9% vs. 1,4%; IC95%: 2,7% a 10,3%; $p = ,001$); estos últimos manifestaron que buscar ayuda médica por síntomas depresivos los haría sentir 'menos inteligentes' en comparación con los de tercer y cuarto año (34,1% vs. 22,9%; IC95%: 2,3% a 20,1%; $p < ,01$)⁽¹⁷⁾. En el estudio de Perales y col. se halló frecuencias de 4 y 2,6% de intento de suicidio entre los estudiantes de medicina de las dos universidades evaluadas; dicho trastorno se asoció a ansiedad generalizada y comportamiento disocial⁽⁵⁾.

La cifra hallada (6,6%) es menor a la observada en la Universidad Pedro Ruiz Gallo (13%)⁽¹¹⁾.

Según algunos estudios, la tasa de suicidio entre médicos es 28 a 40 por 100 000, mientras que en la población general esta es 12,3 por 100 000⁽¹⁶⁾. Esto estaría de acuerdo con nuestros hallazgos. La elevada carga académica, una pobre capacidad de sufrimiento, los elevados niveles de estrés, la presencia de síndromes ansioso y depresivo se-

rían los factores implicados en estas cifras⁽⁴⁾. El episodio depresivo mayor es el tercer diagnóstico en frecuencia, a diferencia de los estudios ya citados. La validez de criterio (comparación entre la capacidad de diagnóstico del MINI y un instrumento estándar como el CIDI, entrevista de diagnóstico internacional, compuesta, basada en el DSMIV) en relación a episodio depresivo mayor es mayor a 0,75. Cuando se le compara con la entrevista psiquiátrica a profundidad, la validez es de 0,68.

En general, el valor predictivo positivo del MINI es 85%⁽⁸⁾; en esta prueba, cada módulo de diagnóstico es independiente del otro, lo que condiciona diferentes valores predictivos positivos para cada trastorno. Puede ser empleado por médicos no psiquiatras y personal entrenado⁽⁸⁾. En el estudio la realizaron dos estudiantes de pregrado. Ello pudiera generar un sesgo de medición; sin embargo, permanecieron en forma perenne con los alumnos evaluados. Los valores predictivos negativos y los valores de validez de criterio descritos en la literatura, relativamente bajos para algunos trastornos como el psicótico y la fobia social, dan información que debe ser corroborada.

Al ser un estudio trasversal, los hallazgos solo son una 'fotografía' del momento en el cual se evaluó a los participantes. Asimismo, el haberse llevado a cabo los días de la matrícula pudiera haber contribuido al sesgo de medición. Habría que mencionar que el pertenecer a una Universidad Católica también puede generar en las respuestas de los entrevistados, algún sesgo. Los estudiantes en quienes se halló algún trastorno han sido evaluados posteriormente por una psicóloga clínica de la Escuela y seguidos por el área de tutoría.

Las limitaciones del estudio fueron que el muestreo fue no probabilístico consecutivo, a quienes los investigadores pudieron realizar la entrevista, lo que puede haber introducido un sesgo del participante. Asimismo, es probable el sesgo por el estigma asociado a la

enfermedad mental⁽¹⁵⁾. En la capacitación de los entrevistadores se les explicó la forma de toma de datos. Estos estuvieron gran parte del tiempo con los entrevistados; ello pudo haber alterado la credibilidad de los datos.

Los alumnos de medicina están sometidos a múltiples factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de salud mental. El estrés académico, la privación de sueño y la alta competitividad requerida son constantes en la vida del estudiante de medicina. El encontrar alumnos con estos trastornos permite un mejor abordaje desde la perspectiva de tutoría, que a su vez puede direccionar a los estudiantes con problemas para una atención temprana y especializada. La salud mental no debería ser estigmatizada, pues es parte fundamental del equilibrio de la persona desde una dimensión holística. Es fundamental tener una evaluación de tamizaje como el MINI, útil en problemas de prevalencia alta. Finalmente, la evaluación por el psiquiatra es fundamental para corroborar los hallazgos. Con este instrumento no se puede evaluar trastornos de somatización, como los cuadros conversivos y somatomorfos que abundan en los tópicos y consultorios externos de centros de atención primaria.

El no considerar estos diagnósticos diferenciales dentro de los algoritmos de atención puede elevar los costos en salud. La toma innecesaria de electrocardiogramas, ecografías de abdomen, radiografías de tórax y tomografías cerebrales podría ser obviada si el clínico conociese la epidemiología de estos trastornos y llevase a cabo una buena anamnesis⁽⁶⁾.

De este estudio podemos concluir que los problemas de salud mental fueron frecuentes en esta población universitaria, siendo el episodio hipomaniaco pasado, el riesgo suicida, el episodio depresivo mayor actual y el trastorno de angustia, los problemas más frecuentes. El encontrar estudiantes con síntomas de orden psicótico es similar a lo encontrado por Barsallo y col. y Campos-Caicedo y col. en dos univer-

sidades de Lambayeque, en los que las cifras de personalidad paranoide fueron 63,8% y 64,7%, respectivamente ^(19,20). Se refuerza el concepto vertido por Galán Rodas, en el que los estudiantes con trastornos de salud mental, tanto del eje I (personalidad) como del II (trastornos mentales), no son reconocidos en la atención primaria, generándose una demora en el tratamiento temprano ⁽²¹⁾. El seguimiento de una cohorte iniciada desde los primeros años de estudio con evaluaciones periódicas con el MINI y la asesoría especializada para apreciar cambios en el tiempo se presenta como una alternativa; esta es una temática fundamental como problema de salud pública y línea de investigación regional y nacional.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de la Escuela de Medicina por su apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WONCA. Integrating mental health into primary care: a global perspective: OMS. 2008.
2. Galli-Silva E, Feijoo-Llontop L, Roig-Rojas I, S Romero-Elmore. Aplicación del "MINI" como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Herediana. 2002;13(1):19-25.
3. Rodas-Descalzi P, Santa-Cruz G, Vargas-Murga H. Frecuencia de trastornos mentales en alumnos del tercer año de la Facultad de Medicina de una universidad privada de Lima - 2006. Rev Med Herediana. 2009;20(2):70-6.
4. Cova F, Avial W, Aro M, Bonifetti A, Hernández M, Rodríguez C. Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. Terapia Psicol. 2007;25(2):105-12.
5. Perales A, Sogi C. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. An Fac med. 2003;64(4):239-46.
6. The management of patients with physical and psychological problems in primary care: a practical guide. Report of a joint working group of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Psychiatrists. January 2009.
7. Coburn D, Jovaisas AV. Perceived sources of stress among first-year medical students. J Med Educ. 1975;50(6):589-95.
8. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psych. 1998;59(Suppl 20):22-33.
9. Lecrubier Y, Sheehan D. M.I.N.I. 5.0.0. En: Galli E, Saavedra J (Traductores). M.I.N.I. 5.0.0 Versión en Español / CIE-10 / PERU2003.
10. Rosales E, Egoavil M, Cruz CL, Castro JR. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. An Fac med. 2007;68(2):150-8.
11. Enriquez-Vera D, Enriquez C, Cabrejos GR. Prevalencia de los trastornos mentales y la relación con el estrés y la calidad de sueño en estudiantes de Medicina de la Universidad Pedro Ruiz Gallo. En: Libro de resúmenes del XXI Congreso Científico Nacional de estudiantes de Medicina, Chiclayo-Perú Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana. 2007.
12. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989;28(2):193-213.
13. Caballero P, Cabrera J, Rojas V. Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios 2011 Primera Jornada Científica SanMartíniana del Norte Chiclayo-Perú, Universidad San Martín de Porres-Filial Norte; 2011.
14. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S, Allilaire JF, Sechter D, Azorin JM, et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). J Affect Disord. 1998;50(2-3):163-73.
15. Benazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. CNS Drugs. 2007;21(9):727-40.
16. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. Depress Anxiety. 2008;25(6):482-8.
17. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. JAMA. 2010;304(11):1181-90.
18. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. J Affect Disord. 2001;64(1):69-79.
19. Barsallo R, Custodio Y, Gasco S, Willis J. Evaluación de la salud mental en estudiantes de medicina 2010. XIV Congreso Científico Nacional de Estudiantes de Medicina Arequipa-Perú Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana. 2011.
20. Campos L, García S, Ugarte C. Frecuencia de trastornos de personalidad en estudiantes de la Universidad San Martín de Porres -Filial Norte 2011. XV Congreso científico Nacional de Estudiantes de Medicina, Cusco, Perú: Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana; 2011.
21. Galán-Rodas E, Galvez-Buccollini JA, Vega-Galdos F, Osada J, Guerrero-Padilla D, Vega-Dienstmaier J, et al. [Mental health in physicians doing the rural and suburban health service in Peru: a baseline study]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(2):277-81.

Artículo recibido el 3 de abril de 2012 y aceptado para publicación el 5 de mayo de 2012.

Financiamiento y conflicto de intereses: Trabajo autofinanciado. Los autores niegan conflictos de interés

Correspondencia:
Dr. Franco León Jiménez
Dirección: Panamericana Norte 855, Chiclayo, Lambayeque, Perú
Teléfono: 074-234329; 997834404
Correos electrónicos: fleon@usat.edu.pe; francoernestole@gmail.com