

# Prevalencia de trastornos psicóticos en comparación con trastornos no psicóticos en una población de pacientes de Venezuela sometida a estrés

Óscar Medina Ortiz<sup>1</sup>, Nairy Rangel<sup>2</sup>  
Concetina Galietta<sup>3</sup>, Luis Pulido<sup>4</sup>, Nora Sánchez-Mora<sup>5</sup>

## Resumen

*Objetivo:* Describir la prevalencia de trastornos psicóticos en comparación con trastornos no psicóticos según procedencia y sexo en pacientes que acuden a la consulta de psiquiatría en una población venezolana sometida a estrés de secuestros, sicarios y altos índices de criminalidad. *Método:* Estudio retrospectivo, descriptivo, de morbilidad entre julio y diciembre de 2008 de la consulta de psiquiatría de un hospital general de Venezuela. *Resultados:* En la consulta se atendieron 1.801 pacientes, de los cuales 56,7% fueron mujeres. El 58% los pacientes provenía de San Cristóbal; 40,4% de otra ciudad del estado del Táchira, y 1,6% de otro estado. El diagnóstico que predominó entre todos los pacientes fue trastorno de ansiedad (19,7%). Los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastorno mental orgánico) fueron diagnosticados en un 34,6%. Los trastornos no psicóticos (ansiedad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo) fueron diagnosticados en un 30,2%. El diagnóstico de psicosis predominó en los pacientes procedentes de San Cristóbal, en comparación con los que procedían de otra región ( $p < 0,0001$ ). En el sexo femenino predominaron los diagnósticos de ansiedad y depresión y en el masculino el diagnóstico de psicosis ( $p < 0,0001$ ). *Conclusión:* Los trastornos psicóticos se diagnosticaron con mayor frecuencia en los pacientes que viven en San Cristóbal, lo que sugiere que la tensión emocional que reina en la ciudad puede ser un factor de riesgo desencadenante de las crisis psicóticas de los pacientes.

**Palabras clave:** estrés, psicosis, ansiedad, depresión.

.....  
1 Médico psiquiatra. Doctor en Neurociencias. Jefe de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. San Cristóbal, Venezuela.

2 Médico psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Patrocinio Peñuela Ruiz. San Cristóbal, Venezuela.

3 Médica psiquiatra adjunta a la consulta externa de Psiquiatría del Hospital Patrocinio Peñuela Ruiz. San Cristóbal, Venezuela.

4 Becario. Estudiante de Medicina. Miembro del equipo de Investigación en Salud Mental y Trastornos del sueño de la Universidad de los Andes. San Cristóbal, Venezuela.

5 PhD Miembro del equipo de Investigación en Salud Mental y Trastornos del sueño de la Universidad de los Andes. San Cristóbal, Venezuela.

**Title: Prevalence of Psychotic Disorders Compared to Non-psychotic Disorders in a Venezuelan Community Subjected to Stress****Abstract**

*Objective:* To describe the prevalence of psychotic disorders compared with non-psychotic disorders sorted by residence and sex in patients attending psychiatric consultation in a Venezuelan community under stress due to kidnappings, murder and high crime rates. *Method:* Retrospective and descriptive study of morbidity of psychiatric disorders between July and December 2008 in the psychiatric services at a general hospital in Venezuela. *Results:* 1.801 patients were seen at the psychiatric services, 56.7% were women. 58% came from San Cristobal, 40.4% from other cities and 1.6% from the state of Tachira. The diagnosis that prevailed among all patients was anxiety disorder (19.7%). Psychotic disorders (schizophrenia, bipolar disorder and organic mental disorder) were diagnosed in 34.6%. Non-psychotic disorders (anxiety, depression and obsessive compulsive disorder) were diagnosed in 30.2%. The diagnosis of psychosis predominated in patients from San Cristobal in comparison with those from other areas ( $p < 0.0001$ ). Anxiety and depression predominated in females and the diagnosis of psychosis in male patients ( $p < 0.0001$ ). *Conclusion:* Psychotic disorders were more frequently diagnosed in patients living in San Cristobal, which might suggest that emotional tension present and experienced in urban areas could be a risk factor triggering crisis in psychotic patients.

**Key words:** Stress, psychosis, anxiety, depression.

**Introducción**

En 1926, Selye (1) introdujo el concepto de estrés en el campo de la salud y propuso su teoría en la

cual el estrés puede influir en la salud mental y física de los individuos. Hoy en día, el *estrés* se toma de manera más práctica y se ha popularizado dentro de la sociedad, pues es utilizado tanto por los profesionales de distintas ramas como por la población general. Aun cuando en la actualidad todavía existe gran controversia sobre su definición, los autores coinciden en los conceptos relacionados con este ámbito: (a) el estresor, aplicado a cualquier estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés; (b) la respuesta de estrés ante cualquier demanda (interna o externa) que se hace al individuo, y (c) los efectos o las consecuencias del estrés en la salud a corto y largo plazo, por la emisión de una respuesta de estrés (2).

San Cristóbal es una ciudad del occidente de Venezuela, cuya ubicación es cercana a Colombia y cuya población para el 2008 era de 264.851 habitantes. Aun cuando no existen cifras oficiales y la mayoría de los informes están basados en notas de prensa escrita y televisión, desde hace varios años los habitantes de San Cristóbal se han visto sometidos a los efectos psicológicos del secuestro, sicarios y hampa común. La violencia no es un hecho que afecta sólo a esta región, ya que sus consecuencias pueden apreciarse en otras ciudades de Latinoamérica y en Estados Unidos, donde ya es considerada un problema de salud pública (3,4). El último informe de la Organización Mundial de la Salud muestra que más de 4.500

personas mueren diariamente en el mundo como resultado de la violencia relacionada con suicidio, homicidio y guerra (5).

Vivir en un ambiente rodeado de violencia puede traer consecuencias graves para la salud física y mental, sobre todo cuando ésta se vive desde la infancia. Los niños expuestos a violencia pueden desarrollar factores de riesgo para depresión, tabaquismo, obesidad, problemas sexuales, embarazo precoz, uso y abuso de drogas y alcohol, también otras alteraciones relacionadas directamente con la muerte, como enfermedades cardíacas, cáncer y suicidio (6-9).

Es posible que habitar una zona sometida a estrés no sólo físico sino psicológico desencadene alteraciones mentales, ya que entre un 30% y un 60% de las personas pueden terminar padeciendo trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, trastornos de ansiedad, trastorno por somatización y trastornos mixtos de ansiedad y depresión (10-12). Sin embargo, además de vivir en un ambiente donde la violencia es continua (13), la aparición de estas alteraciones también está condicionada por la reacción del entorno social y la resistencia psicológica de cada sujeto (14).

El secuestro y el sicariato no sólo afectan a las víctimas directas, sino a un gran número de personas que se identifican con éstas mediante su visualización o proximidad afectiva (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o simplemente los televidentes que se solidarizan

emocionalmente con las víctimas y quienes pueden presentar síntomas de alteraciones mentales), lo que aumenta la demanda de los servicios de psiquiatría (15-17).

Cuando la violencia o las amenazas son colectivas se añaden otros efectos psicosociales y se genera la victimización secundaria, ya sea por rememoración o por sensibilización (18). La violencia colectiva es capaz de generar un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad, que produce mayor aislamiento y menor confianza en las instituciones entre los habitantes (19), lo que lleva a la aparición con frecuencia de la desesperanza, la desconexión cognitiva, la evitación y el abuso de sustancias tóxicas (20).

Mantener a la población con miedo es uno de los principales objetivos de quienes ejecutan actos de terrorismo, y este mismo hecho produce alteraciones de conducta en la población. Las consecuencias mentales luego de un acto terrorista pueden ir desde miedo hasta trastorno de pánico, trastorno por estrés agudo, trastornos de ansiedad —especialmente TEPT— y trastornos del humor como depresión mayor (21).

DiMaggio y Galea (22) mostraron los resultados de un metaanálisis que recoge estudios desde 1980 hasta 2006, en el cual se evidencia que la alteración con mayor probabilidad de aparecer luego de un año del evento terrorista es el TEPT, con una prevalencia entre un 12% y 16% de las víctimas afectadas directamente. El estudio de Conejo-

Galindo y colaboradores mostró que luego de un año del ataque terrorista del 11M en Madrid, el 28,6% de las víctimas reunía criterios para TEPT y depresión (23).

Uno de los factores que se ha asociado con el riesgo de padecer TEPT es el sexo, pues la mayoría de los estudios informan una proporción mayor de mujeres que de hombres con diagnóstico de trastornos de ansiedad, por lo menos durante las primeras semanas inmediatamente después del evento (23,24). En los hombres puede apreciarse un aumento en el consumo de alcohol. Por otro lado, también se ha podido determinar que quienes presentan historia psiquiátrica previa están más propensos a desencadenar patología mental (21).

Debido a que la condición de estar sometido a estrés permanente puede desencadenar crisis psicóticas en los pacientes con ciertas patologías psiquiátricas como esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar y llevar a que su prevalencia sea más elevada en regiones sometidas a estrés y violencia, nos proponemos describir la morbilidad en la consulta externa de psiquiatría de un hospital general de una población venezolana propensa a secuestro y sicarios, debido en parte a su ubicación geográfica con la frontera colombiana.

Nuestra hipótesis es que los pacientes que proceden de San Cristóbal y con diagnóstico de trastornos donde predominan los síntomas psicóticos deberían ocupar el primer

lugar en frecuencia en comparación con los pacientes que proceden de otras regiones del estado del Táchira. De igual manera, en el sexo femenino deberían predominar los diagnósticos que incluyen las patologías de ansiedad y depresión en comparación con las demás alteraciones mentales, independientemente de su procedencia. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, extensión Táchira.

### **Materiales y métodos**

El presente es un estudio retrospectivo-descriptivo. Se revisaron las historias de todos los pacientes que habían sido citados a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Patrocinio Peñuela Ruiz del Seguro Social en San Cristóbal, Venezuela, entre julio y diciembre de 2008. Se determinaron los diagnósticos, así como datos generales demográficos (edad, sexo, procedencia, etc.). La revisión de las historias médicas fue llevada a cabo por dos psiquiatras encargadas de la consulta y coautoras de este estudio (NR y CG). El tiempo empleado en todo el proceso fue de aproximadamente tres meses.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 12.0 para Windows. En primer lugar se comprobó la normalidad de la muestra por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se realizaron los análisis descriptivos de las diferentes variables en frecuencias, determinando

la media y la desviación típica. Para categorizar las variables, una vez descrita la frecuencia de todos los diagnósticos, éstos se clasificaron en tres grupos: (a) uno de psicosis, que incluía trastorno mental orgánico, esquizofrenia y trastorno bipolar; (b) uno de ansiedad y depresión, que incluía depresión, trastorno de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo, y (c) un grupo llamado otros, donde se incluían los demás diagnósticos: trastornos por alcohol y drogas, trastorno de adaptación, trastorno disociativo, trastorno del sueño, trastorno de personalidad, retraso mental, trastorno del desarrollo psicológico, trastorno del comportamiento y de las emociones y epilepsia, además de las consultas para solicitar el certificado de salud mental.

Para determinar la relación entre el sexo y los diagnósticos y entre los diagnósticos y la procedencia se utilizaron las tablas de contingencia con la prueba de  $\chi^2$ . El valor de la significancia estadística se consideró menor de 0,05.

## Resultados

La consulta externa de psiquiatría vio a 1.801 pacientes entre el 1° de julio del 2008 y el 31 de diciembre del 2008, de los cuales el 56,7% fueron mujeres y el 43,3% hombres. El mes en el cual acudieron más pacientes a consulta fue en

octubre (23,5% del total), seguido de noviembre (21,9%). El diagnóstico que predominó entre todos los pacientes fue el trastorno de ansiedad (19,7%), seguido del diagnóstico de trastorno mental orgánico (14%) y esquizofrenia (12,2%). El trastorno mental por consumo de tóxicos se diagnosticó en un 1,8%.

Una vez agrupados los diagnósticos, los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastorno mental orgánico) constituyeron el 34,72%, y los trastornos no psicóticos (ansiedad, depresión y trastorno obsesivo-compulsivo), el 37,66%. Los datos demográficos se muestran en la Tabla 1 y los datos descriptivos correspondientes a la frecuencia de diagnósticos según sexo y procedencia se presentan en las tablas 2 y 3.

En cuanto a la prevalencia del diagnóstico de psicosis en comparación con los diagnósticos de depresión y ansiedad, estos últimos predominaron en el sexo femenino (57,9%) sobre el masculino (32%), y el diagnóstico de psicosis predominó más en hombres (68%) que en mujeres (42,1%) ( $p < 0,0001$ ). De igual manera, en los pacientes procedentes de la ciudad de San Cristóbal predominó el diagnóstico de psicosis (58%) sobre los de ansiedad y depresión (42%); mientras que en los pacientes que venían de otra ciudad del estado se diagnosticó más depresión y ansiedad (53,6%) que psicosis (46,4%) ( $p < 0,0001$ ) (Tabla 4).

Tabla 1. Datos descriptivos de los pacientes en la consulta de psiquiatría (julio-diciembre del 2008)

<b>Edad</b>		
Masculino	Media: 39,89 (DE: 15,07) (rango: 5-90)	
Femenino	Media: 43,36 (DE: 13,3) (rango: 7-88)	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	781	43,3
Femenino	1.022	56,7
<b>MES</b>		
Julio	190	10,5
Agosto	326	18,1
Septiembre	278	15,4
Octubre	424	23,5
Noviembre	394	21,9
Diciembre	191	10,6
<b>Tipo de cita</b>		
Control	1.338	74,2
Primera vez	465	25,8
<b>Procedencia</b>		
San Cristóbal	1.046	58
Otra ciudad del Estado	729	40,4
Otro Estado	28	1,6
<b>Diagnósticos</b>		
Trastorno mental orgánico	252	14
Trastorno por alcohol y drogas	32	1,8
Esquizofrenia, esquizotípico e ideas delirantes	220	12,2
Trastorno afectivo bipolar	152	8,4
Depresión	184	10,2
Trastorno de ansiedad	356	19,8
Trastorno obsesivo-compulsivo	4	0,2
Trastorno de adaptación	135	7,5
Trastorno disociativo	2	0,1
Trastorno del sueño	8	0,4
Trastorno de personalidad	4	0,2
Retraso mental	22	1,2
Trastorno del desarrollo psicológico	9	0,5
Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia	23	1,3
Solicitud de certificado de salud mental	170	9,4
No asistió a la cita	228	12,7
Total	1.801	100
<b>Grupos diagnósticos</b>		
Psicosis	624	34,6
Depresión y ansiedad	544	30,2
Otros	635	35,2

Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos según el sexo entre julio y diciembre del 2008

Sexo	Diagnósticos														Total		
	TMO	TAD	ESQ	TAB	DEP	TA	TOC	TAT	TDS	TS	TP	RM	TDP	TCE		CSM	NA
Masculino	N 117	30	157	74	54	109	1	52	0	4	1	11	7	20	58	85	780
	%	15	3,80	20,10	9,50	6,90	0,10	6,70	0	0,50	0,10	1,40	0,90	2,60	7,40	10,90	100,00
Femenino	N 135	2	63	78	130	247	3	83	2	4	3	11	2	3	112	143	1.021
	%	13,20	0,20	6,20	7,60	12,70	0,30	8,10	0,20	0,40	0,30	1,10	0,20	0,30	11	14	100,00
Total	N 252	32	220	152	184	356	4	135	2	8	4	22	9	23	170	228	1.801
	%	14	1,80	12,20	8,40	10,20	0,20	7,50	0,10	0,40	0,20	1,20	0,50	1,30	9,40	12,70	100,00

TMO: trastorno mental orgánico; TAD: trastorno por alcohol y drogas; ESQ: esquizofrenia, esquizotípico e ideas delirantes; TAB: trastorno afectivo bipolar; DEP: depresión; TA: trastornos de ansiedad; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo; TAT: trastorno de adaptación; TDS: trastorno disociativo; TS: trastornos del sueño; TP: trastornos de personalidad; RM: retraso mental; TDP: trastorno del desarrollo psicológico; TCE: trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia; CSM: solicitud de certificado de salud mental; NA: no asistió a la cita.

Tabla 3. Frecuencia de diagnósticos según la procedencia del paciente entre julio y diciembre del 2008

Procedencia	Diagnósticos														Total			
	TMO	TAD	ESQ	TAB	DEP	TA	TOC	TAT	TDS	TS	TP	RM	TDP	TCE		CSM	NA	
San Cristóbal	N	147	21	133	99	96	177	2	80	1	2	3	15	4	18	106	141	1.045
	%	14,10	2	12,70	9,50	9,20	16,90	0,20	7,70	0,10	0,20	0,30	1,40	0,40	1,70	10,10	13,50	100,00
Otra ciudad del Táchira	N	101	10	76	53	86	178	2	54	0	6	1	7	4	5	63	82	728
	%	13,90	1,40	10,40	7,30	11,80	24,50	0,30	7,40	0	0,80	0,10	1	0,50	0,70	8,70	11,30	100,00
Otro estado de Venezuela	N	4	1	11	0	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	5	28
	%	14,30	3,60	39,30	0	7,10	3,60	0	3,60	3,60	0	0	0	3,60	0	3,60	17,90	100,00
Total	N	252	32	220	152	184	356	4	135	2	8	4	22	9	23	170	228	1.801
	%	14	1,80	12,20	8,40	10,20	19,80	0,20	7,50	0,10	0,40	0,20	1,20	0,50	1,30	9,40	12,70	100

TMO: trastorno mental orgánico; TAD: trastorno por alcohol y drogas; ESQ: esquizofrenia, esquizotípico e ideas delirantes; TAB: trastorno afectivo bipolar; DEP: depresión; TA: trastornos de ansiedad; TOC: trastorno obsesivo-compulsivo; TAT: trastorno de adaptación; TDS: trastorno disociativo; TS: trastornos del sueño; TP: trastornos de personalidad; RM: retraso mental; TDP: trastorno del desarrollo psicológico; TCE: trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia; CSM: solicitud de certificado de salud mental; NA: no asistió a la cita.



Tabla 4. Proporción de pacientes con psicosis y con depresión y ansiedad según sexo y procedencia

			Diagnóstico		
			Psicosis	Depresión y ansiedad	Total
Sexo	Masculino	N	348	164	512
		%	68,00	32,00	100,00
	Femenino	N	276	380	656
		%	42,10	57,90	100,00
	Total	N	624	544	1.168
		%	53,40	46,60	100,00
Procedencia	San Cristóbal	N	379	275	654
		%	58	42	100
	Otra ciudad	N	230	266	496
		%	46,40	53,60	100
	Total	N	609	541	1.150
		%	53	47	100

Chi cuadrado  $p < 0,0001$ .

### Discusión

En nuestro estudio, los diagnósticos considerados en el grupo de psicosis predominaron en las personas que procedían de San Cristóbal, capital del estado del Táchira. Nuestros resultados apoyan la hipótesis propuesta de que los pacientes con enfermedades mentales cuya característica fundamental es la presencia de síntomas psicóticos proceden en su mayoría de una ciudad propensa a la violencia, secuestros y sicarios, lo que podría considerarse un factor de riesgo adicional en el desencadenamiento de las crisis en comparación con aquellos pacientes que acuden desde otras ciudades o poblaciones más pequeñas, en quienes predominaron las patologías incluidas en el grupo de depresión y trastornos de ansiedad (58% vs. 46,4%, con  $p < 0,0001$ ).

En nuestra hipótesis inicial también se propone que en el grupo de las mujeres deberían predominar los trastornos de ansiedad y depresión sobre las psicosis. Se ha podido apreciar que las mujeres procedentes de San Cristóbal, así como de otra ciudad del estado, presentaron menos trastornos con síntomas psicóticos que los hombres (75,1% vs. 45,4% y 58,4% vs. 36,3%), respectivamente ( $p < 0,0001$ ).

En las mujeres predominó el grupo diagnóstico depresión y ansiedad independientemente de su procedencia. El hecho de que el sexo femenino sea más propenso a presentar ansiedad y depresión luego de un evento traumático o de estar sometido a constante estrés ha sido descrito en otros estudios. El estudio de Conejo-Galindo y colaboradores (23) mostró que las mujeres presentaron diagnósticos de estrés postraumático.

mático, depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia y trastorno de pánico en una mayor proporción que los hombres al mes siguiente del atentado terrorista del 11 de marzo en Madrid, y que fueron las más afectadas aquellas que tenían historia psiquiátrica previa. Este estudio también muestra que a los seis meses y al año las mujeres siguen estando más propensas a padecer de trastornos de ansiedad y depresión. Otros estudios también informan sobre la susceptibilidad de las mujeres a sufrir estas patologías con una probabilidad de hasta 2,3 veces más que los hombres (25-27).

Según el estudio de Galea y colaboradores (28), los trastornos de ansiedad tienden a ser más frecuentes en aquellas personas que están directamente relacionadas con la situación productora de estrés, por lo que sería de esperar que quienes vivan en San Cristóbal presenten una mayor frecuencia de diagnósticos de trastornos de ansiedad que aquellos que vivan en lugares apartados; sin embargo, esto no es necesariamente cierto, ya que un mayor grado de estrés también podría generar una sensación de ansiedad constante y desencadenar en el paciente una nueva crisis psicótica. Además, las personas que siguen por televisión las noticias de los desastres, o en este caso de los secuestros y los hechos violentos debidos a las acciones de sicarios o hampa común, también estarían más propensas a presentar síntomas relacionados con ansiedad

y depresión o a desencadenar crisis de patologías ya existentes (29).

Este punto de vista se basa en la versión final de la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, propuesta por Howes y Kapur, en la cual no solamente se toma en consideración un aumento de dopamina cerebral, sino la implicación de algunos factores de riesgo, donde se incluyen el estrés y el trauma (30). De esta manera, la mayor proporción de pacientes con síntomas psicóticos procedentes de San Cristóbal en nuestro estudio podría deberse en parte a este factor.

Este mecanismo por el cual el estrés podría desencadenar las crisis psicóticas o trastornos de ansiedad y depresión ha sido estudiado con detenimiento. El estrés produce una disminución de las sinapsis y lleva en muchos casos a su pérdida con una disminución de las dendritas de las neuronas piramidales en la corteza prefrontal, esto es, un mal funcionamiento de las neuronas de la neocorteza. Concomitantemente, este proceso lleva a un aumento de las concentraciones de cortisol y glutamato, que termina en un mal funcionamiento neuronal, e implica tanto depresión como psicosis (31). Esto podría estar relacionado con los resultados de nuestro estudio.

Consideramos que a los pacientes residentes en San Cristóbal debería proporcionárseles un seguimiento más cercano, intentando que sus consultas no estén muy distantes una de la otra, ya que en

comparación con los pacientes que vienen de otras regiones, podrían estar en riesgo de desarrollar crisis psicóticas en un intervalo de tiempo menor. También debe vigilarse el cumplimiento del tratamiento y, en algunos casos, proponer la utilización de antipsicóticos de depósito con la finalidad de aumentar la adherencia al tratamiento y prevenir las recaídas.

Es posible que una orientación psicoterapéutica donde se contemple el control de estímulos nocivos, como los noticieros de televisión o involucrarse emocionalmente en las situaciones violentas que se viven en esta sociedad, de alguna forma disminuya la exposición al estrés en los pacientes, mejore considerablemente su salud mental y evite el desencadenamiento de nuevas crisis tanto psicóticas como de ansiedad y depresión; señalamiento que debería hacerse tanto en hombres como en mujeres, independientemente del diagnóstico que predomine en cada grupo.

### Conclusiones

1. Nuestros resultados coinciden con lo publicado en la literatura, donde se muestra que la probabilidad de presentar psicosis en aquellos pacientes sometidos a un ambiente de estrés y violencia es mayor que en aquellos que viven en otras poblaciones no afectadas directamente.

2. En las mujeres predominaron los diagnósticos de ansiedad y depresión, tanto en aquellas procedentes de San Cristóbal como las de sitios aledaños. Esta situación ya se ha descrito en otros estudios que comparan la prevalencia de estas alteraciones según el sexo, en poblaciones sometidas a estrés.
3. En la población masculina de nuestro estudio predominaron los diagnósticos con síntomas psicóticos, independientemente de su procedencia.

### Referencias

1. Selye H. The evolution of the stress concept. *Am Sci* 1973;61(6):692-9.
2. Baker DB, Karasek RA. Stress. In Levy BS, Wegman DH (editors). *Occupational health. Recognizing and preventing work-related disease*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 419-36.
3. Lopes CS, Faerstein E, Chor D, Werneck GL. Higher risk of common mental disorders after experiencing physical violence in Rio de Janeiro, Brazil. the Pro-Saude Study. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54(2):112-7.
4. Mercy JA, Krug EG, Dahlberg LL, Zwi AB. Violence and health. The United States in a global perspective. *Am J Public Health* 2003;93(2):256-61.
5. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360(9339):1083-8.
6. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-58.

7. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Jama* 1999;282(17):1652-8.
8. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26(8):1075-82.
9. Anda RF, Whitfield CL, Felitti VJ, Chapman D, Edwards VJ, Dube SR, Williamson DF. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatr Serv* 2002;53(8):1001-9.
10. Zatzick DF, Kang SM, Muller HG, Russo JE, Rivara FP, Katon W, Jurkovich GJ, Roy-Byrne P. Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *Am J Psychiatry* 2002;159(6):941-6.
11. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet* 2003;361(9375):2128-30.
12. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* 2000;157(6):911-6.
13. McQuaid JR, Pedrelli P, McCahill ME, Stein MB. Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychol Med* 2001;31(7):1249-57.
14. Weisaeth L. Vulnerability and protective factors for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52(5):S83-S88.
15. Herman JL. Recovery from psychological trauma. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52(5):S145-S150.
16. Wayment HA. It could have been me. vicarious victims and disaster-focused distress. *Pers Soc Psychol Bull* 2004;30(4):515-28.
17. Chung CM, Easthope Y, Farmer S, Werrett J, Chung C. Psychological sequelae. Post-traumatic stress reactions and personality factors among community residents as secondary victims. *Scand J Caring Sci* 2003;17:265-70.
18. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma. consequences for mental health-care workers--a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10(4):417-24.
19. Fullilove MT. The Psychiatric implications of displacement. contributions from the psychology of place. *Am J Psychiatry* 1996;153:1516-23.
20. Sanders-Phillips K. The ecology of urban violence. its relationship to health promotion behaviors in low-income black and Latino communities. *Am J Health Promot* 1996;10(4):308-17.
21. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak. Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 2002;65(3):240-60.
22. DiMaggio C, Galea S. The behavioral consequences of terrorism. a meta-analysis. *Acad Emerg Med* 2006;13(5):559-66.
23. Conejo-Galindo J, Medina O, Fraguas D, Teran S, Sainz-Corton E, Arango C. Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid . an epidemiological study of victims treated in a hospital. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(1):28-34.
24. Fraguas D, Teran S, Conejo-Galindo J, Medina O, Sainz Corton E, Ferrando L, Gabriel R, Arango C. Posttraumatic stress disorder in victims of the March 11 attacks in Madrid admitted to a hospital emergency room. 6-month follow-up. *Eur Psychiatry* 2006;21(3):143-51.
25. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(11):1044-8.
26. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L. Psychiatric sequelae of post-traumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(1):81-7.
27. Weissman MM, Neria Y, Das A, Feder A, Blanco C, Lantigua R, et al. Gender differences in posttraumatic stress disorder among primary care patients after the World Trade Center attack of September 11, 2001. *Gen Med* 2005;2(2):76-87.

28. Galea S, Resnick H. Posttraumatic stress disorder in the general population after mass terrorist incidents. considerations about the nature of exposure. *CNS Spectr* 2005;10(2): 107-15.
29. Ahern J, Galea S, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J et al. Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. *Psychiatry* 2002;65(4):289-300.
30. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia. Version III--The Final Common Pathway. *Schizophr Bull* 2009;35(3):549-62.
31. Bennett AOM. Stress and anxiety in schizophrenia and depression. glucocorticoids, corticotropin-releasing hormone and synapse regression. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42(12):995-1002.

*Conflictos de interés: los autores no reportan conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 5 de abril del 2010  
Aceptado para publicación: 16 de junio del 2010*

*Correspondencia  
Óscar Medina Ortiz  
Avenida Universidad  
Facultad de Medicina  
Universidad de los Andes, 3° Piso  
San Cristóbal 5001, Venezuela  
oscardmedina61@yahoo.es*