Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud

Mtra. en Psic. Paula Padilla**

Psic. Carmen Mas***

Psic. Miriam Ezbán***

Mtra. en Psic. Ma. Elena Medina-Mora*

Psic. Odette Peláez***

Resumen

Bajo el modelo epidemiológico aplicado a la psiquiatría se realizó la presente investigación en una muestra de 501 pacientes de un Centro de Salud de la SSA, con el objeto de determinar la validez y estandarizar un cuestionario que detecte "casos" psiquiátricos potenciales y estimar la frecuencia de trastornos mentales de acuerdo a variables sociodemográficas y criterios diagnósticos.

Los resultados encontrados señalan una frecuencia total de 51.0% en la población de pacientes que asiste a la consulta general. Los diagnósticos más frecuentes fueron las reacciones de adaptación (29.1%) y diferentes tipos de neurosis (13.4%).

Introducción

El interés suscitado por los problemas psiquiátricos menores ha despertado la inquietud de estudiar a aquellos sectores de la población que los padecen y que no reciben atención especializada, por lo que no se les detecta ni se les envía oportunamente a los servicios adecuados.

Desde hace muchos años se vienen reconociendo aspectos de esta problemática en diferentes países del mundo. Henry, en 1929, hablaba ya de la necesidad que existía en los grandes centros hospitalarios de contar con el apoyo del personal psiquiátrico para que colaborara en el manejo de los pacientes hospitalizados y de los que asistían a consulta externa general (11).

Lipowski, al revisar estudios sobre poblaciones de diferentes hospitales generales, refiere que existe evidencia de alteraciones psiquiátricas y enfermedades mentales que, aún siendo lo suficientemente intensas, no son detectadas por los diferentes servicios clínicos. Estima que este es el caso del 30 al 60% de los pacientes internos, y del 50 al 80% de los pacientes externos (12).

Strain (20) insiste en la necesidad de implantar instrumentos que detecten la patología mental en los hospitales generales de Estados Unidos, así como en los

* Jefe del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

** Jefe del Proyecto. Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

*** Investigadores del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Abstract

This paper reports the results of an epidemiological study that was carried out with a random sample of 501 patients selected from the population attending the general practice service of a Health Center in Mexico City. The validity and standardization of a screening instrument, the General Health Questionnaire, for this population is presented. Psychiatric disorders were found to be present in 51% of the patients attending the service. The most frequent diagnoses found were adaptation reactions (29.1%) and neuroses (13.4%).

departamentos de salud mental, formados por personal interdisciplinario que brinde asesoría y atención para el manejo de estos pacientes.

Cohen-Cole (4), en un estudio realizado en Carolina del Norte con 200 médicos no psiquiatras, reportó que el 37% de sus pacientes presentaba componentes psicológicos significativos concomitantes a su padecimiento y que según la opinión de los médicos, únicamente el 11% de estos pacientes necesitaba de atención psiquiátrica especializada.

Polanckek (17) reportó que en Checoslovaquia, el 20% de los casos psiquiátricos era atendido por médicos generales, y Cooper (5) encontró que la angustia y la depresión formaban el 80% de las neurosis crónicas en la consulta de ocho médicos generales en Inglaterra. Hallazgos similares se han encontrado en Australia y en Austria (19, 21).

En otros países se reportan cifras de prevalencia que oscilan entre el 20% (7) y el 31% (18). En un estudio comparativo de cuatro países no industrializados (10) se encontró una prevalencia menor que oscila entre el 10.5% y el 17.7%.

Los anteriores resultados indican que un elevado número de los pacientes que presentan problemas de tipo psicológico además de la sintomatología física, son atendidos frecuentemente en la consulta externa de los hospitales generales.

Estas consideraciones nos han planteado la necesidad de llevar a cabo una investigación sobre la frecuencia con que se presentan los trastornos mentales en los pacientes que asisten a consulta médica general en una población con características diferentes a la investigada en otro trabajo anterior (15), esto es, en un centro de salud.

Los objetivos fueron los siguientes:

- 1) Estandarizar y determinar la validez de un cuestionario que detecte "casos" psiquiátricos potenciales en la población que asiste a la práctica médica general de un centro de salud.
- 2) Estimar la frecuencia con que se presentan los trastornos mentales en los subgrupos afectados, así como los diferentes tipos de diagnósticos psiquiátricos.

Antecedentes

En México, a partir de 1978, Campillo y cols. (1) estudiaron la confiabilidad de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE) en pacientes con diferentes grados de patología y diferente sintomatología, en una consulta externa especializada. El grado de acuerdo entre los especialistas, en cuanto a ausencia, presencia y severidad de síntomas, osciló entre un coeficiente de correlación de .90 y .93.

El poder discriminativo del Cuestionario General de Salud (CGS) y de cada uno de sus reactivos para sujetos "casos" y "no casos" se estudió en nuestro país en dos poblaciones con diferentes grados de escolaridad: la primera, con seis a nueve años (2) y la segunda, con cero a tres (3). Ambos grupos estaban compuestos por mujeres (20-40 años) que residían en colonias suburbanas y que tenían un ingreso mensual inferior a \$3,000.00 M.N. En ambos estudios, las calificaciones obtenidas en el CGS por "casos" y "no casos", mostraron diferencias significativas; sin embargo, en el grupo de escolaridad baja, la discriminación fue significativa sólo en el 70% de los reactivos, lo cual sugirió que a pesar de que el instrumento es útil en la población de bajo nivel de escolaridad, es necesario revisar el lenguaje a fin de asegurar un mejor nivel de comprensión.

La sensibilidad y especificidad del Cuestionario General de Salud se probó en una población de 18 a 64 años, que acudió a la consulta externa de un hospital general (15). Como criterio de validez externa se utilizó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE), y se encontró una frecuencia de trastornos mentales del 34% para esta población, siendo mayor para las mujeres (38%) que para los hombres (26%).

Posteriormente, a través de un análisis de factores de los datos obtenidos en el estudio anterior, se desarrollaron dos versiones breves y escaladas del Cuestionario General de Salud: una con seis escalas y treinta reactivos, y otra con cuatro escalas y veintiocho reactivos. La correlación de estas formas abreviadas, con la versión de sesenta reactivos, fue de .97 y .94, respectivamente. Al analizar la sensibilidad y la especificidad se encontró que no había diferencias significativas (14).

Finalmente, se llevó a cabo un estudio comparativo de costo-beneficio entre pacientes "caso" y "no caso" que recibían atención médica en la consulta general. Los resultados mostraron que los pacientes con trastornos emocionales asociados a su padecimiento "casos" aventajaron en número de consultas, días de hospitalización, exámenes de laboratorio y cantidad de fármacos prescritos, a los pacientes "no casos" (13).

Instrumentos

- 1) El Cuestionario General de Salud, desarrollado por Goldberg (6), está compuesto por 60 reactivos, cada uno de los cuales está formado por una pregunta y 4 opciones de respuesta, que evalúan el desorden psiquiátrico en el momento en que se contesta, proporcionando información sobre el estado mental actual; por lo tanto, no puede considerarse como una medida de atributos duraderos. Primero se evalúan los síntomas físicos, continuando después con los psiquiátricos. Está constituido de tal manera que las respuestas afirmativas, en ocasiones, significan salud y, en otras, enfermedad.
- 2) La Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, desarrollada por Goldberg (8), consta de 3 secciones: la primera no es estructurada y consiste en una investigación básica de la historia médica del paciente; la segunda consiste en una encuesta sistemática y detallada de los síntomas experimentados por el paciente en las últimas semanas; está constituida por 10 grupos de síntomas, ordenados en forma progresiva; y la última, en la que el entrevistador evalúa las anomalías observadas durante la entrevista, está dividida en 12 categorías. Tanto los síntomas reportados como las anomalías manifiestas se valoran en una escala de 5 puntos, siguiendo un criterio de severidad en forma progresiva. Finalmente, el entrevistador establece una calificación global de severidad* y un diagnóstico.

Método

El estudio se realizó con la población que acudía a la consulta externa de un centro de salud (SSA) que se encuentra ubicado en los pedregales de Coyoacán, al sur del Distrito Federal. Su zona de influencia abarca 5 colonias localizadas en una extensión de 18 km², con una población aproximada de 166 000 habitantes, la mayoría perteneciente a un estrato socioeconómico bajo (24).

El estudio se llevó a cabo en un periodo de 6 semanas, trabajando de lunes a viernes. La población total que acudió durante este periodo fue de 1001 personas: 157 (15.7%) hombres y 844 (84.3%) mujeres, que fueron censados al momento de solicitar atención médica por primera vez en la institución y al presentarse a su cita para continuar con un tratamiento previo o para una revisión médica general**. Por medio de una

*Calificación Global de Severidad. 1) Sujeto asintomático, sin alteraciones caracterológicas. 2) Presencia de algunas alteraciones emocionales o psicológicas que no ameritan tratamiento porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto. 3) Las quejas presentadas por el sujeto hacen que requiera ayuda en la consulta externa. 4) El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica, e incluso un internamiento podría beneficiarlo. 5) El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzoso.

**Los servicios de consulta ofrecidos en el centro de salud incluyen: medicina general, ginecología, urgencias, odontología, enfermedades transmisibles y neumología.

selección aleatoria sistematizada se seleccionó uno de cada dos pacientes de esta población con el propósito de aplicarles el Cuestionario General de Salud; en esta forma, la muestra abarcó al 50% de la población de 18 a 64 años, quedando integrada por un total de 501 pacientes: 76 (15.2%) del sexo masculino, con una media de edad de 35 años y una media de escolaridad de 7 años; y 425 (84.8%) del sexo femenino, con una edad promedio de 34 años y una media de escolaridad de 5 años cursados.

De esta muestra se seleccionó en forma sistemática a uno de cada tres de los pacientes que hubieran obtenido calificación baja en el cuestionario (0 a 6), y a todos los pacientes que hubieran obtenido una calificación de 7 ó más en el mismo*, integrando un total de 348 pacientes, a los cuales se les aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada. Esta fue conducida por psiquiatras y psicólogos previamente entrenados en el manejo de la misma, y su confiabilidad en los criterios de calificación fue probada a través de coeficientes de correlación momento-producto, de Pearson, utilizado para determinar la relación que existe entre el estándar y los puntajes obtenidos por los entrevistadores. Los resultados oscilaron entre $r = .85$ y $r = 1$. La valoración que hacía el especialista en esta etapa era independiente de la realizada en la aplicación de los cuestionarios, es decir, el especialista desconocía la calificación obtenida por el paciente en el cuestionario.

Tomando en cuenta la probabilidad de selección de cada sujeto, se efectuó la ponderación de la submuestra, la cual quedó constituida por 471 sujetos, con un cociente de representatividad** de 1.0 para los sujetos con calificaciones bajas, y de .99 para los que obtuvieron calificación alta ($X^2 = .0025$ NS).

Como los índices obtenidos de no respuesta, tanto para el CGS (1.5%) como para la EPE (4.8%), no resultaron ser significativos, no fue necesario aplicar un índice de corrección a los datos.

La submuestra sin ponderar quedó integrada por 44 hombres y 286 mujeres, con una edad y escolaridad promedio de $\bar{x} = 34$ $5x = 13.48$ y $\bar{x} = 5$ $5x = 3.74$ años, respectivamente; 312 (94.5%) con residencia en el D.F. y 193 (58.6%) nacidos en provincia. En cuanto a la ocupación del jefe de familia, se encontró que 225 (68.2%) eran obreros y 49 (14.8%), empleados bancarios o de oficina. Otras características sociodemográficas de esta submuestra aparecen descritas en el cuadro 1.

Resultados

Con el objeto de establecer la validez del Cuestionario General de Salud, o sea, su posibilidad para discriminar entre "casos" (sujetos que requieren tratamiento) y "no casos", utilizando como criterio de

*El punto de corte inicial, así como la comprensión de los reactivos, se probaron previamente en una prueba piloto realizada en el mismo centro.

** Los cocientes de representatividad se obtuvieron al dividir los porcentajes de los sujetos con calificaciones de 0-6 y de 7 ó más en el CGS, obtenidos para la submuestra ponderada y para la muestra.

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA SUBMUESTRA SIN PONDERAR. CONSULTA EXTERNA DE UN CENTRO DE SALUD (SSA) N = 331*

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	44	13.4
femenino	287	86.6
Edad		
18 a 29	160	48.5
30 a 41	70	21.1
42 a 53	61	18.3
54 a 64	40	12.1
Escolaridad		
0 - sin educación	50	15.1
1 a 6	194	58.6
7 a 9	51	15.4
10 en adelante	36	10.9
Estado Civil		
soltero	62	18.7
casado, unión libre	236	71.3
divorciado, separado	15	4.5
viudo	18	5.4
Ocupación		
Trabaja	81	24.5
trabaja y estudia	11	3.3
ama de casa	211	63.9
estudia	14	4.1
no trabaja	11	3.4
otro	3	0.8

* La N que aquí aparece excluye a los 17 pacientes que rechazaron pasar a la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

validez externa la valoración psiquiátrica (EPE), se realizaron análisis de sensibilidad y especificidad; se estimaron tasas de clasificación errónea, porcentajes de falsos positivos y negativos, así como valores predictivos. Estos análisis se hicieron con relación a la submuestra ponderada.

En el cuadro 2 aparece una descripción de la estadística y los resultados obtenidos, en donde se puede observar que de los 3 puntos de corte analizados, el 8/9 presenta un mejor equilibrio entre sensibilidad (78.7%) y especificidad (77.1%), lo que, a su vez, estabiliza las demás estimaciones. TCE 22.1%, F + 22.9% y F - 21.3%.

Con este criterio (8/9) podemos decir que al considerar como "casos" a todos los sujetos que alcanzan puntuaciones de 9 ó más síntomas en el CGS, tendríamos un 22.9% de sujetos sanos mal clasificados (falsos positivos). Ahora bien, si tomamos como "no casos" a los sujetos con puntuaciones de 0 a 8, encontramos que clasificamos pacientes como falsos negativos en un 21.3%, lo que representa una tasa de clasificación errónea, en general, del 22.1%. También con este pun-

CUADRO 2

VALIDEZ Y ESTANDARIZACION DEL CGS
PARA LA POBLACION DE ESTUDIO (N=471)

DEFINICION DE ESTADISTICAS

	EPE 1,2 3,45		EPE 7/8*		EPE 8/9*		EPE 10/11*	
	A	B	171	48	175	52	181	59
CGS Calificación baja			0-7		0-8		0-10	
CGS Calificación alta			8-60	56 196	9-60	52 192	11-60	46 185
Tasa de clasificación errónea $\frac{B+C}{N} \times 100$			22.0 %		22.1 %		22.3 %	
Especificidad. Personas normales correctamente clasificadas por el CGS $CGS = \frac{A}{A+C} \times 100$			75.3 %		77.1 % **		79.4 %	
Sensibilidad. Personas con trastornos correctamente identificadas $CGS = \frac{D}{D+B} \times 100$			80.3 %		78.7 % **		75.8 %	
Falsos positivos. Personas sanas mal clasificadas por el CGS $F+ = 100 - \text{Especificidad}$			24.7 %		22.9 %		20.3 %	
Falsos negativos. Personas con trastornos mal clasificadas por el CGS $F- = 100 - \text{Sensibilidad}$			19.7 %		21.3 %		24.2 %	
Valores predictivos: Probabilidad de que un sujeto con califi- cación alta sea caso (VPCA) = $\frac{D}{C+D}$			.77		.78		.80	
Probabilidad de que un sujeto con calificación baja sea caso (VPCB) = $\frac{B}{A+B}$			.21		.22		.24	

* Puntos de corte

** Mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

to de corte se estimaron los valores predictivos para los sujetos que alcanzan altas (.78) y bajas puntuaciones (.22) en el CGS, lo que nos indica una elevada y una relativa baja probabilidad de ser "casos", respectivamente, de acuerdo a sus calificaciones.

Una vez determinado el error del Cuestionario General de Salud y los correctores necesarios (valores predictivos) se procedió a estimar la prevalencia mediante la siguiente fórmula (23): (% calif. alta en el CGS x VPCA)*** + (% calif. baja en el CGS x VPCB).****

De acuerdo con esta fórmula, se encontró que el 51% de la población presenta algún tipo de padecimiento que requiere atención especializada.

Para estandarizar el cuestionario en cada variable estudiada, se procedió a obtener los puntos de corte ideales para cada subgrupo y su relativa frecuencia.

En el cuadro 3 aparecen las frecuencias de trastornos emocionales encontrados en la población, así como sus respectivos puntos de corte.

Los resultados demuestran, en general, elevados índices de frecuencia, sin variaciones importantes al interior de las variables (subgrupos), ya que la estimación más baja se encuentra en el grupo de los solteros (38.8%), y las más altas pertenecen a los subgrupos de escolaridad en donde aquellas personas que no recibieron educación formal y los que cursaron de 7 a 9 años (secundaria o carreras técnicas) obtuvieron una

*** Valor predictivo para calificación alta.

**** Valor predictivo para calificación baja.

CUADRO 3

FRECUENCIA DE TRASTORNOS
EMOCIONALES POR SUB-GRUPOS*
CONSULTA GENERAL DEL CENTRO
DE SALUD (N=471)

Variables Estudiadas	%	Punto de corte ideal
Sexo:		
Femenino	50.8	8/ 9
Masculino	43.1	6/ 7
Escolaridad:		
0 - sin escuela	59.7	9/10
1 - 3 años cursados	46.3	9/10
4 - 6 años cursados	49.5	8/ 9
7 - 9 años cursados	60.7	9/10
10 - 16 años cursados	47.9	5/ 6
Edad:		
18 - 29 años	51.5	9/10
30 - 41 años	52.0	10/11
42 - 53 años	48.8	5/ 6
54 - 64 años	54.8	4/ 5
Estado civil:		
casados y unión libre	55.9	9/10
Viudo, divorciado y separado	56.9	10/11
Soltero	38.8	5/ 6
MIXTO	51.0	8/ 9**

* Las frecuencias fueron estimadas a partir del total de sujetos que integran la submuestra ponderada en cada variable.

** Punto de corte óptimo.

prevalencia del 60%.

Lo elevado de estas estimaciones tiene un factor de explicación a la hora de considerar las categorías diagnósticas que se dieron a los pacientes. Observamos que 137 (29.1%) de los trastornos encontrados se diagnosticaron como reacciones de adaptación (de carácter breve, en su mayoría) y 63 (13.4%), para los diferentes tipos de neurosis, lo que representa una frecuencia acumulada del 42.5% de la prevalencia total estimada (cuadro 4).

CUADRO 4

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS*
CONSULTA GENERAL DEL CENTRO DE
SALUD (N = 471)

Categoría diagnóstica *	n	%
Neurosis	63	13.4
Reacciones de adaptación y alteraciones psicofisiológicas	137	29.1
Psicosis	16	3.4
Trastornos de la personalidad	11	2.3
Alcoholismo y dependencia a drogas	9	1.9
Otras	7	1.5
Total	243	51.6

* Diagnósticos psiquiátricos OMS (9a. Revisión).

Ahora bien, si tomamos en cuenta el grado de severidad con que los especialistas clínicos calificaron la magnitud de los trastornos diagnosticados por ellos, encontramos que en el 46.5% de los pacientes con trastornos emocionales, sus afecciones no son tan severas, ya que el manejo de estos pacientes puede llevarse a cabo por el médico que lo trate en combinación con un especialista en salud mental o, en su caso, en la consulta externa psiquiátrica (cuadro 5). Visto de esta manera, la diferencia del 5.3% representa a los pacientes con diagnósticos más severos que requieren atención psiquiátrica forzosa y a quienes, incluso, podría beneficiarlos un internamiento.

CUADRO 5

PORCENTAJE DE LOS DIFERENTES GRADOS DE SEVERIDAD DIAGNOSTICA DE LA EPE

Calificación global de severidad	n	%
0	74	15.7
1	153	32.4
2	219	46.5
3-4	25	5.3
Total	471	100

- 0- Sujeto totalmente asintomático
 1- Se queja de algunas alteraciones emocionales, no amerita tratamiento o se confunde con la estructura caracterológica del sujeto
 2- Las quejas presentadas hacen que requiera ayuda en consulta externa psiquiátrica o general (con la asesoría de especialistas).
 3-4 Necesita forzosamente ayuda psiquiátrica, e, incluso, un internamiento podría beneficiarlo.
 (4) Requiere internamiento psiquiátrico forzoso.

Discusión

Como se puede observar a través de los análisis realizados, encontramos que el Cuestionario General de Salud discriminó efectivamente a los sujetos que presentaban algún tipo de trastorno emocional de los "no casos", con un error en la clasificación del 22.1%, lo que a pesar de ser elevado es aceptable para un instrumento autoaplicable. También puede ser aplicado por personal no especializado, ya que pretende ser la primera etapa en la identificación de casos potenciales.

Esta tasa de clasificación errónea resultó ser inferior a la de un estudio realizado en un hospital general (15) de México (24.7%) y a la reportada por Tarnopolsky (22) en un estudio de hogares en Londres (26.0%), y superior a la de los reportados por Goldberg (6, 9) en Londres (10.9%) y Filadelfia (19.1%), y por Muñoz (16), en Pamplona (13.5%), en poblaciones de práctica médica general, utilizando los mismos instrumentos y criterios de casos similares. Un factor que podría explicar estas diferencias sería, como lo señalan Medina-Mora y cols. (14), la variabilidad de las respuestas, que es alta cuando el número de entrevistadores que

participa es grande, ya que a pesar del entrenamiento en el manejo de la entrevista y la confiabilidad observada entre los clínicos, el criterio diagnóstico se ve influido por factores propios de la formación profesional de los mismos.

Cabe mencionar que un aspecto que sobresale en los resultados de las diferentes investigaciones, es el criterio que se mantiene entre sensibilidad y especificidad, ya que si bien unos autores prefieren mantener un mayor porcentaje de sensibilidad (6, 9), otros mantienen el mayor porcentaje en especificidad (16, 23). Ambos criterios están enfocados a reducir la tasa de clasificación errónea en contraste con los estudios realizados en México en donde se busca el mejor equilibrio entre los dos criterios y las demás estimaciones.

La frecuencia estimada para esta población resulta ser elevada si se compara con la observada en el estudio realizado por Medina-Mora y cols. (15). Sin embargo, ambas coinciden con lo reportado por Lipowski (12) sobre la frecuencia de afecciones mentales no detectadas en diversas poblaciones de la práctica médica general en Estados Unidos (30-60%).

Al comparar las frecuencia por subgrupos de los dos estudios realizados en México, encontramos, por un lado, que en escolaridad nosotros mantenemos una prevalencia casi constante para todos los subgrupos (48%-60%), a diferencia del otro estudio, en donde se observa una tendencia decreciente entre los grupos. Esto es, que a mayor escolaridad, menor frecuencia de trastornos mentales; en el estado civil se observa el fenómeno en forma inversa, ya que en el centro de salud, el grupo de casados presentó un mayor porcentaje, a diferencia del otro estudio, en el que los casados mantenían el menor índice de trastornos emocionales. Al comparar las tendencias por grupos de edad, observamos que en el Hospital General, las frecuencias disminuyen en los sujetos más jóvenes (18 a 24 años) y en los de edad avanzada (50 a 64 años), mientras que en el centro de salud existe una estabilidad en la frecuencia, dado que la diferencia entre la más alta y la más baja es apenas de un 6%.

En cuanto a sexo, encontramos la misma tendencia en las dos poblaciones; es decir, las mujeres presentan un porcentaje mayor de trastornos emocionales, sin embargo, esto puede deberse a que en ambos estudios las muestras de mujeres eran mayores que las de los hombres.

Un hecho importante a comparar son las categorías diagnósticas encontradas en ambos estudios: por un lado, la prevalencia estimada en el centro de salud está principalmente influida por las reacciones de adaptación (29.1%), y en segundo término, por las neurosis (13.4%), mientras que en el otro estudio las neurosis fueron los diagnósticos que tuvieron mayor peso (22.5%).

Si tomamos en cuenta el criterio clínico de la EPE, encontramos que en los dos estudios, el mayor porcentaje de pacientes con trastornos emocionales se encontró entre aquellos que por sus quejas hacen necesario que se les dé ayuda en la consulta externa psiquiátrica o general, es decir, entre los pacientes con un diagnóstico de severidad leve.

Es importante observar que a pesar de que estos estudios tienen metodologías similares que hacen posible la comparación entre las variables estudiadas, los resultados observados sugieren que los trastornos mentales se distribuyen en forma diferente, lo cual puede estar parcialmente condicionado por las características socioeconómicas y culturales de ambas poblaciones. Sería conveniente realizar más estudios a fin de poder delimitar un perfil del comportamiento de este fenómeno. El análisis de la relación que existe entre estas manifestaciones y las situaciones que producen tensión, así como del funcionamiento social de estos pacientes, permitirá comprenderlo mejor.

La elección de un instrumento orientado a la detec-

ción de trastornos emocionales en sus formas iniciales, corresponde a la inquietud de favorecer la identificación y canalización oportuna, coincidiendo con la tendencia actual de la epidemiología psiquiátrica de orientarse cada vez más a la comunidad y a la investigación de grados leves de morbilidad, lo que representa un reto para medir y conceptualizar nuevas formas de patología.

Agradecemos la participación en la fase de trabajo de campo de este proyecto a las siguientes personas: Ps. Carlos Caudillo; Ps. Jorge Luis López; Ps. Laura González; Dr. Antonio Celis; Dra. Josefa Días; Dra. Josefina Ulacia y Dr. Ricardo Scén.

BIBLIOGRAFIA

- CAMPILLO S C, CARAVEO A J, MEDINA-MORA M E, MARTINEZ L P: Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, 27: 44-53, 1981.
- CAMPILLO C, MEDINA-MORA M E, MARTINEZ L P, CARAVEO A J: Prueba de un cuestionario (GHQ) para la detección de posibles casos psiquiátricos en una comunidad mexicana. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1979. (En prensa).
- CASTRO R, MEDINA-MORA M E: Validez del Cuestionario General de Salud en una población de bajo nivel de comprensión en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reporte Interno, p. 123. México, 1980.
- COHEN-COLE S A, FRIEDMAN CP: Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. *Hosp Community Psychiatry* 33(12): 1002-1005, 1982.
- COOPER B: Social correlates of psychiatric illness in the community. En: *Approaches to action*. Oxford University Press for Nuffeld Provincial Hospital Trust. 65-70, Londres, 1972.
- GOLDBERG D P: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press, Londres, 1972.
- GOLDBERG D P, BLACKWELL B: Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal* 2: 439-443, 1970.
- GOLDBERG D P, COOPER B, EASTWOOD M R, KEDWARD H G, SHEPHERD M: A standardized psychiatric interview for use in community surveys *Br J Prev Soc Med*. 24(1): 18-23, 1970.
- GOLDBERG D P, RICKELS K, DOWNING R, HESBACHER P: A comparison of two psychiatric screening tests. *British Journal of Psychiatry*, 129: 61-67, 1976.
- HARDING T W, DE ARANGO M V, BALTASAR J, CLIMENT C E, IBRAHIM H H A, LADRIDO I, SRINIVASA M R, WIG N N: Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine* (10): 231-241, 1980.
- HENRY G W: Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. *American Journal of Psychiatry* 9: 481-499, 1929-30.
- LIPOWSKI Z I: Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine II: Clinical Aspects. *Psychosomatic Medicine* 29: 201-223, 1967.
- MARTINEZ L P, MEDINA-MORA M E, CAMPILLO C: Evaluación del costo de utilización de servicios de pacientes psiquiátricos no identificados atendidos en la práctica médica general. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1981. (En prensa).
- MEDINA-MORA M E, PADILLA P, CAMPILLO C, MAS C, EZBAN M, CORONA J. Factor structure of the general health questionnaire: A scaled version for a Hospital's General Practice Service in Mexico. *Psychological Medicine* 13(2): 355-362, 1983.
- MEDINA-MORA M E, PADILLA G P, MAS C C, EZBAN B M, CARAVEO A J, CAMPILLO S C, CORONA J: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. (Enviado para su publicación a: *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat* 1982)
- MUÑOZ P E, VAZQUEZ J L, PASTRANA E, RODRIGUEZ F, ONECA C: Study of the validity of Goldberg's 60-item GHQ in its Spanish version. *Social Psychiatry*. 13(2): 99-104, 1978.
- POLANCKEK A: One problem of professional training and qualification of the primary contact physician. Health Organization and Economic, 1972. Citado en: Claire AW, Shepherd M. "Psychiatry and Family Medicine", En: *Scientific Foundations of Family Medicine* Capitulo 13 Ed. Medical Books Ltd. p.p. 105-123, 1978.
- SIMS ACP, SIMONS P H: Severity of symptoms of psychiatric outpatients: Use of the general health questionnaire in hospital and general practice patients. *Psychological Medicine* (5): 62-66, 1975.
- STOLLER A, KRUPINSKI J: Psychiatric disturbances. En: *Report on a National Morbidity Survey*, p. 48. NHMRC. Canberra. 1969.

20. STRAIN J J: Needs for psychiatry in general hospital. *Hospital Community Psychiatry* 33: 966-1001 N.Y. 1982.
21. STROTZKA H: *Kleinburg: eine sozialpsychiatrische Feldstudie*. Austrian State Publishers, Viena y Munich, 1969.
22. TARNOPOLSKY A, HAND D J, McJEAN E K, ROBERTS H, NIGGING R O: Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. *British Journal Psychiatry* (13): 505-515, 1979.
23. TENNANT C: The General Health Questionnaire: A valid index of psychological impairment in Australian populations. *Med J Aust.* 2: 392-394, 1977.
24. TERROBA G G, MEDINA-MORA M E, SALTIERAL M T, PARRA Y. Estudio epidemiológico del consumo de fármacos en una zona del sur de la ciudad de México. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reporte Interno. México, 1978.

Respuestas de la sección

AVANCES EN LA PSIQUIATRIA

Autoevaluación

1. E
2. D
3. C
4. A
5. B
6. E
7. A
8. D
9. C
10. E
11. E
12. C
13. D
14. C
15. D