



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONOCIMIENTOS SOBRE
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL EN
EXTERNOS E INTERNOS DE
MEDICINA DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE MEDICINA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA ALBERTO
HURTADO

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DE DOCTOR EN MEDICINA

SILVANA VIRGINIA SARABIA ARCE

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR

DR. HORACIO BENJAMIN VARGAS MURGA

JURADO DE TESIS

DR. ANTONIO ORMEA VILLAVICENCIO

PRESIDENTE

DRA. CLAUDIA MARIA TERESA UGARTE TABOADA

VOCAL

DR. JOHANN MARTIN VEGA DIENSTMAIER

SECRETARIO

DEDICATORIA

A mis hijas Samantha y Ariana, quienes me inspiran cada día.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Flavia y Hugo[†], por inculcarme el valor de la perseverancia.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	SARABIA ARCE SILVANA VIRGINIA

Pertencientes al programa de la **DOCTORADO EN MEDICINA**, autores del trabajo titulado: **CONOCIMIENTOS SOBRE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL EN EXTERNOS E INTERNOS DE MEDICINA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA ALBERTO HURTADO**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **DOCTOR EN MEDICINA** bajo la modalidad de **TESIS**.

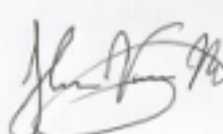
En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	VARGAS MURGA HORACIO BENJAMIN	FAMED	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **14%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2953033868**; fecha de entrega: **05-05-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 05 de mayo de 2026**



Firma del asesor
N° DNI: 09377236
ORCID: 0000-0001-5174-6089



Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	35
III.	OBJETIVOS	62
IV.	HIPÓTESIS	62
V.	METODOLOGÍA	62
VI.	RESULTADOS	80
VII.	DISCUSIÓN	95
VIII.	CONCLUSIONES	109
IX.	RECOMENDACIONES	109
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
XI.	ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento sobre psiquiatría y salud mental de los externos e internos de medicina de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado (FMAH) empleando la prueba del curso básico del Programa de acción para la brecha de salud mental (mhGAP). **Metodología:** El estudio fue descriptivo. La recolección de los datos generales y las respuestas de la Prueba del Curso Básico del mhGAP (PCB-mhGAP) fue de tipo transversal. **Resultados:** Los estudiantes que realizaron una rotación electiva en psiquiatría obtuvieron un mayor puntaje en la PCB-mhGAP comparado con los que no la hicieron. Los puntajes de conocimiento en la PCB- mhGAP por parte de los estudiantes evaluados durante el externado e internado presentaron similar puntaje en la PCB-mhGAP. Los puntajes de conocimiento sobre psiquiatría y salud mental empleando la PCB-mhGAP fueron más bajos en los estudiantes del externado durante el período 2022 (pospandemia) en comparación al período 2019 (prepandemia). **Conclusiones:** Los estudiantes que realizaron una rotación electiva en psiquiatría tienen un mayor puntaje en la PCB-mhGAP ($16,6 \pm 1,6$. vs. $15,4 \pm 1,8$ $p=0,029$). El conocimiento según la PCB-mhGAP persiste al finalizar el internado ($15,63 \pm 1,76$ vs. $15,51 \pm 1,89$ $p=0,054$). Los puntajes pospandemia de la PCB-mhGAP fueron menores a los prepandemia ($14,44 \pm 4,25$ vs. $15,57 \pm 1,89$ $p=0,048$). Hasta donde va nuestra información, se trata de un primer intento de explorar en nuestro medio si los conocimientos adquiridos por los estudiantes del FMAH según el puntaje del PCB-mhGAP cumplen con lo que la OMS/OPS consideran temas de interés en el nivel de la atención de salud no especializada.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, psiquiatría, trastornos mentales, educación, médica, conocimiento (DeCS/BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge about psychiatry and mental health of the externs (6th year of medical school) and interns using the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) core course. **Methodology:** The study was descriptive. The collection of general data and responses to the mhGAP Basic Course Exam was cross-sectional. **Results:** Students who completed an elective rotation in psychiatry scored higher on the basic mhGAP test ($16,6 \pm 1,6$. vs. $15,4 \pm 1,8$ $p=0,029$). The knowledge scores in the mhGAP basic test by the students evaluated during the externship and internship presented similar scores in the mhGAP basic test ($15,63 \pm 1,76$ vs. $15,51 \pm 1,89$ $p=0,054$). Psychiatry and mental health knowledge scores using the basic mhGAP test were lower in students during the 2022 period (post-pandemic) compared to the 2019 period (pre-pandemic) ($14,44 \pm 4,25$ vs. $15,57 \pm 1,89$ $p=0,048$). **Conclusions:** Students who completed an elective rotation in psychiatry have a higher score on the basic mhGAP test. The knowledge measured by the basic mhGAP test persists at the end of the internship. The post-pandemic scores of the basic mhGAP test were lower than pre-pandemic scores. As far as our information goes, this is a first attempt to explore in our environment whether the knowledge acquired by the students complies with what the WHO/PAHO considers topics at the level of non-specialized health care.

KEYWORDS: mental health, psychiatry, mental disorders, medical education, knowledge (MeSH/NLM)

I. INTRODUCCIÓN

I.1. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como:

“Un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”

Con salud, las personas pueden enfrentar los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, pueden aprender, trabajar apropiadamente y favorecer a la mejora de su sociedad (1).

La salud es un derecho fundamental de todas las personas, es crucial para el desarrollo propio, familiar, profesional, de la comunidad y socioeconómico. La salud mental es tan importante como la salud física.

“No hay salud, sin salud mental”

Con una buena salud mental podemos afrontar los estresores diarios, reconocer nuestras habilidades, aprender y trabajar bien y contribuir con la sociedad (2). El Plan de acción integral, global sobre salud mental 2013-2030 proyecta que la salud mental debe ser de calidad, culturalmente apropiada, comunitaria y que esté disponible para todos aquellos que la requieran. Asimismo, el plan demanda que las personas que estén afectadas por algún trastorno mental deben de participar en la sociedad, sin estigma, discriminación o abusos. Sugiere las metas siguientes:

promover el bienestar, prevenir las condiciones de salud mental, promover el cuidado, incrementar la recuperación, reducir la enfermedad, la mortalidad y la discapacidad (3). La salud mental es un continuo complejo y variable, el rango de salud mental va desde un estado óptimo de bienestar hasta estados de gran discapacidad; no se es mentalmente sano o enfermo (4). La salud mental varía dependiendo de las circunstancias en las que nacemos, crecemos y vivimos, está determinada por la interacción entre factores individuales, familiares y comunitarios los cuales son experimentados de manera diferente por cada persona (5). Una misma persona puede presentar fluctuaciones dependiendo de cambios situacionales y estresores que afectan negativamente su salud mental o de factores que pueden mejorarla y protegerla.

La Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad, undécima revisión (CIE-11) define a los trastornos mentales como:

“Una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Generalmente, esta alteración se asocia con angustia o con discapacidad funcional en áreas importantes de la vida” (6).

Los trastornos mentales resultan de la interacción entre la vulnerabilidad de una persona y los estresores, muchas veces crónicos, causados por los eventos de la vida

(5). A mayor vulnerabilidad individual se requerirán menos estresores para que los trastornos mentales se manifiesten (7). Los trastornos mentales son altamente prevalentes a nivel mundial, el Informe mundial sobre la salud mental (2) reportó que, en el 2019, previo a la pandemia, se calculaba que 970 millones de personas en el mundo presentaban un trastorno mental, siendo los dos trastornos más frecuentes el trastorno de ansiedad (31,0%) y la depresión (28,9%). En el mundo, una de cada ocho personas padece un trastorno mental, de los cuales el 82% se encuentran en países de ingresos bajos y medianos, como el nuestro. La prevalencia puntual de los trastornos mentales ha seguido estable, en aproximadamente 13%, entre los años 2000 y 2019 (2). En el 2020, debido a la pandemia por la COVID-19, se estima que la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión aumentaron en 26% y 28% respectivamente, solo en ese año (8).

Existen intervenciones farmacológicas y psicológicas eficaces para tratar los trastornos mentales, muchas de las cuales pueden administrarse de manera rápida y efectiva (9). Sin embargo, a pesar de que hay tratamientos efectivos, la mayoría de las personas a nivel mundial, que padecen trastornos mentales no reciben tratamiento porque los servicios son con frecuencia, inaccesibles, insuficientes o no solicitados por las personas por el estigma asociado a ellos. (10, 11).

La escasez de profesionales de la salud capacitados en el tratamiento de los trastornos mentales, en todos los países del mundo, aumentan la brecha de tratamiento (12). Casi la mitad de la población mundial vive en países con menos de un psiquiatra por cada 200 000 habitantes (11), incluido nuestro país. En la actualidad, en el Perú hay aproximadamente 900 psiquiatras colegiados, para una

población de más de 34 millones de habitantes, distribuidos desigualmente en el territorio nacional, estando la gran mayoría concentrados en Lima (13). Debido al número insuficiente de especialistas es importante que los estudiantes de medicina, futuros médicos, tengan las competencias, esto es, los conocimientos, habilidades y actitudes, necesarias para diagnosticar y tratar eficazmente los trastornos mentales (14, 15). Un estudio demostró que el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (*Mental Health Gap Action Programme-mhGAP*, por sus siglas en inglés) de la OMS creado para que personal de salud no especializado pueda brindar atención de las personas con trastornos mentales fue implementado con éxito en la capacitación de futuros médicos y enfermeras (16). Recientemente, la pandemia de la COVID-19 afectó la salud mental y el bienestar de muchas personas, tanto aquellas con trastornos mentales preexistentes, como sin ellos, evidenciando la necesidad apremiante de fortalecer los sistemas de salud mental en la mayoría de los países (8).

I.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.2.1. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL

I.2.1.1. Breve historia de la medicina, la psiquiatría y la salud mental

I.2.1.1.1. Medicina y psiquiatría

La medicina comprende la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado de las personas con enfermedades físicas y mentales. Esta disciplina se desarrolló históricamente en medio de enunciados de Hipócrates (460-aC-377aC) que cuestionaron y dejaron sin sustento los afrontes de la brujería y la alquimia. A diferencia, la psiquiatría

por muchos siglos fue relacionada con hechicería, magia, compasión religiosa o paternalismo, esto llevó a que los pacientes sean institucionalizados por muchas décadas (17). Las culturas más evolucionadas atribuían la insania a los dioses, las más primitivas a los demonios o a las fuerzas sobrenaturales, dando lugar a las trepanaciones craneales, que aparentemente tenían como una de sus indicaciones el dejar salir a los demonios que generaban las enfermedades mentales (18).

La psiquiatría surge como la especialidad médica que atendía a los enfermos mentales a finales del siglo XVIII y principios del XIX. En la segunda mitad del siglo XVIII se describen la manía y la melancolía como enfermedades mentales. Se inicia el auge de las instituciones especializadas (manicomios) donde los médicos de la época trataban a un gran número de enfermos mentales, lo que permitió el desarrollo de la psicopatología y del vocabulario clínico especializado que luego conduciría a los nuevos sistemas nosológicos. Se genera la tendencia a que los enfermos mentales debieran ser recluidos en instituciones psiquiátricas, a diferencia de la perspectiva moderna y actual sobre los trastornos mentales, que enfatiza que las enfermedades mentales son iguales a las físicas, y deben evaluarse y estudiarse de la misma manera. Esto es, las personas con trastornos mentales deben tener el mismo trato humano que todo individuo debe recibir en una atención médica. Esta actitud favorece su mejoría y recuperación, a diferencia del confinamiento forzoso y el maltrato que sufrieron a lo largo de la historia con el consecuente deterioro de su funcionamiento (18, 19,

20). El primer intento de relacionar medicina y psiquiatría, bajo la influencia del psicoanálisis, fue durante el decenio 1950-59 con el movimiento de la medicina psicosomática originada simultáneamente, en Norteamérica y Europa, este enfoque enfatizó la visión biopsicosocial que se fortalece entre los años 1970-1979 (17).

La era de la psicofarmacología, uno de los hitos importantes en la psiquiatría se inicia con la síntesis de la clorpromazina en 1951, el primer tratamiento farmacológico efectivo para un trastorno mental, siendo útil para tratar tanto la agitación como los síntomas psicóticos, alucinaciones y delusiones, de los pacientes con esquizofrenia. Su eficacia reflejó la transformación de los servicios en las instituciones psiquiátricas, llevando a la desinstitucionalización de muchos pacientes (21, 22). Actualmente, la psicofarmacología es una disciplina consolidada y los psiquiatras disponen de diversos fármacos eficaces para el tratamiento de una diversidad de trastornos psiquiátricos (21). Paralelamente, con el desarrollo de la clorpromazina, se originó un cambio en el conocimiento de la naturaleza de la transmisión sináptica, que pasó de ser un hecho puramente eléctrico a uno mediado químicamente por neurotransmisores. A finales de la década de los años 50, se lograron identificar seis neurotransmisores en el sistema nervioso central: acetilcolina, dopamina, ácido gama-aminobutírico, noradrenalina, serotonina y sustancia P (21). El éxito terapéutico de la clorpromazina fue determinante para la reintegración de la psiquiatría con las demás disciplinas médicas. Transformó a los psiquiatras de cuidadores a médicos capaces de asistir a las personas con trastornos mentales y no solo

escuchar sus problemas (21). Desde una perspectiva científica, los psicofármacos han facilitado los conocimientos elementales acerca del funcionamiento del cerebro (23). La psiquiatría actualmente tiene el objetivo de comprender tanto la mente como el cerebro.

La psiquiatría biológica se interpreta como la búsqueda de las bases neurobiológicas de los trastornos mentales y el uso de fármacos y otros tratamientos biológicos. Se parte del principio que el cerebro y la mente están interconectados, evidenciándose con el consumo de drogas psicoactivas, incluida la cafeína y el alcohol (24). Numerosos científicos, académicos y clínicos han asistido en la búsqueda de las bases biológicas de los trastornos mentales, dando lugar a descubrimientos y avances concretos en la comprensión de las enfermedades mentales. Los ensayos clínicos aleatorizados, que en psiquiatría siguen la misma rigurosidad que en todas las otras especialidades, han establecido la eficacia de los psicofármacos (24, 25).

Las investigaciones deberían de centrarse en tratar de identificar biomarcadores, desarrollar nuevos tratamientos y mejorar los servicios para así optimizar la atención de los pacientes. Existe un real potencial de estudios poligénicos y el aprendizaje automático de neuroimágenes que influirían favorablemente en la práctica clínica (24, 26, 27).

I.2.1.1.2. Salud mental

El concepto de higiene mental fue introducido por William Sweetzer en 1843, a raíz de la inquietud por las consecuencias de las condiciones de salud tras la guerra civil estadounidense. El médico-psiquiatra J. B. Gray, anticipó una higiene mental de carácter comunitario fundamentada en la educación, el desarrollo social, la religión y la implicación en la vida social. Más tarde, en 1893, Isaac Ray, quien fundó la Asociación Americana de Psiquiatría, ofreció una definición del término higiene mental:

“El arte de preservar la mente contra todo incidente e influencia que pueda deteriorar sus cualidades, mermar sus energías o perturbar sus movimientos. El manejo de las facultades corporales en relación con el ejercicio, al descanso, a la alimentación, a la vestimenta y al clima, las leyes de la crianza, el control de las pasiones, la comprensión de las emociones y opiniones del momento, la disciplina del intelecto: todo esto entra dentro del ámbito de la higiene mental”.

El movimiento de la “higiene mental” recibió críticas dentro de la comunidad médica, ya que se consideraba que su énfasis en los factores sociológicos carecía de base científica para prevenir los trastornos mentales y el mantenimiento de la salud. Además, surgieron divisiones entre los psiquiatras que apostaban por tratamientos biológicos de los pacientes con enfermedades mentales y los defensores de la higiene mental, quienes buscaban fomentar la salud mental a través de cambios en las instituciones (28).

Otra revolución en psiquiatría fue la psiquiatría comunitaria, también llamada socio-comunitaria; representante de las primeras avances de la salud pública en la psiquiatría y la salud mental que explora factores patogénicos, protectores y preventivos en el ser humano (22). La década de los años 60 fue una etapa de transformación e innovación en el cuidado de personas con problemas de salud mental. El avance más importante fue el alejamiento de las instituciones psiquiátricas y el desarrollo de los servicios comunitarios (29). También, en esa década se pusieron a disposición nuevos tratamientos psicológicos, incluida la terapia conductual, libre de los misterios y el costo de los procedimientos psicoanalíticos que, hasta esa fecha, era la única psicoterapia disponible (29).

La salud mental es intrínseca en la vida de todas las personas, influye en cómo uno piensa, siente y actúa. Es la base fundamental de nuestra capacidad para tomar decisiones, tener relaciones y moldear el mundo en el que vivimos. Es crucial para el desarrollo personal, social, comunitario, profesional y socioeconómico de la persona y de la sociedad (2). La salud mental ayuda a los individuos a conectarse, funcionar, afrontar y prosperar. A conectarse, pues facilita establecer relaciones positivas, a contribuir con la comunidad, a desarrollar un sentido de pertenencia y a empatizar con otras personas. A funcionar, al permitir aplicar habilidades cognitivas, acceder a una educación, desempeñarse en el trabajo, tomar decisiones saludables y adquirir nuevas destrezas. A afrontar, ya que ayuda a manejar el estrés, adaptarse a los cambios, incorporar nuevas ideas, tomar decisiones

complejas y comprender y gestionar las emociones. A prosperar, al reconocer las propias capacidades, sentirse bien, encontrar sentido y propósito en la vida, y pensar tanto en el propio bienestar como en el de los demás (2).

Para tener una adecuada salud mental, física y social se requiere de un funcionamiento integral e interdependiente en las diferentes áreas del individuo, que se sabe están todas estrechamente vinculadas. Hay evidencia que los trastornos mentales y los problemas físicos están relacionados, pudiendo presentarse uno antes que el otro o viceversa, empeorando el pronóstico cuando ambos están presentes (30). Los trastornos mentales son un problema importante de la salud global, al menos el 10% de la población mundial padece algún trastorno mental. En un estudio en el 2013 sobre Carga Global de enfermedad (31) entre los primeros veinte diagnósticos de años vividos con discapacidad se encuentran los trastornos mentales siguientes: depresión, ansiedad, esquizofrenia, distimia y trastorno bipolar. La depresión subió del tercer lugar en el 1990 al segundo lugar en el 2013 (31). El reconocer, diagnosticar y tratar los trastornos mentales apropiadamente es un paso esencial para reducir el impacto global del padecimiento en el individuo afectado, su familia y la sociedad. Los trastornos mentales y del comportamiento son un segmento significativo de los problemas de salud del mundo. A nivel mundial, se reconoce, la importancia de las repercusiones de la salud mental en el desempeño

personal, en los factores socioeconómicos, en el bienestar global y en la calidad de vida del individuo.

Se entiende que esta relación es en doble sentido, esto es, los aspectos económicos, están directamente influenciados por la salud mental y a su vez la salud mental repercute sobre el aspecto económico (32). La situación sociopolítica y económica que enfrenta el país en las últimas décadas, muestran indicadores de pobreza elevados, falta de empleo y subempleo, y condiciones de vida estresantes y poco saludables que coloca a nuestra población en un ambiente propicio para que se presenten trastornos psiquiátricos y problemas de salud mental.

Existe una relación entre el bienestar mental y los síntomas de los trastornos mentales, esto es, una persona sin trastornos de salud mental tiene más probabilidades de presentar niveles más altos de bienestar mental, por otro lado, las personas que padecen algún trastorno de salud mental tienen más probabilidades de experimentar niveles más bajos de bienestar mental. Sin embargo, también es posible que una persona sin trastornos de salud mental pueda experimentar niveles bajos de bienestar mental, así como una persona con trastornos de salud mental podría experimentar niveles altos de bienestar mental (2). Se describen dos resultados desfavorables asociados a los trastornos mentales, peor salud física y mortalidad prematura los cuales podrían ser evitados con el manejo adecuado (33, 34, 35).

I.2.1.1.3. Prevalencia de los trastornos mentales

I.2.1.1.3.1. A nivel mundial

Los trastornos mentales son altamente prevalentes en el mundo, el Informe mundial sobre la salud mental (2) reportó que, en el 2019, antes de la pandemia, se estimaba que 970 millones de personas a nivel mundial presentaban un trastorno mental, siendo los dos trastornos más frecuentes el trastorno de ansiedad (31,0%) y la depresión (28,9%) (31 GBD, 2019). En el mundo, una de cada ocho personas padece un trastorno mental, de los cuales el 82% se hallan en países de ingresos bajos y medianos, como el nuestro. La prevalencia puntual de los trastornos mentales permaneció estable, en aproximadamente 13%, entre los años 2000 y 2019 (2). En el 2020, debido a la pandemia por la COVID-19, se estima que la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión aumentaron en 26% y 28% respectivamente, solo en ese año (8).

Un estudio epidemiológico realizado entre el 2001 y el 2022 en 29 países, empleó una encuesta estructurada en 156 331 adultos mayores de 18 años, para evaluar la edad de inicio, prevalencia de vida y el riesgo mórbido de vida de 13 trastornos psiquiátricos. Se reportó que la prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico fue de 28,6% (27,9- 29,2%) en varones y de 29,8% (29,2-30,3%) en mujeres (36). El riesgo mórbido de vida, definido en el estudio como, la prevalencia proyectada de desarrollar la enfermedad a lo largo de la vida hasta los 75 años fue de 46,4 % para los hombres y de 53,1 % para las mujeres. La probabilidad de la primera aparición de síntomas alcanzó su punto máximo a los 15 años, con una mediana de edad de inicio de 19 años para los hombres y 20 años para las mujeres (36). La

prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad fue 11,3% (95% IC = 10,9-11,7%) para varones y 18,8% (95% IC = 18,3-19,2%) para mujeres y la de cualquier trastorno del ánimo fue de 9,5% (95% CI = 9,2-9,7%) para varones y de 15,4% (95% IC = 15,1-15,7%) para mujeres. Los tres trastornos mentales con las prevalencias de vidas más alta para varones fueron, trastorno de abuso de alcohol (13,7%, 95% CI = 13,3-14,1%), trastorno depresivo mayor (7,5%, 95% CI = 7,2-7,7%) y fobia específica (5,0%, 95% CI = 4,8-5,3%) y para mujeres trastorno depresivo mayor (13,6%, 95% CI = 13,3-13,9%), fobia específica (10,0%, 95% CI = 9,7-10,2%) y trastorno de estrés postraumático (5,4%, 95% CI = 5,2-5,7%) (36). Estos hallazgos indican que los trastornos mentales son frecuentes, inician con frecuencia en la niñez, adolescencia o adultez temprana y se presentan hasta la edad adulta. Los responsables de planificar los servicios de salud mental deben de garantizar servicios suficientes y el acceso a ellos para el manejo de los trastornos mentales desde edades tempranas.

Las oportunidades que uno tiene en la vida difieren considerablemente según el lugar de nacimiento y la crianza. Por ejemplo, una persona que nació y vive en Japón o Suecia tendrá una esperanza de vida más de 80 años; en Brasil, 72 años; en India, 63 años; y en varios países africanos, menos de 50 años. Inclusive dentro de cada país, la diferencia en la esperanza de vida también puede ser significativa. Las personas más pobres presentan altos niveles de enfermedad y mortalidad prematura, la mala salud no se limita a quienes están en peor situación. La salud y la enfermedad presentan una

clara relación con la escala social en todos los rangos de ingresos: a menor nivel socioeconómico, peor es el estado de salud (5).

Un estudio realizado en Estados Unidos de América entre el 2021 y 2023, menciona que en el año previo, aproximadamente uno de cada cuatro padres de familia presentó algún trastorno mental, siendo severo en el 5,8% de ellos. Las estimaciones de cualquier trastorno mental y trastorno mental severo fueron significativamente diferentes por grupo de edad, sexo y raza/etnia. Es así que el grupo de padres jóvenes, entre los 18 y 25 años, presentan las prevalencias más altas de trastornos mentales y también de trastornos mentales severos. El trastorno mental severo en este grupo fue de 10%. Si se analiza además por sexo, la estimación de cualquier trastorno mental en las madres jóvenes fue de 37,4% y de trastorno severo de 12,7%, mayor que en el grupo de padres del mismo grupo etario. El análisis de la prevalencia según la raza/etnia, presentó las estimaciones más altas de cualquier trastorno mental, severo o no, entre los padres no hispanos, seguidos por los padres blancos no hispanos y los padres indígenas estadounidenses o nativos de Alaska (37). El informe mostró también que las estimaciones de enfermedades mentales varían en los subgrupos demográficos estudiados, lo que sugiere que habría dentro de los mismos otras características que incrementan aún más el riesgo.

Los padres con enfermedades mentales graves tienen menos expectativas de trabajar, y es muy probable que vivan en una situación de mayor pobreza de

que quienes no las padecen. Reducir la pobreza ayudando a los padres con enfermedades mentales graves a conseguir mejores empleos y educación probablemente se traduzca en estabilidad familiar y mejores condiciones para toda la familia (38). Estos resultados destacan la importancia de brindar múltiples vías de acceso a los servicios de salud mental, incluyendo los programas de extensión comunitaria.

Los trastornos mentales en los padres tienen repercusiones en sus hijos. El trastorno depresivo materno se asocia con un menor funcionamiento de sus hijos, en comparación con los de las madres sin depresión, así como una edad de inicio más temprana de síntomas de algún trastorno mental. Por otro lado el impacto de tener una madre con depresión fue similar al de tener un padre con ese trastorno. En ese sentido es importante la atención clínica tanto de la depresión materna como paterna, y debe incluir intervenciones familiares, estos esfuerzos preventivos serán más efectivos si se implementan tempranamente (39).

Los trastornos mentales en los padres tienen repercusiones en sus hijos. El impacto de tener un padre con depresión fue similar al de tener una madre con ese trastorno. El trastorno depresivo materno se asocia con un menor funcionamiento en su descendencia en comparación con los hijos de madres sin depresión, así como con una edad de inicio más temprana de síntomas en la descendencia. La atención clínica dirigida tanto a la depresión materna como paterna debe incluir intervenciones familiares, y los esfuerzos preventivos serían más efectivos si se implementarán tempranamente (39).

I.2.1.1.3. A nivel latinoamericano

El reporte de la carga mundial de morbilidad reporta las incidencias de los trastornos mentales a nivel mundial y por regiones. La incidencia de todos los trastornos mentales en Latinoamérica del sur fue de 13 056.6 (12 197.9-14 002.5) por 100 000 habitantes, menor que la reportada en Norteamérica que fue de 15 445.8 (14 406.4-16 993.31) por 100 000 habitantes y mayor que la obtenida en Latinoamérica central que fue de 11 806.9 (10 931.6-12 775.4) por 100 000 habitantes. En América Latina del sur los trastornos más prevalentes fueron los de ansiedad y los trastornos depresivos reportándose las siguientes prevalencias respectivamente 5125,8 (4459,8-5885,1) y 2777,3 (2492,5-3111,5) (31).

Una revisión sistemática de estudios poblacionales que incluyó 36 estudios sobre trastornos ansiosos en Latinoamérica reportó la prevalencia de vida, de 12 meses y puntual de 14,55% (IC 95%: 12,32-17,11%), 6,61% (IC 95%: 5,20-8,37) y 3,27 (IC 95%: 2,34-4,56% respectivamente. Señalando que aproximadamente 1 de cada 7 personas presentan algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (40).

Otra revisión sistemática de estudios poblacionales que incluyó 40 estudios sobre trastornos depresivos en Latinoamérica reportó la prevalencia de vida, de 12 meses y puntual de 12,58% (IC 95%: 11,0–14,16%); 5.30% (IC 95%: 4,55–6,06%) y 3,12% (IC 95% 2,22–4,03) respectivamente (40). A pesar de que la prevalencia de los trastornos de ansiedad que se reporta es mayor

a la de los trastornos depresivos, la depresión es reconocida por la OMS como una de las principales causas de discapacidad mundial (42).

Debido a la alta prevalencia de la depresión es importante estudiar factores individuales y contextuales relacionados a la sintomatología depresiva. Por lo que se llevó a cabo un estudio que incluyó a 10 206 participantes. Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la versión corta de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-10). En dicho reporte se menciona que el 42,0% de los participantes presentó síntomas depresivos durante la semana previa a la encuesta. Entre los factores individuales analizados que se asociaron con una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos se mencionan los siguientes: ser mujer (OR = 1,81; IC 95%: 1,65-1,99), fumar (OR = 1,30; IC 95%: 1,16-1,45), tener obesidad, consumir comida rápida más de dos veces por semana, estar soltero y convivir con un mayor número de personas en el hogar se asociaron con una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. Por el contrario se identificaron como factores protectores el contar con educación secundaria (OR = 0,77; IC 95%: 0,67-0,88) o superior (OR = 0,58; IC 95%: 0,50-0,68) se identificó como un factor protector. En cuanto a factores que se pueden considerar contextuales se menciona que los niveles elevados de contaminación ambiental (OR = 1,07; IC 95%: 1,01-1,13) también se asociaron con la presencia de síntomas depresivos. Este estudio demostró la relación entre factores individuales y ambientales y la aparición de síntomas depresivos en América Latina (43).

La prevalencia del trastorno depresivo mayor está asociada con varios factores, tales como, disparidades en la atención médica, ser víctima de delitos, incluida la violencia interpersonal y contra la propiedad. Se describe que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es elevada en poblaciones afectadas por conflictos y ha sido positivamente asociado con la desigualdad de género y desigualdad de ingresos. Sin embargo, algunos estudios han observado que esta asociación con la desigualdad de los ingresos y la distribución de estos se presenta en el caso de los hombres, pero no en mujeres (41, 44). Este estudio se encuentra entre los primeros en aportar evidencia estadística sólida que demuestra la asociación entre las disparidades de género en los trastornos psiquiátricos y las desigualdades sociales a nivel global. Sus resultados refuerzan la creciente evidencia de que la desigualdad social ejerce un efecto independiente en la prevalencia de trastornos depresivos en poblaciones específicas (44).

La estructura cerebral y la respuesta al estrés es diferente entre mujeres y hombres. Por ejemplo, la presión de la comunidad en relación con los roles sociales estereotipados basados en el género puede afectar la respuesta de salud mental de manera diferente en mujeres y hombres. En una cultura dominada por los hombres, las mujeres y los hombres pueden lidiar con la competencia en sus lugares de trabajo de manera diferente. También, se ha investigado la relación entre masculinidad hegemónica y salud mental en los hombres. La variación genética humana existe tanto dentro como entre las poblaciones. Estas características genéticas relevantes, así como el estrés podrían contribuir a las disparidades de género en la salud mental (45).

La pandemia de la COVID-19 ha tenido un gran impacto en salud mental global, las prevalencias de los trastornos mentales en América Latina han aumentado de manera desproporcionada, esto no se debería a cambios neurobiológicos, lo más probable es que estén relacionados con factores externos, como acceso reducido a vivienda, saneamiento y seguridad alimentaria (46). La elevada prevalencia de los trastornos mentales y la alta carga global de enfermedad en América Latina ha llevado que una proporción de adultos y niños con enfermedades mentales no reciban tratamiento generando una brecha importante en la solución de los problemas de salud mental creando así una grave situación de salud pública (47).

Alarcón (48) reporta que las necesidades más urgentes para optimizar las operaciones de salud mental en América Latina son: a) incrementar el apoyo a la prestación de servicios a la formación y la investigación mediante alianzas e iniciativas intersectoriales; b) integrar los servicios de salud mental con la atención primaria, así como promover acciones de prevención y promoción; c) aumentar los profesionales en salud mental, garantizando una base multidisciplinar y una distribución geográfica adecuada; d) compartir y difundir los resultados de investigaciones aplicadas realizadas en centros colaborativos de excelencia en la región; e) implementar y mejorar las políticas de salud mental efectivas, orientadas a una distribución

adecuada de los recursos y f) fomentar la colaboración financiera y el apoyo técnico de agencias y organizaciones internacionales.

I.2.1.1.4. A nivel nacional

Desde el 2002, las investigaciones epidemiológicas nacionales llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) han mostrado que existe una elevada prevalencia de trastornos y problemas relacionados con la salud mental. El Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), llevado a cabo ese mismo año en Lima Metropolitana y Callao (49), identificó que el 37,3% de la población presentaba algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que la prevalencia actual alcanzaba el 26,5%. Dentro de la prevalencia de vida, los trastornos de ansiedad fueron los más comunes (25,3%), seguidos por los trastornos depresivos (19,0%). En cuanto a la prevalencia actual, los trastornos de ansiedad representaron el 14,6% y los depresivos el 6,7%.

De acuerdo con la réplica del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima y Callao realizada en 2012 (50), se identificó que el 26,1% de los habitantes de Lima Metropolitana y Callao había experimentado algún trastorno mental a lo largo de su vida, la prevalencia actual se situó en el 7,9%. En cuanto a la prevalencia anual, los trastornos depresivos afectan al 6,2% de la población, el abuso o dependencia de cualquier sustancia al 3,2%, y los trastornos de ansiedad al 2,9%. Analizando los datos por género,

se constató que los cuadros depresivos (8,5%) y ansiosos (3,3%) son más frecuentes entre las mujeres; en cambio, el abuso o la dependencia de sustancias es más común en los hombres (5,7%).

Según un estudio realizado por Saavedra (51), cuyo propósito fue determinar la prevalencia, el acceso y los factores asociados a los principales trastornos mentales en adultos de Lima Metropolitana durante la pandemia de la COVID-19, en una muestra de 1823 personas, se observó que el 57,2% experimentó niveles de estrés que iban de moderados a severos. Además, la prevalencia de trastornos mentales fue del 19,6% en los últimos 12 meses, 17,8% en los últimos seis meses y 12,5% en el momento actual. El incremento de la prevalencia de trastornos mentales vinculado a la pandemia en el país provocó una ampliación de la brecha en el acceso al tratamiento para estos trastornos en la población.

I.2.1.2. Brecha de acceso al tratamiento de los trastornos mentales

I.2.1.2.1. Programa de acción para la brecha de salud mental (mhGAP)

Los trastornos mentales, neurológicos y las adicciones afectan a personas de todas las regiones del planeta y representan una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura (52,53). En 2019, antes del inicio de la pandemia de la COVID-19, se calculaba que 970 millones de personas sufrían algún tipo de trastorno mental a nivel mundial, siendo el 82% de ellas residentes en países con ingresos bajos o medios. (2). A nivel mundial,

los sistemas actuales de salud mental no satisfacen las necesidades de sus poblaciones. Las brechas entre la prevalencia y el tratamiento varían entre países y de un trastorno mental a otro. La atención primaria puede ofrecer tratamiento de los trastornos mentales, ya que permite a los pacientes obtener un acceso más fácil y rápido a los servicios. Debido a que las personas que padecen trastornos mentales enfrentan dificultades para acceder al tratamiento, es que la OMS en el año 2008, viendo la necesidad de superar la brecha entre lo necesario y el acceso al mismo, impulsa y desarrolla el Programa de Acción para la Brecha de Salud Mental (mhGAP)- por sus siglas en inglés-, para facilitar la ampliación de la atención, incluido el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales en entornos de atención médica no especializados en países de ingresos bajos y medios (54). Este programa estaba principalmente orientado a países con ingresos bajos y medios-bajos, con la finalidad de capacitar a profesionales sanitarios no especialistas para optimizar la atención de los trastornos mentales.

La Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en servicios de salud no especializados abarca módulos como: cuidados y procedimientos sanitarios básicos, depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y de conducta en niños y adolescentes, demencia, trastornos vinculados al consumo de sustancias, autolesiones o suicidio, y otras problemáticas relevantes de salud mental (09).

Para evaluar los conocimientos obtenidos por los participantes de los módulos del Curso básico del mhGAP basado en la Guía de intervención mhGAP, se emplea una prueba escrita de conocimientos, diseñada por la OMS, que consiste en 25 preguntas. La Guía de Intervención mhGAP (mhGAP-IG) se desarrolló en el 2010 para ayudar en la implementación del mhGAP. En el 2015 se lanzó la versión revisada 2.0 (55). La literatura global sugiere un impacto sustancial de la capacitación en mhGAP-IG en la conciencia y el conocimiento general de los médicos de atención primaria sobre los trastornos mentales (55). Posteriormente, la OMS señala la importancia que los estudiantes de medicina egresen de las escuelas de medicina con competencias sobre los problemas de salud mental, para así acortar la brecha de atención. En el 2025 se publica la Guía práctica para la educación superior, antes de la realización de práctica pre-profesionales con la idea que estudiantes de medicina de pregrado adquieran las competencias para atender a personas con trastornos mentales (15, 16)

I.2.1.3. Salud mental y la pandemia por la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 repercutió de una manera muy importante en la salud mental y el bienestar de todos los individuos en el mundo. A pesar de que muchas personas lograron adaptarse, otras presentaron problemas de salud mental. La pandemia limitó y en algunos casos inclusive impidió el acceso a los servicios de salud mental (57). La pandemia de la COVID-19 generó un aumento de los problemas de salud mental, en especial de los trastornos depresivos y de ansiedad de 27,6% y de 25,6% respectivamente

a nivel mundial durante el 2020. Asimismo, se calculó que la pandemia provocó 137,1 y 116,1 años de vida perdidos por discapacidad adicionales por cada 100000 habitantes por depresión y trastornos de ansiedad respectivamente (58). Algunos estudios reportaron que en los lugares más afectados por la COVID-19, donde la movilidad de las personas fue menor se halló un mayor aumento de depresión y ansiedad (58) sin embargo otro estudio reportó que fueron los países desarrollados donde se incrementaron aún más los trastornos depresivos y ansiosos. Este estudio reveló, que la prevalencia de la depresión y la ansiedad aumentaron notablemente en el periodo de dos años continuaron al inicio de la pandemia.

Estos valores de trastornos mentales fueron más elevados en las regiones con un mayor índice sociodemográfico, donde paradójicamente la pandemia tuvo una menor que se vieron menor afectación de otras variables.. El aumento en la tasa de incidencia estandarizada en pacientes con depresión fue mayor en mujeres que en hombres. Cuando estos datos se estratificaron por edad, la depresión y la ansiedad aumentó drásticamente entre los jóvenes, mientras que disminuyó en las personas mayores (59).

Debido al distanciamiento social se produjeron importantes desafíos, como fueron el poco acceso a los servicios de salud, al tratamiento apropiado de los trastornos psiquiátricos y a la adecuada atención de la salud mental en la población general de América del Sur. Las estrategias para responder de la mejor forma a las necesidades de salud durante la pandemia dependieron en

gran medida del adecuado fortalecimiento de los sistemas de salud mental, así como de su disponibilidad y accesibilidad en cada uno de los países (60, 61, 62, 63).

La pandemia generó grandes desafíos en los sistemas de salud; sin embargo, no fueron los únicos servicios afectados. Las instituciones educativas, incluidas las escuelas de medicina, también enfrentaron retos significativos, como la necesidad de adaptar rápidamente las prácticas clínicas a entornos virtuales, garantizar el acceso de estudiantes y profesores a plataformas digitales seguras y eficientes, y capacitar a los docentes en el uso de las nuevas tecnologías. Las escuelas de medicina tuvieron que transformar sus prácticas clínicas presenciales en simulaciones digitales asegurando la conectividad. Entre las metodologías implementadas destacaron las clases virtuales sincrónicas, el uso de simulación a distancia y la realización de clases y seminarios en línea, estrategias que permitieron mantener la formación médica en circunstancias excepcionales, incluida la capacitación de los estudiantes de medicina en problemas de salud mental (64, 65, 66).

Este proyecto tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre psiquiatría y salud mental en los estudiantes, externos (6º año de medicina) e internos (7º año de medicina), de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado (FMAH) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Para ello, se utilizó la prueba escrita del Curso

básico del mhGAP, recomendada por la OMS/OPS para la evaluación de los participantes a los módulos del mhGAP.

Se analizaron las características de los externos y su grado de conocimiento mediante dicha prueba escrita. Además, se compararon los resultados obtenidos por los externos en el año 2018 con los internos en 2019 (pertenecientes a la misma cohorte) para determinar si el conocimiento adquirido se mantuvo estable tras un año.

Finalmente, se contrastaron los conocimientos adquiridos por los externos antes y después de la pandemia, utilizando igualmente la prueba escrita del Curso básico del mhGAP, con el fin de identificar posibles variaciones en el aprendizaje generadas por la pandemia.

Las competencias se entienden como actividades observables que integran conocimientos, habilidades y actitudes, describiendo las cualidades individuales de una persona (67). Sin embargo, este proyecto fue diseñado únicamente para evaluar los conocimientos, por lo que no se consideraron ni las habilidades, ni las actitudes de los participantes, aun cuando estos aspectos también forman parte de la competencia.

I.3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

I.3.1. Alta prevalencia de los trastornos mentales

El panorama global de los trastornos mentales muestra que una de cada ocho personas padece de algún tipo de trastorno mental. Es importante destacar que el 82% de estos casos se presentan en países de ingresos bajos y medios, entre los que se encuentra el Perú. La prevalencia puntual de los trastornos mentales se ha mantenido estable en torno al 13% entre los años 2000 y 2019 (2). En Latinoamérica, la prevalencia de por vida de cualquier trastorno psiquiátrico se sitúa en 37,3%. Por otro lado, la prevalencia actual de estos trastornos es del 26,5%. Si se analizan los tipos específicos de trastornos, la prevalencia a lo largo de la vida de cualquier trastorno de ansiedad es del 11,3%, mientras que la de cualquier trastorno del ánimo alcanza el 9,5% (36). En Lima durante el 2022 la prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses fue de 19,6%, de 17,8% en los seis meses previos y 12,5% al momento del estudio (51). El incremento en la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo, relacionado con la pandemia, ha generado una mayor brecha para que la población pueda tener acceso al tratamiento de estos trastornos (68).

I.3.2. Baja disponibilidad de psiquiatras a nivel mundial y baja cobertura de tratamiento

La distribución de la fuerza laboral dedicada a la salud mental presenta notables diferencias a nivel mundial. Las enfermeras especializadas en salud mental representan la mayor proporción de este personal (43%), seguidas por los psicólogos (22%) y los psiquiatras (16%). Estas proporciones se

mantienen relativamente estables entre países con distintos niveles de ingresos y son similares a las registradas en el Atlas 2000 (68).

En los últimos años, el número de psiquiatras a nivel mundial ha mostrado poca variación, situándose en 1,3, 1,7 y 1,5 por cada 100 000 habitantes en 2017, 2020 y 2024, respectivamente. En los países de ingresos bajos y medianos, la cifra es de solo 0,3 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos asciende a 7,0 por cada 100 000 habitantes (68, 69). En el Perú, existen aproximadamente 2,6 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, de los cuales el 72% ejerce en Lima (cabe destacar que Lima es la ciudad más poblada del Perú, concentrando el 30% de la población total) (72). Esto equivale a 1,9 psiquiatras por cada 100 000 habitantes en Lima y solo 0,7 psiquiatras por cada 100 000 habitantes en el resto del país.

La cobertura de tratamiento para el trastorno depresivo mayor es baja en muchas partes del mundo a pesar de que es el trastorno que genera la mayor discapacidad a nivel mundial. Una revisión sistemática que incluyó 149 estudios estimó la cobertura del tratamiento del trastorno depresivo y las brechas existentes. La cobertura del tratamiento de la depresión para el uso de los servicios de salud fue de 51% [95% IC: 20- 82%] en países de ingresos altos y de 20% [95% IC: 1- 53%] en países de ingresos bajos y medianos. La cobertura del tratamiento de la depresión para el uso de los servicios de salud mental fue de 33% [95%I IC: 8-66%] en lugares de

ingresos altos y de 8% [95% IC: <1- 36%] en países de ingresos bajos y medianos. La tasa de tratamiento mínimamente adecuado fue de 23 % [95 % IC: 2 -55 %] en países de ingresos altos y de 3% [95% IC <1- 25%]) en los países de ingresos bajos y medianos. Una limitación metodológica de este estudio fue la falta de datos en los países de bajo y mediano ingresos (71).

I.3.3. Alta mortalidad de los pacientes con trastornos mentales

Estimar la mortalidad asociada a los trastornos mentales, puede ser compleja debido a que los problemas de salud mental, así como el suicidio rara vez son registrados como la causa de muerte en los certificados de defunción. Sin embargo, la mala salud mental es a menudo un factor subyacente o contribuyente importante. Se sabe que las personas con problemas de salud mental experimentan tasas de mortalidad desproporcionadamente más altas que la población general (72). La mayoría de estas muertes son debido a causas prevenibles, especialmente enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias e infecciones, que se reportan con mayor frecuencia en personas con problemas de salud mental. En estos casos, tener un trastorno mental puede no ser directamente la causa de la muerte, sin embargo es probable que sea un factor contribuyente importante (69, 73, 74).

Se ha observado una mortalidad prematura entre las personas con trastornos mentales. Las comorbilidades médicas generales contribuyen

sustancialmente a esta reducción en la esperanza de vida (75). En promedio, las personas con trastornos mentales mueren antes que los que no los tienen. Las mujeres y los hombres con un trastorno mental mueren 7 y 10 años antes, respectivamente, que la población general (75, 76, 78).

De acuerdo con las Estimaciones de Salud Global de 2021, el suicidio representa más de una de cada cien muertes (1,1 %) en todo el mundo. Por cada fallecimiento por suicidio, se producen más de veinte intentos suicidas (80). El suicidio afecta a las personas de todos los países y de todas las edades y a todos aquellos que rodean a la persona que fallece por suicidio.

Las tasas de suicidio varían considerablemente entre países, oscilando desde cuatro muertes por cada 100 000 habitantes en la región Mediterránea del este, hasta más de 10,1 muertes en Asia del Sureste por cada 100 000 habitantes. Casi tres cuartas partes (73 %) de todos los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios, donde reside la mayor parte de la población mundial. Aunque los países de ingresos altos presentan la tasa de suicidio por edad más elevada (11,8 por 100 000), en los países de bajos ingresos la cifra es casi igual de alta (10,5 por 100 000) (79).

Es importante señalar que los países de ingresos altos suelen disponer de registros civiles de mayor calidad, lo que implica que las estimaciones de mortalidad por suicidio en países de ingresos bajos y medios pueden ser menos precisas, subestimándose el valor real en ese país (69, 80, 81, 82).

1.3.4. Impacto del estigma y la discriminación

El estigma vinculado a las condiciones de salud mental es un fenómeno complejo, cuyas consecuencias suelen infravalorarse. El impacto del estigma puede presentarse en cuatro ámbitos principales: en primer lugar, los efectos personales, que abarcan la calidad de vida, el acceso o uso de los servicios y el auto-estigma, el auto-estigma, también denominado estigma internalizado, ocurre cuando las personas con problemas de salud mental toman conciencia de los estereotipos negativos que existen en su entorno, los asumen como ciertos y llegan a aplicarlos a sí mismas; en segundo lugar, los efectos estructurales, que incluyen disposiciones legales, derechos humanos y la implementación de intervenciones psicosociales; en tercer lugar, el impacto sobre la atención sanitaria y social; y, por último, las repercusiones sociales y económicas, como las relacionadas con el empleo. Además, el impacto del estigma puede ser especialmente severo en personas que reúnen varias características estigmatizadas, por ejemplo: pertenecer a minorías étnicas o diversidad sexual, además de tener una condición de salud mental (83, 84).

1.3.5. Evidencia previa al estudio

La evidencia previa a este estudio indica que existe una brecha significativa en el acceso al tratamiento de los trastornos mentales, especialmente en países de ingresos bajos y medios como el Perú, donde la proporción de especialistas en salud mental es considerablemente menor en comparación con países de ingresos altos. En este contexto, se vuelve fundamental

fortalecer la formación académica de los futuros médicos, ya que la evidencia internacional sugiere que una mejor capacitación en salud mental puede impactar positivamente tanto en la atención como en la prevención de estos trastornos. Este proyecto, al evaluar el nivel de conocimiento sobre psiquiatría y salud mental en los externos e internos de la FMAH mediante una herramienta reconocida como la Prueba del curso básico del mhGAP (PCB-mhGAP), se apoya en el reconocimiento global de la importancia de una adecuada preparación médica para reducir las desigualdades en la atención y mejorar los resultados en salud mental. Así, la evidencia previa respalda la necesidad de generar información relevante para orientar mejoras en los contenidos y metodologías de enseñanza, contribuyendo a fortalecer la capacidad de respuesta de los futuros médicos ante los desafíos actuales y emergentes de la salud mental.

I.3.6. Valor añadido de este estudio

Este estudio aporta un enfoque novedoso al analizar el nivel de conocimiento en psiquiatría y salud mental de los internos y externos de medicina de la FMAH, utilizando la PCB-mhGAP. Al identificar las fortalezas y brechas en la formación actual, los resultados permitirán orientar propuestas de mejora en los contenidos y metodologías de enseñanza dentro de los cursos de Psiquiatría y Salud Mental. Asimismo, los hallazgos podrán contribuir a la discusión nacional, sobre la formación médica en salud mental, generando evidencia relevante para la toma de

decisiones educativas y el diseño de intervenciones que fortalezcan la preparación de futuros médicos en este campo prioritario.

1.3.7. Implicancias de la evidencia disponible

Las implicancias de toda la evidencia disponible señalan la necesidad urgente de fortalecer el conocimiento de psiquiatría y salud mental en la formación médica, especialmente considerando el contexto peruano donde la escasez de especialistas y la alta prevalencia de trastornos mentales suponen un desafío significativo para el sistema de salud. En este sentido, los resultados del presente estudio podrán guiar la actualización curricular y la implementación de estrategias pedagógicas más efectivas, alineadas con las recomendaciones internacionales, para que los internos y externos de la FMAH desarrollen las competencias requeridas. De esta manera, se contribuirá no solo al cierre de brechas en la atención, sino también a una mejora sustancial en la capacidad de respuesta médica frente a los retos actuales y futuros en salud mental, favoreciendo la equidad y la calidad de la atención en el país.

El propósito principal de este proyecto fue el estudiar el conocimiento sobre psiquiatría y salud mental en los externos e internos de medicina empleando la PCB-mhGAP. En definitiva, contar con información sobre el nivel de conocimientos en psiquiatría y salud mental, empleando la PCB-mhGAP, tanto de los externos como internos de medicina de la FMAH puede

proporcionar información que guíe posibles modificaciones en los programas de la Sección de Psiquiatría y Salud Mental.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. Aprendizaje de psiquiatría y salud mental en la carrera de medicina

En el 2025 la OMS publica la guía: *Educando a los estudiantes de medicina y enfermería para que brinden atención de salud mental, neurológica y uso de sustancias. Guía práctica para la educación preservicio* (15). Las condiciones de salud mental, neurológicas y uso de sustancias son prevalentes en el mundo, afectan a todas las comunidades y a todos los grupos etarios. Se reporta que, en el mundo, una de cada ocho personas padece un trastorno mental, encontrándose el 82% en países de ingresos bajos y medianos (2). Estas condiciones producen elevada discapacidad y (85, 86, 87, 88, 89) y mortalidad (69).

Hay diversas intervenciones psicosociales y farmacológicas para manejar los distintos trastornos mentales (55). Sin embargo, a pesar de que existen tratamientos efectivos, la mayoría de las personas con condiciones de salud mental no logran recibirlos debido a diversas razones, tales como: servicios inaccesibles, insuficientes o de mala calidad, o porque el estigma, de una u otra manera, les impide obtener ayuda (68). Por lo que los estudiantes de medicina de pregrado, y otras carreras de salud deben de adquirir las competencias (conocimientos, desempeños y actitudes) necesarias para atender los trastornos mentales. Este estudio se centra en los conocimientos de psiquiatría y salud mental de los externos e internos de medicina, quienes deben aplicarlos durante sus prácticas preprofesionales.

La escasez de psiquiatras a nivel mundial, y en nuestro país, lleva a la necesidad de expandir la fuerza laboral para el manejo de estas condiciones a médicos no especialistas, siendo importante que adquieran estas competencias como estudiantes de pregrado. Los beneficios de integrar el diagnóstico y la atención de estas condiciones, en médicos no especialistas son: ampliar la fuerza laboral disponible, aumentar el acceso a la atención, reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental, promover la atención centrada en la persona, permitir un mejor reconocimiento de los problemas de salud, mantener a las personas cerca a sus sistemas de apoyo para una mejor recuperación y finalmente, lo más importante brindar resultados positivos para la salud física y salud mental de la población (15, 90, 91).

Ante la escasez de especialistas para el tratamiento de los trastornos mentales, resulta fundamental que las facultades de medicina, así como aquellas otras involucradas en la salud mental, estructuren su malla curricular de manera que los estudiantes adquieran las competencias necesarias para atender adecuadamente a pacientes con este tipo de problemas.

La Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental de la FMAH, coordina los cursos de Psicología médica, Clínica Psiquiátrica y la rotación del Externado en Psiquiatría y salud mental. A continuación, se presentan el año que se imparte la asignatura, su creditaje y los resultados de aprendizaje (92):

Título	Año de estudios	Nº de créditos	Resultados de Aprendizaje
Psicología médica	3º med.	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar como las experiencias previas y las variables psicológicas, socioculturales, económicas y éticas influyen en el proceso salud-enfermedad de los pacientes y en el desarrollo del bienestar de las personas, incluyendo los médicos. 2. Iniciarse en la entrevista clínica y comprender la importancia de la ética, la empatía y la comunicación para una correcta relación médico-paciente. 3. Demostrar respeto al otro, compromiso con el aprendizaje y las capacidades de autocrítica y de comunicación, bases del profesionalismo.
Clínica Psiquiátrica	5º med.	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar la historia clínica psiquiátrica en diferentes escenarios, cumpliendo las normas de bioseguridad, presentarla de forma oral y escrita e identificar los problemas de salud mental de los pacientes para plantear los diagnósticos y los diagnósticos diferenciales 2. Establecer el plan para lograr el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas de los pacientes, como escalas de evaluación, exámenes auxiliares y estudios por imágenes para

			<p>descartar lesiones orgánicas e interpretación de los resultados.</p> <p>3. Explicar los factores de riesgo de las enfermedades de los pacientes psiquiátricos, indicar los hábitos de vida saludables y las medidas preventivas, sobre todo para la prevención de la violencia y adicciones, e identificar las medidas terapéuticas necesarias iniciales y en el caso de las enfermedades más prevalentes el tratamiento completo, farmacológico y no farmacológico, reconociendo la importancia de la adherencia al tratamiento.</p> <p>4. Comunicarse eficazmente estableciendo relaciones de confianza y respeto con los pacientes, familiares y profesionales de la salud; integrarse en el sistema de salud y aplicar los principios éticos en el ejercicio de la práctica clínica e identificar y reflexionar sobre los dilemas que se presenten.</p>
Externado en Psiquiatría	6° med.	5	<p>1. Realizar la historia clínica y las evoluciones en pacientes psiquiátricos en diferentes escenarios, reconociendo las atenciones que son emergencias o urgencias, cumpliendo las normas de bioseguridad, presentarlas de forma oral y escrita e identificar los problemas de salud de los pacientes para plantear los diagnósticos y los diagnósticos diferenciales.</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Establecer el plan para lograr el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas, como escalas de evaluación, exámenes auxiliares y estudios por imágenes para descartar lesiones orgánicas e interpretación de los resultados. 3. Explicar los factores de riesgo de las enfermedades psiquiátricas, indicar los hábitos de vida saludables y las medidas preventivas, e identificar las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas necesarias, reconociendo la importancia de la adherencia al tratamiento y la toma de decisiones compartidas. 4. Practicar la atención de pacientes psiquiátricos bajo tutoría y con responsabilidad compartida, comunicarse eficazmente estableciendo relaciones de confianza y respeto con ellos, sus familiares y los profesionales de la salud; integrarse en el sistema de salud como parte de un equipo asistencial, actuar profesionalmente y aplicar los principios éticos en el ejercicio de la práctica clínica e identificar y reflexionar sobre los dilemas que se presenten. 5. Realizar aprendizaje independiente con revisiones críticas de la literatura médica identificando deficiencias y las áreas a mejorar.
--	--	--	---

En la asignatura de Clínica Psiquiátrica se desarrollaron las unidades siguientes: Psicopatología y examen mental, trastorno del humor, psicosis, trastornos de la personalidad, adicciones, emergencias psiquiátricas, ansiedad, psiquiatría en hospital general y psiquiatría de niños y adolescentes .

Las unidades impartidas antes y después de la pandemia mantuvieron contenidos similares, sin embargo se modificó la metodología de aprendizaje: las actividades teóricas se llevaron a cabo de manera virtual, tanto en modalidad sincrónica como asincrónica, y las prácticas clínicas fueron sustituidas por simulaciones virtuales o tele-consultas psiquiátricas durante los años 2020, 2021 y el primer semestre del 2022.

II.2. Condiciones prioritarias en el mhGAP

Las condiciones prioritarias abordadas por el mhGAP reflejan temáticas que guardan estrecha relación con los contenidos impartidos en nuestra carrera. El mhGAP se centra en las principales condiciones de salud mental, neurológicas y uso de sustancias que representan una alta carga en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad; causan grandes costos económicos; o están con frecuencia, asociados con violaciones generalizadas de los derechos humanos.

Las condiciones prioritarias del mhGAP son: trastornos por uso de alcohol, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y ataques de pánico, trastornos mentales y conductuales en niños y adolescentes, trastorno de estrés postraumático, demencia, depresión, trastornos por consumo de drogas, epilepsia y convulsiones, psicosis y trastorno bipolar, autolesiones y suicidio, y otros problemas emocionales significativos (55).

II.3. Implementación y resultados del mhGAP

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias son muy frecuentes y representan una gran carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Existe, una brecha entre la demanda, la capacidad y los recursos de los sistemas de salud y los recursos disponibles. A pesar de que una de cada diez personas presenta un trastorno de salud mental, solo el 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Es indispensable, reconocer la importancia de prestar servicios de salud a las personas con trastornos mentales para así reducir, de alguna manera, la brecha entre los recursos disponibles y la necesidad de esos servicios. En el año 2008, la OMS puso en marcha el Programa mhGAP. Los objetivos principales del mhGAP eran involucrar a los gobiernos de los países de bajos y medianos ingresos para lograr una mayor cobertura de los trastornos mentales. Con estos objetivos, el mhGAP proporcionó orientación y herramientas basadas en la evidencia con el fin de avanzar hacia las metas del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, el cual ahora sabemos que no fue alcanzado (MHGAP, 2008). Cinco años

después la guía fue actualizada sobre la base de la bibliografía emergente publicándose en el 2015 la versión 2.0 de la mhGAP-GI (Guía de intervención). Esta actualización incluyó comentarios recibidos a partir de las experiencias realizadas en el campo, mejorando la claridad y la utilidad de la guía (55, 95). En el 2023, se publica la tercera edición que incluye recomendaciones eficaces de calidad y basadas en evidencia para el manejo de los trastornos mentales por los trabajadores de la salud no especializados en países de ingresos bajos y medianos (96).

El mhGAP-GI fue diseñado principalmente para la capacitación de profesionales no especialistas en atención primaria, aunque también fue adoptado por ministerios, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas para expandir los servicios de salud mental en más de 90 países (55).

Aunque existe poca evidencia sobre la manera más eficaz de aplicar las guías, esto no debe debilitar los esfuerzos internacionales orientados a desarrollar y evaluar planes de implementación. El mhGAP-GI proporciona recomendaciones fundamentadas con evidencia, acompañadas de protocolos clínicos y algoritmos sencillos que facilitan la toma de decisiones en la evaluación y el manejo de los trastornos mentales. Esta guía está dirigida especialmente a profesionales sanitarios no especializados que ejercen en centros de atención de primer y segundo nivel. Además, se subraya la importancia de que la formación esté supervisada y el

seguimiento sea realizado por especialistas, con el fin de asegurar que la guía se aplique correctamente (95)

Una revisión sistemática del 2017 identificó 33 estudios que describieron la implementación del mhGAP-GI en países de ingresos bajos y medianos hasta el 24 de noviembre de 2020. Se recogió evidencia, experiencia y evaluaciones sobre el uso del mhGAP-GI, su aplicación móvil o la versión humanitaria, provenientes de cualquier país y en cualquier idioma, debido a la heterogeneidad de los estudios no fue posible realizar un metaanálisis. De un total de 2621 artículos revisados, se identificaron 162 artículos que reportaban el uso de aplicaciones del mhGAP-GI. Los artículos describían cursos de capacitación (58), aplicaciones clínicas (49), usos en investigación (27), adaptaciones contextuales (13), estudios económicos (7) y otras aplicaciones (7). La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en la región africana (40%) y en el sudeste asiático (25%). Las investigaciones demostraron mejoras en conocimientos, actitudes y confianza tras la formación, así como una mejoría en los síntomas de los pacientes y el compromiso con el cuidado tras la implementación. Además, los estudios comparativos con el mhGAP-GI mostraron que las intervenciones psicológicas con reparto de tareas mejoraban la atención habitual, y los estudios de adaptación optimizaron la implementación del mhGAP-GI para distintos contextos. Por otro lado, los análisis económicos calcularon las necesidades de recursos humanos para expandir la implementación del mhGAP-GI, y otras investigaciones educativas exploraron su potencial de

reutilización. La diversa y creciente literatura global sobre el mhGAP-GI evidencia un impacto significativo en la formación, la atención al paciente, la investigación y la práctica clínica. Como prioridades para el futuro, sugieren que la investigación debe centrarse en regiones menos estudiadas, en enfermedades mentales graves y en la adaptación contextual de intervenciones breves (55, 97).

Se llevó a cabo una revisión de la literatura gris sobre los reportes relacionados con la implementación y el uso de la mhGAP-GI y sus módulos de entrenamiento, utilizando fuentes como ProQuest Dissertations & Theses Global, la base de datos de Mental Health Innovation Network (MHIN), el sitio web de la OMS, el boletín mhGAP y las diez primeras páginas de resultados en Google, con información recopilada hasta noviembre de 2019. En total, se incluyeron 151 documentos en la revisión. La mhGAP-GI fue implementada en 92 países alrededor del mundo, dirigida a distintos profesionales de la salud como: enfermeras, médicos no especialistas, médicos residentes, trabajadores comunitarios, paramédicos, obstetras y consejeros en VIH-SIDA. Los reportes identificaron factores que pueden facilitar o dificultar la implementación y el uso del programa, los cuales fueron similares, tales como: factores políticos, de infraestructura, de los proveedores, así como aspectos culturales y organizacionales. Se discutió la viabilidad de la implementación, la cobertura, el impacto en la capacitación del personal, los resultados en los pacientes, las políticas públicas involucradas y los costos del programa. Los autores concluyeron que la

revisión de la literatura gris complementa la información contenida en la literatura revisada por pares, ya que esto contribuye no solo a reconocer la realidad sobre investigación de muchos países de ingresos bajos y medios, sino también a generar información adicional que amplía lo documentado en artículos revisados por pares (97)

Luhar, et al. reportó un estudio donde analizó el uso y la eficacia de la versión 2.0 de mhGAP-GI en voluntarios sanitarios de dos organizaciones benéficas del sur de Asia. En el estudio realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho voluntarios, los temas principales identificados fueron: conciencia sobre los temas de salud mental, educación en salud mental, empatía y cuidado, percepción social y prejuicios dentro de la comunidad del sur de Asia, así como el desarrollo personal. El estudio destacó que el mhGAP tiene un potencial transformador. Aunque la OMS diseñó originalmente al mhGAP-GI como una herramienta para países de ingresos bajos y medianos con recursos limitados en salud mental, los resultados de este trabajo demuestran su utilidad incluso en contextos de países de altos ingresos, para capacitar a voluntarios que trabajan en el ámbito de la salud mental (98).

Un estudio realizado en Fidji que empleó un enfoque de métodos mixtos, utilizando distintos instrumentos para recoger datos de profesionales sanitarios formados en mhGAP, personal directivo, instalaciones y registros administrativos incluyó a 66 participantes. Se reportaron resultados

positivos con relación a la implementación del mhGAP, destacando que fue percibido como valioso y fácil de aplicar, además de que los profesionales adquirieron un nivel de conocimiento adecuado y mostraron disposición al cambio. Se identificaron algunas debilidades y oportunidades de mejora, en particular, la necesidad de reforzar la planificación y el liderazgo. Concluyeron que es especialmente relevante la creación de un entorno propicio para el cambio, esto facilitaría el desarrollo de los servicios de salud mental más eficaces (99).

En Latinoamérica se han reportado estudios empleando el mhGAP en México, Chile y Colombia. Robles et al. llevaron a cabo un estudio para evaluar la efectividad de un curso de capacitación basado en las guías del mhGAP, cuyo objetivo fue aumentar el conocimiento, la identificación y el manejo de la depresión y el riesgo de suicidio en la atención primaria en México. En el estudio participaron 60 médicos de atención primaria, quienes completaron una evaluación de conocimientos sobre mhGAP y depresión, así como una autoevaluación de su eficacia en el manejo del riesgo suicida. Antes de recibir la formación, los médicos ya contaban con un conocimiento adecuado sobre la depresión y su tratamiento ($8,1 \pm 1,66$). Los resultados mostraron mejoras significativas: en conocimiento sobre depresión, los puntajes aumentaron de $7,91 \pm 2,19$ a $8,77 \pm 1,34$ ($p = 0,01$), y en la gestión del riesgo suicida, de $29,16 \pm 9,35$ a $39,24 \pm 6,83$ ($p = 0,0001$). Además, se observó un incremento considerable de médicos en la etapa de acción tras la capacitación (63,9%). Los autores concluyeron que un curso de formación

basado en el WHO-mhGAP es una herramienta eficaz para aumentar tanto el conocimiento como la disposición de los médicos de atención primaria para implementar servicios de salud mental (100).

Sapag y colaboradores detallaron el método utilizado para evaluar de manera integral la implementación del mhGAP en Chile. Para ello, realizaron un estudio transversal empleando una encuesta sobre el programa en los 29 servicios públicos de salud del país, complementada con entrevistas individuales y grupos focales con especialistas. El análisis se enfocó en la importancia y el impacto del mhGAP en la oferta de servicios de salud mental, así como en el desarrollo de su implementación. Los participantes valoraron la puesta en marcha gradual del mhGAP, resaltando la mejora en las herramientas para identificar, diagnosticar y tratar trastornos comunes, además de destacar la existencia de estrategias más efectivas de derivación. Consideraron que todos los módulos eran valiosos, subrayando la relevancia de los de autolesión/suicidio y los trastornos mentales y conductuales en niños y adolescentes. Asimismo, enfatizaron que las Jornadas Nacionales fueron clave para el éxito del programa y señalaron la necesidad de fortalecer la difusión del mhGAP. En síntesis, concluyeron que la implementación del mhGAP en Chile representa un ejemplo destacado de aprendizaje, respaldado por el fortalecimiento de la salud mental comunitaria y la atención centrada en la familia (101).

Agudelo y colaboradores analizaron las dificultades y retos que enfrenta la implementación del mhGAP en Chocó, Colombia, explorando la conexión entre la puesta en marcha del programa, su accesibilidad, aceptabilidad y el proceso de supervisión. Para ello, llevaron a cabo un estudio transversal de carácter cualitativo que involucró a 41 participantes, de los cuales 30 pertenecían al personal de salud y 11 al área administrativa. Los hallazgos revelaron una relación estadísticamente significativa entre los distintos componentes de la implementación, reforzada por los testimonios obtenidos en las entrevistas. Entre los principales obstáculos identificados se encuentran la dispersión geográfica, el conflicto armado, las dificultades para modificar las percepciones locales y los problemas administrativos para acceder a los tratamientos. A pesar de que la aceptación, el acceso y la supervisión fueron adecuados, se evidenciaron barreras y desafíos de índole social, geográfica, política, cultural y administrativa en el ámbito de la salud.

Aldana, et al. identificaron que la implementación del mhGAP enfrentó obstáculos, principalmente por la falta de oportunidades de capacitación para proveedores de atención primaria. Para abordar estas barreras, se evaluó la efectividad de un programa de educación a distancia basado en redes sociales, diseñado para facilitar el acceso y la comprensión de la guía de intervención mhGAP entre proveedores de Jalisco, México. El estudio, de tipo cuasiexperimental y con diseño pre-test/post-test, incluyó módulos en línea, seminarios web y foros facilitados por expertos. Participaron 1096 proveedores, quienes mostraron una mejora significativa en sus

conocimientos: la puntuación promedio subió de 58,2% a 81,4% tras la intervención ($p < 0,001$). Además, el 92% calificó positivamente el programa, resaltando su accesibilidad, flexibilidad y utilidad práctica. Estos resultados evidencian que la capacitación a distancia mediante redes sociales es una estrategia efectiva para fortalecer la atención en salud mental en contextos con recursos limitados (103).

El programa del mhGAP fue diseñado para el manejo de los trastornos mentales por parte de trabajadores de la salud no especializados, principalmente en el primer nivel de atención, en países de ingresos bajos y medianos. Posteriormente, debido a diversas barreras y desafíos en su implementación, surgió la necesidad de capacitar a nivel de preservicio, es decir, estudiantes de medicina de pregrado. Entre las barreras identificadas se encontraron la falta de recursos, la escasa formación en salud mental y el estigma asociado a los trastornos mentales. El objetivo en este nivel de aplicación, esto es, en el pregrado, seguía siendo el mismo: reconocer la importancia de prestar servicios de salud a las personas con trastornos mentales para así reducir la brecha entre los recursos disponibles y la necesidad de dichos servicios.

En el 2020 la OMS publica un documento titulado *Mejorando la formación preservicio de salud mental con la Guía de intervención de mhGAP: experiencias y lecciones aprendidas*. El manuscrito fue diseñado con la idea de expandir la fuerza laboral de salud mental, informar a los educadores y a

las autoridades educativas, a las sociedades profesionales y a los estudiantes sobre la mejora del plan de estudios previo al servicio, con materiales mhGAP-GI, que pueden proporcionar a los futuros profesionales los conocimientos que necesitan. La integración dentro de la capacitación previa al servicio tiene el potencial de expandir la fuerza laboral al proporcionar habilidades clínicas prácticas a una variedad de futuros profesionales, incluidos médicos, enfermeras, profesionales de la salud pública, trabajadores sociales y otros. El documento enfatiza que la integración de los materiales de mhGAP-GI, dentro de los planes de estudio, no tiene la intención de alterarlos, sino más bien mejorar los existentes, pudiendo cada institución abordar el proceso desde una perspectiva individualizada (104, 105).

Chaugalain y colaboradores llevaron a cabo el primer estudio que examina la experiencia internacional de instituciones educativas al integrar la Guía de Intervención mhGAP de la OMS en la formación preservicio. Se trató de un estudio descriptivo y transversal mediante un cuestionario electrónico aplicado entre diciembre de 2018 y junio de 2019, con la participación de 11 instituciones educativas de nueve países (México, Nigeria, Liberia, Sierra Leona, Somalilandia, Armenia, Georgia, Ucrania y Kirguistán). Cinco de estas instituciones incorporaron el mhGAP-GI tras revisar y adaptar sus planes de estudio existentes, tres lo hicieron a través del desarrollo de nuevos programas de capacitación y las otras tres emplearon ambos métodos. Los principales retos identificados para su implementación

fueron la escasez de recursos financieros, la falta de respaldo por parte de los líderes institucionales y la resistencia de algunos docentes. Las instituciones formaron a estudiantes e internos de medicina, residentes de neurología y medicina familiar, así como a estudiantes de enfermería. La utilización del mhGAP-GI en la formación preservicio contribuyó a mejorar tanto los conocimientos como las habilidades necesarias para abordar trastornos mentales. Este trabajo evidencia que el mhGAP-GI puede ser implementado exitosamente en la capacitación de futuros médicos y enfermeros. Al incluir el mhGAP-GI en la formación preservicio, los futuros profesionales de la salud obtienen una base teórica sólida y experiencia práctica desde etapas tempranas, preparándolos de manera efectiva para su futuro desempeño profesional. Así, la capacitación preservicio puede llevarse a cabo con éxito en diversos contextos y programas educativos, fortaleciendo la formación con el mhGAP-GI y propiciando un entorno que favorezca el desarrollo de los conocimientos y habilidades esenciales para la atención de personas con problemas de salud mental en su ejercicio profesional (106).

En el 2025 la OMS señala la importancia que los estudiantes de medicina egresen de las escuelas de medicina con competencias sobre los problemas de salud mental para así acortar la brecha de atención y publica la Guía práctica para la educación preservicio (15)

II.5. Impacto de la pandemia de la COVID-19 en los procesos de enseñanza y aprendizaje

La pandemia de la COVID-19 generó profundas transformaciones en la sociedad, y uno de los sectores más impactados fue la educación superior. En particular, las instituciones y centros de salud dedicados a la formación de médicos y especialistas se enfrentaron a grandes retos debido a las medidas de confinamiento, que dificultaron la continuidad de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Esta situación obligó a crear, poner en marcha e implementar nuevas estrategias para mantener la calidad en la formación médica. En consecuencia, las facultades de medicina experimentaron un importante impacto, que repercutió directamente en la adquisición de las competencias esenciales por parte de los estudiantes (64).

Ashcroft et al. realizaron una revisión sistemática en la que identificaron programas de formación dirigidos a estudiantes de medicina sobre pandemias y medicina de desastres, evaluando las medidas de preparación y proponiendo enfoques formativos aplicables para capacitar a los estudiantes ante la pandemia de la COVID-19. Veintitrés estudios cumplieron los criterios de inclusión. De estos, la mayoría evaluó el conocimiento (n=18, 78,3%), la actitud (n=14, 60,9%) o las habilidades (n=10, 43,5%) de los estudiantes de medicina. Tras la capacitación en desastres, ningún estudio estimó el impacto de esta, en la mejoría clínica de los pacientes. La duración de los programas osciló entre 1 y 28 días. De forma general, los programas formativos mejoraron la preparación de los estudiantes ante desastres y pandemias, así como su actitud, conocimientos

y competencias. En 18 estudios se utilizaron mediciones pretest y posttest, evidenciando mejoras en todos los resultados analizados. La implementación de programas de formación en desastres mejora la preparación, los conocimientos y las habilidades de los estudiantes de medicina, lo que es fundamental en tiempos de pandemia (107).

Lee, et al, realizaron una revisión sistemática con el objetivo de proporcionar la perspectiva de los educadores y los estudiantes de medicina afectados por la pandemia de la COVID-19. Se incluyeron un total de 49 artículos relacionados con: cambios en el plan de estudios de pregrado debido a la COVID-19 (41 artículos) o actividades educativas dirigidas por estudiantes relacionadas con la COVID-19 (8 artículos). Los 41 artículos de la primera categoría mostraron que la tendencia principal fue reemplazar las clases adoptando actividades remotas en línea. Los ocho artículos de la segunda categoría mostraron diversas actividades educativas realizadas por estudiantes para cumplir con las necesidades médicas del público durante la pandemia. Reportaron que el cambio fundamental en los cursos de preclínicas fue pasar a actividades virtuales en línea. En los cursos de clínicas se señala la imposibilidad de comunicarse personalmente e interactuar con los pacientes y profesores. Además, más de la mitad de los estudiantes expresó que los exámenes clínicos objetivos estructurados (ECOEs) a la distancia eran menos eficaces, para la evaluación de las habilidades clínicas, que los realizados en persona. Esta revisión resumió los cambios en la educación médica de pregrado en todo el mundo y

reflexionó sobre los diversos métodos de enseñanza adoptados por las escuelas de medicina. (108, 109).

Cartledge, et al. realizaron una revisión sistemática en el 2022 a nivel internacional para estimar las adaptaciones realizadas en los exámenes clínicos para la evaluación de los estudiantes de medicina en respuesta a la pandemia de la COVID-19. Los autores identificaron dos enfoques principales de adaptación: la modificación de los exámenes presenciales con medidas estrictas para el control de las infecciones, y el cambio de exámenes clínicos presenciales a exámenes en línea. Se incluyeron 36 estudios de 48 facultades de medicina y 17 países. Los hallazgos indicaron que ambos enfoques fueron factibles durante la pandemia, con puntuaciones comparables a años anteriores a la pandemia y retroalimentación favorable de los participantes. Sin embargo, se señaló como una limitación de los exámenes en línea la imposibilidad de evaluar las habilidades y desempeños, tales como, el examen físico y la ejecución de los procedimientos. La revisión concluyó que, si bien la adaptación de las evaluaciones fue posible, con planificación y recursos suficientes, existió heterogeneidad en la calidad de los informes de las adaptaciones educativas.

De los estudios que investigaron la transmisión, no se reportaron casos registrados de la COVID-19 entre los participantes de los exámenes presenciales. En cuanto a la comparabilidad, los autores de los estudios informaron que los exámenes adaptados eran factibles y que las

puntuaciones fueron comparables a las de las cohortes de estudiantes de años anteriores a la pandemia, tanto para las pruebas presenciales como para las pruebas en línea. Sin embargo, la validez y comparabilidad de las evaluaciones se vieron desafiadas por factores como la incapacidad de evaluar las habilidades del examen físico y los procedimientos con los exámenes clínicos en línea (110).

Durante la pandemia de la COVID-19, los estudiantes de primer semestre de medicina enfrentaron mayores dificultades debido a la transición de la educación secundaria a la educación universitaria, la falta de interacción social, la ausencia de formación práctica presencial, problemas de acceso a Internet y la adaptación repentina al aprendizaje online, lo que impactó negativamente en su motivación y rendimiento académico. Sin embargo, algunos factores como el aprendizaje en grupos pequeños, la reducción de tiempos de prácticas, la modalidad de exámenes online, así como la perseverancia y el acceso a recursos tecnológicos, contribuyeron a que ciertos estudiantes mejoraran su rendimiento. Además, la variedad de estilos de aprendizaje y las herramientas digitales ayudaron a compensar la falta de clases presenciales (111).

Una revisión sistemática analizó el nivel de satisfacción de los estudiantes de medicina con el aprendizaje en línea durante la pandemia de la COVID-19 hasta el 10 de julio de 2022. Se incluyeron 24 estudios con un total de 15 473 estudiantes. Se halló que el 51,8% de los estudiantes estaba

satisfecho con el aprendizaje en línea, y se identificaron factores asociados a esta satisfacción, como la edad, el género, el año de estudios, la experiencia previa con el e-learning, la adaptación y la comprensión del contenido, la participación activa del profesorado, el uso de multimedia, el tiempo dedicado, el nivel de estrés percibido y la comodidad. Se concluyó que, dada la inevitabilidad de la educación online, los educadores deberían analizar distintos enfoques para mejorar la satisfacción de los estudiantes con el e-learning (112).

Akhtar estudió el impacto de la pandemia de la COVID-19 en la educación médica y las adaptaciones curriculares resultantes. Exploró cómo la emergencia sanitaria obligó a las facultades de medicina a aplicar rápidamente modelos de aprendizaje remoto, que afectó a todos los estudiantes. El artículo discute las innovaciones implementadas, tales como, las clases y simulaciones virtuales, los pacientes simulados a distancia. Las innovaciones de aprendizaje remoto implementadas en la educación médica, impulsadas por la pandemia de la COVID-19, presentaron tanto beneficios como desventajas significativas. Las ventajas fueron: continuidad educativa, empleo de la telemedicina, implementación rápida de los recursos remotos como conferencias pregrabadas, presentaciones de PowerPoint con voz, y sesiones interactivas de grupos pequeños. Sin embargo, también se presentaron desventajas, tales como: falta de capacitación con pacientes reales, siendo indispensable la implementación de laboratorios presenciales para subsanar esta deficiencia, uso de equipos de protección personal,

desafíos tecnológicos y financieros, entorno de aprendizaje en casa, impacto en la salud mental y aislamiento, limitaciones de la telemedicina y exposición clínica insuficiente (113).

Una revisión de alcance reportó que la pandemia por la COVID-19 tuvo un efecto negativo en la educación de los estudiantes de medicina a nivel mundial, tanto en países de ingresos altos, como en países de ingresos bajos y medios. Una serie de factores afectaron a los estudiantes y los educadores, incluyendo el nuevo plan de estudios y diseño de evaluaciones, la reducción del contacto con los pacientes, el uso de nuevas tecnologías y la falta de infraestructura. Sin embargo, los países de bajo y medianos ingresos tuvieron más barreras y dificultades, tales como, la falta de acceso a infraestructura tecnológica de la información y el apoyo de sus gobiernos (114).

Wang et al. llevaron a cabo una revisión de la literatura sobre la COVID-19 y los estudiantes de medicina, abarcando publicaciones desde enero de 2020 hasta diciembre de 2022, e incluyeron un total de 176 estudios. El impacto de la pandemia en este colectivo fue generalizado y profundo: el modelo educativo pasó rápidamente de la enseñanza presencial a la en línea, lo que obligó a la mayoría de los estudiantes a suspender sus prácticas clínicas. Sin embargo, en algunas regiones, la escasez de personal sanitario permitió que algunos estudiantes continuaran con el trabajo clínico. El estudio señala que la pandemia afectó gravemente a la salud mental de los estudiantes, y que

dicho impacto persistió incluso después de que mejoraron las condiciones sanitarias. Asimismo, la vocación profesional de los estudiantes de medicina se vio comprometida por la crisis sanitaria. Las rotaciones electivas internacionales también resultaron afectadas negativamente debido a las restricciones de viaje impuestas durante este periodo. Como conclusión, el estudio destaca que la pandemia ha tenido un impacto profundo tanto en la formación como en el desarrollo personal de los estudiantes de medicina, y sugiere que un modelo educativo mixto, más flexible, podría ser el más prometedor para el futuro (115).

Wilson y Shankar realizaron una revisión sistemática sobre enseñanza-aprendizaje y evaluación durante la pandemia. Incluyeron 62 artículos, de estos, 44 se centraron en la enseñanza-aprendizaje durante la pandemia, mientras que 10 abordaron principalmente aspectos relacionados con la evaluación. Además, 8 artículos hicieron referencia a las experiencias de los estudiantes en cuanto a la enseñanza, el aprendizaje y la evaluación en el contexto de la pandemia. Durante este periodo, la educación médica migró al entorno en línea. La transición resultó más sencilla para los estudiantes preclínicos, ya que el contenido se podía impartir de forma remota con mayor facilidad. La pandemia de COVID-19 provocó el cierre de los campus de las facultades de medicina, y las sedes docentes obligando a trasladar la enseñanza y el aprendizaje al ámbito digital. Sin embargo, trasladar el aprendizaje clínico a virtual supuso retos adicionales, especialmente para los estudiantes de medicina de países en desarrollo,

quienes afrontaron dificultades significativas para aprender a distancia. Las sesiones, tanto en grupos grandes como pequeños, pasaron a realizarse a través de plataformas online. Se implementaron rondas clínicas quirúrgicas virtuales y recursos en línea para la enseñanza y el aprendizaje clínico. En cuanto a las evaluaciones, se recurrió a distintos métodos como exámenes a libro abierto, portafolios electrónicos, proyectos, pruebas con supervisión remota, ECOEs en línea y exámenes orales estructurados en línea. La percepción de los estudiantes ante estos cambios fue variada: aunque valoraban la posibilidad de continuar con su formación, consideraban que mantener la concentración y el interés representaba un desafío. El aprendizaje clínico, en particular, se vio especialmente afectado (116).

La pandemia de la COVID-19 provocó una alteración significativa del orden social y supuso una enorme carga para el sistema sanitario. Además, tuvo un impacto sin precedentes en los estudiantes de medicina, quienes se vieron imposibilitados de realizar rotaciones electivas tanto a nivel nacional como internacional. La brecha en el acceso a la atención para personas con trastornos mentales afecta a todos los grupos etarios, incluidos niños y adolescentes. La mayoría de los jóvenes con problemas de salud mental carecen de acceso a atención psiquiátrica, dependiendo a menudo de médicos de cabecera que pueden sentirse poco preparados. Mejorar la educación médica en psiquiatría infantil es fundamental. Un estudio evaluó cambios en la perspectiva de los estudiantes de medicina luego de participar en una rotación electiva en Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Se

encontraron mejoras significativas en la comodidad de los estudiantes evaluando pensamientos suicidas, evaluando diagnósticos de salud mental y comprendiendo factores biopsicosociales. Los resultados sugieren que la participación en las rotaciones electivas aumenta la confianza de los estudiantes en el manejo de problemas de salud mental juveniles, lo que pone de manifiesto la necesidad de más estudios sobre la retención de conocimientos y el impacto en la carrera profesional (117).

La experiencia clínica se adquiere mejor a través de encuentros reales junto al paciente. Esta experiencia no solo proporciona a los estudiantes de medicina una práctica directa de los hallazgos clínicos de los pacientes, sino que también les permite aprender sobre la dinámica de la interacción con las personas, la psicología y el asesoramiento. Por otro lado, algunos estudios han reportado que los pacientes simulados son tan efectivos como los pacientes reales para fines didácticos. Sin embargo la competencia que se ha adquirido debe de demostrarse con pacientes reales. Es importante destacar, que la identidad profesional de los estudiantes se desarrolla a través de sus profesores de medicina, que a menudo son percibidos como modelos a seguir. Además, esas oportunidades de enseñanza clínica proporcionan a los estudiantes lecciones importantes como valor, empatía, liderazgo y trabajo en equipo durante sus encuentros (118).

Las actividades de enseñanza-aprendizaje debido a la pandemia por la COVID-19 variaron de presenciales a virtuales. Las actividades presenciales empleadas prepandemia eran: clases, discusión de grupos

pequeños, laboratorio, rotaciones clínicas con pacientes reales, procedimientos supervisados en pacientes reales. Mientras que las virtuales utilizadas durante la pandemia incluyen: clases virtuales, webinars, discusiones grupales virtuales, videoconferencias, simulación virtual y telemedicina. Se han comparado las actividades de aprendizaje virtual y presencial describiendo beneficios y desventajas de ambas.

Virtuales		Presenciales	
Beneficios	Desventajas	Beneficios	Desventajas
1. Acceso fácil. 2. Ambiente seguro y confortable. 3. Acceso repetido de las clases virtuales. 4. Flexibilidad. 5. Facilita la independencia del estudiante.	1. Asilamiento y mínima interacción con sus pares. 2. Requiere buena conexión a internet. 3. Imposibilidad de evaluación directa de un paciente. 4. Imposibilidad de adquirir competencias blandas.	1. Interacción directa con pares y docentes. 2. Evaluación de pacientes reales. 3. Evaluación directa del estudiante. 4. Supervisión directa de procedimientos	1. Poca innovación. 2. Clases magistrales, no centradas en los alumnos. 3. Tiempo invertido movilizándose a las actividades presenciales.
Modificado Althnaway, 2020 (116)			

III. OBJETIVOS

III.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar y comparar el nivel de conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, empleando la PCB-mhGAP, de los externos e internos de medicina de la FMAH.

III.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

II.2.1. Comparar el nivel de conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, empleando la PCB-mhGAP, de los externos 2018 y externos 2019 (Estudio 1).

II.2.2. Realizar el seguimiento del nivel de conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, empleando la PCB-mhGAP, de externos de medicina (2018) reevaluados como internos (2019) al año siguiente (Estudio 2).

II.2.3. Comparar el nivel de conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, empleando la PCB-mhGAP, de los externos de medicina (2019) antes de la pandemia y los externos de medicina (2022) después de la pandemia por la COVID-19 (Estudio 3).

IV. HIPÓTESIS

La adquisición de conocimientos en psiquiatría y salud mental por los externos e internos de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado evaluada mediante la prueba escrita de conocimiento del Curso básico del mhGAP no presenta diferencias significativas entre ambos grupos.

V. METODOLOGÍA

V.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio fue descriptivo, transversal y de seguimiento para externos 2018 e internos 2019. Se recolectaron de los datos generales de los participantes y sus respuestas de la PCB-mhGAP.

V.2. POBLACIÓN

V.2.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población estudiada abarcó a todos los estudiantes que cursaban el sexto y séptimo año de la Escuela Profesional de Medicina de la FMAH. La prueba se aplicó el día que los externos e internos rindieron el examen final del externado e internado respectivamente. El total de externos matriculados en el segundo ciclo de los años, 2018, 2019 y 2022 fueron 132, 137 y 177 respectivamente y el total de internos matriculados en el segundo ciclo en el 2019 fue 131.

V.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Alumnos que estaban cursando el sexto y séptimo año de la Carrera Profesional de Medicina que dieron su consentimiento informado para ser incluidos en el estudio.

V.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Alumnos que estuvieron cursando el sexto y séptimo año de la Carrera Profesional de Medicina que no dieron su consentimiento para ser incluidos en el estudio.

V.3. MUESTRA

Cálculo de tamaño muestral estudio 1 (119)

Para este estudio se asumió una diferencia esperada de medias en dos poblaciones independientes asumiendo una diferencia esperada de una unidad

en los puntajes de conocimientos, con una desviación estándar esperada de la diferencia de 1.96 (asumiendo la distribución normal para la diferencia de medias) una potencia de 85% y un nivel de confianza de 95%. Finalmente el número mínimo de detección de grupos para los estudios fue de 70 participantes en cada grupo (N = 140), según se detalla abajo.

[33] Tamaños de muestra. Comparación de medias independientes:

Datos:

Varianzas:	Iguales
Opción:	Opción 1
Diferencia de medias a detectar:	1,000
Desviación estándar común:	1,960
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra		
	Población 1	Población 2	Total
85,0	70	70	140

Para este estudio, asumiendo grupos con $n = 131$ y $n = 135$, alcanzó una potencia de 98,56% para las comparaciones estadísticas.

Cálculo de tamaño muestral estudio 2 (119)

El cálculo de tamaño muestral se basó en una diferencia de medias pareadas en los puntajes de conocimiento en salud mental de externado e internado no mayor a 1 unidad, asumiendo una distribución normal con 1.96 desviaciones estándar para la diferencia esperada, una correlación conservadora entre observaciones pareadas de 0.3, un nivel de confianza del 95%. Lo que finalmente brindó un tamaño mínimo de muestras pareadas de 51 estudiantes.

[32] Tamaños de muestra. Comparación de medias emparejadas:

Datos:

Desviación estándar esperada:	
Población 1:	1,960
Población 2:	1,960
Coefficiente de correlación:	0,300
Diferencia de medias a detectar:	1,000
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Número de pares
85,0	51

No obstante, con una muestra final de 113 observaciones pareadas este estudio tuvo una potencia estadística de 99% para detectar diferencias significativas.

Cálculo de tamaño muestral estudio 3 (119)

Para este estudio se asumió una diferencia esperada de medias en dos poblaciones independientes asumiendo una diferencia esperada de una unidad en los puntajes de conocimientos, con una desviación estándar esperada de la diferencia de 1,96 (asumiendo la distribución normal para la diferencia de medias) una potencia de 85% y un nivel de confianza de 95%. Finalmente el número mínimo de detección de grupos para los estudios fue de 70 participantes en cada grupo (N = 140), según se detalla abajo.

[33] Tamaños de muestra. Comparación de medias independientes:

Datos:

Varianzas:	Iguales
Opción:	Opción 1
Diferencia de medias a detectar:	1,000
Desviación estándar común:	1,960
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra		
	Población 1	Población 2	Total
85,0	70	70	140

Asumiendo grupos con $n = 135$ y $n = 67$, este estudio alcanzó una potencia estadística de 92,35%.

IV.4 UNIDADES DE ANÁLISIS

Estudiantes de sexto año (externos) y séptimo año (internos) de la Escuela Profesional de Medicina de la FMAH.

V.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Fecha de nacimiento: registrada como fecha de nacimiento para calcular la edad del individuo.

Sexo: masculino y femenino. Escala nominal.

Estado civil: soltero, casado, conviviente, separado. Escala nominal.

Año de estudio: sexto año de medicina, séptimo año de medicina.

La prueba del Curso Básico del mhGAP: fue diseñada por la OMS para evaluar los módulos del mhGAP. Esta prueba permite medir el nivel de conocimiento adquirido por los participantes para abordar los problemas de salud mental prioritarios en su entorno, lo que refuerza su relevancia dentro

del proceso formativo. Consta de 25 preguntas: las preguntas 1-11 son de verdadero o falso y las preguntas 12-25 son de opción múltiple con 3 alternativas cada una. Las preguntas evalúan diferentes áreas temáticas:

- Atención y prácticas esenciales de salud: 1, 2, 10 y 25
- Depresión: 3, 8, 12, 13 y 14
- Psicosis: 15 y 16
- Epilepsia: 7, 17 y 18
- Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente: 6, 9, 22 y 23
- Demencia: 4 y 21
- Trastornos por consumo de sustancias: 5, 20 y 24
- Autolesión/suicidio: 11 y 19

TABLA OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición conceptual	Definición operacional	Categorías	Instrumento	Escala de medición
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento		Ficha de recolección de datos	Intervalo
Sexo	Sexo del encuestado	Masculino o femenino	Ficha de recolección de datos	Nominal
Estado civil	Estado civil al momento de la encuesta	Soltero Casado, Conviviente Separado	Ficha de recolección de datos	Nominal
Año académico		6° y 7° med.	Ficha de recolección de datos	Ordinal
PCB-mhGAP		Atención y prácticas	PCB-mhGAP: preguntas 1, 2, 10, 25	

		esenciales de salud		
		Depresión	PCB-mhGAP: preguntas 3, 8, 12, 13, 14	
		Psicosis	PCB-mhGAP: preguntas 15, 16,	
		Epilepsia	PCB-mhGAP: preguntas 7, 17, 18	
		Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente	PCB-mhGAP: preguntas 6, 9, 22, 23	
		Demencia	PCB-mhGAP: preguntas 4, 21	
		Trastornos por el consumo de sustancias	PCB-mhGAP: preguntas 5, 20, 24	
		Autolesión/ Suicidio	PCB-mhGAP: preguntas 11, 19	

Definición de términos

- Externos: estudiantes de medicina que están cursando el sexto año, penúltimo año de la carrera de medicina.
- Internos: estudiantes de medicina que están cursando el séptimo año, último año de la carrera de medicina.
- Educación preservicio: es la educación previa a la práctica preprofesional, es el aprendizaje que tiene lugar en preparación para un futuro rol profesional, por ejemplo, como médico, enfermero u otro trabajador de la salud, conocido como el pregrado.

- No especialistas: profesionales de la salud que no son especialistas en trastornos psiquiátricos o problemas de salud mental.
- Competencia: Actividades observables que integran componentes de conocimientos, habilidades y actitudes. Describen las cualidades individuales de una persona.

V.6 PROCEDIMIENTOS

IV.6.1. Coordinación con la Organización Panamericana de la Salud

Coordinación y autorización de la Jefa de Unidad de Salud Mental y Uso de sustancias de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la aplicación de la PCB-mhGAP a los estudiantes de sexto y séptimo año de medicina de la FMAH de la UPCH.

Mediante correo-e la investigadora principal del estudio contactó a la Jefa de Unidad de Salud Mental y Uso de sustancias de la OPS para solicitar la PCB-mhGAP que es empleada para evaluar el aprendizaje de los participantes luego de haber participado en los talleres del mhGAP que se imparten al personal de salud no especializado. Asimismo, se solicitó la autorización para que la PCB-mhGAP pueda ser aplicada a los estudiantes de sexto y séptimo año de medicina de la FMAH de la UPCH con el objetivo de determinar el conocimiento sobre psiquiatría y salud mental empleando la PCB-mhGAP. La PCB-mhGAP fue enviada a la investigadora principal del estudio y se autorizó sea aplicada a los estudiantes de sexto y séptimo año de medicina de la FMAH de la UPCH.

V.6.2. COORDINACIÓN CON LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Luego de haber obtenido la autorización de la OPS para aplicar la PCB-mhGAP se solicitó la autorización del jefe de Carrera de la Escuela Profesional de Medicina para que la prueba sea aplicada a los estudiantes de sexto y séptimo año de medicina. Luego de obtenida la autorización se discutió cuándo sería el mejor momento para aplicar la prueba, teniendo en cuenta que la prueba debía aplicarse en el mismo momento a los estudiantes. Los dos últimos años de la carrera profesional de medicina son principalmente prácticos donde las actividades se desarrollan en las sedes docentes, no en un aula, sin embargo, los estudiantes de sexto y séptimo año tienen programado un examen de conocimientos al final del año académico. Teniendo esa información se obtuvo la autorización de la Escuela Profesional de Medicina para aplicar la PCB-mhGAP en línea a los participantes del estudio el mismo día que se rindió el examen final del externado e internado, que también es rendido en línea.

V.6.3. PROCEDIMIENTO ANTES DE LA PRUEBA DEL CURSO BÁSICO DEL mhGAP

La fecha del examen final del externado e internado fue definida por la Escuela Profesional de Medicina. Luego de definida la fecha el consentimiento informado aprobado por el Comité de ética de la UPCH fue enviado 24 horas antes que se aplique la PCB-mhGAP al correo-e

institucional de los participantes para que puedan leerlo y responder todas las dudas que tuvieron los estudiantes.

V.6.4 PROCEDIMIENTO EL DÍA DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA DEL CURSO BÁSICO DEL mhGAP

El día de la aplicación de la prueba se siguió el procedimiento siguiente:

1. Se les explicó a los participantes los objetivos del estudio y se indicó que la participación era voluntaria.
2. Los participantes tuvieron tiempo para leer nuevamente el consentimiento informado y se aclararon todas sus dudas.
3. Los participantes que dieron su consentimiento informado para participar del estudio marcaron la opción *“Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si ingreso al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento”*.
4. Los participantes que dieron su consentimiento completaron en línea los Datos generales y la PCB-mhGAP (ver Anexo).
5. Los participantes que no desearon participar tuvieron la opción de rechazar la participación del estudio al marcar la opción *“No acepto participar en este estudio”*.

V.6.5. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS EN EL 2018

La fecha del examen final del externado fue definida por la Escuela Profesional de Medicina para el 24 de noviembre de 2018. El

consentimiento informado aprobado por el Comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia fue enviado 24 horas antes de la aplicación de la PCB-mhGAP al correo-e institucional de los externos 2018 para que puedan leerlo y se respondieron todas las dudas que tuvieron los estudiantes.

V.6.6. PROCEDIMIENTO EL 24 DE NOVIEMBRE DE 2018 DÍA DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA DEL CURSO BÁSICO DEL mhGAP PARA EXTERNOS 2018.

El día 24 de noviembre de 2018 se aplicó la prueba (externos 2018) siguiendo el procedimiento según se describe a continuación:

1. Se les explicó a los participantes los objetivos del estudio y se indicó que la participación era voluntaria.
2. Se les dio tiempo a los participantes para leer nuevamente el consentimiento informado y se aclararon todas sus dudas.
3. A los participantes que dieron su consentimiento informado para participar del estudio y marcaron la opción *“Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si ingreso al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento”*, se les dio acceso en línea a los Datos generales y a la PCB-mhGAP.
4. Los participantes que no dieron su consentimiento para participar no tuvieron acceso a la PCB-mhGAP.

V.6.7. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS EN EL 2019

La fecha del examen final del externado y la fecha del examen final del internado fueron definidas por la Escuela Profesional de Medicina para el 25 de noviembre de 2019 y el 10 de enero de 2020 respectivamente. El consentimiento informado aprobado por el Comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia fue enviado a los externos 2019, 24 horas antes que se aplique la PCB-mhGAP al correo-e institucional de los externos 2019 y enviado a los internos 2019, 24 horas antes que se aplique la PCB-mhGAP al correo-e institucional de los internos 2019 para que puedan leerlo y se respondieron todas las dudas que tuvieron los estudiantes.

V.6.8. PROCEDIMIENTO EL DÍA DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA DEL CURSO BÁSICO DEL mhGAP PARA EXTERNOS 2019 E INTERNOS 2019

El día 25 de noviembre de 2019 y el 10 de enero de 2020 se aplicó la prueba a los externos 2019 e internos 2019 respectivamente siguiendo el procedimiento según se describe a continuación:

1. Se les explicó a los participantes los objetivos del estudio y se indicó que la participación era voluntaria.
2. Se les dio tiempo a los participantes para leer nuevamente el consentimiento informado y se aclararon todas sus dudas.
3. A los participantes que dieron su consentimiento informado para participar del estudio y marcaron a la opción *“Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que*

participaré si ingreso al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento”, se les dio acceso en línea a los Datos generales y a la PCB-mhGAP.

4. Los participantes que no dieron su consentimiento para participar no tuvieron acceso a la PCB-mhGAP.

Debido a la pandemia por la COVID-19 no se recolectaron muestras los años 2020 y 2021.

V.6.9. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS EN EL 2022

La fecha del examen final del externado fue definida por la Escuela Profesional de Medicina para el 19 de diciembre de 2022. El consentimiento informado aprobado por el Comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia fue enviado 24 horas antes que se aplique la PCB-mhGAP al correo-e institucional de los externos 2022 para que puedan leerlo y se respondieron todas las dudas que tuvieron los estudiantes.

V.6.10. PROCEDIMIENTO EL DÍA DE LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA DEL CURSO BÁSICO DEL mhGAP PARA EXTERNOS 2022

El 19 de diciembre de 2022 se aplicó la prueba a los externos 2022 siguiendo el procedimiento según se describe a continuación:

1. Se les explicó a los participantes los objetivos del estudio y se indicó que la participación era voluntaria.

- a. Se les dio tiempo a los participantes para leer nuevamente el consentimiento informado y se aclararon todas sus dudas.
2. A los participantes que dieron su consentimiento informado para participar del estudio y marcaron a la opción *“Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si ingreso al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento”*, se les dio acceso en línea a los Datos generales y a la PCB-mhGAP.
3. Los participantes que no dieron su consentimiento para participar no tuvieron acceso a la PCB-mhGAP.

V.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado en el Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPCH y se obtuvieron todas las renovaciones según lo estipulan el reglamento, y las normas y procedimientos del Comité Institucional de Ética en Investigación en seres humanos de la UPCH. Se aseguró la confidencialidad de los datos. El presente estudio no significó ningún riesgo para la población a estudiar. La participación fue voluntaria y los participantes firmaron un consentimiento informado antes de participar.

V.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

V.8.1. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO ESTUDIO 1:

Comparación del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, empleando la Prueba del Curso básico del mhGAP entre los externos 2018 y los externos 2019.

Se utilizaron estadísticos descriptivos para resumir las principales características de la población de estudio (frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media \pm desviación estándar [DE] para variables numéricas). Los puntajes de la PCB-mhGAP en los alumnos de externado fueron resumidos mediante media \pm DE y distribuidos según las características de estudio mediante gráficas de dispersión. La asociación entre los puntajes de la PCB-mhGAP y las características de los estudiantes de externado fue analizada mediante coeficientes de regresión lineal a partir de Modelos Lineales Generalizados (GLM) utilizando distribución de Gauss, función de enlace identidad y varianzas robustas. Brevemente, se formularon modelos de regresión bivariados entre cada una de las variables de estudio con los puntajes de conocimiento en salud mental (variable desenlace). Posteriormente todas las variables de estudio fueron incluidas mediante un criterio de selección paso-a-paso hacia adelante (*Stepwise-forward-selection model*) con la finalidad de identificar aquellas variables para ser incluidas en un modelo de regresión lineal ajustado, considerando valores $P < 0.05$ para la selección de cada variable en el modelo. Los coeficientes de regresión (β) estimados a partir de los modelos de regresión fueron presentados con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa estadístico Stata/IC 19.5 (*StataCorp., College Station, TX, US*). Se consideró un nivel de significancia estadística de 5%.

V.8.2. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO ESTUDIO 2

Seguimiento del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental empleando la Prueba del Curso básico del mhGAP de los externos 2018 e internos 2019.

Para el presente estudio, las características de la población de estudiantes evaluados durante el año académico 2018 (externos 2018) fueron re-evaluados durante el año académico 2019 (internos 2019) (N = 113), esto es, la misma población. Las características fueron descritas mediante estadísticos de resumen (frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media \pm desviación estándar para variables numéricas). Los puntajes de la PCB-mhGAP fueron presentadas mediante gráficas de dispersión de forma separada en los estudiantes durante el externado e internado Asimismo, los puntajes de la PCB-mhGAP durante el externado e el internado en los estudiantes fueron resumidas utilizando media \pm desviación estándar y distribuidas según las covariables de estudio (edad en categorías: ≤ 24 y > 24 años, sexo: mujeres y varones, antecedentes psiquiátricos personales, antecedentes psiquiátricos familiares y rotaciones previas en psiquiatría) y comparados mediante la prueba estadística de T Student pareada. Finalmente, se obtuvo la diferencia

entre los puntajes de la PCB-mhGAP durante el externado e internado; esta variable fue analizada mediante modelos lineales generalizados, de familia de distribución de Gauss y función de enlace identidad para estimar coeficientes de regresión lineal con intervalos de confianza de 95% de la asociación entre cada una de las variables de estudio con una mayor diferencia promedio en los puntajes de conocimiento en salud mental. Todos los análisis fueron realizados en el programa estadístico Stata/SE 19.5 (*Stata Corp., College Station, TX*), considerándose un nivel de significancia de 5%.

V.8.3. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO ESTUDIO 3

Comparación del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental empleando la Prueba del Curso básico del mhGAP de los externos 2019 (prepandemia) y los externos 2022 (pospandemia).

Se describieron las características de las poblaciones de estudiantes de externado durante el período 2019 (prepandemia) y 2022 (pospandemia) mediante estadísticos de resumen (frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media \pm DE para variables numéricas) y además fueron comparadas mediante pruebas estadísticas de Chi Cuadrado y T Student según sea requerido. Los puntajes de la PCB-mhGAP fueron descritos utilizando media \pm DE y fueron distribuidos según período académico (2019 y 2022), así como según las características de la población. Finalmente, se

obtuvieron coeficientes de regresión mediante modelos lineales generalizados (GLM), de familia gaussiana y función de enlace identidad para evaluar diferencias significativas entre los puntajes de la PCB-mhGAP y el período académico. Brevemente, se ejecutaron ecuaciones bivariadas entre cada una de las variables de interés con la variable desenlace (puntajes de la PCB-mhGAP) y posteriormente todas las variables fueron incluidas mediante un criterio de selección paso-a-paso hacia adelante (*Stepwise-forward-selection model*) con la finalidad de identificar aquellas variables para ser incluidas en un modelo de regresión lineal ajustado, considerando valores $P < 0.05$ para la selección de cada variable en el modelo. Los coeficientes de regresión (β) estimados a partir de los modelos de regresión fueron presentados con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Los análisis estadísticos fueron realizados en el programa estadístico Stata/IC 19.5 (*StataCorp., College Station, TX, US*). Se consideró un nivel de significancia estadística de 5%.

VI. RESULTADOS

V.1.1. RESULTADOS ESTUDIO 1:

Comparación del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, empleando la Prueba del Curso básico del mhGAP entre los externos 2018 y los externos 2019.

Las características de ambas poblaciones de estudio se presentan en la Tabla 1. En términos generales, la edad promedio no fue significativamente diferente entre los estudiantes del externado 2018 y 2019 (prueba t de Student, $P < 0,797$), aunque al distribuir por categorías de edad, se encontró una proporción de alumnos >24 años significativamente mayor en los externos 2019 que en los externos 2018 (45,93% versus 32,06%, Chi cuadrado, $P = 0,021$). La distribución por sexo indicó una proporción de varones marginalmente mayor en el programa de externado 2018 (58,02%) que en el 2019 (45,93%, Chi cuadrado, $P = 0,049$). Todos los participantes eran solteros, y se observaron diferencias en la proporción de estudiantes con antecedentes psiquiátricos personales entre los programas de estudio (31,85% versus 19,08% para 2019 y 2018 respectivamente, Chi cuadrado, $P=0,017$), observándose principalmente antecedentes depresivos en ambos grupos. Por otro lado, la distribución de antecedentes familiares psiquiátricos no resultó estadísticamente diferente según programa académico, ni tampoco la proporción de alumnos que realizaban rotaciones previas en psiquiatría (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los externos 2018 y externos 2019

Características	Periodo académico		P
	Externado 2018 (n = 131)	Externado 2019 (n = 135)	
Edad (años)* Media ± DE	24,17 ± 1,54	24,21 ± 1,34	0,797
Categorías de edad*			0,021
≤24 años	89 (67,94)	73 (54,07)	
>24 años	42 (32,06)	62 (45,93)	
Sexo			0,049
Femenino	55 (41,98)	73 (54,07)	
Masculino	76 (58,02)	62 (45,93)	
Estado civil			NSD
Soltero	131 (100,00)	135 (100,00)	
Antecedentes psiquiátricos personales			0,017
No	106 (80,92)	92 (68,15)	
Sí	25 (19,08)	43 (31,85)	
Tipo de antecedente psiquiátrico personal			
Depresión	18 (72,00)	35 (81,40)	0,368
Ansiedad	4 (16,00)	14 (32,56)	0,136
Otros	6 (24,00)	4 (9,30)	0,099
Antecedentes psiquiátricos familiares			0,073
No	80 (61,07)	71 (52,59)	
Sí	24 (18,32)	41 (30,37)	
Desconoce	27 (20,61)	23 (17,04)	
Tipo de antecedente familiar psiquiátrico			
Depresión	13 (52,00)	30 (73,17)	0,080
Ansiedad	3 (12,00)	4 (9,76)	0,774
Otros	15 (60,00)	13 (31,71)	0,024

Rotación previa en psiquiatría			
No	121 (92,37)	126 (94,03)	0,591
Sí	10 (7,63)	8 (5,97)	

En la Tabla 2 se evalúa la asociación entre las características de los estudiantes y el puntaje promedio de la PCB-mhGAP mediante regresión lineal (GLM Gaussiana con enlace identidad y varianzas robustas). En el modelo crudo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje promedio según sexo (masculino vs. femenino: $\beta = 0,21$; IC95%: $-0,22$ a $0,66$; $P = 0,332$) ni según antecedentes psiquiátricos personales (sí vs. no: $\beta = 0,08$; IC95%: $-0,43$ a $0,58$; $P = 0,772$). Asimismo, la edad >24 años mostró una tendencia a puntajes ligeramente menores frente a ≤ 24 años, pero sin alcanzar significancia estadística ($\beta = -0,39$; IC95%: $-0,83$ a $0,06$; $P = 0,090$).

En contraste, haber realizado una rotación previa en psiquiatría se asoció con un incremento marcado del puntaje de la PCB-mhGAP (media $16,71 \pm 1,37$ vs. $15,46 \pm 1,85$; $\beta = 1,25$; IC95%: $0,59-1,90$; $P < 0,001$). Además, reportar antecedentes familiares psiquiátricos “desconoce” se relacionó con un mayor puntaje comparado con “no” ($\beta = 0,72$; IC95%: $0,15-1,29$; $P = 0,013$), mientras que la categoría “sí” no fue significativa. En el modelo ajustado, seleccionado por un procedimiento paso-a-paso hacia adelante (reteniendo variables con $P < 0,05$), persistieron como predictores independientes: (1) la rotación previa en psiquiatría (β ajustado = $1,20$; IC95%: $0,56-1,85$; $P <$

0,001) y (2) el antecedente familiar psiquiátrico en categoría “desconoce” (β ajustado = 0,68; IC95%: 0,12–1,24; $P = 0,017$). El período académico (externos 2019 vs. externos 2018) no evidenció diferencias en el puntaje promedio de la PCB-mhGAP en el análisis crudo ($\beta = 0,04$; IC95%: -0,40 a 0,48)

Tabla 2. Coeficientes de regresión lineal*, crudos y ajustados para evaluar la asociación entre las variables de estudio y los puntajes promedio de la PCB-mhGAP en externos 2018 y externos 2019.

Características	Media \pm DE	Modelo crudo		Modelo ajustado**	
		β (IC 95%)	P	β (IC 95%)	P
Edad ≤ 24 años > 24 años	15,69 \pm 1,89 15,31 \pm 1,75	REF. -0,39 (-0,83, 0,06)	0,090		
Sexo Femenino Masculino	15,43 \pm 1,72 15,65 \pm 1,95	REF. 0,21 (-0,22, 0,66)	0,332		
Antecedentes psiquiátricos No Sí	15,52 \pm 1,84 15,60 \pm 1,86	REF. 0,08 (-0,43, 0,58)	0,772		
Antecedentes familiares psiquiátricos No Sí Desconoce	15,36 \pm 1,86 15,57 \pm 1,82 16,08 \pm 1,75	REF. 0,21 (-0,32, 0,74) 0,72 (0,15, 1,29)	0,437 0,013	REF. 0,13 (-0,39, 0,66) 0,68 (0,12, 1,24)	0,609 0,017
Rotación previa en psiquiatría No Sí	15,46 \pm 1,85 16,71 \pm 1,37	REF. 1,25 (0,59, 1,90)	$< 0,001$	REF. 1,20 (0,56, 1,85)	$< 0,001$

Período académico					
Ext. 2018	15,52 ± 1,79	REF.			
Ext. 2019	15,56 ± 1,90	0,04 (-0,40, 0,48)			

Coeficientes de regresión obtenidos a partir de modelos lineales generalizados (GLM), de familia de distribución Gaussiana, función de enlace identidad y varianzas robustas.

**Selección de modelo mediante un criterio de selección paso-a-paso hacia adelante (Stepwise-forward-selection model), reteniendo variables con un P valor $< 0,05$

V.1.2. RESULTADOS ESTUDIO 2

Seguimiento del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental empleando la Prueba del Curso básico del mhGAP de los externos 2018 y los internos 2019.

Un total de 113 estudiantes evaluados durante el año académico 2018 fueron re-evaluados durante el año académico 2019. La edad promedio de los estudiantes fue de $24 \pm 2,7$ años, siendo mayor el porcentaje de hombres (63/113, 55,8%). Durante la evaluación basal 21 estudiantes reportaron antecedentes psiquiátricos personales (18,6%), de los cuales, 71,4% (15/21) indicaron haber sufrido depresión, 14,29% (3/21) ansiedad y 23,81% (5/21) indicaron otras condiciones como fobia social (n=2), trastorno bipolar (n=1), trastorno de personalidad límite (n=1) y trastorno obsesivo-compulsivo (n=1). Por otro lado, del total de estudiantes evaluados, 22 (19,5%) reportaron algún antecedente psiquiátrico familiar, siendo los principales trastornos en sus familiares la depresión (54,5%, 12/22) y esquizofrenia (30,4%, 7/22), además de otros (ver Tabla 3). Asimismo, un

total de nueve estudiantes (7,96%) reportaron haber realizado una rotación previa en psiquiatría y salud mental durante sus estudios.

Tabla 3. Características de la población de estudiantes de medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, evaluados durante el período de externado (2018) y re-evaluados durante el período de internado (2019).

Características	n (%)
Edad (años)	
Media ± DE	24,02 ± 2,73
Categorías de edad	
≤24 años	76 (67,37)
>24 años	37 (32,74)
Sexo	
Femenino	50 (44,25)
Masculino	63 (55,75)
Antecedentes psiquiátricos personales	
No	92 (81,42)
Sí	21 (18,58)
Tipo de antecedentes psiquiátricos personales*	
Depresión	15 (71,4)
Ansiedad	3 (14,29)
Otros	5 (23,81)
Antecedentes psiquiátricos familiares	
No	68 (60,18)
Sí	22 (19,47)
Desconoce	23 (20,35)
Tipo de antecedentes psiquiátricos familiares**	
Depresión	12 (54,5)
Ansiedad	2 (9,09)
Esquizofrenia	7 (30,43)
Trastorno bipolar	3 (13,04)
Otros	3 (13,04)

Rotación previa en psiquiatría

No

104 (92,04)

Sí

9 (7,96)

*Porcentajes obtenidas sobre el total de estudiantes con algún antecedente psiquiátrico

**Porcentajes obtenidas sobre el total de estudiantes con algún familiar con antecedente psiquiátrico

En general, los puntajes de la PCB-mhGAP por parte de los estudiantes evaluados durante el externado e internado presentaron similar variación y no fueron estadísticamente significativos (media \pm DE: $15,63 \pm 1,76$ vs. $15,51 \pm 1,89$, respectivamente, T Student pareado, $P = 0,543$, Figura 1).

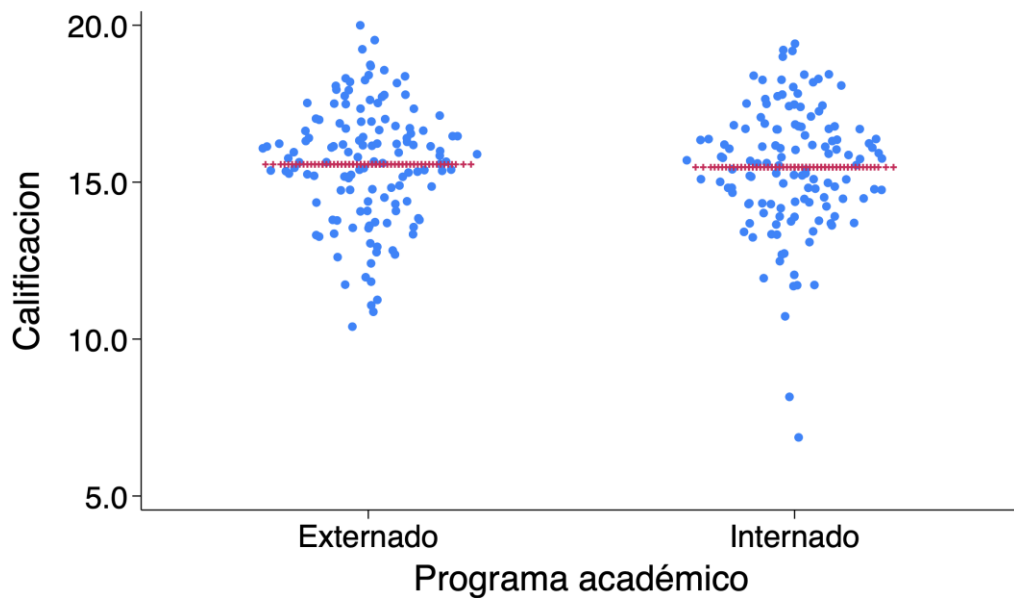


Figura 1. Puntajes de la PCB-mhGAP en estudiantes de medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, evaluados durante el período de externado 2018 y re-evaluados durante el período de internado 2019. Las cruces rojas representan el valor promedio.

La distribución por edad de los puntajes de la PCB-mhGAP durante el externado y el internado no fueron estadísticamente diferentes entre los alumnos con 24 años y menos y los de más de 24 años. Por otro lado, en las mujeres los puntajes promedio de la PCB-mhGAP fueron estadísticamente más altos durante el internado en comparación al externado (media \pm DE: $15,39 \pm 1,76$, vs. $15,90 \pm 1,59$ T Student pareado, $P = 0,049$), mientras que en los estudiantes varones los puntajes promedio de la PCB-mhGAP fueron estadísticamente menores durante el internado en comparación al externado (media \pm DE: $15,82 \pm 1,75$ vs. $15,20 \pm 2,07$, T Student pareado, $P = 0,026$).

Por otro lado, los puntajes promedio de la PCB-mhGAP no fueron diferentes durante el externado e internado independientemente de los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, así como de la presencia o ausencia de rotaciones previas en psiquiatría (Tabla 4).

Tabla 4. Promedio y desviación estándar de los puntajes de la PCB-mhGAP en los estudiantes de medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia evaluados durante el período de externado (2018) y re-evaluados durante el período de internado (2019).

Características	N = 113	Puntajes de la PCB-mhGAP		<i>P</i> Valor*
		Externado (2018)	Internado (2019)	

Edad (años)				
≤24	76	15,88 ± 1,82	15,74 ± 2,07	0,533
>24	37	15,11 ± 1,52	15,05 ± 10,41	0,866
Sexo				
Femenino	50	15,39 ± 1,76	15,90 ± 1,59	0,049
Masculino	63	15,82 ± 1,75	15,20 ± 2,07	0,026
Antecedentes psiquiátricos personales				
No	92	15,55 ± 1,82	15,29 ± 1,89	0,254
Sí	21	16,00 ± 1,41	16,48 ± 1,66	0,215
Antecedentes psiquiátricos familiares				
No	68	15,46 ± 1,80	15,21 ± 1,72	0,276
Sí	22	15,78 ± 1,62	16,05 ± 2,48	0,661
Desconoce	23	16,00 ± 1,74	15,91 ± 1,68	0,818
Rotación previa en psiquiatría				
No	104	15,56 ± 1,76	15,51 ± 1,93	0,800
Sí	9	16,44 ± 1,61	15,56 ± 1,67	0,157

* *P* valores obtenidos mediante prueba de T Student pareado

A partir de los puntajes de la PCB-mhGAP durante el internado y el externado se obtuvieron las diferencias en los puntajes de la prueba. El análisis de regresión lineal demostró una mayor diferencia en el promedio en los puntajes de la PCB-mhGAP en las estudiantes mujeres en comparación a los varones (media ± DE: 0,51 ± 1,78 vs. -0,62 ± 2,15, $\beta = 1,12$, IC 95%: 0,40 a 1,85, $P = 0,002$). Aunque no se observó diferencia estadística significativa, el análisis de regresión evidenció una tendencia a una mayor diferencia promedio en los puntajes de la PCB-mhGAP en los estudiantes con antecedentes psiquiátricos personales en comparación a aquellos que no lo reportaron (media ± DE: 0,48 ± 1,70 vs. -0,25 ± 2,13, $\beta = 0,73$, IC 95%:

-0,11 a 1,57, $P = 0,087$). No se observó diferencia significativa entre la presencia de antecedentes psiquiátricos en sus familiares y las rotaciones previas en psiquiatría sobre las diferencias en los puntajes de la PCB-mhGAP (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de las diferencias en los puntajes de la PCB-mhGAP en estudiantes de medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los períodos de externado (2018) e internado (2019).

Características	N = 113	Diferencia en los puntajes de la PCB-mhGAP		
		Media \pm DE	β (IC 95%)	<i>P</i> valor
Edad (años)				
≤ 24	76	-0,15 \pm 2,05	Ref.	
> 24	37	-0,06 \pm 2,12	0,09 (-0,91 a 0,73)	0,834
Sexo				
Femenino	50	0,51 \pm 1,78	1,12 (0,40 a 1,85)	0,002
Masculino	63	-0,62 \pm 2,15	Ref.	
Antecedentes psiquiátricos personales				
No	92	-0,25 \pm 2,13	Ref.	
Sí	21	0,48 \pm 1,70	0,73 (-0,11 a 1,57)	0,087
Antecedentes psiquiátricos familiares				
No	68	-0,25 \pm 1,90	Ref.	
Sí	22	0,26 \pm 2,77	0,52 (-0,71 a 1,74)	0,408
Desconoce	23	-0,09 \pm 1,79	0,17 (-0,68 a 1,02)	0,702
Rotación previa en psiquiatría				
No	104	-0,05 \pm 2,09	Ref.	
Sí	9	-0,89 \pm 1,71	-0,84 (-1,96 a 0,29)	0,146

*P valor obtenido a partir de modelos lineales generalizados (GLM), de familia de distribución Gaussiana, función de enlace identidad y varianzas robustas.

V.1.3. RESULTADOS ESTUDIO 3

Comparación del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental empleando la Prueba del Curso básico del mhGAP y las características de los externos 2019 (prepandemia) y los externos 2022 (pospandemia).

Las características de ambas poblaciones de estudio son presentadas en la tabla 6. En general, la edad promedio fue menor en los estudiantes de externado en medicina durante el período 2022 (pospandemia) que en el período 2019 (prepandemia) (media \pm DE: 23,37 \pm 1,64 años vs. 24,21 \pm 1,33 años, T Student, $P < 0,001$), mientras que la distribución según sexo no evidenció diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. Todos los estudiantes en ambos grupos eran solteros, y la distribución de antecedentes psiquiátricos personales y familiares tampoco fueron diferentes entre los estudiantes de externado prepandemia y pospandemia. Por el otro lado, una mayor proporción mayor de estudiantes de externado durante el 2022 reportaron rotaciones previas en psiquiatría en comparación a los estudiantes de externado 2019 (16/67, 24,24%, vs. 8/135, 5,93%, Chi Cuadrado, $P < 0,001$).

Tabla 6. Características de los estudiantes de externado en medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, según período académico (2019 y 2022).

Características	Período académico		P
	2019 (n = 135)	2022 (n = 67)	
Edad (años)*			
Media ± DE	24,21 ± 1,33	23,37 ± 1,64	< 0,001
Categorías de edad*			
≤24 años	73 (54,07)	43 (84,31)	< 0,001
>24 años	62 (45,93)	8 (15,69)	
Sexo			
Femenino	73 (54,07)	37 (55,22)	0,877
Masculino	62 (45,93)	30 (44,78)	
Estado civil			
Soltero	135 (100,00)	67 (100,00)	ND
Antecedentes psiquiátricos personales**			
No	92 (68,15)	45 (68,18)	0,996
Sí	43 (31,85)	21 (31,82)	
Tipo de antecedente psiquiátrico personal***			
Depresión	35 (81,40)	16 (76,19)	0,627
Ansiedad	14 (32,56)	3 (14,29)	0,120
Otros	4 (9,30)	6 (28,57)	0,046
Antecedentes psiquiátricos familiares****			
No	71 (52,59)	41 (61,19)	0,462
Sí	41 (30,37)	18 (26,87)	
Desconoce	23 (17,04)	8 (11,94)	
Tipo de antecedente familiar psiquiátrico			
Depresión	30 (73,17)	8 (44,44)	0,034
Ansiedad	4 (9,76)	4 (22,22)	0,198
Otros	13 (31,71)	10 (55,56)	0,084

Rotación previa en psiquiatría*****			
No	127 (94,07)	50 (75,76)	< 0,001
Sí	8 (5,93)	16 (24,24)	

*16 datos faltantes para edad

**1 dato faltante para antecedentes

***Frecuencias obtenidas sobre el total de estudiantes con algún antecedente psiquiátrico

****Frecuencias obtenidas sobre el total de estudiantes con algún familiar con antecedente psiquiátrico

*****1 dato faltante para rotación previa en psiquiatría

Los puntajes de la PCB-mhGAP mostraron una mayor dispersión y además fueron más bajos en los estudiantes del externado durante el período 2022 (pospandemia) en comparación al período 2019 (prepandemia) ($14,44 \pm 4,25$ vs. $15,57 \pm 1,89$), siendo además estas diferencias estadísticamente significativas en el modelo de regresión lineal bivariado ($\beta = -1,13$, IC 95%: $-2,26, -0.01$, $P = 0,048$). No se observaron diferencias significativas en los puntajes de la PCB-mhGAP según la edad de los estudiantes, la presencia de antecedentes psiquiátricos personales o familiares, así como en los casos que los estudiantes hicieron o no rotaciones electivas en psiquiatría según la presencia de rotaciones (todos los valores $P \geq 0.05$, ver Tabla 7). No obstante, luego de la inclusión de todas las variables en el modelo de regresión, únicamente se observaron como variables estadísticamente significativas al período académico y la presencia de rotaciones previas en psiquiatría ($P < 0.05$). Con respecto al período académico, y luego del ajuste por rotaciones previas en psiquiatría, se observó una reducción en el puntaje de la PCB-mhGAP esperado de 1,44 puntos en estudiantes de externado durante el período 2022 (post-pandemia) comparado al período 2019 (pre-

pandemia) ($\beta = -1,33$, IC 95%: $-2,54, -0,13$, $P = 0,030$); de la misma manera, luego del ajuste por período académico, se pudo observar un incremento en el promedio esperado de puntajes de la PCB-mhGAP de 1,90 puntos en los estudiantes que reportaron rotaciones electivas en psiquiatría en comparación a aquellos que no ($\beta = 1,90$, IC 95%: $0,94, 2,87$, $P < 0,001$, Tabla 7).

Tabla 7. Coeficientes de regresión lineal*, crudos y ajustados para evaluar la asociación entre las variables de estudio y los puntajes promedio de la PCB-mhGAP en estudiantes de externado en medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, períodos 2019 y 2022.

Características	Media \pm DE	Modelo crudo		Modelo ajustado**	
		β (IC 95%)	<i>P</i>	β (IC 95%)	<i>P</i>
Edad		Ref.			
≤ 24 años	15,36 \pm 2,84	-0,11 (-0,91, 0,69)	0,782		
> 24 años	15,25 \pm 2,63				
Sexo		Ref.			
Femenino	15,22 \pm 2,8	-0,07 (-0,93, 0,80)	0,882		
Masculino	15,17 \pm 3,31				
Antecedentes psiquiátricos		Ref.			
No	15,29 \pm 2,96	-0,13 (-1,01, 0,7)	0,771		
Sí	15,16 \pm 2,99				
Antecedentes familiares psiquiátricos		Ref.			
No	14,96 \pm 3,46	0,42 (-0,45, 1,28)	0,343		
Sí	15,38 \pm 2,30				
Desconoce	15,69 \pm 2,92				

Rotación previa en psiquiatría						
No	1,08 ± 3,09	Ref.			Ref.	
Sí	15,93 ± 2,98	0,86 (-0,40, 2,11)	0,182	1,90 (0,94, 2,87)	< 0,001	
Periodo académico						
2019	15,57 ± 1,89	Ref.		Ref.		
2022	14,44 ± 4,55	-1,13 (-2,26, - 0,01)	0,048	-1,33 (-2,54, -0,13)	0,030	

*Coeficientes de regresión obtenidos a partir de modelos lineales generalizados (GLM), de familia de distribución Gaussiana, función de enlace identidad y varianzas robustas.

**Selección de modelo mediante un criterio de selección paso-a-paso hacia adelante (Stepwise-forward-selection model), reteniendo variables con un P valor < 0.05)

DISCUSIÓN

Los hallazgos más relevantes del estudio se resumen a continuación:

1. El conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje de la PCB-mhGAP, que participaron en una rotación electiva en psiquiatría fue mayor comparado con los que no realizaron dicha rotación.
2. El conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje en la PCB-mhGAP, fue similar entre los externos 2018 y 2019.
3. El seguimiento del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje en la PCB-mhGAP, fue similar entre los externos 2018 comparado con los internos 2019.
4. El conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje en la PCB-mhGAP, de los externos 2022 (pospandemia) fue menor en con los externos del período 2019 (prepandemia).

A continuación se discuten los hallazgos más relevantes del estudio:

Conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje de la PCB-mhGAP, y rotaciones electivas en psiquiatría.

Este estudio encontró que los estudiantes que habían realizado una rotación electiva en psiquiatría tenían un mayor conocimiento en psiquiatría y salud mental, según el puntaje de la PCB-mhGAP.

En la literatura no se han encontrado estudios que reporten una mejora del conocimiento, evaluado con una prueba escrita de conocimiento, tras realizar una

rotación electiva en psiquiatría. Sin embargo, a continuación se presentan estudios que han descrito diversos beneficios de participar en una rotación electiva en esta especialidad, tales como la disminución del estigma, el aumento en la elección de psiquiatría como especialidad y una actitud más positiva hacia las personas con trastornos mentales.

Zavarotnyy y colaboradores realizaron un estudio para analizar los factores que influyen en las actitudes estigmatizadoras hacia los trastornos mentales entre estudiantes de medicina durante una rotación electiva de psiquiatría. El estudio incluyó 256 estudiantes de una facultad de medicina en Alemania empleando una encuesta antes y después del electivo, los cuestionarios incluyeron preguntas sobre las actitudes de los estudiantes hacia la psiquiatría y el estigma. Después de la pasantía, se observó una reducción significativa del estigma y una mayor disposición de los estudiantes a elegir la especialidad de psiquiatría tras finalizar la carrera de medicina. Los hallazgos demostraron que una pasantía en psiquiatría con interacción directa de los estudiantes con pacientes puede reducir el estigma. Sugirieron que la incorporación de componentes de interacción directa en la formación médica para combatir el estigma y la discriminación puede traducirse en una mejora en el manejo de los pacientes con trastornos mentales (120)

En esta misma línea Lyons y Janca describen que las enfermedades mentales representan un grave problema de salud pública y la psiquiatría sigue siendo una especialidad poco atractiva para los estudiantes de medicina, lo que repercute en la escasez de psiquiatras. Este estudio evaluó el impacto de una pasantía de ocho

semanas en psiquiatría sobre el conocimiento, el interés, la actitud y la percepción del estigma de los estudiantes de medicina hacia la psiquiatría. Los resultados, medidos con una escala análoga de 1 (bajo interés/conocimiento) a 10 (alto interés/conocimiento) mostraron que, el conocimiento sobre psiquiatría mejoró de 3,5 a 6,0 luego de la pasantía, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El interés por la especialidad aumentó de 5,7 antes a 6,1 después de la rotación. También, reportaron que se produjo una reducción significativa de las opiniones estigmatizadoras respecto a la enfermedad mental y el número de estudiantes que consideró seriamente la psiquiatría como carrera aumentó. Concluyeron que integrar estrategias contra el estigma en la formación de los médicos podría mejorar la percepción de la especialidad de psiquiatría y motivar a más estudiantes a elegirla (121).

Asimismo, Economou y colaboradores exploraron el impacto de la pasantía en psiquiatría en la actitud de los estudiantes, teniendo en cuenta el lugar de su formación. Para ello, un total de 678 estudiantes del último año de medicina completaron un cuestionario autoaplicado que incluyó la escala de Actitudes hacia la psiquiatría, Actitudes hacia la enfermedad mental y la escala de Distancia social antes y después de su pasantía. Los resultados indicaron que el periodo de pasantía tuvo un efecto positivo en la reducción del estigma tanto hacia la psiquiatría como hacia los trastornos mentales, con el efecto siendo más pronunciado en el hospital general respecto a la psiquiatría, mientras que en el hospital especializado era más marcado hacia los pacientes con trastornos mentales. Una exploración más profunda de los determinantes del cambio reveló que la mejora se detectó en el

hospital general solo entre quienes no tenían experiencia profesional en salud mental. Por lo tanto, la pasantía en psiquiatría puede ejercer una influencia considerable en la formación de actitudes favorables hacia las enfermedades mentales y la psiquiatría (122).

De igual manera Grant, et al describen el beneficio de las rotaciones electivas en psiquiatría infantil puntualizando que la mayoría de los jóvenes con problemas de salud mental carecen de acceso a atención psiquiátrica, dependiendo a menudo de médicos que están poco preparados. Mencionan que mejorar la educación médica en psiquiatría infantil es fundamental. Este estudio evaluó cambios en la perspectiva de los estudiantes de medicina tras participar en una rotación electiva en Psiquiatría de niños y adolescentes. Describieron mejoras significativas de los estudiantes evaluando los pensamientos suicidas, los diagnósticos de salud mental y la mejor comprensión de los factores biopsicosociales. Los resultados sugieren que la participación en las rotaciones electivas en psiquiatría de niños y adolescentes pueden aumentar la confianza de los estudiantes en el manejo de los problemas de salud mental en los jóvenes (117).

También, la Asociación Mundial de Psiquiatría señala la escasez de psiquiatras a nivel mundial y destaca los factores que influyen en la elección de la psiquiatría como carrera, tales como: una experiencia positiva durante la formación, antecedentes personales o familiares de enfermedad mental y la exposición previa. Incluyen a los electivos en psiquiatría como un factor que facilitaría la elección de psiquiatría como especialidad. Por otro lado, señalan que la falta de instalaciones,

el escaso reconocimiento social, la baja remuneración, el estigma y los prejuicios la dificultarían. Recomiendan que para mejorar el reclutamiento, es importante aumentar la calidad y accesibilidad de la atención psiquiátrica, mejorar la formación, integrar la psiquiatría en el currículo desde el inicio, reducir el estigma social y fomentar actividades extracurriculares e iniciativas que visibilicen la especialidad y la salud mental (123).

El modelo motivacional de las teorías del aprendizaje del adulto plantea que tanto la motivación así como la reflexión son elementos clave para facilitar el aprendizaje (126). Este modelo podría ayudar a entender los hallazgos de este estudio, ya que sugiere que los estudiantes que eligen realizar una rotación electiva en psiquiatría presentan una motivación superior hacia la especialidad, lo que podría explicar el puntaje más alto en la PCB-mhGAP. Todas las actividades curriculares que lleven a que los estudiantes estén más motivados por la especialidad de psiquiatría podría llevar a un mayor aprendizaje y a una mejora en la atención de las personas con problemas de salud mental.

Conocimiento sobre psiquiatría y salud mental al final de la carrera según el puntaje de la PCB-mhGAP.

Considerando la escasez de especialistas para el tratamiento de las personas afectadas por trastornos mentales, es esencial que las facultades de medicina diseñen una malla curricular de manera que los estudiantes desarrollen las competencias necesarias para brindar una atención integral y de calidad a pacientes

con problemas de salud mental. En el plan curricular de la carrera de medicina de la FMAH de la UPCH, los cursos relacionados con psiquiatría y salud mental están programados en los años 3°, 4°, 5° y 6° de medicina. Cabe señalar que durante el internado (7° año), no existe una rotación programada en psiquiatría. Los resultados de este estudio demuestran que los estudiantes de 6° año de medicina (2018) y los internos (2019), es decir, estudiantes pertenecientes a la misma, tenían similar puntaje en la PCB- mhGAP (15,88 vs. 15,74 en ≤ 24 años y 15,11 vs. 15,05 en > 24 años). Esto sugiere que los conocimientos, según el puntaje de la PCB- mhGAP, adquiridos a lo largo de la carrera se mantuvieron hasta el final del internado, inclusive sin una intervención directa en el último año de la carrera.

No se han hallado estudios en la literatura que investiguen el seguimiento de conocimiento de psiquiatría y salud mental en estudiantes, sin embargo hay diversas revisiones que indican la importancia que todo estudiante de medicina adquiera competencias en psiquiatría. Debido a la escasez de psiquiatras tanto a nivel mundial como en nuestro país hace imprescindible ampliar la fuerza laboral encargada del manejo de los trastornos mentales, incorporando a médicos no especialistas en esta atención. Por ello, es fundamental que los estudiantes de medicina adquieran las competencias necesarias durante su formación. Integrar el diagnóstico y el tratamiento de estas condiciones en médicos no especialistas conlleva múltiples beneficios: se incrementa la disponibilidad de profesionales, se mejora el acceso a la atención, se reduce el estigma asociado, se fomenta una atención centrada en la persona, se facilita la detección de problemas de salud física concurrentes, se favorece que los pacientes permanezcan próximos a sus redes de

apoyo, lo que contribuye a una mejor recuperación, y, en consecuencia, se obtienen resultados positivos tanto en la salud física como mental (13, 91, 92).

En el 2025, la OMS destaca la relevancia de que los estudiantes de medicina finalicen sus estudios con competencias sólidas en el abordaje de los problemas de salud mental, con el objetivo de reducir la brecha en la atención (12). Para ello, publica la guía “Educar a estudiantes de medicina y enfermería para ofrecer atención en salud mental, neurológica y de consumo de sustancias: Una guía práctica para la educación preservicio” (13).

Asimismo, debe de haber una responsabilidad social por parte de las escuelas de medicina. La OMS enfoca la responsabilidad social como: *“dirigir las actividades educativas, de investigación y de servicio hacia abordar las preocupaciones prioritarias de salud de la comunidad, región y/o nación a los que tienen el mandato de atender”*. En este sentido, la responsabilidad social no solo implica atender las prioridades de salud, sino también requiere que el sistema sanitario y el educativo trabajen conjuntamente para formar profesionales capaces de responder a dichas necesidades. Esta alineación permite que los profesionales de la salud estén mejor preparados para enfrentar los desafíos reales de la comunidad, promoviendo así una atención más efectiva y equitativa, y contribuyendo de manera directa al bienestar de la población (125).

El hallazgo de este estudio evidencia que los conocimientos sobre psiquiatría, según el puntaje de la PCB-mhGAP, que fueron adquiridos a lo largo de los años de

formación, se mantuvieron hasta el final de la carrera. Este resultado es de suma importancia. Por un lado, contribuirá a reducir la brecha en el tratamiento adecuado de los trastornos mentales y por otro, permitirá cumplir con la responsabilidad social que la escuela de medicina tiene con la sociedad.

Conocimiento sobre psiquiatría y salud mental antes y después de la pandemia según el puntaje de la PCB-mhGAP.

Este estudio encontró que el conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje de la PCB-mhGAP en los externos 2022 (pospandemia) fue más bajo en comparación con los externos del período 2019 (prepandemia) ($14,44 \pm 4,25$ vs. $15,57 \pm 1,89$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

La pandemia generó grandes desafíos en los sistemas de salud; sin embargo, no fueron los únicos servicios afectados. Las instituciones educativas, incluidas las escuelas de medicina, también enfrentaron retos significativos, como la necesidad de adaptar rápidamente las prácticas clínicas a entornos virtuales, garantizar el acceso de estudiantes y profesores a plataformas digitales seguras y eficientes, y capacitar a los docentes en el uso de las nuevas tecnologías. Entre las metodologías implementadas destacaron las clases virtuales sincrónicas, el uso de simulación a distancia y la realización de clases y seminarios en línea. Estas estrategias permitieron mantener la formación médica en circunstancias excepcionales, incluida la capacitación de los estudiantes de medicina en problemas de salud mental. Como resultado, las adaptaciones logradas esperaban asegurar no solo la

continuidad de la enseñanza, sino también mantener la calidad educativa y garantizar que los estudiantes adquirieran competencias clínicas esenciales, a pesar de las restricciones presenciales y del distanciamiento social (63, 64, 65). La FMAH implementó todas las adaptaciones requeridas para mantener el nivel educativo durante la pandemia, sin embargo, se encontró una disminución en el puntaje de la PCB-mhGAP, lo que podría implicar una disminución del conocimiento de psiquiatría y salud mental.

Al igual que este estudio, una revisión de alcance reportó que la pandemia por la COVID-19 tuvo un efecto negativo en la educación de los estudiantes de medicina a nivel mundial, tanto en países de ingresos altos, como en países de ingresos bajos y medios. Una serie de factores afectaron a los estudiantes y los educadores, incluyendo el nuevo plan de estudios, el diseño de evaluaciones, la reducción del contacto con los pacientes, el uso de nuevas tecnologías y la falta de infraestructura. Los países de bajos y medianos ingresos tuvieron más barreras y dificultades, tales como, la falta de acceso a infraestructura tecnológica de la información y el apoyo de sus gobiernos (114).

De igual manera, Dost y colaboradores investigaron la percepción de los estudiantes de medicina con relación a cómo la enseñanza en línea facilitó la educación médica durante la pandemia de la COVID-19. Aplicaron una encuesta nacional transversal en línea del 4 al 11 de mayo, 2020 en 40 facultades de medicina del Reino Unido. Los 2721 estudiantes que participaron clasificaron su experiencia en la enseñanza en línea usando una escala de Likert, siendo 1 totalmente en

desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. En general, los estudiantes no se encontraron comprometidos con la enseñanza en línea, ni la encontraron entretenida y refirieron pocas oportunidades para hacer preguntas. Además, en promedio los estudiantes mostraron neutralidad cuando se les preguntó si la enseñanza en línea debería ser más interactiva, sin embargo reportaron que no la encontraron tan eficaz como la enseñanza presencial. Por otro lado, los estudiantes afirmaron que las distracciones familiares (26,76%), la conexión a Internet (21,53%), el horario de las tutorías (17,31%), la ansiedad (11,08%) y la falta de espacio (11,03%) eran barreras para una enseñanza en línea eficaz. Ochenta y un estudiantes comentaron que experimentaban falta de motivación, dificultad para concentrarse y para hacer preguntas, así como falta de contacto con los compañeros y el no recibir retroalimentación como limitaciones importantes. En comparación con la enseñanza presencial, los estudiantes de este estudio se sintieron menos satisfechos con la enseñanza en línea y poco preparados para su profesión (126).

A diferencia de este estudio, Wilkes evaluó los Exámenes Clínicos Objetivos Estructurados (ECOEs) del curso de Psiquiatría y Adicciones dentro de un programa de medicina, comparó los tres años previos a la pandemia (2017-2019), como referencia, y los tres años correspondientes a la pandemia de la COVID-19 (2020–2022). Llevó a cabo un análisis de la evaluación sumativa de los estudiantes de medicina y una revisión comparativa entre los tres años anteriores y los años de la pandemia. Se observó un incremento significativo en la puntuación media de los exámenes tras la llegada de la pandemia, tanto para las puntuaciones combinadas del ECOE en todas las disciplinas del último año como para el escenario de juego

de roles en Psiquiatría y Adicciones; sin embargo, este aumento no se produjo en el escenario del examen del estado mental. El cambio a ECOEs en línea durante la pandemia se relacionó con una subida de las puntuaciones en algunos ámbitos de las pruebas, pero no en todos (127).

Torda y Shulruf evidenciaron que las actividades sociales entre los estudiantes, tales como interactuar con los compañeros y el tutor, colaborar en el grupo y establecer amistades, influyen directamente en el bienestar y, de manera indirecta, en los resultados de aprendizaje, como la motivación, la satisfacción y la integración del conocimiento. En un contexto educativo que evoluciona rápidamente, como ocurrió durante la pandemia, resulta esencial considerar estos aspectos al diseñar las actividades académicas. Los resultados de su estudio respaldan la idea de que el diseño de las actividades y la experiencia del docente al facilitar el trabajo en grupos pequeños ejercen un impacto mayor en el aprendizaje de los estudiantes que el propio formato de enseñanza utilizado (128).

La pandemia de la COVID-19 interrumpió significativamente la educación médica a nivel mundial. Se realizó un estudio para evaluar percepciones, experiencias y cambios en los métodos de enseñanza de los estudiantes de medicina durante ese periodo. Un equipo internacional reclutó estudiantes de medicina para una encuesta en línea en otoño de 2020. La encuesta analizó el impacto percibido de la COVID-19 en su formación y los factores relacionados. De 1604 participantes elegibles de 45 países, el 56,3% eran mujeres y la edad media era de 21 años. Casi la mitad de los estudiantes de medicina estaban en años clínicos y el 84,5% vivía en países de

ingresos bajos o medios. En general, el 81,4% dijo que la COVID-19 afectó negativamente su formación. Los más jóvenes, las mujeres y la reducción de la enseñanza tradicional se correlacionaron con un impacto más negativo ($p \leq 0,001$), mientras que el aumento de las responsabilidades clínicas redujo este efecto ($p < 0,001$). La economía del país y la etapa de formación del participante influyeron en algunas experiencias formativas ($p < 0,05$) (129).

Un modelo de aprendizaje para adultos introducido por Taylor propuso cinco etapas en el proceso de aprendizaje. Comienza con los conocimientos previos del estudiante. 1. Fase de disonancia: la fase de disonancia inicia cuando este conocimiento es cuestionado, ya sea internamente, por el mismo estudiante, o externamente, generado por un paciente o profesor, también depende de la naturaleza de la tarea, los recursos, la motivación, la etapa de desarrollo y el estilo de aprendizaje. 2. Fase de refinamiento: en la fase de refinamiento el estudiante refina la nueva información mediante la elaboración, la investigación y la discusión, creando nuevos conceptos. 3. Fase de organización: en la fase de organización las ideas se reestructuran probando hipótesis y formando esquemas significativos. 4. Fase de retroalimentación: Durante la retroalimentación, los alumnos presentan su comprensión a compañeros y profesores para su validación o revisión, 5. Fase de consolidación: Finalmente, la fase de consolidación implica reflexionar tanto sobre el contenido aprendido como sobre el proceso general de aprendizaje (124).

La pandemia de la COVID-19 alteró el proceso de aprendizaje de los estudiantes de medicina al alterar los procesos de enseñanza-aprendizaje tradicionales e

introducir nuevos métodos educativos y desafíos. El cambio de la enseñanza presencial a entornos de aprendizaje remoto requirió que los estudiantes se adaptaran rápidamente, a menudo con recursos limitados y expectativas cambiantes por parte del profesorado y sus compañeros. Esta transición afectó la forma en que los estudiantes de medicina se relacionaban con el material del curso, interactuaban con mentores y pacientes, y procesaban la retroalimentación dentro de su trayectoria educativa (64,108). El proceso de aprendizaje modificado podría explicar la razón por la cual el conocimiento de psiquiatría de los estudiantes, medido por la puntuación PCB-mhGAP, era menor después que antes de la pandemia.

Asimismo, la pandemia de la COVID-19 generó un aumento de los problemas de salud mental, en especial de los trastornos depresivos y de ansiedad de 27,6% y de 25,6% respectivamente a nivel mundial (60). Sarabia reportó la relación entre los síntomas depresivos y el rendimiento académico en estudiantes de primero a quinto año de medicina. Para ello, empleó el cuestionario PHQ-9 para identificar síntomas depresivos, y utilizó los promedios y el orden de mérito al finalizar cada semestre académico como indicadores de desempeño. En el estudio participaron 534 estudiantes: el 33,5% (n=179) presentó síntomas depresivos leves, el 12,4% (n=66) mostró síntomas entre moderados y severos, y el 4,5% (n=24) manifestó ideación suicida. El análisis multivariado reveló que quienes tenían sintomatología depresiva moderada a severa se ubicaron, en promedio, 15 puestos más abajo (IC95%: 3,96–27,22) que sus pares con síntomas mínimos en el primer semestre, y 12 puestos menos (IC95%: 0,51–23,86) en el segundo semestre. En conclusión, los

estudiantes con síntomas depresivos moderados a severos (12,4% de la muestra) estuvieron, en promedio, 15 y 12 posiciones por debajo de aquellos con sintomatología mínima en el primer y segundo semestre, respectivamente. Esta asociación entre depresión y bajo rendimiento académico resalta la importancia de implementar programas preventivos y promover la detección y tratamiento oportunos (130). Estos resultados podrían responder a que la pandemia contribuyó al aumento de los síntomas depresivos en los estudiantes, lo que podría explicar el descenso en su rendimiento académico.

Las principales limitaciones del estudio fueron: Con respecto al diseño se empleó la PCB-mhGAP que la OMS/OPS recomienda para el nivel de la atención de la salud no especializada, sin embargo no se ha encontrado una publicación de la validación de la prueba empleada. Este estudio solo evalúa el área de conocimiento de la competencia, no se incluye la evaluación de las otras áreas de la competencia, esto es, el desempeño y la actitud. Con respecto a la población de estudio esta se limitó a los estudiantes de sexto y séptimo año de medicina de una universidad privada. En relación con el tamaño muestral, se evidenciaron diferencias entre el periodo previo y el posterior a la pandemia. En el 2019, antes de la pandemia, el 98,54% (135/137) de los estudiantes completaron la prueba. Sin embargo, en el 2022, después de la pandemia, solo un 37,85% (67/177) de estudiantes la completaron. El tamaño muestral de 70 estudiantes no se alcanzó en el 2022, aún así el análisis estadístico reveló una diferencia significativa entre ambos periodos.

VII. CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones, los resultados permiten concluir lo siguiente:

1. El conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje de la PCB-mhGAP, de los estudiantes que realizaron una rotación electiva en psiquiatría fue mayor comparado con los que no realizaron una rotación electiva.
2. El conocimiento sobre psiquiatría y salud mental, según el puntaje de la PCB-mhGAP, de los estudiantes persiste hasta el final de la carrera.
3. El conocimiento sobre psiquiatría y salud mental de los estudiantes, según el puntaje de la PCB-mhGAP, en la pospandemia fue menor a los de prepandemia. Es importante considerar un posible sesgo de selección, debido a que solo respondió el 37,85% de los estudiantes en la etapa pospandemia.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Fomentar que más estudiantes realicen rotaciones electivas en psiquiatría, ya que los resultados demuestran que esto favorece el conocimiento.
2. Implementar estrategias para mantener y reforzar el conocimiento adquirido durante toda la carrera asegurando que los estudiantes sigan actualizándose.
3. Realizar estudios que analicen los factores que influyen en la disminución del conocimiento sobre psiquiatría y salud mental pospandemia y

desarrollar programas de apoyo académico, talleres o cursos de refuerzo para compensar el impacto negativo.

4. Promover la integración de la formación en psiquiatría y salud mental en el currículo para mejorar el conocimiento global de los estudiantes de medicina.
5. Realizar evaluaciones periódicas de las competencias en psiquiatría y salud mental para identificar áreas de mejora y adaptar las estrategias educativas según las necesidades detectadas.
6. Aunque la simulación es una herramienta didáctica valiosa, el contacto directo con los pacientes es esencial para fortalecer y consolidar el aprendizaje; debe priorizarse en el currículo de medicina.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Constitución WHO, 2014 [citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
3. WHO Plan de acción integral sobre la salud mental 2013-2030. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
4. Patel Vikram, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018; 392 (10157): 1553 – 1598. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-x)
5. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008; 372: 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)
6. Clasificación Internacional de Enfermedades-11ª Revisión. Capítulo 6. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://icd.who.int/es/docs/GuiaReferencia CIE 11 Feb2023.pdf>
7. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk actors. Background paper by WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Geneva: World Health Organization; 2012. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health>
8. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;398(10312):1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
9. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/250239>
10. Atlas: Psychiatric education and training across the world. Geneva: World Health Organization; 2005. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43345>

11. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>
12. Andrilla CHA, Patterson DG, Garberson LA, Coulthard C, Larson EH. Geographic variation in the supply of selected behavioral health providers. *Am J Prev Med.* 2018;54(6 Suppl 3):S199–207. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.004>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población del Perú superará los 39 millones en el 2050. INEI, 2025. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1207380-inei-poblacion-del-peru-superara-los-39-millones-en-el-2050>
14. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP Intervention Guide: experiences and lessons learned. Geneva: World Health Organization; 2020. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333970/9789240007666-eng.pdf?sequence=1>
15. Educating medical and nursing students to provide mental health, neurological and substance use care: a practical guide for pre-service education. Geneva: World Health Organization; 2025. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/380914?searchresult=true&query=mental+health&scope=%2F&rpp=10&sort_by=score&order=desc&page=63
16. Chaulagain A, Pacione L, Abdulmalik J, Hughes P, Oksana K, Chumak S, et al. WHO Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): the first pre-service training study. *Int J Mental Health Sys.* 2020;14(47). <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00379-2>
17. Alarcón RD. Psiquiatría, medicina y salud mental. En: Alarcón RD, Chaskel R, Berlanga C. Editores. *Psiquiatría*. 4ª Ed. Lima: Fondo Editorial UPCH, 2019.
18. Salaverry O. La Piedra de la locura. Inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(1):143-48.
19. Kendler KS, Tabb K, Wright J. The emergence of psychiatry: 1650-1850. *Am J Psychiatry.* 2022; 179:329-335. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21060614>
20. Stucchi S. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. 2ª Edición. Lima: Fondo Editorial Cayetano Heredia, 2022.
21. Ban TA. Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2007;3(4): 495-500.
22. Alarcón RD. Historia de la Psiquiatría. En: Alarcón RD, Chaskel R, Berlanga C. Editores. *Psiquiatría*. 4ª Ed. Lima: Fondo Editorial UPCH, 2019.

23. Braslow JT, Marder SR. History of psychopharmacology. *Ann Rev Clin Psychol.* 2019; 15:25-50. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095514>
24. Lawrie S. Biological psychiatry in the UK and beyond. En: Ikkos G, Bouras N. Editores. *Mind, State and Society. Social history of psychiatry and mental health in Britain 1960-2010.* Cambridge, New York NY: Cambridge University Press; 2021:151-162. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/9781911623793.018>
25. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 1079–1087. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.10.1079>
26. Friston KJ, Stephan KE, Montague R, Dolan RJ. Computational psychiatry: The brain as a phantastic organ. *Lancet Psychiatry.* 2014; 1: 148–158. <https://doi.org/10.9758/cpn.2022.20.1.26>
27. Friston K. Computational psychiatry: from synapses to sentience. *Mol Psychiatry.* 2022; 28(1): 256-268. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01743-z>
28. Mandell W. The realization of an idea. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://publichealth.jhu.edu/departments/mental-health/about/origins-of-mental-health>
29. Lipsedge M, Watson JP. Psychiatry 50 years ago. *Br J Hosp Med.* 2016;77(10): 569-571. <https://doi.org/10.12968/hmed.2016.77.10.569>
30. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. WHO https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf
31. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry.* 2022; 9 (2): 137 – 150. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00395-3)
32. Salem M, Robenson J. The impact of socioeconomic factors on mental health. A conceptual framework. *Cureus.* 2025; 17(7): e88244. <https://doi.org/10.7759/cureus.88244>
33. Byrne P. Premature mortality of people with severe mental illness: a renewed focus for a new era. *J Psychol Med.* 2023. 40(1):74-83. <https://doi.org/10.1017/ipm.2022.3>
34. O'Connor RC, Worthman CM, Abanga M, Athanassopoulou N, Boyce N, Fong Chan L, et al. Gone too soon: priorities for action to prevent premature mortality associated with mental illness and mental distress. *Lancet*

- Psychiatry. 2023;10(6): 452-464. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(23\)00058-5](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(23)00058-5)
35. Ryan G, Qureshi O, Salaria N, Eaton J. Mental health and the 2030 Sustainable Development Agenda: Global inaction on mental health is putting the brakes on development. Mental Health Innovation Network, Centre for Global Mental Health, London, UK: London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2018. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/content/document/Policy%20brief%202030%20SDG.pdf>
 36. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Bromet EJ, et al. Age-of-onset and cumulative risk of mental disorders: A cross-national analysis of population surveys data based on 156,331 respondents from 29 countries. *Lancet Psychiatry*. 2023;10(9): 668-681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
 37. Geiger PJ, Warren LK, Stambaugh L, Richesson D, Smith T, Hoening J. Prevalence estimates of mental illness among parents in the United States: Results from the National Survey on drug use and health 2021-2023. *Ann Epidemiol*. 2025; 102: 91-93. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2025.01.007>
 38. Luciano A, Nicholson J, Meara E. The economic status of parents with serious mental illness in the United States. *Psychiatr Rehab J*. 2014; 37(3): 242-250. <https://doi.org/10.1037/prj0000087>
 39. Jacobs RH, Talati A, Wichramaratne P, Warner V. The influence of paternal and maternal major depressive disorder on offspring's psychiatric disorders. *J Child Fam Stud*. 2014. 24(8):2345–2351. doi: [10.1007/s10826-014-0037-y](https://doi.org/10.1007/s10826-014-0037-y)
 40. Errazuriz A, Avell-Vega, Passi-Solar A, Torres R, Bacigalupo F, Crossley, NA, et. Al. Prevalence of anxiety disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2025; 45:101057 <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101057>
 41. Errazuriz A, Avelllo-Vega D, Ramirez-Majaluf JP, Torres R, Crossley NA, Undurraga D, et al. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systemic review and meta-analysis. *Lancet Reg Health Am*. 2023;26:100587 <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100587>
 42. Liu J, Ning W, Zhang N, Zhu B, Mao Y. Estimation of global disease burden of depression and anxiety between 1990 and 2044: An Analysis of the global burden of disease study 2019. *Healthcare*. 2024; 12: 1721 <https://doi.org/10.3390/healthcare12171721>
 43. Cruz-Barreda XG, Hernandez-Vásquez A, Azañedo D. Contextual and individual factors associated with depressive symptoms in Latin American residents from eleven cities: Multilevel analysis. *Prev Med*. 2022;161:107156. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107156>

44. Yu S. Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health. A global study. *Trans Psychiatry*. 2018;8(1): 98. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>
45. Ruigrok ANV, Gholamreza Salimi-Khorshidi G, Meng-Chuan Lai MC, Simon Baron-Cohen S, Lombardo MV, Roger J. Tait RJ, Suckling J. A meta-analysis of sex differences in human brain structure. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014; 39: 34–50. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.004>
46. Buedo P, Daly T. A contextual understanding of the high prevalence of depression in Latin America. *Lancet Reg Health Am*. 2024; 32:100717. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100717>
47. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco P, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et.al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;10:10;42:e165. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.165>
48. Alarcón RD. Mental health and mental health care in Latin America. *World Psychiatry*. 2003;2(1): 54-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946892/>
49. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental Vol. XVIII. Año 2002, Números 1y 2*. Lima.
50. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1*. Lima.
51. Saavedra JE, Aliaga Giraldo K, Castillo Martell WH, Huamán Pineda J, Luna Solís Y, Ysela Nicolás Hoyos Y, et al. Estudio epidemiológico sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población de Lima Metropolitana. *Diagnostico*. 2022; 61(3): 147-186. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.374>
52. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. 2017;16(1):30–40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>
53. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):441–442. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718>
54. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. WHO, 2008. [Citado el 21 de setiembre, 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf?sequence=1
55. mhGAP training manuals for the mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings,

- version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2021. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
56. Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health* 2021; 24: 124–30. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300254>
 57. Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia. Resumen científico. 2 de marzo 2022. OMS. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/be34dcb2-7272-4b86-97b7-c00b70cdeb37/content>
 58. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021; 398 (10312): 1700-1712. doi: [10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
 59. Fan H, Yang Y, Li J, Huang Z, Zhou B. Change in the global burden of depressive and anxiety disorders due to the pandemic. *Insight form GBD* 2021. *J Affect Dis.* 2025;390: 119817. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119817>
 60. Antiporda DA, Bruni A. Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-makers. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2020. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.154>
 61. Partners in Health. As COVID-19 cases mount in Peru, medical and social support are key. July 8, 2020. <https://www.pih.org/article/covid-19-cases-mount-peru-medical-and-social-support-are-key> [Citado el 24 de enero, 2026] Disponible en: <https://www.pih.org/article/covid-19-cases-mount-peru-medical-and-social-support-are-key>
 62. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry*. 2021 Jun;8(6):535-550. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)
 63. Organización Panamericana de la Salud. Una nueva agenda para la salud mental en la Región de las Américas: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. Resumen ejecutivo. Washington, D.C.: OPS; 2023. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327227>. 31AGO
 64. Ahmed H, Allaf M, Elghazaly H. 2020. COVID-19 and medical education. *Lancet Infect Dis.* 2020(7):777–778. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30226-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30226-7)
 65. Darnton R, Lopez T, Anil M, Ferdinand J, Jenkins M. Medical students consulting from home: A qualitative evaluation of a tool for maintaining student exposure to patients during lockdown, *Medical Teacher*. 2021; 43:2, 160-167. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1829576>

66. Byrne MHV, Alexander L, Wan JCM, Brown MEL, Arora A, Harvey A, et al. Clinical support during COVID-19: An opportunity for service and learning? A cross-sectional survey of UK medical students, *Medical Teacher*. 2023; 45: 859-870. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2184235>
67. ten Cate O, Schultz K, Frank JR, Hennis MP, Rosse S, Schumacher DJ, et al. Questioning medical competence: Should the Covid-19 crisis affect the goals of medical education? *Med Teach*. 2021;43(7): 817-823. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1928619>
68. Mental health atlas 2024. Geneva: World Health Organization; 2025. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487>
69. World mental health today: latest data. Geneva: World Health Organization; 2025. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113817>
70. Defensoría del pueblo: Estado peruano debe priorizar la atención de la salud mental. Defensoría del Pueblo, 09/10/2020 [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-priorizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>
71. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2022;19(2): e1003901. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901>
72. Santomauro AS, Ferrari D, Charlson F. Excess mortality in severe mental disorders: a systematic review and meta-regression. *J Psychiatr Res*. 2022; 149: 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.036>
73. Heiberg IH, Jacobsen BK, Balteskard L, Bramness JG, Næss Ø, Ystrom E, et al. Undiagnosed cardiovascular disease prior to cardiovascular death in individuals with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(6): 558-571. <https://doi.org/10.1111/acps.13017>
74. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main for medicine of the 21st century. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013;25(2):68–69. doi: [10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002](https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002)
75. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet*. 2019; 394 (10211):1827-1835. doi:[10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5)
76. Momen NC, Plana-Rigoll O, Agerbo E, Christensen MK, Moesgaard Iburg K, Munk Laursen T, et al. Mortality associated with mental disorders and comorbid general medical conditions. *JAMA*. 2022;79(5): 444-453. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0347>

77. Global Health Estimates 2021: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2021. Geneva, World Health Organization; 2024. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
78. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
79. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2025. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Suicide+worldwide+in+2021%3A+global+health+estimates.+Geneva%3A+World+Health+Organization%3B+2025.&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
80. Live Life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
81. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;368:m575. <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>
82. Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med*. 2014;47(3 Suppl 2):S235–S243. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.010>
83. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, El Chammay R, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*. 2022;400(10361):1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
84. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2009;19(2):113-122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
85. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024. 403(10440):2133-2161. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38642570/>
86. Vigo D, Jones L, Atun R, Thornicroft G. The true global burden of mental illness. Still elusive. *Lancet Psychiatry*. 2022; 9(2): 98-100. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00002-5)
87. Ashtree DN, Orr R, Lane MM, Akbaraly TN, Bonaccio M, Costanzo S, et al. Estimating the Burden of Common Mental Disorders Attributable to

- Lifestyle Factors: Protocol for the Global Burden of Disease Lifestyle and Mental Disorder (GLAD) Project. *JMIR Res Protoc* 2025;14:e65576 <https://doi.org/10.2196/65576>
88. Global Health Estimates: leading causes of DALYs: YLD estimates 2000-2021. Geneva: World Health Organization; 2021. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
 89. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024;23(4):344–381. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00038-3)
 90. Van Eck RV, Gullett HL, Lamb SM, Krouse HJ, Mazzurco LW, Lage OG, et al. The power of interdependence: Linking health systems, communities, and health professions educational programs to better meet the needs of patients and populations, *Medical Teacher.* 2021;43:sup2: S32-S38. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1935834>
 91. Terregino CA, Byerley J, Henderson DD, Friedman, Elks EML, Kirstein IJ, et al. Cultivating the physician workforce: Recruiting, training, and retaining physicians to meet the needs of the population, *Medical Teacher.* 2021; 43:sup2: S39-S48. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1935832>
 92. Plan de estudios, Carrera Profesional de Medicina, UPCH, 2023. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en https://medicina.cayetano.edu.pe/wpcontent/uploads/sites/2/2023/03/Plan_de_Estudios_MEDICINA_2023.pdf
 93. mhGAP community toolkit. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization; 2019. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>
 94. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2023. [Citado el 24 de enero, 2026]. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/374250>
 95. Dua T, Barbui C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V, van Ommeren M, et al. Evidence-Based guidelines for mental, neurological and substance use disorders in low-and middle- income countries: Summary of WHO recommendations. *PLoS Med.* 2011 Nov;8(11):e1001122. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001122>
 96. Keynehad RC, Dua T, Barbui C, Thronicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of

- evidence from low and middle-income countries. *Evid Based Mental Health*. 2018; 21 (1): 28-33. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102750>
97. Spagnolo J, Lal S. Implementation and use of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): a review of the grey literature. *J Glob Health*. 2021;11: 04022. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04022>
 98. Luhar L, Arya A, Rafiq R, Chakraborty N. Use of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) by mental health volunteers in the UK: examples from South Asian diaspora charities. *B J Psych Bulletin*. 2025; 7: 1- 6. <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.116>
 99. Charlson F, Chang O, Kubuabola I, Schess J, Latu C, Hunter E, et al. Implementation of the mental health Gap Action Programme (mhGAP) within the Fijian Healthcare System: a mixed-methods evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 2019 Jun 20;13:43. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0301-z>
 100. Robles R, Lopez-Garcia P, Miret M, Cabello M, Cisneros E, Rizo A, et al. WHO-mhGAP Training in Mexico: Increasing Knowledge and Readiness for the Identification and Management of Depression and Suicide Risk in Primary Care. *Arch Med Res*. 2019; 50(8): 558-566. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.12.008>
 101. Sapag JC, Álvarez Huenchulaf C, Campos A, Corona F, Pereira M, Véliz V, et al. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.32>
 102. Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M y Moreno Mayorga B. Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e138 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.138>
 103. Aldana López JA, Serrano Sánchez MR, Páez Venegas N, Chávez Sánchez AV, Flores Bizarro AD, Blanco Sierra JA, et al. Impact of a social media-delivered distance learning program on mhGAP training among primary care providers in Jalisco, Mexico. *BMC Medical Education*. 2024; 24:965 <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05950-w>
 104. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. Geneva: World Health Organization; 2020. [Citado el 30 de julio, 2025]. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240007666>
 105. Michael S, Chowdhary N, Rawstorne P, Dua T. Developing competencies for the WHO mhGAP Intervention Guide Version 2.0 training package. *World Psychiatry*. 2020; 19 (2): 248-249. <https://doi.org/10.1002/wps.20762>

106. Iversen SA, Ogallo B, Belfer M, Fung D, Hoven CW, Carswell K, et al. Enhancing mental health pre-service training with the WHO mhGAP intervention guide: experiences learned and the way forward. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2021; 15:1. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00354-2>
107. Ashcroft J, Byrne MHV, Brennan PA, Davies RJ. Preparing medical students for a pandemic: a systematic review of student disaster training programmes. *Postgrad Med J*. 2021;97: 368–379. doi: [10.1136/postgradmedj-2020-137906](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-137906).
108. Lee IR, Kim HW, Lee Y, Koyanagi A, Jacob L, An S, et al. Changes in undergraduate medical education due to COVID-19: a systematic review. *Eur Rev Med Pract*. 2021; 25(12): 4426-4434. https://doi.org/10.26355/eurrev_202106_26155
109. Park H, Shim S, Lee YM. A scoping review on adaptations of clinical education for medical students during COVID-19. *Prim Care Diabetes*. 2021; 15(6): 958-976. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.09.004>
110. Cartledge S, Ward D, Stack R, Terry E. Adaptations in clinical examinations of medical students in response to the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC Medical Education*. 2022; 22:607 <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03662-7>
111. Istadi Y, Rahatjo TJ, Azam M, Mulyono SE. Academic Performance in Medical Education During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Adv Med Educ Pract*. 2022; 13: 1423-1438. DOI: [10.2147/AMEP.S383274](https://doi.org/10.2147/AMEP.S383274)
112. Tabatabaeichehr M, Babaei S, Dartomi M, Alesheikh P, Tabatabae A, Mortazavi H, et al. Medical students' satisfaction level with e-learning during the COVID-19 pandemic and its related factors: a systematic review. *J Educ Eval Health Prof*. 2022; 19:37 <https://doi.org/10.3352/jeehp.2022.19.37>
113. Akhtar M. Exploring the influence of a pandemic on medical education. *Mo Med*. 2021;118(5):431-434
114. Connolly N, Abdalla ME. Impact of COVID-19 on medical education in different income countries: a scoping review of the literature. *Med Educ Online*. 2022; 27: 2040192. <https://doi.org/10.1080/10872981.2022.2040192>
115. Wang W, Li G, Lei J. The impact of COVID-19 on medical students. *GMS J Med Educ*. 2024 41(1):Doc10. <https://doi.org/10.3205/zma001665>
116. Wilson I and Shankar PR. The COVID-19 pandemic and undergraduate medical student teaching/learning and assessment [version 1] *Med Ed Publish* 2021, 10:44 <https://doi.org/10.15694/mep.2021.000044.1>
117. Grant L, Singh L, Fristad MA, Barbee J, Kerlek, A. Outcomes of medical student elective in child and adolescent psychiatry: A pilot study. *Med Sci Educ*. 2025; 12; 35(4):1861-1865. <https://doi.org/10.1007/s40670-025-02381-0>
118. Althwanay A, Ahsan F, Oliveri F, Goud HK, Mehkari Z, Mohammed L, et. al. Medical Education, Pre- and Post-Pandemic Era: A Review Article. *Cureus*. 2020; 12(10): e10775. <https://doi.org/10.7759/cureus.10775>

119. Epidat (Xunta de Galicia & Organización Panamericana de la Salud (OPS). Epidat: Programa para análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2. Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 2016. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT>
120. Zavorotnyy M, Klatte S, Yang Y, Liu W, Wagner U, Kircher T. (2023) The effects of a psychiatric clerkship on stigmatizing attitudes toward mental disorders as held by German medical students. *Front. Psychiatry*. 2023; 14:1306403. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1306403>
121. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ*. 2015; 5:34. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0307-4>
122. Economou M, Kontoangelosa K, Peppoub, LE, Arvanitic A, Amakouric M, Douzenisd, A, Papadimitriou GN. Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: Training in a specialty and a general hospital. *Psychiatry Res*. 2017; 258:108-115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.009>
123. Shields G, Ng R, Ventriglio A, Castaldelli-Maia J, Torales J, Bhugra D. WPA Position Statement on Recruitment in Psychiatry. *World Psychiatry*. 2017; 16:1. <https://doi.org/10.1002/wps.20392>
124. Taylor DCM, Hamdy H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide 83. *Med Teach*. 2013; 35(11): 1561-1572. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.828153>
125. Terregino CA, Byerley J, Henderson DD, Friedman E, Elks ML, Kirstein JJ, et al. Cultivating the physician workforce: Recruiting, training, and retaining physicians to meet the needs of the population. *Med Teach*. 2021;43(sup2):S39-S48. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2021.1935832>
126. Dost S, Hossain A, Shehab M, Abdelwahed A, Al-Nusair L. Perceptions of medical students towards online teaching during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey of 2721 UK medical students. *BMJ Open* 2020;10:e042378. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042378>
127. Wilkes FA, Looi JCL, Maguire PA, Bonner D, Reay RE, Brazel M, et al. Online medical student OSCE examinations during the first three years of the COVID-19 pandemic compared to three years pre-pandemic: An Australian experience in psychiatry and addiction medicine, *Med Teach*. 2024; 46:6, 776-781. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2279918>
128. Torda A, Shulruf B. It's what you do, not the way you do it – online versus face-to-face small group teaching in first year medical school. *BMC Med Educ*. 2021 Oct 26;21:541. doi: [10.1186/s12909-021-02981-5](https://doi.org/10.1186/s12909-021-02981-5)
129. TMS Collaborative. The perceived impact of the Covid-19 pandemic on medical student education and training - an international survey. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):566. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02983-3>
130. Sarabia S. Sintomatología depresiva según PHQ-9 y rendimiento académico en estudiantes de primero a quinto año de medicina. Tesis para optar el grado de Maestro en Medicina. 2017. [Citado el 30 de julio, 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/838>

X. ANEXO

X.1. DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Conocimientos sobre psiquiatría y salud mental en los externos e internos de medicina de la Escuela Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado.

- He leído el consentimiento informado y acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si ingreso al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puede retirarme del estudio en cualquier momento.
- No acepto participar en este estudio.

X.2. DATOS GENERALES

Sexo: Femenino () Masculino ()
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado civil: Soltero (), Casado (), Conviviente ()
Antecedente personal de algún trastorno psiquiátrico: No (), Sí () Diagnóstico _____ Fecha en que le realizaron el diagnóstico: ____ / ____ / ____
Antecedente familiar de algún trastorno psiquiátrico: No (), Desconoce (), Sí () Diagnóstico _____
Año en que realizó su último curso/rotación en Psiquiatría _____
Realizó alguna rotación electiva en Psiquiatría: No (), Sí ()
¿Cuál especialidad quiere realizar al finalizar su internado? _____ Aún no he decidido ()

X.3. PRUEBA CURSO BÁSICO mhGAP

Marque \surd en la columna correcta V= Verdadero, F= Falso

	V	F
1. Las personas con trastornos mentales usualmente no pueden tomar decisiones relacionadas con su salud		
2. Las personas con trastornos mentales están mejor atendidas en los hospitales psiquiátricos		
3. Todas las personas con depresión deben ser tratadas con antidepresivos		
4. La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento		
5. Es eficaz proporcionar asesoramiento breve a las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol		
6. Los trastornos mentales son comunes en niños y adolescentes		
7. La administración de diazepam por vía intramuscular es el		

tratamiento de preferencia para detener las crisis convulsivas agudas		
8. La depresión crónica grave de una madre puede conducir a retrasos en el desarrollo de sus hijos		
9. Si el niño muestra hiperactividad y falta de atención, entonces la medicación es usualmente necesaria		
10. Las inyecciones de vitaminas deben ser usadas rutinariamente para el tratamiento de síntomas somáticos sin causa orgánica		
11. Preguntar a las personas acerca de ideas suicidas aumenta la probabilidad de suicidio		

Marque ✓ en la respuesta correcta

12.Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la depresión es correcta
 a. La depresión a menudo se manifiesta con dolor físico indefinido y fatiga
 b. La depresión a menudo se manifiesta con ideas delusivas y alucinaciones
 c. La depresión a menudo se manifiesta con confusión

13. En relación con los antidepresivos, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta
 a. Se debe continuar con el tratamiento aun si la persona repentinamente se vuelve maníaca
 b. El tratamiento debe continuar durante 2-3 meses
 c. Usualmente el tratamiento solo se debe ofrecer si la depresión afecta el funcionamiento diario de la persona

14.Cuál de los siguientes mensajes se debe proporcionar a una persona con depresión
 a. Tratar de reducir su actividad física lo más posible
 b. Tratar de participar en actividades sociales lo más posible
 c. Tratar de dormir lo más posible

15. Una joven de 22 años dice que oye voces que nadie más puede oír y que está convencida de que alguien quiere hacerle daño, cuál de los siguientes trastornos es más probable que tenga la persona
 a. Psicosis
 b. Depresión
 c. Manía

16. En relación con el tratamiento de la psicosis aguda
 a. La mayoría de los casos necesitará medicinas mediante inyecciones
 b. Se necesita dar seguimiento a la persona a intervalos frecuentes
 c. La persona siempre debe estar constreñida (por ejemplo, encadenada)

17. En relación con la epilepsia, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta

- a. Para hacer el diagnóstico de epilepsia, el primer paso es realizar una electroencefalografía (EEG)
- b. Dos crisis convulsivas en el último año es razón suficiente para iniciar la administración de medicamentos antiepilépticos
- c. Una vez que una mujer es diagnosticada con epilepsia, no debe casarse ni tener hijos

18. En relación con los medicamentos antiepilépticos, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta

- a. Los medicamentos antiepilépticos se deben comenzar a una dosis máxima y luego disminuir la dosis
- b. Los medicamentos antiepilépticos se deben combinar para que el tratamiento sea más rápido
- c. Los medicamentos antiepilépticos se deben suspender después de transcurridos dos años de la última crisis epiléptica

19. Después de un intento suicida

- a. Deje a la persona sola descansando en una habitación silenciosa
- b. Restrinja las visitas de familiares y amigos
- c. Elimine los medios de autolesión

20. Cuál de los siguientes enunciados es correcto en relación con el consumo de alcohol

- a. Si las personas consumen alcohol todos los días de la semana, son dependientes del alcohol
- b. El consumo de alcohol no puede causar crisis convulsivas
- c. Las personas pueden tener problemas con el alcohol aun si solo ingieren alcohol una vez al mes

21. En relación con las personas con demencia, cuál de los siguientes enunciados es correcto

- a. Las personas con demencia deben ser ingresadas en una institución lo más pronto posible
- b. Es esencial evaluar el nivel de estrés de los cuidadores (por ejemplo, miembro de la familia) y apoyarlos.
- c. No hay mucho que usted pueda hacer para mejorar los síntomas y las condiciones de vida

22. En relación con el tratamiento de un niño con retraso en el desarrollo, cuál de los siguientes enunciados es correcto

- a. No se debe permitir que el niño asista a una escuela normal
- b. Los medicamentos pueden revertir la condición
- c. Explicar a la familia que el niño puede aprender nuevas habilidades

23. En relación con el tratamiento de un adolescente con conducta agresiva y desobediencia persistente, cuál de los siguientes enunciados es correcto

- a. Proporcionar consejos a la familia y maestros
- b. Imponer un castigo por conductas no deseadas es el mejor método para mejorar la conducta
- c. Se debe considerar la medicación lo más pronto posible

24. En relación con el trastorno por abuso de drogas, cuál de los siguientes enunciados es correcto

- a. El encarcelamiento es la intervención más efectiva
- b. Las madres que consumen drogas no deben amamantar a sus hijos
- c. Es conveniente discutir con la persona sus ideas acerca de los beneficios percibidos y posibles daños por el consumo de drogas

25. Cuál de los siguientes enunciados es correcto en relación con el tratamiento farmacológico para las personas con trastornos mentales

- a. Generalmente, usted no necesita obtener el consentimiento ya que la persona no entiende
- b. Los antidepresivos solo se deben administrar a adolescentes después de intentar el tratamiento psicosocial
- c. Una vez que comience el tratamiento con antidepresivos, la persona necesita seguir tomando el medicamento por el resto de su vida