



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

ESTRUCTURA DE LOS SÍNDROMES
AFECTIVOS Y ANSIOSOS EN
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
AMBULATORIOS DE UN HOSPITAL
GENERAL

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA

JOHANN MARTÍN VEGA DIENSTMAIER

LIMA - PERÚ

2017

Asesores de Tesis

RENATO D. ALARCÓN GUZMÁN

FRINE SAMALVIDES CUBA

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a mi familia: mis hijos Fernando y Javier, mi esposa Susana y mis padres Ina y Enrique †.

Agradecimientos

Se agradece a los colegas que participaron en la evaluación de los pacientes incluidos en el presente estudio: Luis Fiestas Teque, Antonio Lozano Vargas, Alfredo Valencia Reyes, Adelguisa Mormontoy Morales, Gabriela Gonzales Guzmán, Lubeth Masías Arias y Martín Arévalo Flores.

Fuentes de financiamiento

El trabajo fue financiado por el Fondo de Apoyo a la Investigación de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Tabla de contenidos

	Página
Resumen	s/n
Abstract	s/n
Introducción	01
Métodos	05
Resultados.	11
Discusión	17
Referencias Bibliográficas	25
Tablas y Figuras	29
Anexo-1	s/n

Estructura de los síndromes afectivos y ansiosos en pacientes psiquiátricos ambulatorios de un hospital general.

RESUMEN

Objetivo: Describir la naturaleza, estructura y vinculaciones clínicas de los síntomas depresivos, maníacos y ansiosos en pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Método: Se evaluaron 305 pacientes psiquiátricos ambulatorios sin manifestaciones de psicosis o deterioro cognitivo y que no habían recibido tratamiento especializado durante el último mes. La evaluación clínica incluyó la aplicación de una serie de instrumentos tales como la Escala de Psicopatología Depresiva, la Escala de Síntomas Ansiosos y el Cuestionario de Trastornos del Ánimo. Utilizando correlaciones policóricas entre los ítems evaluados, se elaboraron gráficos de redes y análisis factoriales con el objeto de explorar patrones de agrupación de los síntomas, y así, determinar variedades sindrómicas. Se sumaron los ítems de cada síndrome resultante generando dimensiones que fueron luego utilizadas para explorar la posible existencia de clases a través de análisis por conglomerados.

Resultados: Los hallazgos sugieren la existencia de la siguiente estructura de síndromes: *manía, cotimia (depresión y ansiedad general), pánico/síntomas somáticos (alteraciones del sueño/fatiga, pánico físico y pánico psíquico) y fobias (agorafobia y fobia social)*. Con la excepción de la *manía*, estos síndromes están en general superpuestos y muy estrechamente relacionados entre sí.

Conclusiones: Los resultados permiten postular la existencia de determinados síndromes psiquiátricos entre los que hay continuidad y superposición, hallazgo que subraya fundamentalmente la necesidad de un enfoque dimensional para un diagnóstico coherente e integrado de los problemas clínicos de salud mental.

PALABRAS CLAVE: Síndrome, ansiedad, depresión, manía, clasificación, enfoque dimensional.

Structure of the affective and anxious syndromes in psychiatric outpatients of a general hospital.

ABSTRACT

Objective: To describe the nature, structure and clinical links of depressive, manic and anxiety symptoms in psychiatric outpatients.

Methods: A total of 305 psychiatric outpatients without psychosis, cognitive impairment, or psychiatric treatment during the last month were evaluated with several instruments that included the Depressive Psychopathology Scale, the Anxious Symptom Scale and the Mood Disorder Questionnaire. In order to explore the clustering patterns of symptoms and to determine eventual syndromic variations, network graphs and factorial analysis were performed based on polychoric correlations between the evaluated items. By adding up the items of each resulting syndrome, a variety of dimensions were generated and then used to explore, through cluster analysis, the eventual existence of possible classes.

Results: The findings suggest the existence of the following syndromic structure: *mania*, *cotimia* (*depression* and *general anxiety*), *panic/somatic symptoms* (*sleep alterations / fatigue*, *physical panic* and *psychic panic*) and *phobias* (*agoraphobia* and *social phobia*). With the exception of *mania*, these syndromes are in general overlapping and closely related to each other.

Conclusions: The results suggest the existence of certain psychiatric syndromes between which there is continuity and overlapping, thus fundamentally supporting the need of a dimensional approach for the diagnosis of clinical mental health problems.

KEYWORDS: syndrome, anxiety, depression, mania, classification, dimensional approach.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de clasificación de los trastornos mentales han sido objeto de críticas desde diversos ángulos denotando significativa insatisfacción con la forma en que la psiquiatría describe los fenómenos observados clínicamente [1]. Se afirma que las categorías diagnósticas actuales podrían no ser válidas, que ignoran aspectos importantes de la problemática global de cada paciente, que no toman en cuenta fenomenología relevante y que no se ajustan a las hipótesis vinculadas a la investigación neurocientífica [2].

A través de las sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) [3], las categorías diagnósticas se han ido transformando en base a modificaciones más o menos sustantivas de los criterios clínicos, fusión de unas con otras, fragmentación o segmentación en dos o más entidades, o simple eliminación de algunas de ellas [4].

Un punto de vista dominante en el momento actual es que muchos diagnósticos psiquiátricos muestran excesiva heterogeneidad conceptual, exhiben altos niveles de comorbilidad y no poseen límites claros entre unos y otros. Asimismo, no hay definiciones precisas entre estados normales de salud y condiciones mórbidas de severidad variada, no se cuenta con marcadores biológicos útiles y se postula que las categorías diagnósticas son esencialmente producto de opiniones y consensos de expertos y no de una investigación científica consistente o sólida [2,4].

La heterogeneidad dentro de las categorías o etiquetas diagnósticas con las que se clasifican los trastornos mentales conduce a que, por ejemplo, dos pacientes con sintomatología a veces sumamente diferente puedan reunir criterios diagnósticos de un mismo desorden [2], y podría explicar la relativamente pobre especificidad de los tratamientos psicofarmacológicos para las entidades psiquiátricas

[5]. Esto se demuestra, por ejemplo, con el hecho de que un psicofármaco puede ser eficaz para una variedad de trastornos mentales: tal es el caso de la quetiapina, medicamento que, clasificado como un antipsicótico, es beneficiosa para la esquizofrenia pero también para el trastorno bipolar, la depresión mayor y algunos trastornos de ansiedad [6]. Por otro lado, un determinado trastorno mental puede requerir de una combinación de diferentes medicamentos para que el paciente pueda mejorar: tal es el caso del trastorno bipolar en el que el uso de polifarmacia (administración concomitante de varios medicamentos) ocurre entre 36 y 85% de los pacientes [7].

Los estudios epidemiológicos demuestran una alta comorbilidad entre trastornos mentales: casi la mitad de los individuos con un diagnóstico psiquiátrico tienen por lo menos otro diagnóstico adicional [8], lo cual sugiere la ausencia de límites claros entre una entidad y otra.

Se asume en general que el diagnóstico de los trastornos mentales tiene una naturaleza categórica, es decir, que su formulación lo señala tajantemente como presente o ausente; la evidencia sugiere, sin embargo, que tales diagnósticos son constructos continuos o dimensionales, es esta la razón por la que se ha propuesto replantear la forma cómo se lleva a cabo el proceso diagnóstico en psiquiatría, intentando basarlo fundamentalmente en datos empíricos de naturaleza dimensional [1].

En respuesta a las dificultades aquí someramente expuestas, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos ha propuesto los llamados Criterios de Dominio para la Investigación (Research Domain Criteria, RDoC), un novedoso sistema nosológico que pretende relacionar factores neurobiológicos con diferentes aspectos de la sintomatología psiquiátrica medidos de una manera dimensional [9].

Por otro lado, se ha cuestionado la naturaleza dimensional de los fenómenos psiquiátricos argumentando que no son objetos físicos o naturales y por lo tanto no pueden ser medidos o cuantificados. No obstante, tampoco son objetos puramente

abstractos, por lo que se propone que tienen una naturaleza híbrida que solo permite tener diferentes grados de intensidad a los que no se les puede asignar un valor numérico susceptible a operaciones aritméticas. Lo anterior pone en duda la validez de las escalas utilizadas en psicometría [10,11].

Considerando que se conoce poco respecto a los mecanismos fisiopatológicos y causales de los problemas mentales, por lo cual se habla de trastornos y no de enfermedades [12], la clasificación de estas entidades depende en buena medida de su descripción clínica, la cual debería entonces basarse en síndromes cuya existencia tenga validez. En 1742, Sydenham fue el primero en definir *síndrome* como un conjunto de síntomas y signos interrelacionados que muestran una estructura estable y característica, y asimismo un pronóstico particular [4]. Los síndromes psiquiátricos deberían llenar también estos requisitos para responder a esta definición. En el momento actual existen métodos estadísticos que permiten estudiar cómo los síntomas se vinculan entre sí para formar una estructura, proceso mediante el cual se pueden identificar síndromes y entender mejor las relaciones que puedan existir entre unos y otros síndromes. Tal metodología incluye el análisis de variables latentes y el análisis de redes; este último permite visualizar gráficamente la relación, cercanía y agrupamiento de los síntomas y recientemente se ha venido utilizando para identificar síndromes psicopatológicos [13,14].

Utilizando los métodos estadísticos mencionados se han ido delimitando determinados síndromes psiquiátricos. Por ejemplo, Wright y cols. [1] sugieren la existencia de tres grupos principales de psicopatología: las experiencias psicóticas, los problemas de externalización y los de internalización. Dentro de los problemas de externalización estarían los trastornos por consumo de alcohol y de drogas. Los de internalización involucrarían a su vez tres tipos de síndromes: el obsesivo-compulsivo, el de temor (vinculado con fobia social, agorafobia y pánico) y el de distrés (también vinculado con el pánico y además con la ansiedad generalizada, la depresión y la manía). Por otro lado Goekoop & Goekoop [13], utilizando análisis de redes, postulan seis síndromes principales: ansiedad, depresión, retardo, manía, desorganización conductual y psicosis.

En el Perú, se han hecho al menos dos estudios sobre estructura de síndromes: uno de ellos, realizado en mujeres postparto, sugiere que la hipersomnia y la elevación del apetito no forman parte del síndrome depresivo, y que los síntomas centrales de la depresión son fatiga, tristeza y anhedonia [15]; el otro explora la estructura de los síntomas evaluados utilizando el SRQ-18, encontrando cinco conglomerados correspondientes a síndromes relacionados a problemas con el alcohol, depresión, ansiedad, síntomas físicos y psicosis [16].

El objetivo del presente estudio es describir, en pacientes psiquiátricos ambulatorios, la estructura de los síntomas afectivos y de ansiedad basada en las correlaciones que existen entre ellos.

MÉTODOS

Diseño y muestra

El presente es un estudio transversal, analítico y exploratorio llevado a cabo en 305 pacientes psiquiátricos ambulatorios de ambos sexos, de 18 a 65 años de edad, con grado de instrucción de por lo menos primaria completa, que acudieron a la Consulta Externa del Hospital Cayetano Heredia (localizado en el distrito de San Martín de Porres, Lima, Perú), entre julio del 2014 y diciembre del 2015. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y se excluyeron a los pacientes con psicosis, deterioro cognitivo, retardo mental o que habían recibido tratamiento psiquiátrico durante el último mes.

Para la decisión en torno al tamaño de la muestra se tomó en cuenta lo recomendado para el método análisis factorial, utilizado en el estudio. Al no existir consenso general en cuanto al tamaño muestral apropiado para la realización de un análisis factorial [17], y considerando lo referido por Comfrey y Lee [18] respecto este punto (“50-muy pobre; 100-pobre; 200-aceptable; 300-bueno; 500-muy bueno; y 1000 ó más-excelente”), se planeó reclutar una muestra de por lo menos 300 sujetos, cantidad de “buen” tamaño para una investigación de esta naturaleza.

Instrumentos de medición y variables del estudio

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

- **Ficha de datos demográficos y clínicos:** Para el registro de las siguientes variables: sexo (dicotómica), edad (continua), número de años de instrucción (ordinal), estado civil (nominal), tiempo de enfermedad en días (continua), diagnóstico psiquiátrico (nominal) y diagnóstico físico (nominal).
- **Escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S):** Es un instrumento administrado por un evaluador para calificar la gravedad del

cuadro clínico del paciente en base a sus observaciones y experiencia, pudiendo clasificarlo en una de 7 categorías: 1 (normal); 2 (severidad mínima); 3 (leve); 4 (moderada); 5 (marcada); 6 (grave) y 7 (extrema) [19]. El valor de la CGI es una variable ordinal.

- **Escala de Psicopatología Depresiva** (20 ítems): Es un instrumento para la medición de depresión desarrollado y validado en el Perú, con un tiempo medio de 7,2 minutos para ser completado y un alfa de Cronbach de 0,86. Para el diagnóstico de depresión mayor basado en la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID), el área bajo la curva ROC (de eficacia diagnóstica) fue de 0,872; y con un punto de corte de 26/27, su sensibilidad fue 81,32% y su especificidad 80%. Cuando el diagnóstico de depresión mayor fue formulado por el psiquiatra, el área bajo la curva ROC fue de 0,832 y con un punto de corte de 25/26, mostró una sensibilidad de 77,67% y una especificidad de 72,32%. La escala correlacionó significativamente con la Escala de Depresión de Zung ($Rho = 0,8$, $P < 0,001$) [20].
- **Ítems adicionales sobre el estado de ánimo:** Incluye preguntas respecto a desesperanza, sentimientos de vulnerabilidad y soledad, además de 13 ítems extraídos del Cuestionario de Trastornos del Ánimo (para evaluar síntomas de manía) [21].
- **Escala de Síntomas Ansiosos** (72 ítems): Este instrumento desarrollado en el Perú, tiene un alfa de Cronbach de 0,96, un Rho con la CGI-S-para ansiedad de 0,474 ($p < 0,01$) y todos sus ítems tuvieron un coeficiente de saturación mayor a 0,4 en una sola dimensión según el análisis de componentes principales para variables categóricas [22].

Los síntomas estudiados en este trabajo provienen de los ítems de la Escala de Psicopatología Depresiva, las preguntas adicionales sobre el estado de ánimo y la Escala de Síntomas Ansiosos; sus correspondientes variables se listan en la Tabla-1 donde también se indican las abreviaturas utilizadas en las siguientes tablas y gráficos, su contenido y sus valores posibles.

Procedimiento

El proyecto de investigación fue presentado y aprobado por los Comités de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Cayetano Heredia. Los pacientes que acudían al Consultorio Externo de Psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia fueron entrevistados brevemente a fin de determinar si cumplían con los criterios de selección para el estudio, en cuyo caso se les invitaba a participar explicándoles su naturaleza y objetivos. En caso de aceptar, se les solicitaba la firma del consentimiento informado. Posteriormente se procedía a llenar la parte inicial de la ficha de datos generales, luego de lo cual el paciente respondía los instrumentos mencionados arriba: la Escala de Psicopatología Depresiva, 3 preguntas adicionales sobre depresión, 13 ítems sobre síntomas de manía (Cuestionario de Trastornos del Ánimo) y la Escala de Síntomas Ansiosos. Finalmente cada paciente fue entrevistado por el psiquiatra tratante quien concluía la ficha de datos generales consignando los diagnósticos y nivel de severidad de acuerdo al CGI-S.

Aspectos éticos

Los sujetos de investigación no estuvieron expuestos a ningún riesgo importante, ni a ningún tipo de procedimiento invasivo. La evaluación de cada paciente demoraba 30-45 min, sin embargo, ésta se hizo generalmente durante el intervalo de espera para ser atendidos por lo que en general no tuvieron que extender su permanencia en el hospital a causa del estudio. Se explicó a los posibles participantes en qué consistía el estudio a fin de obtener la firma del consentimiento informado que se adjunta en el Anexo-1. El proyecto (incluyendo el texto del consentimiento informado) fue revisado por los Comités de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Cayetano Heredia.

Análisis de datos

Descripción de la muestra

Las características de la muestra fueron descritas utilizando proporciones para las variables categóricas; y en el caso de las variables continuas: promedio, desviación estándar (DE), mediana (p50), percentil 25 (p25) y percentil 75 (p75).

Análisis de las correlaciones entre síntomas

Se construyó una matriz de correlaciones policóricas entre cada uno de los ítems (depresivos, maníacos y de ansiedad). Las correlaciones policóricas suponen que los valores de las variables ordinales o dicotómicas provienen de un fraccionamiento de variables latentes continuas con distribución normal. Las correlaciones policóricas [23] corresponden a las correlaciones de Pearson de estas variables latentes continuas que dieron origen a los valores ordinales de las variables observables. Esto permite estudiar la relación entre variables dicotómicas u ordinales con diferente número de posibles valores y que muchas veces están distribuidas asimétricamente tal como ocurre con los ítems de diversas escalas.

Se cuantificó el número de correlaciones $> 0,4$ para cada síntoma. Se considera que este valor (0,4) indica una fuerza de correlación al menos “moderada” [24].

Gráficos de correlaciones entre síntomas

Utilizando el programa NodeXL se representaron las correlaciones entre los síntomas mediante gráficos de redes. Se utilizaron los algoritmos de Clauset-Newman-Moore y de Wakita-Tsurumi (incluidos en el NodeXL) para clasificar los tipos de síntomas. El algoritmo de Wakita-Tsurumi, respecto al primero, trabaja intentando balancear el tamaño de los conglomerados que están siendo fusionados progresivamente, teniendo

la ventaja de funcionar más rápido lo que permite analizar redes formadas por una gran cantidad de elementos, por ejemplo, más de un millón de nodos [25,26].

Los posibles síndromes resultantes se graficaron por separado para poder ser visualizados con mayor claridad. Esta modalidad de identificación de síndromes psiquiátricos a través de análisis redes se ha desarrollado en los últimos años [13,14,27–29].

Análisis factorial exploratorio

Se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando matrices de correlaciones policóricas para cada uno de los posibles síndromes resultantes, empleando posteriormente la rotación ortogonal varimax.

Evaluación de la relación entre dimensiones

Se generaron variables correspondientes a cada dimensión encontrada mediante los métodos mencionados sumando el puntaje de sus síntomas constituyentes. Se calcularon correlaciones policóricas entre los puntajes de las dimensiones calculados en el paso anterior y se elaboró el gráfico de redes correspondiente.

Clasificación a través de análisis por conglomerados

El análisis de conglomerados tiene la finalidad de formar grupos de objetos (en este caso pacientes) en base sus propiedades o determinadas variables de modo que los objetos sean similares dentro de cada grupo pero diferentes a los de los otros grupos; permitiendo de este modo clasificar a los individuos en base a sus características [30,31].

Utilizando el método de k-medias de análisis por conglomerados y, como variables de clasificación, los puntajes estandarizados de las dimensiones generadas en los pasos anteriores, se dividió progresivamente la muestra en 2, 3, 4, 5 y 6 clases. Luego

se describieron las clases generadas mostrando en cada una de ellas los valores promedio de cada dimensión y de edad, y la distribución por sexo.

RESULTADOS

La muestra estudiada incluyó un total de 305 pacientes: 215 mujeres (70,49 %) y 90 varones (29,51%). La edad de los pacientes fue en promedio 40,23 años (DE=13,82, p50=41 , p25=28 y p75=52); y el número de años de instrucción, 11,34 (DE=3,19, p50=11, p25=11, p75=13). En cuanto al estado civil, 41,31% de los pacientes eran solteros; 20%, convivientes; 21,97%, casados; 11,8%, separados; 2,62%, divorciados; y 2,3%, viudos.

En la Tabla-2 se muestran los diagnósticos de las condiciones físicas de los pacientes, pudiéndose observar que los más frecuentes fueron diabetes mellitus, hipertensión arterial y gastritis.

En la Tabla-3 se precisan los trastornos mentales y el grado de severidad de la sintomatología psiquiátrica según el CGI-S, encontrándose que más de la mitad de los pacientes tenía trastorno depresivo mayor, siendo otros diagnósticos frecuentes el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico. Finalmente, en cuanto a la severidad, la mayoría de pacientes mostraron sintomatología psiquiátrica calificada como “moderada”.

En relación al análisis de las correlaciones entre síntomas, la Tabla-1, además de describir los síntomas, muestra el número de correlaciones $>0,4$ que tiene cada uno con cualquier otro síntoma estudiado. Así, se encuentra que los que estuvieron más frecuentemente conectados con otros fueron: “*sentirse inseguro, sin confianza en sí mismo*”, “*angustia/nervios de punta*”, “*nerviosismo*”, “*miedo de perder el control*”, “*sentirse inseguro, como si se fuera a caer*” y “*sentirse aturdido o confundido*”. Por el contrario, los que estuvieron muy poco vinculados al resto fueron: *hipersomnia*, *polo matutino* y *menor necesidad de sueño* (ninguna correlación $>0,4$). Asimismo, algunos síntomas sólo tuvieron 1 correlación $>0,4$: *elevación del apetito* (correlacionado con *ansiedad*), *miedo a morir* (correlacionado con *miedo a que*

ocurra algo catastrófico), *gastos excesivos* (correlación con *actuar de modo inusual*) y *sentirse más seguro de lo habitual* (correlación con *aumento de la energía*).

Respecto a la representación visual de las correlaciones entre síntomas, la Figura-1 muestra las correlaciones entre los síntomas graficados por colores según los síndromes a los que teóricamente pertenecen. Se visualiza con claridad un conglomerado correspondiente a la *manía* (color rojo) y zonas que representan a la *ansiedad social* (negro), *agorafobia* (anaranjado), *síntomas somáticos más pánico* (verde), y un conjunto en donde se mezclan *síntomas depresivos* (morado) y de *ansiedad* (azul). Se puede observar que los síntomas de *fobia social* están fuertemente correlacionados (líneas marrones).

La Figura-2 muestra los cuatro grupos o conglomerados resultantes de la aplicación del algoritmo de Clauset-Newman-Moore: 1) Síntomas de manía, depresión y ansiedad (morado), 2) Manifestaciones de ansiedad social, agorafobia y pánico (anaranjado), 3) Síntomas somáticos (verde) y 4) Un grupo pequeño constituido por síntomas de cansancio, lentitud y dificultad para las relaciones sexuales.

La Figura-3 grafica los síndromes según el algoritmo de Wakita-Tsurumi, pudiéndose distinguir: 1) manía (rojo), 2) depresión (púrpura), 3) ansiedad social y agorafobia (naranja), 4) síntomas físicos (verde), 5) síntomas cognitivos (negro), 6) síntomas de estrés postraumático (rosado), 7) síntomas ansiosos I (azul), 8) síntomas ansiosos II (marrón) y 9) incomodidad para tener relaciones sexuales (amarillo).

Para visualizar los resultados con mayor claridad, las siguientes figuras muestran por separado la estructura de los principales síndromes.

La Figura-4 muestra la estructura de los síntomas de *fobia social* donde se observa que los más relevantes (con 5 o más correlaciones mayores de 0,65) fueron: 1) miedo a hacer cosas delante de otras personas, 2) incomodidad de ser observado trabajando, escribiendo o caminando, 3) miedo a hacer el ridículo y sentirse

humillado o avergonzado, 4) miedo a cometer errores frente a otros y 5) incomodidad de acercarse a un grupo de personas e interactuar.

La Figura-5 muestra la estructura de los síntomas de la *agorafobia*. En este síndrome, los síntomas con 5 o más correlaciones $> 0,52$ fueron: 1) miedo a alejarse de la casa, 2) miedo a hacer colas, 3) miedo a caminar por la calle y 4) miedo a aulas, salones, auditorios o grandes habitaciones.

La Figura-6 muestra la estructura de los *síntomas físicos y de pánico*. Los síntomas con 5 o más correlaciones $>0,58$ fueron: 1) sentirse aterrorizado/con pánico, 2) disnea y 3) angustia/nervios de punta. Asimismo, se puede visualizar un subsíndrome de pánico “psíquico” que incluye síntomas tales como sentirse aterrorizado/con pánico, miedo sin motivo, miedo de volverse loco, angustia/nervios de punta, miedo a perder el control y desrealización; y otro subsíndrome “somático” constituido por síntomas tales como disnea, palpitaciones, dolor o presión en el pecho, temblores/sacudidas, sentir que puede desmayarse, escalofríos, parestesias, debilidad y fatiga. Las alteraciones del sueño estarían algo más distantes del resto de la sintomatología física y de pánico.

La Figura-7 representa a la *ansiedad general*, en la que se encuentra que los síntomas con más de 5 correlaciones $>0,6$ son: 1) nerviosismo, 2) angustia/nervios de punta, 3) disnea y 4) no sentirse cómodo, sosegado o apacible.

La Figura-8 muestra la estructura de la *depresión*, observándose que los síntomas con 5 o más correlaciones $>0,52$ son: 1) cansancio, 2) no sentirse cómodo, sosegado y apacible, 3) minusvalía, 4) vulnerabilidad y 5) sentirse agitado o alterado.

La Figura-9 representa a la *manía*. Los síntomas con más de 5 correlaciones $>0,4$ son: 1) actuar de modo inusual, 2) aumento de energía, 3) verborrea, 4) aumento de la actividad en general, 5) aumento de la actividad social y 6) aumento de la libido. Se puede observar que las correlaciones entre los síntomas de *manía* son más débiles que las detectadas entre los síntomas correspondientes a otros síndromes.

En relación a la estructura factorial de los síndromes identificados, las Tablas de la 4 a la 7 muestran los resultados de los análisis factoriales exploratorios policóricos de los distintos síndromes identificados en el estudio.

En la Tabla-4 se explora el síndrome *fobia social-agorafobia*, identificándose dos factores correspondientes a cada una de estas subdimensiones: la primera (*fobia social*) constituida principalmente por problemas para interactuar con otras personas, temor a exámenes o entrevistas de trabajo e incomodidad a ser observado mientras se realizan actividades; y la segunda (*agorafobia*), por miedo a caminar por la calle, a hacer colas y a ir en carro. El miedo a aulas, salones, auditorios o grandes habitaciones es un síntoma compartido por la fobia social y la agorafobia (cargas altas en ambos factores).

En la Tabla-5 se muestra la estructura de síntomas físicos/pánico distinguiéndose dos subdimensiones, una relacionada con el pánico y la otra con sueño alterado/fatiga.

En la Tabla-6, se muestra la estructura factorial de los síntomas depresivos (destacando entre ellos la anhedonia y la desesperanza) y ansiosos (representados principalmente por disnea, temor a que ocurra algo catastrófico y angustia al pensar cómo prevenir riesgos o peligros). Se observa que varios síntomas se relacionan con ambos factores (depresión y ansiedad general): “sentimientos de vulnerabilidad”, “ansiedad”, “inquietud”, “alteraciones cognitivas”, “angustia, nervios de punta”, “nerviosismo”, “sentirse agitado o alterado”, “sentirse asustado con temor o miedo”, “anergia” y “manos o pies fríos o húmedos”. Algunos se vinculan más con el factor al que supuestamente no deberían pertenecer, como en el caso de la “dificultad para dejar de preocuparse” que está más relacionada con el factor “depresión” que con el factor “ansiedad general”.

En la Tabla-7 se observa la estructura de la *manía* esbozándose dos factores: uno caracterizado por elevación de la energía, aumento de la actividad en general, verborrea y aumento de la actividad social; y el otro por actuar de modo inusual, irritabilidad y problemas de concentración.

Respecto a la evaluación de la relación entre dimensiones, la Figura-10 muestra las múltiples correlaciones entre las principales dimensiones encontradas en el presente estudio: las más fuertes son las que hay entre síntomas físicos/pánico, ansiedad general y depresión, así como la existente entre fobia social y agorafobia.

Respecto a la clasificación de la muestra estudiada mediante análisis de conglomerados, en la Tabla-8 se muestran los resultados de análisis de conglomerados con el método de las k-medias, aumentando progresivamente el número de clases desde 2 hasta 6.

Cuando se divide a los individuos estudiados en dos clases, se observa una con altos y otra con bajos puntajes de severidad en base a la CGI-S y sintomatología de todos los tipos. En el grupo de mayor severidad se encuentra un porcentaje más alto de mujeres que en el de menor severidad.

Al dividir a los participantes en tres clases, se obtiene un primer conglomerado con puntajes elevados de CGI-S, depresión y ansiedad (ansiedad general, pánico/síntomas somáticos, agorafobia y fobia social); un segundo grupo, con niveles altos de *manía*; y una tercera categoría con niveles bajos de severidad y sintomatología en general. Se observa además que el porcentaje de mujeres aumenta con la severidad del grupo.

Cuando se consideran cuatro clases, la número 1, presenta bajos niveles de sintomatología en general; la número 2, altos puntajes de *manía*; la número 3, la máxima severidad y altos puntajes de sintomatología en general; y la número 4, los menores niveles de *manía*.

Si se fracciona la muestra en cinco grupos, el número 1, presenta bajos niveles de sintomatología en general a excepción de los niveles de *manía*; el 2, los puntajes más altos de *manía* y *depresión*; el 3, la máxima severidad y niveles altos de sintomatología en general; el 4, niveles promedio de sintomatología en general y los niveles más bajos de *manía*; y el 5, niveles bajos de severidad y de sintomatología en general.

Por último, cuando se separa la muestra en seis grupos, el 1, tiene los niveles más altos de severidad y sintomatología depresiva y ansiosa de diversos tipos; el 2, los menores niveles de severidad y sintomatología en general; el 3, los menores puntajes de *manía*; el 4, los mayores niveles de *manía*; el 5, los mayores niveles de *agorafobia* y altos puntajes de *manía*; y el 6, bajos niveles de *depresión* y ansiedad de diversos tipos.

En general puede anotarse que el principal determinante de las clases es el nivel de severidad y sintomatología en general, en tanto que el tipo de sintomatología (quizás con la excepción de los síntomas de *manía*) no influye en la clasificación.

DISCUSIÓN

La primera observación notoria en el presente estudio es que los diversos síntomas psiquiátricos en general parecen estar estrechamente correlacionados entre sí, haciendo difícil con ello, una demarcación clara e inequívoca de los límites entre síndromes; sin embargo, es posible también notar que determinados síntomas muestran mayor relación o proximidad entre sí en comparación a otros, esbozándose así zonas que representarían dimensiones más o menos determinadas. De acuerdo a algunos autores los trastornos mentales pueden dividirse en problemas de externalización y de internalización [1,32,33]. La sintomatología de externalización, que incluye problemas por consumo de alcohol o drogas y conductas antisociales, no ha sido estudiada en nuestro trabajo. De este modo, tomando en cuenta nuestros resultados y la literatura revisada podríamos sugerir una estructura de la sintomatología psiquiátrica que se presenta en la Figura-11.

Sobre la base de las estructuras sintomatológicas representadas en las Figuras 1, 2 y 3, los grupos de síntomas resultantes del algoritmo de Wakita-Tsurumi y el análisis por conglomerados, el síndrome más diferenciado es la manía; cuya existencia, por otra parte, está respaldada por varios estudios [13,34]. El síndrome maníaco identificado en nuestro estudio corresponde en general con los síntomas de episodio de manía o hipomanía descritos en el DSM-5 [3]. Por ejemplo, los síntomas maníacos más importantes que hemos encontrado tales como el aumento de energía, de actividad en general y la irritabilidad son también síntomas considerados esenciales mencionados en el criterio A de episodio maníaco e hipomaníaco del DSM-5. Las subdimensiones de manía identificadas por nuestro análisis factorial, son similares a las del estudio de Stringaris et al [35], en el que se describen dos factores: uno llamado “de bajo control” constituido por síntomas tales como irritabilidad, conductas imprudentes y distraibilidad; y otro, denominado “exuberante”, que incluye aumento de energía, actividad y libido. De su lado, el

síntoma de manía *disminución de la necesidad de sueño* no tuvo correlaciones importantes con los otros síntomas psiquiátricos; asimismo, en el análisis factorial del síndrome maniaco, este síntoma no se relacionó de manera importante con ninguna de sus dos dimensiones, otro hallazgo similar a lo identificado por Stringaris et al [35].

La manía, según Wright et al [1], es parte de los trastornos de estrés donde también se encuentran la *depresión* y la *ansiedad generalizada*. Coincidentemente con esto último, el grupo 1 generado por el algoritmo de Clauset-Newman-Moore (Figura 2) que hemos denominado “problemas afectivos y síntomas ansiosos”, está formado por síntomas de *manía*, *depresión* y *ansiedad general*.

Integrando los resultados de los gráficos de redes y del análisis factorial en este estudio, es válido considerar a la depresión y la ansiedad como dos síndromes superpuestos que comparten una buena cantidad de síntomas, aun cuando haya algunos que son más específicos de depresión y otros más de ansiedad. Así, los síntomas comunes a ansiedad y depresión son: 1) un estado de ansiedad psíquica caracterizado por: *no sentirse cómodo, sosegado y apacible*; ansiedad; nerviosismo; sentirse asustado, con temor o miedo; inquietud, angustia/nervios de punta; y dificultad para dejar de preocuparse; 2) cansancio, fatiga o anergia; 3) sentirse vulnerable, indefenso o desprotegido; y 4) alteraciones cognitivas (sentirse aturdido o confundido, dificultad para pensar o concentrarse y problemas de memoria); esta sintomatología se parece bastante al concepto clásico de *neurastenia* que ha persistido hasta la actualidad en la CIE-10 y en el que la fatiga física y/o mental es el síntoma central y otras molestias importantes son problemas de concentración y memoria, incapacidad para relajarse y síntomas físicos [36]. De su lado, los síntomas que pertenecen más a la depresión que a la ansiedad son: 1) anhedonia, pérdida del interés y falta de reactividad del ánimo, 2) desesperanza, 3) ideas de minusvalía y culpa, 4) tristeza, 5) sentimientos de soledad y 6) tendencias suicidas. Los síntomas más específicos para el síndrome de ansiedad que para el de depresión son: 1) miedo a que ocurra algo catastrófico y angustia al pensar cómo prevenir riesgos o peligros, 2)

sobresaltos ante ruidos inesperados y 3) algunos síntomas físicos tales como disnea, dolor u opresión pre-cordial, debilidad especialmente en las piernas y parestesias.

Aunque las clasificaciones actuales consideran a la ansiedad y la depresión como problemas clínicos diferentes, estos resultados muestran una gran superposición entre síntomas de ambos cuadros, lo cual responde a la propuesta de Tyrer que combina la ansiedad y la depresión en un solo síndrome al que denomina *cotimia* [37]. La falta de límites precisos entre ansiedad y depresión, hallazgo, por lo demás, sumamente frecuente en todo tipo de escenario clínico, es puesta en evidencia, entre otros por los siguientes hechos: el síntoma de las *preocupaciones excesivas*, característico del trastorno de ansiedad generalizada, de acuerdo a un estudio que utiliza análisis de redes, está inmerso en el síndrome depresivo [13]; además, el trastorno de ansiedad generalizada está alejado de otros trastornos de ansiedad y tiene mayor relación con el trastorno depresivo mayor, perteneciendo ambos a una misma categoría de “distrés” [1] o de “ansiedad/miseria” [33]. Por otro lado, las alteraciones en el sueño y el apetito son parte de los síntomas que conforman los criterios diagnósticos de la depresión mayor en el DSM-5 [3]; sin embargo, no se ha encontrado en este estudio una relación muy fuerte entre la disminución del apetito o el insomnio y el síndrome depresivo o el de ansiedad; hallazgo negativo similar al de un trabajo sobre la estructura del SRQ [16] y al de otro de análisis de redes de síntomas psiquiátricos [28].

Otro aspecto a comentar entre los resultados de este trabajo es la estrecha relación entre algunos síntomas físicos y la *ansiedad*, con lo cual se evidencia una continuidad entre esta y otro síndrome identificado en el estudio: el de *pánico/síntomas somáticos*. La continuidad depresión-ansiedad-síntomas somáticos se puede observar asimismo en las redes de síntomas detectadas por Goekoop y Goekoop [13], Bekhuis et al [38] y van Borkulo et al [28].

El síndrome *pánico/síntomas somáticos* incluye *fatiga/alteraciones del sueño* y los síntomas del ataque de pánico descritos en el DSM-5 [3] que pueden dividirse en psíquicos (por ejemplo, “miedo a volverse loco”, “miedo a perder el control”,

“miedo sin motivo” y “desrealización”) y físicos (por ejemplo, disnea, palpitaciones, molestias en el pecho, temblores, escalofríos y parestesias). La diferenciación entre ansiedad psíquica y somática también puede evidenciarse en las dimensiones de la Escala de Ansiedad de Hamilton [39].

En el presente estudio se ha encontrado que la anergia (fatiga o cansancio) se relaciona estrechamente con depresión, ansiedad y síntomas somáticos, lo cual está de acuerdo con los hallazgos de Bekhuis et al [38], que relacionan cercanamente a la fatiga con los síntomas somáticos, especialmente cefalea y dolor de espalda. Asimismo, en mujeres en estadio postparto, la fatiga fue un síntoma central muy vinculado a otras manifestaciones del síndrome depresivo [15].

En este estudio destacan entre las molestias físicas tres síntomas cardio-respiratorios muy relacionados entre sí: disnea, palpitaciones y molestias precordiales, siendo la disnea el más importante vinculándose estrechamente con otros síntomas somáticos y ansiosos. Otros trabajos han encontrado también una asociación significativa entre síntomas respiratorios y mentales. Por ejemplo, en individuos físicamente sanos, se ha hallado relación directa entre síntomas respiratorios (incluyendo la disnea) y síntomas psiquiátricos (ansiedad, cólera, depresión y alteraciones cognitivas) [40]. Asimismo, un estudio prospectivo encontró que el inicio de síntomas de ansiedad o depresión aumenta significativamente el riesgo de aparición de disnea [41]. Bekhuis et al [38] han hallado que la sensación de presión en el pecho se relaciona fuertemente con los síntomas de ansiedad y depresión, siendo su conexión más estrecha con ansiedad; por otro lado, estos mismos autores postulan que el síntoma somático más conectado a depresión y ansiedad es la sudoración excesiva. En nuestro estudio, sin embargo, el síntoma similar a la sudoración excesiva, *manos y pies fríos o húmedos*, no se relacionó mucho con otros síntomas.

Asimismo, tenemos el síndrome *agorafobia/fobia social*, que se grafica de color naranja y se evidencia mediante el algoritmo de Clauset-Newman-Moore (Figura-2) y de Wakita-Tsurumi (Figura-3). El análisis factorial de los síntomas de

este síndrome permite dividirlo en dos subsíndromes: agorafobia y fobia social. Estos pertenecen a los llamados trastornos de miedo según Wright et al [1] y Krueger [33]. En los estudios de comorbilidad se encuentra una fuerte relación entre fobia social y agorafobia [42], en algunos casos mayor que la encontrada entre pánico y agorafobia [8]. Los síntomas más representativos de la agorafobia en nuestro estudio son miedo a alejarse de la casa, a caminar por la calle, a ir en vehículos y a hacer colas; mientras que los más importantes para la fobia social son miedo a realizar actividades delante de personas, a cometer errores frente a otros, a hacer el ridículo y sentirse humillado, y a acercarse e interactuar con grupos de personas. En ambos casos hay correspondencia con los criterios diagnósticos descritos en el DSM-5 [3].

Por último, de acuerdo al presente trabajo, hay algunos pocos indicios de la existencia de otros posibles síndromes. Así tenemos, en base a los resultados del algoritmo de Wakita-Tsurumi, al síndrome de estrés postraumático y al de síntomas cognitivos (problemas de concentración y memoria); y, de acuerdo al algoritmo de Clouston-Newman-Moore, al de anergia que más bien sería una manifestación común a varios síndromes según otros de nuestros resultados.

Históricamente la psiquiatría ha empleado un enfoque categórico para describir los trastornos mentales que asume una postura dicotómica respecto a la existencia del diagnóstico: este está presente ó ausente. Sin embargo, la evidencia nos muestra una realidad diferente: un mismo paciente puede tener en menor o mayor grado uno o más diagnósticos, por lo que el enfoque categórico restringe la forma de describir la sintomatología del paciente [43]. Ante esta situación, se han planteado modelos dimensionales como la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP) [43], que pretende organizar la sintomatología en base a métodos de análisis factorial, y los Criterios de Dominio para la Investigación (Research Domain Criteria, RDoC) [9,43], propuestos por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, que además, de la información sintomatológica, considera variables biológicas tales como factores genéticos, medición de niveles de sustancias, función de circuitos cerebrales y neuroimágenes.

Los resultados del presente estudio muestran continuidad entre los síndromes, de modo que un mismo síntoma puede pertenecer a más de un síndrome, como ocurre particularmente con la anergia y la disnea; lo cual apoya el uso de un enfoque diagnóstico dimensional y sugiere la posibilidad de mecanismos neurobiológicos comunes a diferentes síndromes. Esto también ocurre con los criterios diagnósticos de los problemas psiquiátricos donde un mismo síntoma puede ser parte de dos o más trastornos mentales; por ejemplo, el episodio depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada comparten varios síntomas dentro de sus criterios: fatiga, insomnio, problemas de concentración e irritabilidad. Este último síntoma, asimismo, también es parte de los criterios de manía e hipomanía [3]. En el análisis de redes se hace referencia a los *síntomas puente* que pueden pertenecer diferentes síndromes conectándolos entre sí; y en concordancia con nuestros resultados, el estudio de Goekoop & Goekoop [13] encuentra a la anergia como un síntoma puente importante.

En el este y otros estudios, lo usual es encontrar que un determinado síntoma psiquiátrico está correlacionado con otros, por lo que prestar atención a los que no están muy vinculados puede resultar relevante. En el DSM-5, la hipersomnia y el aumento del apetito, forman parte de los criterios de depresión mayor y del especificador “con características atípicas” para los trastornos depresivos; sin embargo, no hay evidencia que de estos síntomas se relacionen de manera importante con el síndrome depresivo. En nuestro trabajo, la hipersomnia se ha encontrado muy poco vinculada a cualquier otro síntoma, lo cual coincide con los hallazgos de otras investigaciones. En algunos estudios, utilizando análisis de redes para evaluar la estructura psicopatológica, la hipersomnia o el aumento de sueño tuvieron poca o ninguna relación con el resto de síntomas psiquiátricos evaluados [13,28,38]. En un trabajo de validación de una escala de depresión (la Escala de Psicopatología Depresiva, EPD), la hipersomnia no se correlacionó significativamente con el puntaje total de la Escala de Depresión de Zung ni con la severidad de la depresión medida a través de la evaluación clínica realizada por el psiquiatra [20]. Finalmente, en un estudio de mujeres en el postparto, la hipersomnia (definida como dormir más

de 10 horas por día) tampoco se encontró significativamente relacionada con el síndrome depresivo [15].

Asimismo, el aumento del apetito solo tuvo vinculación importante con el ítem “sentirse ansioso”, no mostrando relación importante con ningún síntoma depresivo ni con la hipersomnolia que es considerada, al igual que la hiperfagia, un síntoma vegetativo inverso. El aumento del apetito tampoco se relaciona significativamente con la depresión en el periodo postparto [15].

El polo matutino, que forma parte del especificador “con características melancólicas” en los trastornos depresivos, tampoco tuvo vínculos importantes con el resto de la sintomatología psiquiátrica, lo cual coincide con lo encontrado en el estudio de validación de la EPD donde dicho síntoma no tuvo correlaciones significativas con la Escala de Depresión de Zung ni con la severidad de la depresión [20]; por otro lado, dentro de la estructura de la sintomatología depresiva postparto, el polo matutino sí se relacionó de forma relevante con los síntomas “tristeza” y “falta de reactividad del ánimo” [15].

Respecto a las limitaciones del presente estudio, tenemos que aunque explora la existencia de síndromes en base a diversos tipos de síntomas pertenecientes teóricamente a manía, depresión, ansiedad generalizada, somatización, trastorno de pánico, agorafobia y fobia social; no incluye síntomas psicóticos, catatónicos y de déficit cognitivo. Además, se incluyen escasos ítems sobre síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y el número de pacientes incluidos con dicho diagnóstico fue pequeño, lo cual podría explicar la ausencia de un síndrome obsesivo-compulsivo entre nuestros hallazgos. Asimismo, la sintomatología evaluada es en base a ítems autoadministrados y no a síntomas recogidos a través de una evaluación realizada por un entrevistador que pueda explorar a profundidad la fenomenología del paciente. También debemos considerar los supuestos respecto a la naturaleza de los síntomas mentales que se analizan estadísticamente: si bien es cierto, las correlaciones policóricas permiten estudiar las relaciones entre diferentes tipos de variables (dicotómicas, ordinales y continuas), asumen que éstas se originan de variables

latentes continuas con distribución normal; sin embargo, algunos autores no están de acuerdo en que los fenómenos mentales puedan ser medidos y cuantificados, para ellos los síntomas psiquiátricos no pueden describirse numéricamente, aceptándose solo que tienen “gradualidad” [10,11]. Otro punto es que la muestra procedía de la consulta externa de psiquiatría de un hospital general y estaba conformada principalmente por pacientes de sexo femenino que en algunos casos presentaban comorbilidades físicas; existiendo la posibilidad de que la estructura de los síndromes sea diferente entre hombres y mujeres, según tengan concomitantemente determinadas enfermedades físicas, o si son pacientes hospitalizados o individuos de la comunidad. Finalmente, no se toman en cuenta variables biológicas sugeridas en el planteamiento de los RDoCs [9].

En conclusión, sobre la base de la metodología utilizada en el estudio, se podría plantear la existencia de ocho síndromes psiquiátricos básicos que estarían incluidos dentro de los problemas denominados de internalización: 1) manía, 2) depresión, 3) ansiedad general, 4) alteraciones del sueño/fatiga, 5) pánico físico, 6) pánico psíquico, 7) agorafobia y 8) fobia social. Estos síndromes, sin embargo, no están bien delimitados existiendo continuidad o superposición entre ellos. Esto último sugiere la necesidad de un enfoque dimensional o de gradualidad para el diagnóstico de los trastornos mentales. Asimismo, nuestros resultados permiten identificar qué síntomas son más representativos o relevantes para cada síndrome y esto podría considerarse en estudios futuros de construcción de instrumentos psicométricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wright AGC, Krueger RF, Hobbs MJ, Markon KE, Eaton NR, Slade T. The structure of psychopathology: toward an expanded quantitative empirical model. *J Abnorm Psychol.* 2013;122: 281–294.
2. Nesse RM, Stein DJ. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med.* 2012;10: 5.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.; 2013.
4. Faravelli C, Castellini G, Landi M, Brugnera A. Are Psychiatric Diagnoses an Obstacle for Research and Practice? Reliability, Validity and the Problem of Psychiatric Diagnoses. The Case of GAD. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2012;8: 12–15.
5. Aragona M. Philosophy of clinical psychopharmacology. *Psychiatr Danub.* 2013;25: 4–10.
6. Styczeń K, Datka W, Jaeschke R, Drozdowicz K, Siwek M, Dudek D. [The place of quetiapine extended release in the treatment of mental disorders]. *Psychiatr Pol.* 2015;49: 67–80.
7. Fornaro M, De Berardis D, Koshy AS, Perna G, Valchera A, Vancampfort D, et al. Prevalence and clinical features associated with bipolar disorder polypharmacy: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12: 719–735.
8. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62: 617–627.
9. Cuthbert BN. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17: 89–97.
10. Berríos GE. Psiquiatría y sus objetos. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011;4: 179–182.
11. Berrios GE, Marková IS. Is the concept of “dimension” applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry.* 2013;12: 76–78.

12. Sartorius N. Why do we need a diagnosis? Maybe a syndrome is enough? *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17: 6–7.
13. Goekoop R, Goekoop JG. A network view on psychiatric disorders: network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. *PLoS One.* 2014;9: e112734.
14. Borsboom D, Cramer AOJ. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9: 91–121.
15. Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto. *Rev Neuropsiquiatr.* 2015;78: 221–231.
16. Romero-Montes AD, Sánchez-Chávez FN, Lozano-Vargas A, Ruíz-Grosso P, Vega-Dienstmaier J. Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016;79: 142–151.
17. Costello AB, Osborne JW. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation.* 2005;10. Available: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=10&n=7>
18. Comfrey A, Lee H. *A First Course in Factor Analysis.* Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates; 1992.
19. Guy W. Clinical Global Impressions (CGI) Scale. In: Rush AJ, Pincus H, First M, Blacker D, Endicott J, Keith S, editors. *Handbook of Psychiatric Measures.* Washington: American Psychiatric Association; 2000.
20. Vega-Dienstmaier JM, Stucchi-Portocarrero S, Valdez-Huarcaya N, Cabra-Bravo M, Zapata-Vega MI. The Depressive Psychopathology Scale: presentation and initial validation in a sample of Peruvian psychiatric patients. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;30: 317–326.
21. Corona R, Berlanga C, Gutiérrez-Mora D, Fresán A. La detección de casos de trastorno bipolar por medio de un instrumento de tamizaje: el Cuestionario de Trastornos del Ánimo versión en español. *Salud Ment.* 2007;30.
22. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier J. Evaluación psicométrica y desarrollo de una versión reducida de la nueva escala de ansiedad en una muestra hospitalaria de Lima,

- Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30: 212–219.
23. Freiberg Hoffmann A, Stover JB, De la Iglesia G, Fernández Liporace M. Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*. 2013;7: 151–164.
 24. Evans JD. *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 1996.
 25. Goekoop R, Goekoop JG, Scholte HS. The network structure of human personality according to the NEO-PI-R: matching network community structure to factor structure. *PLoS One*. 2012;7: e51558.
 26. Wakita K, Tsurumi T. Finding Community Structure in Mega-scale Social Networks. In: Isaías P, Nunes MB, Barroso J, editors. *Proceedings of the IADIS International Conference*. 2007. Available: <http://arxiv.org/abs/cs/0702048>
 27. Epskamp S, Cramer A, Waldorp L, Schmittmann V, Borsboom D. qgraph: Network Visualizations of Relationships in Psychometric Data. *Journal of Statistical Software, Articles*. 2012;48: 1–18.
 28. van Borkulo CD, Borsboom D, Epskamp S, Blanken TF, Boschloo L, Schoevers RA, et al. A new method for constructing networks from binary data. *Sci Rep*. 2014;4: 5918.
 29. Borsboom D, Cramer AOJ, Schmittmann VD, Epskamp S, Waldorp LJ. The small world of psychopathology. *PLoS One*. 2011;6: e27407.
 30. Marquand AF, Wolfers T, Mennes M, Buitelaar J, Beckmann CF. Beyond Lumping and Splitting: A Review of Computational Approaches for Stratifying Psychiatric Disorders. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2016;1: 433–447.
 31. Vega-Dienstmaier JM, Arévalo-Flores M. Clasificación mediante análisis de conglomerados: un método relevante para la psiquiatría. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77: 31–39.
 32. Krueger RF, Caspi A, Moffitt TE, Silva PA. The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *J Abnorm Psychol*. 1998;107: 216–227.
 33. Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:

921–926.

34. Everitt BS, Gourlay AJ, Kendell RE. An attempt at validation of traditional psychiatric syndromes by cluster analysis. *Br J Psychiatry*. 1971;119: 399–412.
35. Stringaris A, Stahl D, Santosh P, Goodman R. Dimensions and latent classes of episodic mania-like symptoms in youth: an empirical enquiry. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39: 925–937.
36. Schwartz PY. Why is neurasthenia important in Asian cultures? *West J Med*. 2002;176: 257–258.
37. Tyrer P. The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *Br J Psychiatry*. 2001;179: 191–193.
38. Bekhuis E, Schoevers RA, van Borkulo CD, Rosmalen JGM, Boschloo L. The network structure of major depressive disorder, generalized anxiety disorder and somatic symptomatology. *Psychol Med*. 2016;46: 2989–2998.
39. Beck AT, Steer RA. Relationship between the beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord*. Elsevier; 1991;5: 213–223.
40. Dales RE, Spitzer WO, Schechter MT, Suissa S. The influence of psychological status on respiratory symptom reporting. *Am Rev Respir Dis*. 1989;139: 1459–1463.
41. Neuman A, Gunnbjörnsdóttir M, Tunsäter A, Nyström L, Franklin KA, Norrman E, et al. Dyspnea in relation to symptoms of anxiety and depression: A prospective population study. *Respir Med*. 2006;100: 1843–1849.
42. Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have MT, Cuijpers P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43: 273–279.
43. Hengartner MP, Lehmann SN. Why Psychiatric Research Must Abandon Traditional Diagnostic Classification and Adopt a Fully Dimensional Scope: Two Solutions to a Persistent Problem. *Front Psychiatry*. 2017;8: 101.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla-1: Lista de variables y su descripción (parte 1).

Variable	Etiqueta en gráficos	Descripción	Valores	N de R>0,4
a01miedo	miedoa01	Sentirse asustado, con temor o miedo	0, 1	57
a02intran	intrqa02	Intranquilidad, inquietud	0, 1	10
a03temblor	tembra03	Temblores, sacudidas	0, 1	44
a04reunion	reunia04	Nerviosismo ante situaciones sociales (fiestas, reuniones)	0, 1	34
a05sobresal	sbsala05	Sobresaltos ante ruidos inesperados	0, 1	36
a06dudas	dudasa06	Dudas, revisiones repetitivas	0, 1	22
a07irrita	irriaa07	Irritabilidad	0, 1	8
a08palpita	palpta08	Palpitaciones	0, 1	44
a09interes	intrsa09	Pérdida de interés, no disfrutar	0, 1	28
a11nervio	nervia11	Nerviosismo	0, 1	67
a12angust	angusa12	Angustia, nervios de punta	0, 1	71
a13ansioso	ansioa13	Ansiedad	0, 1	50
a14disnea	disnea14	Disnea	0, 1	49
a15gente	gentea15	Incomodidad de estar rodeado de mucha gente	0, 1	47
a16insens	insena16	Sentirse insensible, incapaz de sentir afecto	0, 1	23
a17panico	panica17	Sentirse aterrizado, con pánico	0, 1	53
a18canso	cansoa18	Cansancio con facilidad	0, 1	62
a19grupo	grupoa19	Incomodidad de acercarse a un grupo de personas e interactuar	0, 1	55
a21desmay	desmya21	Sentir que puede desmayarse	0, 1	40
a22colera	coler22	Sentirse con agresividad, cólera, rabia u odio	0, 1	40
a23preocu	preocua23	Dificultad para dejar de preocuparse	0, 1	14
a24control	contla24	Miedo de perder el control	0, 1	66
a25opinion	opinia25	Evitar opinar	0, 1	18
a26agitado	agitaa26	Sentirse agitado o alterado	0, 1	50
a27dormal	dormla27	Dormir mal	0, 1	19
a28parest	paresta28	Parestesias	0, 1	28
a29obses	obsesa29	Obsesiones	0, 1	44
a30frioHum	frioHa30	Manos o pies fríos o húmedos	0, 1	26
a31pecho	pechoa31	Dolor o presión en el pecho	0, 1	36
a32reclama	reclma32	Incomodidad de reclamar, pedir, preguntar.	0, 1	32
a33interac	intrca33	Evitar interactuar con otras personas	0, 1	53
a34digest	digesa34	Molestias digestivas	0, 1	8
a35autori	autora35	Miedo a superiores o personas de autoridad	0, 1	34
a36rectrau	rectra36	Recuerdos o imágenes de hecho traumático que generar emociones dolorosas o desagradables	0, 1	33
a37evenhor	evthoa37	Imaginar eventos horribles (muertes, incendios, inundaciones, robos)	0, 1	36
a38inseguro	insega38	Sentirse inseguro, sin confianza en sí mismo	0, 1	72
a39revtrau	revtra39	Revivir evento traumático	0, 1	28
a40rrss	rrssa40	Incomodidad para relaciones sexuales	0, 1	4
a41memo	memora41	Dificultad para concentrarse, problema de memoria	0, 1	35
a42caer	caera42	Sentirse inseguro, como si se fuera a caer	0, 1	65
a43eslgen	eslga43	Incomodidad de entrar o salir de un lugar lleno de gente	0, 1	45
a45escalof	escala45	Escalofríos	0, 1	46
a46obsacc	obvtj46	Incomodidad de ser observado trabajando, escribiendo o caminando	0, 1	35
a47confun	confda47	Sentirse aturdido o confundido	0, 1	65
a48bocasec	bocasca48	Boca seca	0, 1	28
a49loco	locoa49	Miedo de volverse loco	0, 1	38
a50enfprob	enfpa50	Dificultad para enfrentar los problemas	0, 1	48
a51desgrac	desgra51	Miedo a que ocurra algo catastrófico	0, 1	34
a52morir	mmoria52	Miedo a morir	0, 1	1
a53ridiculo	ridica53	Miedo de hacer el ridículo y sentirse humillado o avergonzado	0, 1	51
a54suspiro	suspia54	Suspiros frecuentes	0, 1	35
a55peligro	peliga55	Angustia al pensar cómo prevenir riesgos o peligros	0, 1	21
a56solo	soloa56	Miedo a estar solo	0, 1	18
a57accobs	acobva57	Miedo a hacer cosas delante de personas	0, 1	58

(Continúa....)

Tabla-1: Lista de variables y su descripción (parte 2).

Variable	Etiqueta en gráficos	Descripción	Valores posibles	N de R>0,4
a58telef	telefa58	Incomodidad de llamar o hablar por teléfono	0, 1	23
a59debil	debila59	Debilidad, especialmente en las piernas	0, 1	35
a60colas	colasa60	Miedo a hacer colas	0, 1	32
a61critica	critia61	Miedo a ser criticado	0, 1	41
a62desreal	desrea62	Desrealización	0, 1	35
a63voz	voza63	Hablar entrecortado, voz insegura	0, 1	46
a64carro	carroa64	Miedo a ir en carro, manejar o embotellamientos	0, 1	29
a65calle	callea65	Miedo a caminar por la calle.	0, 1	38
a66exam	exama66	Miedo a exámenes o entrevistas de trabajo	0, 1	26
a67casa	casaa67	Miedo a alejarse de la casa	0, 1	31
a68msmot	msmota68	Miedo sin motivo	0, 1	63
a69error	errora69	Miedo a cometer errores frente a otros	0, 1	58
a70salon	salona70	Miedo a aulas, salones, auditorios o grandes habitaciones	0, 1	46
a71alto	altura71	Miedo a la altura	0, 1	4
a72puentes	puenta72	Miedo a cruzar puentes	0, 1	11
anhedon	anhed	Anhedonia	0-3	13
apetalt	aptal	Apetito alto	0-2	1
apetbaj	aptbj	Bajo Apetito	0-2	4
culpa	culpa	Sentimientos de culpa	0-3	14
desesp	despz	Desesperanza	0-3	10
fatiga	fatig	Fatiga	0-3	53
hipersom	hprsm	Hipersomnia	0-3	0
indec	indec	Indecisión	0-3	38
inquiet	inqud	Inquietud, intranquilidad	0-3	36
insterm	inste	Insomnio terminal	0-3	6
irrita	irrid	Irritabilidad	0-3	12
lentit	lenti	Lentitud	0-3	5
m01acel	acelem01	Sentirse bien, acelerado	0, 1	4
m02irrit	irrimm02	Irritabilidad	0, 1	10
m03seguro	segurm03	Sentirse más seguro de lo habitual	0, 1	1
m04sueo	suenom04	Menor necesidad de sueño	0, 1	0
m05habla	hablam05	Verborrea	0, 1	5
m06velpen	vpensm06	Pensamiento rápido	0, 1	13
m07conc	concm07	Problemas de concentración	0, 1	36
m08energ	energim08	Aumento de la energía	0, 1	5
m09activo	activom09	Aumento de la actividad en general	0, 1	5
m10social	socialm10	Aumento de la actividad social	0, 1	5
m11libido	libidm11	Aumento de la libido	0, 1	5
m12inusual	insum12	Actuar de modo inusual	0, 1	14
m13gasta	gastam01	Gastos excesivos	0, 1	1
minusv	minsv	Ideas de minusvalía	0-3	41
morir	morir	Tendencias suicidas	0-4	34
nocomod	nocom	No sentirse cómodo, sosegado y apacible	0, 1	39
norelaj	norlj	No sentirse relajado	0, 1	45
nosatisf	nostf	No sentirse satisfecho	0, 1	34
optifal	optfa	Falta de optimismo	0-3	8
pensdif	pensd	Dificultad para pensar o concentrarse	0-3	23
pesaext	pesex	Sensación de pesadez en extremidades	0-3	13
polomat	pmatu	Polo matutino	0-2	0
polovesp	pvesp	Polo vespertino	0, 1	15
reactiv	react	Falta de reactividad del ánimo	0-3	41
soledad	soled	Sentirse solo	0-3	28
srechaz	hrech	Hipersensibilidad al rechazo	0-3	17
suedis	suedid	Problemas para dormir	0-3	7
triste	triste	Tristeza	0-3	40
vulnera	vulnr	Sentirse vulnerable, indefenso, desprotegido	0-3	39

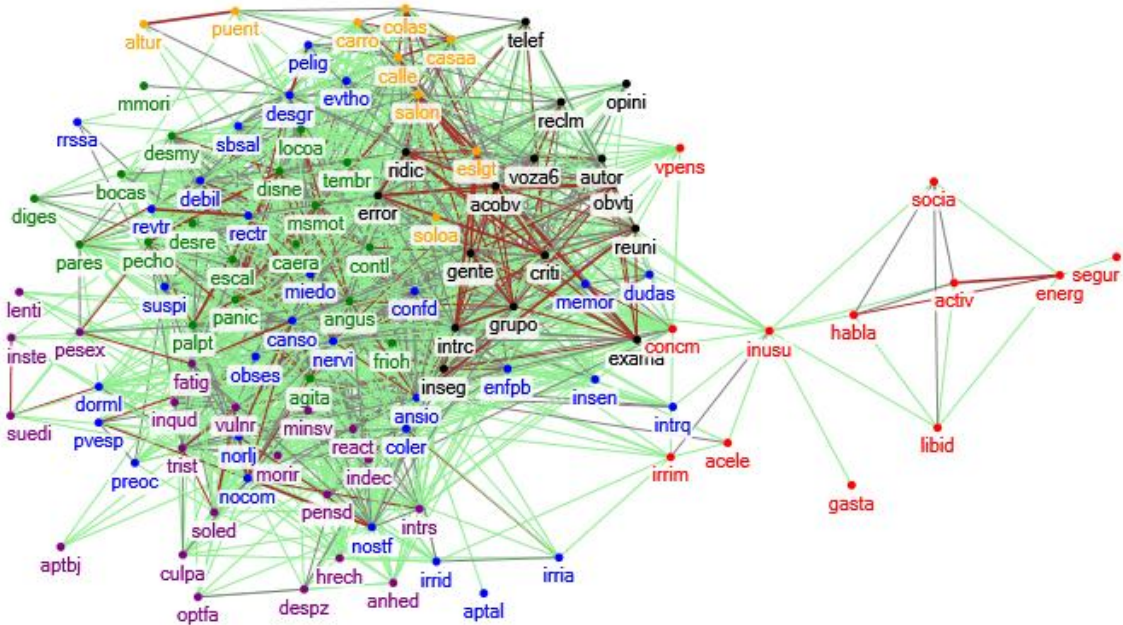
Tabla-2: Diagnósticos de las condiciones físicas de los pacientes (N=305).

Diagnósticos de las condiciones físicas	n	Porcentaje
Diabetes mellitus	29	9,51%
Hipertensión arterial	26	8,52%
Problemas metabólicos (dislipidemias, obesidad, hígado graso)	15	4,92%
Problemas neurológicos (epilepsia, hernia discal, lumbociatalgia, enfermedad cerebro-vascular, neuropatía, neurocisticercosis, mielitis transversa, enfermedad de Parkinson)	26	8,52%
Gastritis	24	7,87%
Otros problemas digestivos (p.e. colon irritable, coleditiasis, reflujo gastro-esofágico, hemorroides)	11	3,61%
Condiciones gineco-obstétricas (p.e. gestación, miomatosis uterina, quiste de ovario, prolapso genital)	16	5,25%
Problemas osteo-mio-articulares (p.e. osteoporosis, tendinitis, fracturas, artrosis, amputación de pierna)	15	4,92%
Problemas dermatológicos (psoriasis, pénfigo, acné, rosácea, urticaria, penfigoide, quemaduras)	13	4,26%
Infección por VIH	6	1,97%
Otros problemas infecciosos (sífilis, tuberculosis, CMV, EBV, HTLV-I, condilomatosis, toxoplasmosis)	12	3,93%
Hipotiroidismo	8	2,62%
Problemas respiratorios (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias, fibrosis pulmonar)	7	2,30%
Lupus eritematoso sistémico	6	1,97%
Otros problemas reumatológicos (fibromialgia, polimialgia, artritis reumatoide, síndrome de Sjogren, vasculitis)	12	3,93%
Síndrome de ovario poliquístico	4	1,31%
Cáncer (cérvix, ovario)	2	0,66%
Otros problemas físicos (enfermedades oculares, hipertiroidismo, prostatitis, enfermedades renales, anemia, alergias, mastopatía fibroquística, enfermedad coronaria, estenosis mitral, hipoacusia, galactorrea, angioedema, hipokalemia, disautonomía, diabetes insípida, eventración, hernia inguinal, síndrome de Turner, nódulo laríngeo)	41	13,44%

Tabla-3: Trastornos mentales y el grado de severidad de la sintomatología psiquiátrica según el CGI-S (N=305).

Diagnósticos Psiquiátricos	n	%
Trastorno depresivo mayor	156	51,15
Trastorno de ansiedad generalizada	52	17,05
Trastorno de ansiedad no especificado	50	16,39
Trastorno de pánico	25	8,20
Trastorno de adaptación	20	6,56
Trastorno mixto ansioso-depresivo	18	5,90
Trastornos por uso de sustancias	18	5,90
Trastornos de personalidad	18	5,90
Trastorno de ansiedad social	14	4,59
Agorafobia	8	2,62
Trastorno obsesivo-compulsivo	8	2,62
Otros trastornos (p.e. t. depresivos no especificados, juego patológico, distimia, duelo, t. bipolar, t. de conducta alimentaria, t. por síntomas somáticos, t. de ansiedad por la enfermedad, t. conversivo, t. disociativo, t. dismórfico corporal).	39	12,79
Escala de Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S)		
2- Mínimamente enfermo	5	1,64%
3-Levemente enfermo	17	5,57%
4-Moderadamente enfermo	185	60,66%
5-Marcadamente enfermo	95	31,15%
6-Gravemente enfermo	3	0,98%

Figura-1: Gráfico de redes de síntomas depresivos, ansiosos y maníacos.



Tipos de síntomas (teóricamente):

Rojo: Manía

Negro: Ansiedad social

Anaranjado: Agorafobia

Verde: Síntomas somáticos y de pánico

Azul: Ansiedad

Morado: Depresión

Se representan los coeficientes de correlaciones policóricas:

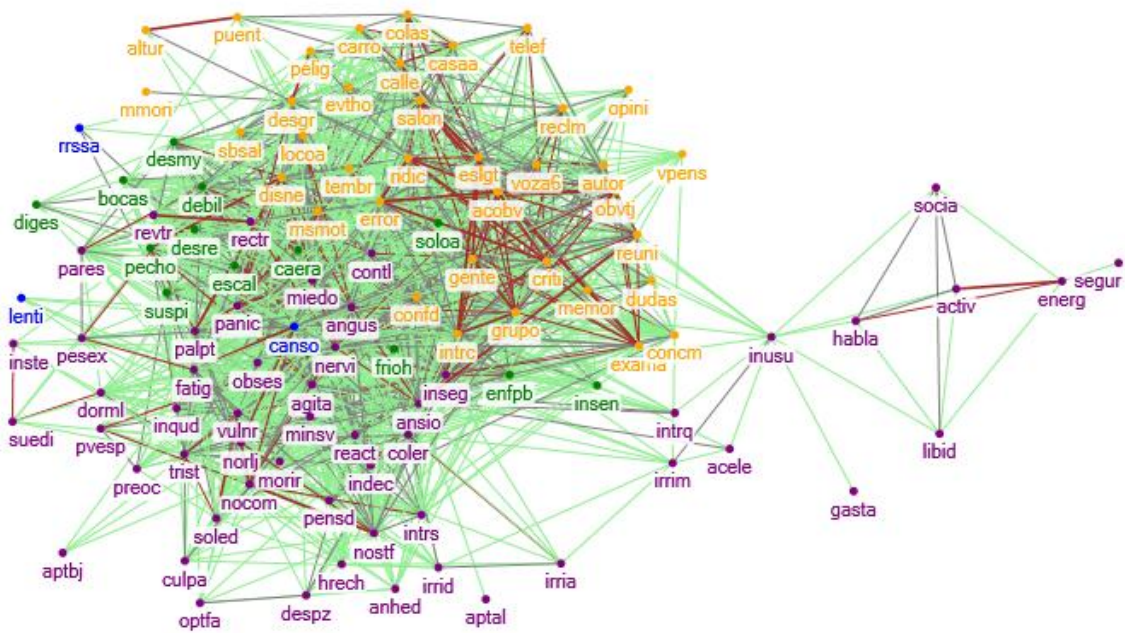
Verde claro: 0,4-0,5

Gris: 0,5-0,6

Marrón: >0,6

Marrón grueso: >0,7

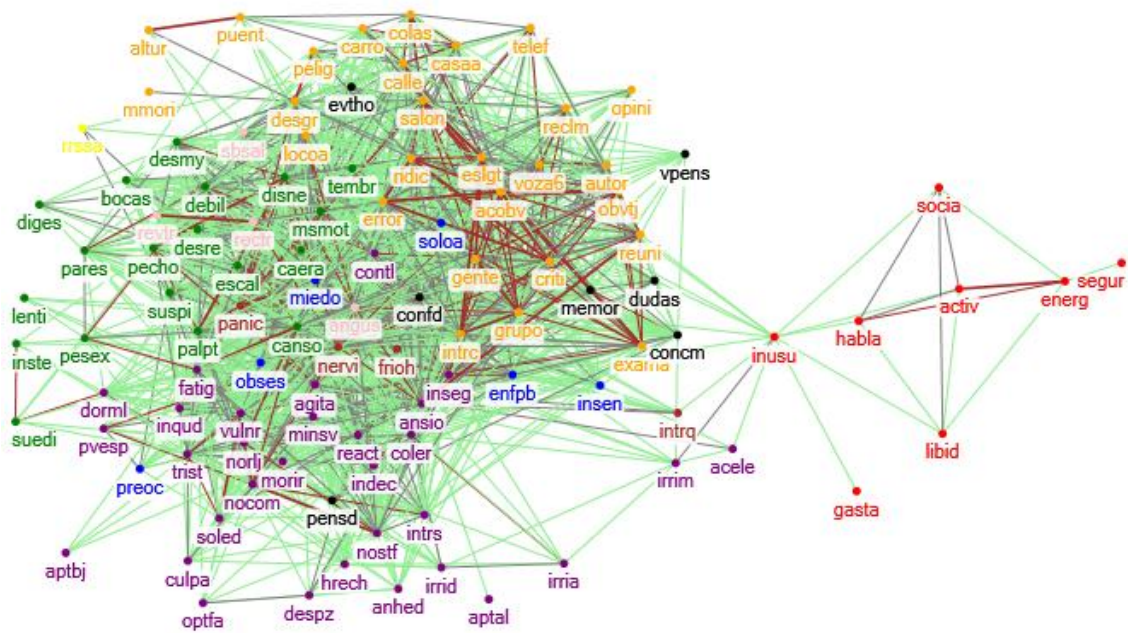
Figura-2: Gráfico de redes determinado conglomerados usando el algoritmo de agrupación Clauset-Newman-Moore.



Se determinaron 4 grupos.

1. Problemas afectivos (manía-depresión) y síntomas ansiosos: Púrpura.
2. Ansiedad social, agorafobia y pánico: Naranja
3. Síntomas somáticos: Verde.
4. Anergia: azul.

Figura-3: Gráfico de redes determinando conglomerados utilizando el algoritmo de Wakita-Tsurumi.



Se determinaron 9 grupos:

1. **Manía: rojo.**
2. **Depresión: púrpura.**
3. **Ansiedad social y agorafobia: Naranja.**
4. **Síntomas físicos: verde**
5. **Síntomas cognitivos: negro**
6. **Síntomas de estrés postraumático: rosado.**
7. **Síntomas ansiosos I: Azul**
8. **Síntomas ansiosos II: Marrón**
9. **Incomodidad para relaciones sexuales: amarillo.**

Figura-4: Estructura de los síntomas de fobia social.

R>0,65 y <0,7 : azul

R>0,7 : negro

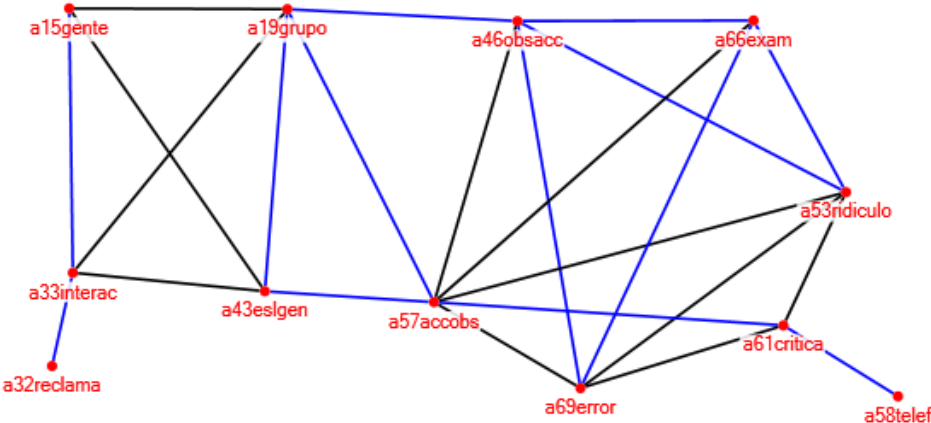


Figura-5: Estructura de los síntomas de agorafobia.

R>0,52 y <0,6 – gris

R>0,6 y <0,7 – azul

R>0,7 - negro

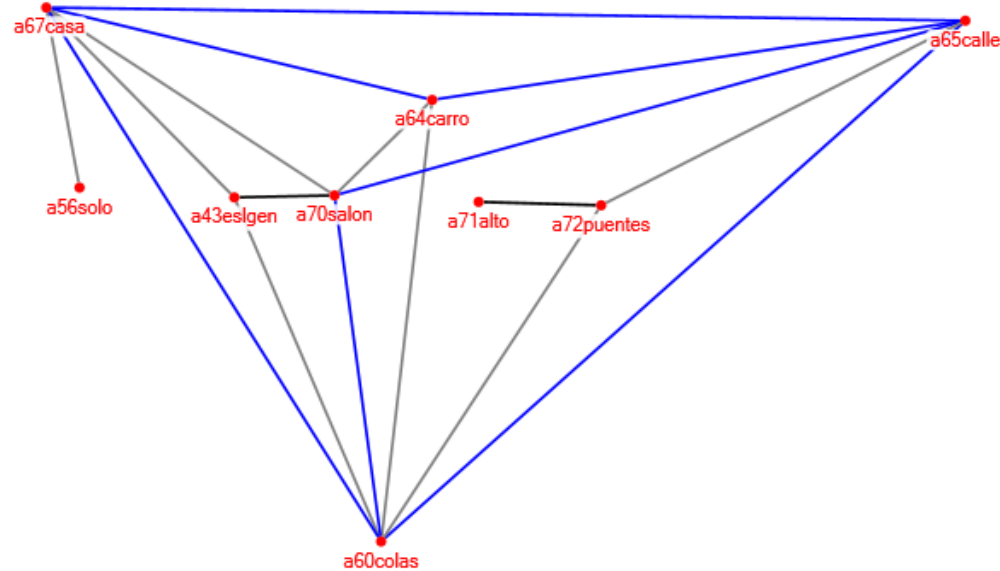


Figura-8: Estructura de los síntomas de depresión.

Negro: $R \geq 0,7$

Azul: $R \geq 0,6$ y $< 0,7$

Gris: $\geq 0,52$ y $< 0,6$

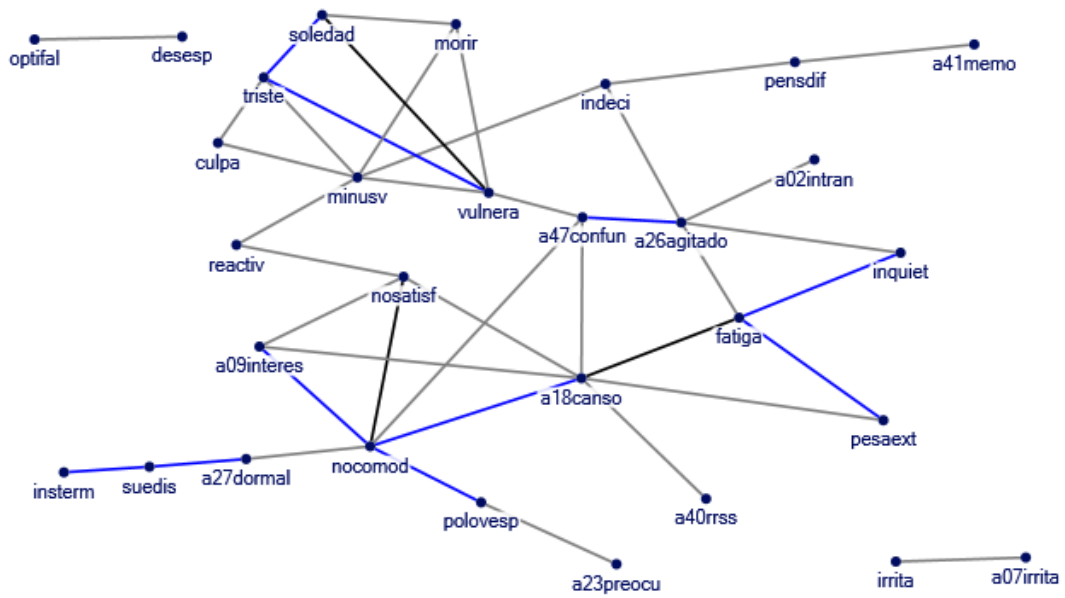


Figura-9: Estructura de los síntomas de manía.

$R \geq 0,4$ y $< 0,5$ – amarillo

$R \geq 0,5$ y $< 0,6$ – gris

$R \geq 0,6$ y $< 0,7$ – azul

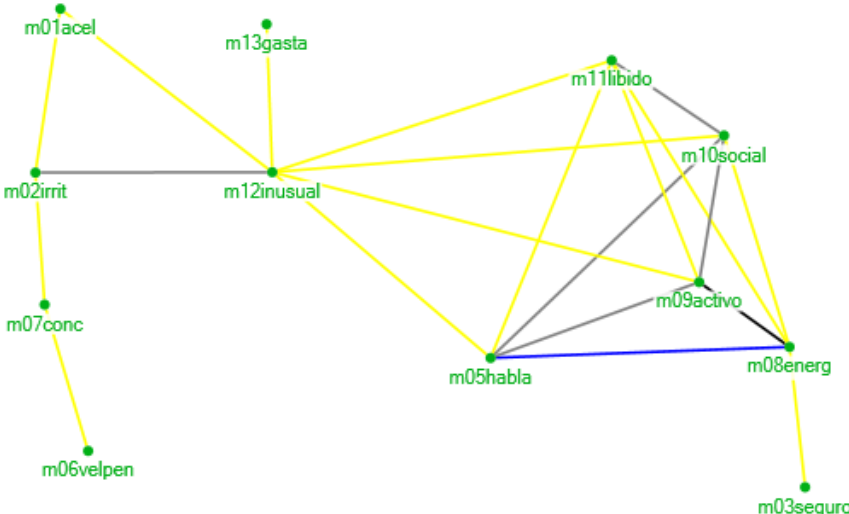


Tabla-4: Análisis factorial policórico de los síntomas de fobia social y agorafobia*.

Síntoma	Fobia social	Agorafobia
Incomodidad de acercarse a un grupo de personas e interactuar	0,8095	0,2534
Evitar interactuar con otras personas	0,8069	
Incomodidad de estar rodeado de mucha gente	0,7805	0,2482
Miedo a exámenes o entrevistas de trabajo	0,7602	
Incomodidad de ser observado trabajando, escribiendo o caminando	0,7595	
Miedo a hacer cosas delante de personas	0,7439	0,4558
Miedo a ser criticado	0,7453	0,2684
Incomodidad de entrar o salir de un lugar lleno de gente	0,7339	0,3392
Miedo de hacer el ridículo y sentirse humillado o avergonzado	0,7242	0,4131
Miedo a cometer errores frente a otros	0,7117	0,3796
Incomodidad de reclamar, pedir, preguntar.	0,6508	0,2796
Miedo a aulas, salones, auditorios o grandes habitaciones	0,6118	0,5457
Incomodidad de llamar o hablar por teléfono	0,5629	0,3465
Miedo a caminar por la calle.	0,3487	0,7828
Miedo a hacer colas	0,3449	0,7724
Miedo a ir en carro, manejar o embotellamientos	0,2291	0,7579
Miedo a alejarse de la casa	0,3279	0,7391
Miedo a cruzar puentes		0,6991
Miedo a estar solo	0,2111	0,539

*Se omiten cargas < 0,2

Tabla-5: Análisis factorial policórico de los síntomas de pánico y sueño alterado/fatiga*.

Síntoma	Pánico	Sueño alterado y fatiga
Sentirse aterrorizado, con pánico	0,7864	
Miedo de volverse loco	0,7383	
Miedo de perder el control	0,7288	0,245
Sentirse inseguro, como si se fuera a caer	0,7177	0,2952
Sentir que puede desmayarse	0,7081	0,2028
Disnea	0,6966	0,3388
Angustia, nervios de punta	0,6796	0,3491
Escalofríos	0,677	0,2214
Miedo sin motivo	0,6746	0,3106
Desrealización	0,6631	
Dolor o presión en el pecho	0,5883	0,4246
Temblores, sacudidas	0,5591	0,3986
Palpitaciones	0,5587	0,472
Hablar entrecortado, voz insegura	0,5263	0,2069
Parestesias	0,4955	0,4469
Problemas para dormir		0,7585
Sensación de pesadez en extremidades	0,2471	0,6638
Insomnio terminal		0,6637
Fatiga	0,4187	0,6296
Cansancio con facilidad	0,4373	0,6252
Dormir mal	0,2607	0,608
Debilidad, especialmente en las piernas	0,4481	0,588

*Se omiten cargas < 0,2.

Tabla-6: Análisis factorial policórico de los síntomas depresivos y de ansiedad general.

Síntomas	Depresión	Ansiedad general
No sentirse cómodo, sosegado y apacible	0,7774	0,2337
No sentirse satisfecho	0,6992	0,2119
Pérdida de interés, no disfrutar	0,6816	0,2295
Anhedonia	0,6686	
No sentirse relajado	0,6663	0,3288
Falta de reactividad del ánimo	0,6536	0,2831
Desesperanza	0,6374	
Ideas de minusvalía	0,6351	0,2969
Tristeza	0,6274	0,3916
Sentirse solo	0,5907	0,2904
Tendencias suicidas	0,58	0,3041
Sentimientos de culpa	0,5691	0,2146
Indecisión	0,5685	0,3517
Sentirse vulnerable, indefenso, desprotegido	0,5646	0,4342
Irritabilidad	0,5604	0,2757
Ansiedad	0,5459	0,4011
Polo vespertino	0,531	
Inquietud	0,5192	0,4548
Alteraciones cognitivas	0,4992	0,4645
Dificultad para dejar de preocuparse	0,4428	0,3078
Disnea	0,23	0,736
Miedo a que ocurra algo catastrófico		0,7265
Angustia al pensar cómo prevenir riesgos o peligros		0,6898
Angustia, nervios de punta	0,4635	0,6801
Dolor o presión en el pecho	0,2649	0,6636
Debilidad, especialmente en las piernas	0,2487	0,6537
Nerviosismo	0,4812	0,6416
Parestesias	0,2081	0,6159
Sobresaltos ante ruidos inesperados		0,6138
Palpitaciones	0,3987	0,6137
Sentirse agitado o alterado	0,4268	0,6104
Sentirse asustado, con temor o miedo	0,4089	0,6051
Anergia	0,5082	0,5647
Sensación de pesadez en extremidades	0,2621	0,541
Escalofríos	0,3499	0,5343
Hablar entrecortado, voz insegura	0,2885	0,5029
Alteraciones del sueño	0,3734	0,4155
Manos o pies fríos o húmedos	0,4119	0,4043
Intranquilidad	0,3186	0,3604
Incomodidad para relaciones sexuales	0,2822	0,3281

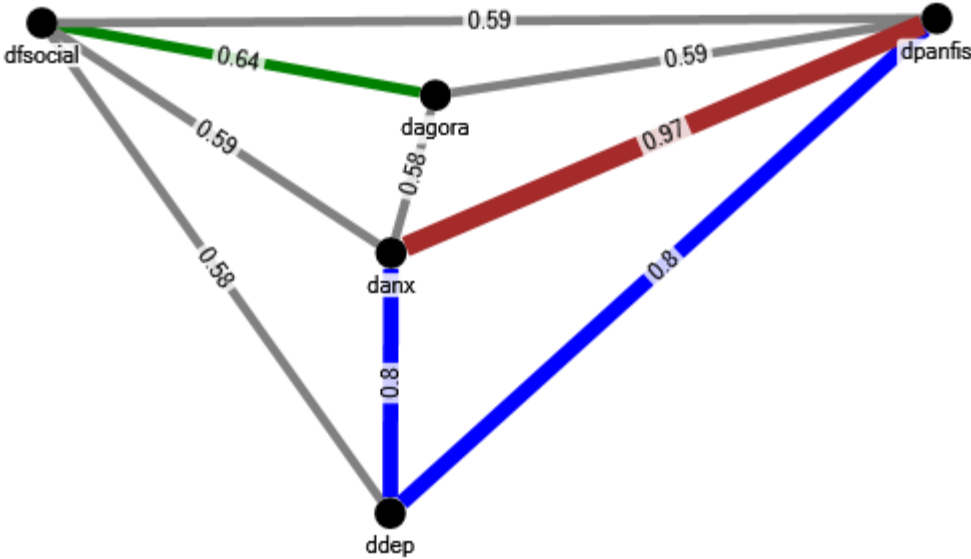
*Se omiten cargas < 0,2.

Tabla-7: Análisis factorial policórico de los síntomas maníacos*.

Síntoma	Factor 1	Factor 2
Aumento de la energía	0,841	
Aumento de la actividad en general	0,8015	
Verborrea	0,7374	0,2071
Aumento de la actividad social	0,6622	
Aumento de la libido	0,5883	0,2587
Sentirse más seguro de lo habitual	0,4674	
Actuar de modo inusual	0,4564	0,6557
Irritabilidad		0,6322
Problemas de concentración		0,6221
Gastos excesivos	0,2184	0,5196
Sentirse bien, acelerado		0,501
Pensamiento rápido		0,4996
Menor necesidad de sueño		0,3545

*Se omiten cargas < 0,2.

Figura-10: Correlaciones policóricas entre dimensiones de la sintomatología psiquiátrica.



dfsocial: fobia social

dpanfis: pánico / síntomas físicos

dagora: agorafobia

danx: ansiedad general

ddep: depresión

Tabla-8: Clasificación por análisis de conglomerados.

Grupos	N	CGI-S	Manía	Depresión	Ansiedad en general	Pánico / Síntomas somáticos	Agorafobia	Fobia social	Edad	% de mujeres
1	177	4,46	0,25	0,6	0,66	0,67	0,49	0,56	40,14	76,27
2	128	3,95	-0,34	-0,83	-0,92	-0,93	-0,68	-0,78	40,34	62,5
1	92	4,53	0,19	0,75	0,86	0,93	1,21	0,96	43,89	79,35
2	122	4,28	0,25	0,24	0,25	0,17	-0,4	-0,03	36,7	71,31
3	91	3,89	-0,53	-1,08	-1,21	-1,16	-0,69	-0,93	41,25	60,44
1	85	3,87	-0,54	-0,12	-1,23	-1,19	-0,74	-0,98	41,4	58,82
2	89	4,21	0,64	-0,14	0,19	0,1	-0,52	-0,26	37,74	66,29
3	71	4,56	0,57	0,92	1,04	1,12	1,15	1,02	42,49	77,46
4	60	4,43	-0,86	0,29	0,24	0,2	0,46	0,58	39,57	85
1	62	4,03	0,69	-0,46	-0,46	-0,52	-0,62	-0,24	34,19	50
2	47	4,36	0,76	0,93	0,87	0,89	-0,34	0,05	37,26	68,09
3	78	4,56	0,21	0,7	0,88	0,93	1,32	1,03	44,09	80,77
4	61	4,33	-0,81	0,1	0,004	-0,07	-0,04	0,005	40,61	85,25
5	57	3,84	-0,79	-1,33	-1,43	-1,37	-0,81	-1,2	43,54	64,91
1	50	4,7	-0,02	1,27	1,14	1,21	0,78	1,05	43,58	78
2	42	3,79	-1	-1,5	-1,6	-1,51	-0,89	-1,21	43,12	64,29
3	49	4,39	-0,93	0,17	0,02	-0,05	0,18	0,35	39,12	85,71
4	55	4,27	0,85	0,37	0,49	0,46	-0,48	-0,12	37,13	63,64
5	40	4,33	0,72	0,23	0,71	0,77	1,5	0,85	42,55	80
6	69	4,01	0,18	-0,56	-0,67	-0,74	-0,64	-0,67	37,94	57,97

Figura-11. Estructura propuesta de la sintomatología psiquiátrica.

