



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**IMPORTANCIA DE LA CONSULTA EXTERNA Y DEL
MEDICO GENERAL EN LA DETECCION DE
TRASTORNOS DE TIPO EMOCIONAL**

T E S I S

que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

JORGE LUIS LOPEZ JIMENEZ

MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	7
1.0 Antecedentes	8
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Hipótesis de investigación	14
1.3 Glosario de términos	15
1.4 Objetivo de investigación	19
1.4.1 Objetivos específicos de investigación	19
1.5 Alcances y limitaciones	20
CAPITULO II Consideraciones Teóricas	22
2.0 Introducción	23
2.1 Estudios de Prevalencia. Práctica Médica General	25
2.2 Referencias médicas a consulta psiquiátrica	28
2.3 Problemas y características del diagnóstico psiquiátrico	31
2.4 Clasificación de los problemas diagnósticos psiquiátricos	34
2.4.1 Presentación psicológica de la enfermedad orgánica	35

2.4.2	Complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica	36
2.4.3	Reacciones psicológicas de la enfermedad orgánica	37
2.4.4	Presentación somática de los desórdenes psiquiátricos	39
2.5	Factores sociodemográficos	42
2.6	El médico no psiquiatra frente a los trastornos emocionales	46
2.7	Trastornos emocionales ("casos")	50
CAPITULO III Método y Procedimiento		52
3.0	Definición de instrumentos	53
3.1	Curso y confiabilidad del entrenamiento a clínicos	55
3.2	Diseño esquemático de la investigación	57
3.2.1	Tipo de investigación	58
3.3	Características de la población de estudio	58
3.4	Prueba piloto	58
3.5	Estudio final	60
3.6	Personal de investigación	63
3.7	Consultas médicas del Centro de Salud	63
3.8	Pruebas y análisis estadísticos	64

CAPITULO IV	Análisis y resultados	69
4.0	Características de los pacientes que constituyen el presente estudio	70
4.1	Ponderación de los pacientes en estudio	74
4.2	Valoración de la representatividad	75
4.3	Estandarización del Cuestionario General de Salud (CGS)	76
4.4	Estimación de los acuerdos globales	82
4.5	Estimación de los acuerdos por pareja de valoración: ausencia y presencia de trastornos emocionales	84
4.5.1	Acuerdos entre el CGS y la EPE para ausencia y presencia de trastornos emocionales	85
4.5.2	Acuerdos entre el Médico General (E.V.M.G.) y la Entrevista Psiquiátrica (E.P.E.); para ausencia y presencia de trastornos emocionales.	87
4.5.3	Acuerdos entre el Médico General (E.V.M.G.) y el Cuestionario (CGS); para ausencia y presencia de trastornos emocionales.	88
4.6	Diagnósticos Psiquiátricos (EPE)	96
4.7	Diagnósticos Psiquiátricos (EPE) y estimación del porcentaje detectado por el Médico General (E.V.M.G.)	98

4.8	Severidad diagnóstica: Estimación del acuerdo entre el Médico General (E.V.M.G.) y la Entrevista Psiquiátrica (EPE)	106
CAPITULO V Conclusiones		112
5.0	Discusión	113
5.1	Conclusiones	124
BIBLIOGRAFIA		126
INDICE DE ANEXOS		141

Introducción

El interés por estudiar los problemas psiquiátricos menores que se ha despertado en la actualidad, nos lleva a un amplio campo dentro de la investigación epidemiológica, modelo que se ha tomado en psiquiatría para el estudio de dichos fenómenos.

En el pasado, el término "epidemiología" coincidía con el estudio de las epidemias que a su vez eran definidas como grandes irrupciones de enfermedades infecciosas. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (1960) (127), proporciona un enfoque más amplio acerca del estudio de la investigación epidemiológica.

"Los problemas del estudio de la susceptibilidad personal y de los efectos cambiantes del medio ambiente o de los hábitos sobre los riesgos de sufrir una enfermedad, eran esencialmente similares en las enfermedades comunicables y en otras variedades de enfermedad humana. En consecuencia los métodos que han sido utilizados con tanto éxito para descubrir el origen y modo de distribución de enfermedades asociadas con infección microbiana, se han aplicado cada vez más al estudio de los trastornos de tipo emocional y se ha hecho ampliamente aceptable el uso del término 'epidemiología', para denotar el estudio de la distribución y comportamiento de las enfermedades en distintas condiciones de vida en las comunidades humanas".

Se ha encontrado que la prevalencia estimada de trastornos emocionales, en la práctica médica general resulta ser elevada, 50-80 %

(Lipowsky J.Z., M.B., B.Ch., D. Psych, 1968) (64). En un estudio previo en México se encontró un 34% (Campillo, C; Medina-Mora, M.E.; Caraveo, A.J.; Padilla P.; 1980) (11). Que no es detectada en su mayoría por el médico general, esto puede deberse a diferentes factores.

Por una parte la población que asiste a consulta médica general, llega con una queja específica sobre uno o varios síntomas somáticos o físicos, lo cual desvía la atención del médico general en la repercusión que esto representa para el estado emocional del paciente o viceversa, la quejas sobre trastornos emocionales son encausadas y tratadas como padecimientos de tipo somático.

Es también claro que en este tipo de servicios el médico general no puede dedicar un tiempo ilimitado a cada paciente dado el volumen de consultas que atiende, quedando así un promedio de 10 a 15 minutos por paciente, dando prioridad en tiempo a los que presentan probables diagnósticos graves. Por lo que surge la necesidad de una cooperación más cercana con los especialistas en psicología clínica y se le ofrece al médico general la oportunidad de ampliar y confirmar sus conocimientos en este campo, así como a sus pacientes una atención integral o una canalización oportuna para un mejor manejo de su sintomatología.

En 1973, la Organización Mundial de la Salud concluyó que el avance actual más significativo en el tratamiento médico primario, en la aparición en varios países de grupos interdisciplinarios de salud (125).

El aumento en el número de grupos de este tipo augura un beneficio para los servicios de salud mental, también la oportunidad de trabajar más de cerca entre médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos que deben probar su beneficio en el cuidado y tratamiento de los pacientes con trastornos emocionales.

Ahora bien, las investigaciones sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas realizadas en instituciones especializadas, se limitan a la población atendida en estas instituciones, la mayor parte de las veces estados crónicos o agudos severos. En estos casos la labor preventiva pasa a un segundo plano, ya que por lo general son detectados cuando el padecimiento es avanzado, debiéndose considerar aquí que una de las metas más importantes de la epidemiología psiquiátrica es la de actuar a nivel preventivo.

Se ha encontrado que la mayor parte de los neuróticos y pacientes con trastornos psicósomáticos son vistos con más frecuencia por el médico general que por el psicólogo o psiquiatra, por lo tanto, los estudios realizados en medicina general cubren una gama de trastornos psiquiátricos muy distinta de los realizados sobre casos en consulta especializada. Los estudios realizados en la práctica médica general, nos indican una prevalencia elevada de trastornos psiquiátricos. Kessell (1960)(57), en un estudio se encontró que los trastorno psiquiátricos vistos por el médico general y que no eran referidos para atención psiquiátrica, eran similares en tipo e intensidad a los vistos en consulta externa

en psiquiatría.

Existen más evidencias que apoyan la utilidad de realizar investigaciones en la práctica médica general, siendo estas las relacionadas a la propensión que muestran los pacientes con trastornos psiquiátricos por sobre otras poblaciones para la enfermedad en general (Eastwood, 1970)(27), y la relación que existe entre determinadas enfermedades orgánicas y los trastornos mentales (Buck y cols. 1959) (8).

Se ha encontrado relación entre la enfermedad física y emocional en la experiencia clínica común, ya que los pacientes perturbados emocionalmente presentan más trastornos somáticos que pueden atribuirse total o parcialmente a enfermedades físicas. De la misma manera otros investigadores han observado que el paciente psiquiátrico padece más enfermedad física que el resto de la población (Downes y Simon, 1964) (25). Por lo tanto, podemos decir que existe una gran tendencia de que los trastornos emocionales medianos o severos tengan repercusiones a nivel orgánico que se manifiestan como síntomas somáticos o físicos, o bien que estos trastornos tengan repercusiones en el funcionamiento emocional del paciente.

Por esto, es importante realizar estudios en la práctica médica general donde se determine la necesidad que existe de entablar una relación entre el equipo médico y el equipo de salud mental para detectar los trastornos emocionales que se presentan en estas poblaciones y dar oportunidad a los pacientes de recibir un tratamiento integral a su

sintomatología, así como determinar la necesidad por parte del médico general a prestar atención a los aspectos psicológicos y sociales que engloban al paciente, ya que es aquí en primera instancia donde se puede detectar si el paciente presenta o no este tipo de alteraciones, y en caso de que llegue a presentarlos pueda ser referido al especialista para que sea atendido, o en su caso brindar la asesoría necesaria para el manejo del paciente en consulta general.

La presente investigación tiene como objetivo, determinar si el médico general detecta los trastornos de tipo emocional en los pacientes que asisten a consulta externa de la práctica médica general, en un centro de salud. Para tal fin se trabajó en el centro de salud durante 4 semanas, tomando como población de estudio a todas aquellas personas que acudieron a solicitar consulta y cuya edad estuvo comprendida entre los 18 y 64 años.

Se emplearon tres instrumentos y una ficha de identificación del paciente: a) El Cuestionario General de Salud (C.G.S.), desarrollado por Goldberg (1972) (37) y probado en México (12); b) la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.), desarrollada por Goldberg y cols. (1970) (39) y probada en México (10); c) la Escala de Valoración del médico General (E.V.M.G.).

Para cubrir el objetivo propuesto, se tomo un registro de la población, seleccionándose una muestra en forma aleatoria sistematizada, a la que se le aplicó el cuestionario general de salud. De esta mues-

tra se seleccionó una submuestra con diferente probabilidad de selección, dependiendo del puntaje obtenido en el cuestionario y del punto de corte inicial del mismo, a esta submuestra se le aplicó también la entrevista psiquiátrica estandarizada. Por último de esta submuestra tomaron los pacientes que además de tener aplicados los dos instrumentos anteriormente mencionados, tenían contestada además, la escala de valoración del médico general. Los instrumentos fueron aplicados el mismo día, durante el periodo de espera de su consulta médica.

Con esta investigación se busca que los médicos pongan más interés no sólo para atender las quejas somáticas de sus pacientes, sino que también se le ofrece una oportunidad para el estudio de las interrelaciones de las variables biológicas y psicológicas en el campo clínico. Ya que esta población comparte universalmente una importante característica comunicar su malestar sin importar su origen en términos somáticos es decir síntomas.

CAPITULO I

1.0	Antecedentes	8
1.1	Planteamiento del problema	13
1.2	Hipótesis de investigación	14
1.3	Glosario de términos	15
1.4	Objetivo de investigación	19
1.4.1	Objetivos específicos de investigación	19
1.5	Alcances y limitaciones	20

1.0 Antecedentes

El número de pacientes que consulta al médico general por problemas de tipo psicológico, además de una proporción de síntomas aparentemente físicos y que muestran tener una causa psicosocial es elevado. Para esto, es importante reconocer que la práctica de la psicología debe estar en relación directa con la práctica médica general, con el objeto de lograr un mayor beneficio para el paciente. Al hablar de problemas psiquiátricos menores, nos referimos a un grupo poblacional que no es atendido, detectado y canalizado oportunamente para su atención especializada, ya que los pacientes que presentan este tipo de alteraciones por lo general son individuos que permanecen socialmente capacitados y el manejo de sus alteraciones queda fuera del especialista, siendo atendidos en su mayoría por el médico general.

Estudios realizados en varios países se han encontrado hallazgos interesantes que confirman lo anterior.

- Shepherd (1974) (101), observó a 15 000 pacientes durante un período de 15 meses encontrando que más de 2 000 pacientes (14%), consultaron al médico general por sintomatología de naturaleza psiquiátrica.
- Polanckek (1972) (82), encontró que en Checoslovaquia, el 20% de los casos psiquiátricos son atendidos por el médico general.
- En el Reino Unido, Fraser, (1974) (34), reportó que entre un cuarto y un tercio de todas las enfermedades tratadas por el mé-

dico general caen en las diversas categorías de trastornos emocionales.

- Hallazgos similares se han encontrado en sitios tan lejanos como Australia (Stoller y Krupinsky, 1969) (110) y Austria. (Strotzka 1969) (111).
- Cooper (1972) (18), encuentra que la angustia y depresión forman el 80% de las neurosis crónicas en la consulta de ocho médicos generales en Londres.

Por otro lado, los trastornos "no psicóticos" o "menores", tienen una proporción mayor de morbilidad en la práctica médica general, que en la práctica hospitalaria psiquiátrica.

- En el estudio de Shepherd, Cooper, Brown y Kalton (1966) (102), sobre 116 médicos generales de Londres, se encontró que las neurosis constituían el 63%, y los trastornos de carácter el 4% de todos los trastornos psiquiátricos vistos por ellos.
 - En el Hospital Psiquiátrico Maudsley de Londres, los datos correspondientes fueron: en consulta externa: el 40% para neurosis y el 37% para trastornos del carácter siendo en pacientes hospitalizados el 29% y el 26% respectivamente.
- Sólo una pequeña proporción de los trastornos no psicóticos es tratada por el especialista (1974) (101).
- En un estudio de Shepherd y cols., las psicosis sumaban un 4% de la morbilidad psiquiátrica, comparada con un 25% de

de la consulta externa del Hospital Maudsley y un 72% de todas las primeras admisiones a los hospitales generales en Inglaterra y Gales en 1957 (Marks, 1973) (68).

- Otros reportes sobre prevalencia de trastornos emocionales que se han encontrado en la práctica médica general, son los de Goldberg y cols., (1970) (39), donde encontraron que oscilaban entre el 20% y Sims, (1975) (104), encontró un 31%, que son comparables a los encontrados en México por Campillo y cols., (1980) (11), donde reportan un 34%.

Sin embargo, se ha encontrado que muchas enfermedades psiquiátricas son mal diagnosticadas debido a su presentación somática, se puede argumentar que el grado de morbilidad física del paciente neurótico es equivalente al del paciente no psiquiátrico, pero el primero tiende a quejarse más y, a consultar más frecuentemente. Dentro de la morbilidad psiquiátrica es conveniente considerar dos categorías.

La primera categoría incluye a las psicosis orgánicas y funcionales, como: retardo mental severo, alcoholismo crónico, esquizofrenias, etc., donde el paciente manifiesta gran anormalidad y alteración social y su patología es clara en el sentido de un trastorno de tipo psiquiátrico. Este grupo de pacientes no representa una gran dificultad para la investigación psiquiátrica dentro de la práctica médica general, ya que en su mayoría son canalizados y atendidos por instituciones o médicos especialistas.

El problema de la investigación se presenta con la segunda categoría, la cual por fines prácticos y por la dificultad diagnóstica que existe para diferenciar los grados de severidad en que están presentes los diversos tipos de neurosis y que denominamos "trastornos menores" o "no psicóticos".

Goldberg (1972) (37), al observar la diversidad en definiciones y descripciones que se dan a este tipo de fenómenos mentales, y la dificultad que existe entre psiquiatras, psicólogos y clínicos de otras especialidades para la descripción del término "neurótico", ya que es usado indistintamente para denotar o describir una conducta o síntomas subjetivos, sugiere dos categorías de estudio para los desórdenes mentales, quedando estos en padecimientos de tipo "no psicótico" y "psicótico".

Los pacientes que sufren de "trastornos no psicóticos" son vistos con mayor frecuencia por el médico general y además no son detectados por estos:

- En un estudio realizado por Goldberg y Blackwell (1970) (38), encontraron que en una muestra de pacientes que asistían a consulta médica general (n=200), el 47% padecía alteraciones psiquiátricas, sin embargo, una tercera parte de estos casos no fueron detectados por el médico.
- En el estudio de prevalencia, Campillo y cols (1980) (11), evaluó también la habilidad del médico general, para detectar la psicopatología que presentaban los pacientes que asis-

tían a la consulta externa de un hospital privado en México. Se encontró que el grado de acuerdo global entre el psiquiatra y el médico en la clasificación de "casos" y "no casos", era del 74%, proporción ligeramente menor a la observada entre el psiquiatra y el cuestionario. Sin embargo, el acuerdo en pacientes considerados "casos" era del 50%, lo que indicaba que la mitad de los pacientes que ameritan tratamiento no son detectados.

Hay que mencionar sin embargo, un factor importante el cual está relacionado con el tiempo que consume la mayoría de los problemas psiquiátricos y hace difícil para el médico general tomar un papel activo en el tratamiento.

Los médicos en Gran Bretaña, son consultados en promedio de 2 a 4 veces al año por cada uno de sus pacientes, es decir, un doctor con 2 500 pacientes a su cargo puede dar alrededor de 5 000 a 10 000 consultas de todo tipo de problemas médicos anualmente. Por lo tanto, no es sorprendente encontrar que el promedio de consulta en la práctica general, no es mayor de 5 minutos y esporádicamente más de 10 minutos (Shepherd y cols. 1966 (102), Royal College of General Practitioners, 1973) (90). Pero en general los médicos no psiquiatras sienten que tienen capacidad para reconocer trastornos mentales serios, aunque se les dificulta relacionarlos con los factores causales o precipitantes (Shepherd y cols., 1966) (102). También vemos como la actitud de los médicos generales hacia

los pacientes psiquiátricos varía desde un interés personal importante hasta un total rechazo.

Los médicos jóvenes tienden a expresar un mayor interés hacia los casos psiquiátricos (Rawnsley y Louton, 1962) (65). Aunque la mayoría de los médicos generales acepta la neurosis dentro de su campo de acción, por lo general no sienten tener mucha experiencia en ese aspecto.

Estos hallazgos nos hablan de la necesidad de concientizar a los médicos generales y desarrollar instrumentos auxiliares para la detección oportuna de los pacientes con trastornos emocionales, además se destaca la importancia de la consulta externa, ya que es aquí, en primera instancia, donde se puede detectar a los pacientes que presentan este tipo de trastornos y de ser así, se le pueda canalizar para que sea atendido en consulta especializada, o bien, brindar la asesoría necesaria para su manejo en consulta general, buscando con esto proporcionar a los pacientes tratamiento integral, desde el punto de vista de la medicina general y de la psicología.

1.1 Planteamiento del problema

En base a lo anterior observamos que los estudios de prevalencia realizados en la práctica médica general, reportan altos índices de morbilidad psiquiátrica en los pacientes que asisten a estos servicios.

Esto nos lleva a pensar que los trastornos de tipo emocional

que presentan estos pacientes, no son detectados ni identificados por los médicos tratantes, ya que el motivo de la consulta está condicionada por un malestar de orden somático, dejando a un lado todos los aspectos psicológicos y sociales que van asociados al motivo de la consulta y que están provocando desequilibrio. Por otro lado estudios realizados en la práctica médica general, reportan que los médicos generales tienen poco interés en los aspectos psicossomáticos de la enfermedad y aún más pocos piensan que la psicología tiene utilidad dentro del campo de la medicina, encontrándose indiferencia u hostilidad franca. Lo que nos lleva a plantear la necesidad de realizar estudios en nuestro país en la práctica médica general, con el fin de conocer los diagnósticos de los pacientes que presenten algún trastorno de tipo emocional, así como para establecer si estos trastornos son detectados por el médico general, o bien poder determinar cuál es la patología psiquiátrica que no es detectada y que puede estar muy relacionada a los aspectos somáticos. Al mismo tiempo se pretende conocer la dificultad que tiene el médico general, para identificar la ausencia o presencia de los síntomas emocionales.

1.2 Hipótesis de Investigación

- a) Existen diferencias estadísticamente significativas entre los diagnósticos obtenidos por el C.G.S.¹; la E.V.M.² y la E.P.E.³, en relación a la presencia o ausencia de sintomatología de tipo emocional.

- b) Existen diferencias estadísticamente significativas entre la E.V.M.G.² (evaluado por el médico general); y la E.P.E.³ (evaluado por el especialista), en cuanto a la presencia o ausencia de síntomas.
- c) Existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de severidad del trastorno emocional obtenido por el médico general (E.V.M.G.²) y la del especialista (E.P.E.³)
- d) Existe un porcentaje significativo de pacientes con trastorno emocional que no es detectado por el médico general (E.V.M.G.²).
- e) Existe relación entre el diagnóstico psiquiátrico (E.P.E.³) y los grados de severidad con que son diagnosticados los pacientes de acuerdo con el médico general (E.V.M.G.²).

1.3 Glosario de términos

A continuación se darán las definiciones de los términos que serán utilizados en la presente investigación, a fin de homogenizar su comprensión e identificar su significado.

- Epidemiología: La epidemiología en correspondencia con el modelo de las enfermedades tienen un agente, un huésped y

1. C.G.S. -Cuestionario General de Salud.
 2. E.V.M.G. -Escala de Valoración del Médico General.
 3. E.P.E. -Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

un contexto; donde el huésped es considerado como una víctima, la cual, es o no vulnerable, infectada o infecciosa.

La epidemiología estudia las enfermedades comunicables que se esparcen por contacto secuencial de persona a persona; se asocian a un patrón característico de morbilidad y mortalidad, afectando sólo a ciertos subgrupos de la población (Nowlis, H. 1975) (76).

- Epidemiología psiquiátrica: es la ciencia que estudia la ocurrencia y las causas más importantes para el desarrollo y pronóstico del desorden mental en una población determinada. (Sartorius, N. 1971) (93).
- Estudio de la ocurrencia del desorden mental en una población determinada (Hinsie y Campbell, 1970) (43).
- Caso: se considera caso, al paciente que presenta síntomas y sufre por ellos, persona que presenta alteración emocional y amerita tratamiento especializado. (Por la forma de construcción del cuestionario (C.G.S.), no detecta casos crónicos ya que éstos están habituados a sus síntomas y en el presente no sufren por ellos).
- Casos potenciales: se consideran como casos potenciales a los sujetos que detecte el cuestionario con alta probabilidad de requerir tratamiento en el presente. Sujetos que presentan síntomas y sufren por ellos y que obtengan una puntuación

- en el cuestionario igual o superior al punto de corte óptimo determinado para esta población.
- Casos actuales: se considerarán casos actuales a los confirmados por una entrevista psiquiátrica.
- No caso: en el presente estudio se considerara no caso al sujeto normal, estable con o sin enfermedad física, o con un grado subclínico de disturbio emocional. (Tarnopolsky 1977) (115).
- No caso potencial: sujeto que obtenga una puntuación en el cuestionario inferior al punto de corte óptimo.
- No caso confirmado: sujeto confirmado sin trastorno emocional por la entrevista psiquiátrica estandarizada y que no requiera tratamiento especializado.
- Punto de corte inicial: estimación preliminar para determinar el número de síntomas que deberá presentar un sujeto, para pasar a la entrevista psiquiátrica estandarizada. La estimación de este punto, será después de realizada la prueba piloto y sólo será válido en la fase inicial de la presente investigación.
- Punto de corte: el número de síntomas presentes con el cual se determina que un sujeto sea considerado "caso" o "no caso". Para determinar este punto se busca el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad y la menor tasa de clasificación errónea.
- Punto de corte óptimo: número de síntomas presentes, en

base a la variable "sexo" para determinar cuando un sujeto es considerado "caso" o "no caso".

- Prueba piloto: prueba preliminar de técnicas y métodos que se proponen utilizar en el estudio final.
- Prevalencia: número de casos de cualquier desorden mental que existe frecuentemente en una población.
(Hinsie y Campbell, 1970) (48).
- Práctica médica general: servicio de consulta externa general de un centro de salud.
- Médico General: médico (general o especialista) no psiquiatra.
- Confiabilidad entre clínicos: juicio clínico que emiten, varios puntuadores en forma independiente sobre un mismo sujeto. Obteniéndose así un índice de confiabilidad entre los entrevistadores que utilizan un instrumento con reglas definidas en cuanto a la calificación y habilidad para detectar aspectos de la psicopatología contemplados en el instrumento.
- Sensibilidad: la proporción de casos correctamente identificados por una prueba. (Tarnopolsky, 1979) (116).
- Especificidad: la proporción de personas normales correctamente identificadas al mismo tiempo. (Tarnopolsky, 1979) (116).
- Ansiedad: actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro, caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza. (H.C. Warren, 1948).

- Psicótico: sujeto que presenta síntomas o signos de que posee características severas de desorden mental relacionados con la psicosis. (Hinsie y Campbell, 1970) (43).
- No psicótico: sujeto que requiere tratamiento psiquiátrico por presentar síntomas y sufrir por ellos, excluyendo subnormalidad manifiestas, demencia senil, manía, esquizofrenia o psicosis orgánica.
- Neurótico: sujeto en el cual una parte de su personalidad está afectada y en la cual la realidad no es cambiada cuantitativamente pero el valor si puede estar afectado.
(Hinsie y Campbell, 1970) (43).

1.4 Objetivo de Investigación

Determinar si el médico general detecta los trastornos de tipo emocional, en los pacientes que asisten a consulta externa de la práctica médica general en un Centro de Salud.

1.4.1. Objetivos específicos de investigación

- a) Estimar los acuerdos existentes entre el C.G.S.¹; la E.V.M.G.² y la E.P.E.³ en relación a la presencia o ausencia de trastornos emocionales.
- b) Estimar el acuerdo existente entre el médico general y el especialista, para los pacientes que presentan trastornos emocionales.

- c) Estimar el porcentaje de pacientes detectados por el médico general, con trastornos emocionales.
- d) Análisis por grado de severidad con que se presentan los diferentes trastornos de tipo emocional, de acuerdo al criterio de la E.V.M.C.² y el de la E.P.E.³
- e) Obtener el coeficiente de correlación para las tres situaciones de estudio.
- f) Estimar los porcentajes de los diferentes diagnósticos psiquiátricos.

1.5 Alcances y limitaciones

En toda investigación se nos plantean una serie de alcances y limitaciones, que están ligadas al mismo estudio y que hay que tomar en cuenta al dar a conocer los resultados.

En forma general; los estudios de esta naturaleza nos permiten conocer las características y tipo de población, que asiste a los servicios de consulta externa de los hospitales generales. También nos indican los tipos de padecimientos somáticos (motivo de consulta), y su relación con las afecciones psicológicas o psiquiátricas que se presentan en estas poblaciones. Con lo que se pueda establecer, si el médico tratante que atiende estos servicios está al tanto de esta problemática y determinar si presta atención a ésta.

De esta forma se abre una línea de estudio, ya que no se

había contemplado anteriormente estudiar el papel del médico no psiquiatra y su relación con los trastornos emocionales. Lo que nos lleva a plantear mejoras en la relación médico-paciente, en el servicio médico, así como el manejo integral de la sintomatología del paciente, la detección oportuna del mismo y por último establecer medidas preventivas en el campo de la salud.

Hay que considerar, sin embargo, las limitaciones inherentes a este tipo de estudios.

Generalmente los estudios de este tipo están dirigidos a poblaciones específicas, por lo tanto, no se pueden generalizar los resultados a poblaciones de diferentes características. Por otro lado, los instrumentos que se emplearon en la investigación están en fase de desarrollo y corrección, aun cuando se trabajó con un índice de error conocido. Tal vez en futuras investigaciones se pueda reducir o eliminar esta limitación.

También hay que tomar en cuenta la actitud de los médicos para cooperar en los estudios y los recursos económicos y humanos con que se cuentan para el desarrollo de la investigación, así como las facilidades que se den en los organismos o instituciones donde se planea realizar la investigación.

CAPITULO II

CONSIDERACIONES TEORICAS

2.0	Introducción	23
2.1	Estudios de prevalencia. Práctica Médica General	25
2.2	Referencias médicas a consulta psiquiátrica	28
2.3	Problemas y características del diagnóstico psiquiátrico	31
2.4	Clasificación de los problemas diagnósticos psiquiátricos	34
2.4.1	Presentación psicológica de la enfermedad orgánica	35
2.4.2	Complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica	36
2.4.3	Reacciones psicológicas de la enfermedad orgánica	37
2.4.4	Presentación somática de los desórdenes psiquiátricos	39
2.5	Factores sociodemográficos	42
2.6	El médico no psiquiatra frente a los trastornos emocionales	46
2.7	Trastornos Emocionales ("casos")	50

2.0 Introducción

Los trastornos emocionales son tan diversos como los individuos que los padecen, y la forma en que éstos se presentan, está determinada por patrones estructurales y funcionales inherentes al organismo humano. La diversidad por lo tanto, puede ser debida a una combinación de causas -con mayor o menor participación- de factores orgánicos y al efecto del medio ambiente de cada individuo a través de su vida, su desarrollo y conducta. De esta manera siempre hay una interacción entre factores psicológicos, biológicos y sociales en la manifestación de una enfermedad

Se ha observado que existe una gran tendencia de que los trastornos medianos o severos tengan repercusiones a nivel orgánico que se manifiestan como síntomas físicos, o bien, que los trastornos físicos tengan repercusiones en el funcionamiento emocional del paciente. Con esto vemos como la emoción juega un papel importante en la cadena de eventos que causan o agraban las enfermedades somáticas. Por lo tanto, se puede observar que la interacción entre los eventos físicos y psicológicos pueden influenciar y confundir el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos no sólo consultan más frecuentemente que el promedio, manteniendo altos niveles de demanda para tratamiento médico, sino que también presentan más síntomas físicos y son frecuentemente referidos a los departamentos

médicos y quirúrgicos. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio de prevalencia (Campillo y cols., 1980) (11), donde también se evalúa la habilidad del médico general para detectar la psicopatología, y donde encuentran que la mitad de los pacientes que ameritan tratamiento no son detectados. Se planteó en otro estudio (Martínez L.P., Medina-Mora M.E., Campillo C., 1981) (61), estudiar el costo de atención a pacientes con padecimientos psiquiátricos en la práctica médica general. Comparándose dos muestras de sujetos con y sin padecimientos, atendidos en este servicio. Se encontró que los "casos" psiquiátricos aventajaron a los "no casos" en el número de consultas, en los días de hospitalización, en los exámenes de laboratorio de rutina, en los rayos X y en la cantidad de fármacos prescritos.

Por otro lado, la comprensión de los componentes sociales de los trastornos psiquiátricos en la práctica médica, es tan significativa como la de sus características clínicas. Para esto, es importante conocer cómo situaciones del medio ambiente producen stress en el paciente y lo llevan a presentar alteraciones emocionales y cómo estos trastornos repercuten a su vez en el funcionamiento social del paciente.

Diferentes autores, utilizando un enfoque sociomédico han encontrado una alta relación entre las alteraciones emocionales y las alteraciones del funcionamiento social (113). Otros estudios indican la importancia de considerar los factores sociales en su relación con los

trastornos mentales. La pregunta sobre si los trastornos mentales provocan desajuste social o bien si son los desajustes sociales los que precipitan una condición emocional anormal, aún queda sin responder, lo más probable es que estemos frente a un fenómeno dinámico y que la causalidad puede verse en ambos sentidos.

Estos hechos enfatizan la necesidad para el médico general de estar al cuidado de la relación entre los síntomas psicológicos, la enfermedad física y los estresantes sociales.

2.1 Estudios de prevalencia

Es a partir de los estudios de prevalencia realizados en la práctica médica general, donde se ha encontrado que un porcentaje significativo de pacientes que acuden a estos servicios padecen de algún tipo de trastorno emocional.

Con base en estos hallazgos surge la necesidad de realizar estudios para determinar si los médicos que atienden a estos pacientes los detectan, ya que generalmente, éstos se concretan a atender las quejas de tipo somático, dejando a un lado los aspectos psicológicos y sociales que van asociados al motivo de la consulta. Surge aquí la necesidad de que los médicos que atienden a estos pacientes pongan mayor interés para tratar de detectarlos, porque se ha encontrado que no son detectados ni atendidos, y por consiguiente no son referidos al especialista.

Otro aspecto importante en los estudios de prevalencia, es que a partir de éstos se pueden estimar las necesidades de atención psiquiátrica, ya que proporcionan el número de pacientes con desorden mental de reconocida severidad, que existen frecuentemente en una población y en un tiempo determinado (87).

Culpan y Davies (20) estudiaron los resultados de algunos reportes donde se dio el número de pacientes con enfermedad psiquiátrica en varias poblaciones "médicas", encontrando un 27.3%. Aunque si bien, esta estimación es baja comparada con la encontrada en su propio estudio, donde reportan un 51% en una clínica médica de pacientes no hospitalizados, y un 21% para una clínica quirúrgica.

Kaufman y Bernstein (50) estudiaron los registros de 1 000 pacientes atendidos en la clínica de diagnóstico de pacientes no hospitalizados del hospital Mount Sinai en Nueva York, y encontraron que en el 81.4% de los pacientes había factores psicológicos como base de sus quejas.

Stoeckle y Kaufman y otros (64) han encontrado hallazgos similares, donde indican que la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en pacientes no hospitalizados es elevada, y que puede ser tan elevada como la ocurrencia de la enfermedad orgánica, las implicaciones de sus resultados están encaminados hacia el apoyo y organización de clínicas de Salud Mental. También encontraron que existe la necesidad de consultantes psiquiátricos en los departamentos médicos, y de la

provisión de clínicas públicas de Salud Mental.

En otros estudios se ha encontrado que el número total de pacientes estudiados por cada investigador, y el porcentaje de pacientes mostrando enfermedad o angustia psiquiátrica es notable.

Zwerling (128) encontró que hasta el 86% de sus ciento setenta y dos pacientes quirúrgicos presentaban "desórdenes psiquiátricos", pero estaban incluidos ciento ocho o sea el 54%, con desórdenes del carácter y del comportamiento.

En un estudio similar (83) donde se intenta evaluar la prevalencia de angustia - definida como tensiones psíquicas y/o sociales; se encontró que ésta estaba presente en el 46.6% de los pacientes. En base a esto fue establecida la conclusión de que la angustia es una variable significativamente alta que influye adversamente en la efectividad del tratamiento médico, aunque son necesarios más estudios predictivos de este tipo, con el fin de ofrecer una base real para la planeación de medidas preventivas.

La frecuencia de morbilidad psiquiátrica en las divisiones no psiquiátricas de los hospitales generales, no son conocidas del todo, pero hay evidencia de que el 30-60% de pacientes hospitalizados, y el 50-80% de pacientes no hospitalizados, sufren de angustia o enfermedad psiquiátrica de suficiente severidad como para crear un problema a los profesionales de la salud (64).

2.2 Referencias médicas a consulta psiquiátrica

Aunque existe poca información respecto al porcentaje de pacientes que acuden a los servicios médicos y que son referidos a consulta psiquiátrica, hay algunos reportes hechos en Estados Unidos y en la Gran Bretaña donde nos indican el porcentaje de pacientes que son referidos a consulta psiquiátrica.

En los reportes americanos (9, 21, 60, 70, 80, 95, 106, 123) se ha encontrado que entre un 4 y 13% de los pacientes médicos son referidos al especialista, con un promedio del 9% de referencias, estos resultados contrastan en gran medida con un reporte de Eilenberg (28), de la clínica Mayo que encontró un 2.2% de referencias. A pesar de los datos encontrados en estos estudios, es difícil hablar de las tendencias generales, ya que los periodos de tiempo bajo consideración varían de tres meses a ocho años.

En dos estudios británicos (33, 103) reportan un porcentaje de referencias a consulta psiquiátrica de 0.7 y 1.34% respectivamente, que como se puede apreciar contrastan extraordinariamente con los datos encontrados en los estudios americanos. En un estudio noruego (91), se encontró que el 4.9% de pacientes médicos son referidos a consulta psiquiátrica sobre un periodo de 3.5 años. Por otro lado, es probable que los hospitales americanos, especialmente aquéllos que poseen un servicio de consulta bien establecido, muestren generalmente una elevación de frecuencia en las referencias a consulta psiquiátrica, aun-

que también los datos encontrados pueden diferir de país a país, de hospital a hospital y a reflejar diversos factores, dependiendo de las características particulares de cada situación estudiada.

También se han realizado estudios para estimar la discrepancia entre la morbilidad psiquiátrica y la frecuencia de referencias a consulta psiquiátrica. Richman y cols. (88), Denney y cols. (21) indican que existe una gran disparidad entre el número de referencias, y de pacientes que probablemente podrían beneficiarse con una consulta psiquiátrica.

Otros investigadores se han enfocado a estudiar cuáles son las razones por las que los médicos refieren a sus pacientes a consulta psiquiátrica, pero han encontrado que no hay una terminología homogénea, por lo que es difícil realizar comparaciones (64). Ya que algunos médicos dan "problemas psiquiátricos" o "síntomas psiquiátricos" como razón para referirlos al especialista, pero no especifican si el motivo de la referencia fue para que se hiciera un diagnóstico clínico, o para el manejo de la sintomatología psiquiátrica del paciente.

De esta forma un estudio (49) reporta que el 61.4% de los pacientes, fueron referidos para que se les hiciera un diagnóstico psiquiátrico diferencial, mientras que en otro estudio (9), no menciona si la referencia es para un diagnóstico clínico, pero en cambio da un diagnóstico de "síntomas psiquiátricos", "drogas" y "explicación no

orgánica de los síntomas", como razón para referir a los pacientes a consulta especializada.

Existe poca información con respecto a las características de los pacientes médicos que son referidos independientemente del diagnóstico psiquiátrico. Payson (80) realizó un estudio con el fin de conocer las características sociodemográficas de los pacientes médicos que eran referidos con el especialista, encontró que los pacientes de clase social alta, edad media, mujeres con baja escolaridad y hombres con alta escolaridad quienes tenían un bajo estatus ocupacional, fueron todos referidos a consulta psiquiátrica.

Otros estudios (95, 97, 98) sugirieron que cuando un paciente proporcionara una historia con más enfermedad somática que la habitual, que además estuviera combinada con un gran número de eventos desfavorables en el pasado y problemas en su hogar, son probablemente el tipo de pacientes que serán referidos a consulta psiquiátrica.

Con respecto a la elección del tiempo para que un paciente sea referido a consulta psiquiátrica, Schwab y cols. (98), encontraron que cuando el paciente no presenta síntomas físicos durante el periodo de consulta médica, es referido prontamente a consulta psiquiátrica, ya que su diagnóstico físico fue negativo; pero si presenta serios síntomas somáticos, y anomalías físicas como resultado de un examen médico y de los análisis de laboratorio, estos pacientes son referidos a consulta psiquiátrica tardíamente. Por lo que hizo una

fuerte súplica para que fueran referidos lo más pronto posible con el especialista, siempre y cuando el médico encontrara evidencia de síntomas psicopatológicos durante la consulta médica.

Schwab y cols., en otro estudio reportan que no obstante el temor común de los médicos cuyos pacientes pudieran oponerse a que se les hiciera una evaluación diagnóstica al referirlos al especialista. Encontraron que la mayoría de los pacientes a quien ellos estudiaron y que habían sido referidos al especialista, reaccionaron favorablemente hacia la decisión de su médico de ordenar una evaluación psiquiátrica (96).

2.3 Problemas y características del diagnóstico psiquiátrico

Es importante destacar algunos estudios realizados en Estados Unidos e Inglaterra, donde se ha encontrado que el problema del diagnóstico psiquiátrico para los pacientes médicos que son referidos a consulta especializada, está dado básicamente por las diversas terminologías empleadas, así como también por el reducido número de estudios, lo que hace que las comparaciones entre estos estudios sean difíciles de hacerse (9, 60, 97, 106, 123).

La importancia de la consistencia en el uso de términos diagnósticos psiquiátricos es contemplada en un estudio de Wilson y Meyer (123). Estos autores compararon dos grupos de pacientes médicos referidos a un servicio de enlace psiquiátrico en un estudio lon-

gitudinal, encontrando un acuerdo significativo en el diagnóstico asignado por el servicio psiquiátrico. Mencionan que el síndrome orgánico cerebral fue diagnosticado en el 21% y 28% de los pacientes referidos durante el periodo de estudio, seguidos por desórdenes de la personalidad, psiconeurosis (excluyendo depresión), y depresión (neurótica y psicótica), esquizofrenia fue encontrada en sólo el 9% de estos pacientes. En otro estudio similar (60), la depresión y los desórdenes de la personalidad fue encontrada en el 21% de los pacientes referidos. Poe y cols. (81), encontraron depresión en el 52% de los pacientes médicos referidos a consulta psiquiátrica. De esta manera y de acuerdo a los estudios citados, parece ser que, el grupo de las depresiones es probablemente la clase común de síndrome psiquiátrico que refieren los médicos a consulta especializada.

Por otro lado, los resultados encontrados en los estudios británicos (33, 54, 103), son difíciles de comparar con lo encontrado en los estudios americanos, ya que como se mencionó antes emplean diferente terminología diagnóstica. A pesar de esta situación, los investigadores británicos, también encontraron que la depresión tiende a ser el síndrome común que refieren los médicos a consulta psiquiátrica.

Szasz (114), Kepecs (55), Seitz (99), Malmo y cols. (66) y otros, indican que el problema del diagnóstico psiquiátrico podría ser resuelto, si se tuviera un mejor entendimiento de los determinan-

tes y mecanismos psicofisiológicos de los síntomas somáticos no debidos directamente a enfermedad orgánica, por lo que se considera importante su contribución en el área de la investigación clínica, particularmente para los psicólogos y psiquiatras que trabajan en las clínicas médicas. Lipin (63), en su artículo, presenta algunos métodos para determinar la naturaleza de los síntomas somáticos. Postula que el dolor y otras sensaciones somáticas pueden no ser sólo una manifestación de enfermedad orgánica o histérica, sino que también pueden ser memoria de vivencias de síntomas corporales experimentados durante la infancia enferma olvidada, guardadas en el interior conscientemente por asociación con experiencias comunes. Aunque si bien esta última, es una formulación hipotética, se podrían realizar más investigaciones para intentar validarla. Ya que se ha observado que se necesita una teoría que explique los síntomas somáticos y guías prácticas para un diagnóstico diferencial basado en dicha guía.

Desde el punto de vista de la psicología cada síntoma somático puede ser observado como una percepción y/o comunicación. De esta manera una persona puede manifestar una percepción somática o puede comunicar una angustia psicológica a través de las metáforas corporales, o pueden ser ambas. El dolor, la debilidad y el hormigueo son sensaciones que inmediatamente dan origen a respuestas emocionales y cognitivas. De la forma en que el paciente perciba poco más o menos sus síntomas dependerá del significado que les dé él, ya sea cons-

ciente o inconscientemente. El significado en turno dependerá de la experiencia pasada del paciente, al mismo nivel de conocimiento, organización de la personalidad, conflictos y modo de producción de los mismos, y de las comunes situaciones psicosociales. Donde, los resultados pueden ser redes extremadamente complejas de variables que cambian la intensidad y cualidad de la sensación original y que pueden resultar en síntomas secundarios, terciarios, etc. Estos síntomas pueden ser en parte concomitantes psicológicos o equivalentes de impulsos afectivos (ansiedad), y en parte una expresión de los significados simbólicos de la original y de los síntomas derivados, y su inclusión en el conflicto intrapsíquico. Estos procesos son más complicados por la respuesta percibida por los demás en la comunicación del síntoma, por las normas culturales, etc. Pero es claro que las experiencias del paciente y de como las comunica a su médico, es el resultado de múltiples procesos psíquicos, así como de la relación médico-paciente.

2.4 Clasificación de los problemas diagnósticos psiquiátricos

A continuación se cita la clasificación que propone Lipowsky (64), para los problemas diagnósticos psiquiátricos encontrados en las pabellones médicos, aunque también aclara que esta agrupación es sólo un esbozo, que intenta organizar los diversos factores y procedimientos que constituyen el campo de la consulta psiquiátrica en la con-

sulta médica general.

1. Presentación psicológica de la enfermedad orgánica.
2. Complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica.
3. Reacciones psicológicas de la enfermedad orgánica.
4. Presentación somática de los desórdenes psiquiátricos.

2.4.1 Presentación psicológica de la enfermedad orgánica

Quando alguna persona sufre de una enfermedad orgánica puede presentarse a consulta médica con quejas expresadas en términos psicológicos; en términos de desórdenes de la cognición, percepción y/o de los afectos, o el paciente no presenta quejas, pero la gente a su alrededor nota cambios en su comportamiento, que algunas veces los médicos refieren como "cambios de personalidad". Tales cambios ya sea en una situación u otra, pueden ser una acentuación de las características personales del paciente (parece ser más obsesivo, histérico o psicopático), o llegar a mostrar conductas que son atípicas o inusuales en dicho paciente. De esta manera un cauto hombre de negocios puede llegar a ser un imprudente, o una normal esposa abierta llegar a convertirse en hosca. Chapman y Wolff (14) dan una particular respuesta explicando cambios psicológicos producidos por enfermedad del Neopallium.

Stengel (105), sugirió que una de las principales contribuciones de Paul Schilder, es la de que reconocido psicopatológicamente

que algunos síntomas, tales como la despersonalización o disturbios en la imagen corporal, pueden ser producidos por ambas causas ya sean orgánicas o psicógenas.

En general se puede decir que una enfermedad orgánica puede derivar hacia algún tipo de síntoma neurótico o psicótico, dependiendo de la estructura de la personalidad; y estos síntomas (psicológicos), pueden obscurecer a aquellos síntomas de la enfermedad básica (somática). Las implicaciones de este hecho son claras ya que el consultante psiquiátrico en el hospital general, debe tener el conocimiento y estar constantemente informado de la presentación psicológica de la enfermedad orgánica, que puede disfrazarse en la última y ser pasada fácilmente por alto por los médicos (89).

2.4.2 Complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica

Los desórdenes psiquiátricos que caen en la categoría de síndromes cerebrales agudo y crónico, pueden ser observados como resultado directo de enfermedad orgánica en las funciones integrativas superiores del cerebro. Su sello distintivo es el daño en las funciones cognitivas, ya sea en la de selectividad relativa o en la global. El síndrome agudo es reversible por definición, mientras que el crónico es irreversible. Los dos síndromes pueden, desde luego, coexistir en el mismo paciente. Desde entonces los factores etiológicos son variados (22, 42), ya que si por alguna razón se interfiere con el suministro y/o

utilización del oxígeno o de la glucosa en las neuronas del cerebro, puede producir un síndrome orgánico cerebral. Los factores predisposicionales no son conocidos aún del todo, especialmente los psicológicos.

En un examen de diez estudios (9, 28, 33, 41, 54, 60, 88, 103, 106, 123) se encontró que los dos síndromes cerebrales constituyen alrededor del 17% de todas las referencias a consulta psiquiátrica.

Resumiendo, las complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica están en el área de los límites entre la psiquiatría y la medicina que han sido utilizadas por la investigación psicósomática.

2.4.3 Reacciones psicológicas de la enfermedad orgánica

Las reacciones psicológicas de la enfermedad física han sido diferentemente conceptualizadas en términos de stress psicológico (30, 45), trauma psicológico (4), crisis (109), cambios en la imagen corporal (3, 94), o transferencia en la economía de la libido (32). Donde cada uno de estos acercamientos tiende a acentuar diferentes expresiones del total de respuestas humanas.

Engel (30), observó la amenaza de daño al cuerpo como una categoría especial de tensión psicológica. Por lo tanto, su marco referencial general de las respuestas tales como la tensión o el stress pueden aplicarse lógicamente a la enfermedad física.

Otra importante contribución, incluyendo la de Kahana y Bibring (48), es la discusión del significado de la enfermedad y sus implicaciones en el comportamiento de los pacientes y su dirección en términos de los diferentes tipos de personalidad, hacen énfasis en las diferencias individuales.

Senecau (100), sugirió algunos criterios prácticos de comportamiento para la evaluación de las reacciones patológicas de la enfermedad.

Por otro lado, desde el punto de vista nosológico, las reacciones psicológicas de la enfermedad orgánica se extienden sobre los espectros de la neurosis, de la psicosis y de los desórdenes de la personalidad, aunque la incidencia más extremadamente observada de desorganización de la personalidad en respuesta hacia la enfermedad física, es virtualmente desconocida. Kaufman y cols. (51), encontraron que la prevalencia de enfermedad psicológica en un servicio médico fue muy alta, 66.8%, pero la mitad de estos pacientes sufrieron de "desórdenes psicológicos benignos", psicosis funcional fue encontrada en sólo el 7.5% de los pacientes. Aunque existen pocas investigaciones, algunos estudios (24, 107) indican que una proporción significativa de pacientes, llegan a estar deprimidos como resultado de severa enfermedad orgánica.

2.4.4 Presentación somática de los desórdenes psiquiátricos

A continuación sólo se describen aquellos desórdenes psiquiátricos funcionales que aumentan las dificultades diagnósticas en la consulta médica.

- Depresión. Se ha observado que este síndrome es el más común y versátil imitador de la enfermedad orgánica. Los síntomas somáticos que acompañan a varios tipos de depresión es amplio (16). La fatiga, el insomnio, dolor difuso y localizado, impotencia, parestesias, y las palpitaciones son algunas de las comunes quejas notadas (5, 7, 47, 81, 108). En un estudio (47) se encontró que hasta el 25% de los pacientes que sufrieron de depresión psicótica se presentaron a consulta médica con síntomas físicos.
- Reacción de conversión e histeria. La reacción de conversión y la histeria son conceptos comunes en estado de cambio y corrección, pero éstos existen sin embargo, y provocan problemas de diagnóstico en los consultantes. Los síntomas de conversión pueden coexistir y disfrazar a la enfermedad orgánica, a la depresión severa, o a la esquizofrenia (64).
- Reacción de ansiedad. Este término ha sido muy usado, pero también se ha encontrado que se ha abusado mucho del

mismo. Tres reacciones significativas pueden ser distinguidas: es un afecto, un síndrome clínico y un concepto teórico o explicativo, pero existe confusión ya que estos tres significados son raramente o explícitamente distinguidos.

El síndrome clínico puede existir asociado con alguna enfermedad psiquiátrica u orgánica, y es sólo cuando la ansiedad domina el cuadro clínico, que en ausencia de psicosis es aplicado el término "Reacción de Ansiedad". El síndrome consiste de un aspecto cognitivo, tono sentimental, comportamiento observable y de concomitantes psicológicos. Las quejas somáticas siempre son parte del síndrome y puede ser la queja presente.

Una de las mejores descripciones de este síndrome es aún la de Freud (35), aunque también Kolb (59) dio una útil presentación de los criterios diagnósticos.

Es particularmente difícil para el médico diagnosticar los síntomas aislados tales como la jaqueca o la hiperdrosis. La hiperventilación es un concomitante común de la ansiedad crónica o aguda, y surge de una variedad de síntomas que pueden imitar a la enfermedad orgánica, desde trombosis coronaria hasta a la epilepsia (62). Tales síntomas pueden ser unilaterales y sugieren enfermedad neurológica (17). Muchos pacientes que presentan síntomas doctrosos tales como la jaqueca, sufren de una reacción de ansiedad (58).

También se ha encontrado estados de ansiedad precipitados

por enfermedad orgánica o como resultado de epilepsia focal (19, 46, 65) o pheochromocytoma (23).

- Esquizofrenia. Se ha encontrado que este síndrome se presenta frecuentemente acompañado por síntomas somáticos. De importancia práctica para los consultantes psiquiátricos, así como para los médicos practicantes, es el hecho de muchos pacientes esquizofrénicos que van de una clínica médica a otra presentando sus quejas somáticas, para que sean diagnosticadas. Se ha encontrado que el diagnóstico no es a menudo acertado (77), especialmente en la etapa primaria y en la llamada esquizofrenia ambulatoria (44, 71). Muchos de estos pacientes sufren de dolores psicógenos y no son diagnosticados correctamente (29). Engel (29) observó que muchos de estos pacientes son etiquetados en las clínicas médicas como hipocondríacos o con reacciones psicofisiológicas.

Miller (71) investigó algunas guías diagnósticas tales como la gran personalización y el excesivo carácter de las quejas, sus caprichos, etc. Otro investigador (122), ofrece una práctica guía de características clínicas que permitirían el diagnóstico primario de la esquizofrenia.

- Hipocondriasis. Aunque este término ha sido quitado de la

clasificación oficial americana es todavía usado como evidencia en varios trabajos dedicados a él.

Algunos pacientes están francamente desilusionados y en algunos casos dan la impresión de estar siendo perseguidos por sus síntomas, tales como el dolor (29), ya que tienden a describir sus quejas con intensidad, persistencia y urgencia, en contraste con la indiferencia mostrada en la histeria. Kreitman (61), encontró que la mitad de los pacientes estudiados sufrieron depresión. Kenyon (52, 53), discute el significado de la hipocondriasis como una entidad clínica, hace una lista de dieciocho usos diferentes del término, y sugiere que la hipocondriasis es parte de otro síndrome, especialmente un afectivo y que no existe la "hipocondriasis primaria".

2.5 Factores sociodemográficos

La importancia de considerar a los factores sociodemográficos y su relación con las alteraciones emocionales está ilustrado en un artículo de Moffic y Adams (72). Estos autores utilizan un enfoque psicoanalítico ortodoxo freudiano.

Indican que los factores sociodemográficos se refieren generalmente a aquellas características que definen la posición relativa de un individuo en una sociedad determinada; y que incluyen factores tales como etnicidad, status económico, género y edad. Destacando el concepto de etnicidad ya que observan que ha sido el más descuidado

en los estudios.

El término etnicidad se deriva del griego que significa tribu, raza o nación, y modelos o costumbres, por lo que incluye distinciones de raza, lugar geográfico, y religiones o asociaciones. Entonces la etnicidad podría ser un factor importante en la interpretación del trastorno emocional. Algunos grupos étnicos en los Estados Unidos reconocen la existencia de ciertos síndromes culturales-específicos que no son compartidos, o aún comprendidos por los otros miembros de la sociedad americana, o por la mayor parte de los servicios médicos y por los profesionales de la Salud Mental; ya que estos síndromes implican modelos culturales específicos en el manejo de problemas y conflictos. El budú puede ser un modo cultural-específico por medio del cual se puede expresar furia y hostilidad.

La etnicidad puede influenciar los papeles que desempeñan importantes miembros de una familia, ya sea disponiendo estrategias alternativas y observando con atención las expectativas de los miembros de dicha familia.

La comunicación, especialmente aquella que se relaciona con el contacto visual, también posee determinantes culturales; en la cultura de los Navajos, mirar directamente a los ojos es considerado como muestra de hostilidad, mientras que en la cultura Anglo-Americana ver directamente a los ojos es indicio de atención. En la cultura asiática el silencio puede indicar respeto, por el contrario los Am-

glo-Americanos ven el silencio adversamente (112).

Por lo que respecta a la evaluación clínica, se ha encontrado que los datos proporcionados por el informante durante la misma con frecuencia son confundidos por las variables étnicas. Aunque si bien, las mayores categorías diagnósticas pueden ser universales, los miembros culturales de un grupo pueden determinar los límites y aparición de síntomas (26), por lo que si no se toma en cuenta esta variable se puede emitir un diagnóstico equivocado.

Las diversas tradiciones socioculturales han contribuido al desarrollo de los tratamientos de salud mental (92). De esta forma la tradición Judeo-Cristiana con su énfasis en la moral, los principios abstractos y en la introspección, influenciaron el desarrollo del Psicoanálisis Freudiano Ortodoxo. Aunque también la adaptación de las técnicas tradicionales terapéuticas de acuerdo a las costumbres étnicas se pueden convertir en una útil alternativa. Indican además que los otros tipos de tratamiento además de la psicoterapia psicodinámica necesitan poner atención en los factores socioculturales. En la modificación del comportamiento las contingencias deben ser culturalmente congruentes.

Aunque la etnicidad es muchas veces una influencia muy poderosa, muchas de las mismas discrepancias en el tratamiento de los síntomas, son encontradas en las variaciones de la clase social. Aquí, la psicoterapia es útil particularmente para indicar la influencia del status

socioeconómico sobre el tratamiento de la salud mental.

En la actualidad han tenido lugar algunos cambios evidentes en los roles y metas sexuales. En la mayor parte de la literatura los términos "masculino y femenino", generalmente implican y presumen preferencias heterosexuales. Los resultados de las preferencias sexuales, homosexuales y bisexuales indican la vulnerabilidad del libre género que practica hoy en día la Salud Mental.

Moffic y Adams (72), consideran que los cuatro factores mencionados están incompletos y son posiblemente engañosos, y que una de las razones está dada por las singularidades de cada paciente individual, que es una amalgamación de todos los factores sociodemográficos y por su desarrollo biológico; que puede seguir o no patrones normales. El rango ilimitado de culturas, status económicos, preferencias sexuales, las edades y sus combinaciones, son indicios de ciertos estereotipos, donde las influencias de estas variables cambian a lo largo del tiempo, con los cambios sociales generales.

El involucramiento de nuevos grupos culturales, o sea, un concomitante en la moderna movilidad, parece que está especialmente asociada con la ansiedad. El desarraigo está frecuentemente asociado con sentimientos de culpabilidad, conflictos de lealtad y miedo de no ser bienvenido. Una crisis de identidad puede sobrevenir de "la creación de una nueva forma de identidad cultural. . . específica para el individuo y para su singular situación del desarrollo" (73).

Por lo que respecta a las creencias religiosas y su influencia sobre los factores psicopatológicos, dicha influencia aún no es del todo conocida (84).

Si bien ciertos aspectos de la teoría de la Salud Mental pueden ser aplicados universalmente, tales como los principios freudianos del desarrollo psicosexual y la inevitabilidad de la muerte biológica, otros aspectos pueden variar. La etnicidad, el status socioeconómico, el género y la edad, puede probarse que todas son variables confundidas en la evaluación y tratamiento por los clínicos, quienes no las toman en cuenta o que no están inclinados a reconocer la importancia de los aspectos sociodemográficos de la salud y la enfermedad mental.

Sin embargo, con la atención cuidadosa de tales factores se puede aumentar significativamente la eficiencia de los especialistas, mejorando la eficacia en los procesos de evaluación y de tratamiento, con lo que se ayudaría al establecimiento de las bases para una alianza terapéutica positiva.

2.6 El médico no psiquiatra frente a los trastornos emocionales

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede observar que existe una relación dinámica o una interacción entre los factores psicológicos, los biológicos y los sociales en la manifestación de una enfermedad.

La presentación de los trastornos emocionales reportados

en los estudios de prevalencia en la práctica médica general es elevada, y de que existen diferentes factores que dificultan su detección por parte del médico general es también indudable; que pueden explicarse en base a que una parte de la población que asiste a estos servicios, llega con una queja específica sobre uno o varios síntomas somáticos y por otra a el tiempo que se emplea en dar una consulta médica. Por lo que surge la necesidad de una cooperación más estrecha con los especialistas en psicología clínica, donde además al médico general, se le ofrece la oportunidad de ampliar y confirmar sus conocimientos en este campo, buscando con esto, que los pacientes reciban una atención integral o una canalización oportuna para un mejor manejo de su sintomatología.

Se ha encontrado que existe relación entre la enfermedad física y la emocional, ya que se observa que hay una gran tendencia de que los trastornos emocionales medianos o severos tengan repercusiones a nivel orgánico que se manifiestan como síntomas físicos, o bien que los trastornos físicos tengan repercusiones en el funcionamiento emocional del paciente. Los pacientes perturbados emocionalmente tienden a presentar muchos más trastornos somáticos, que pueden atribuirse total o parcialmente a enfermedades físicas.

Sin embargo, también se ha encontrado que muchas enfermedades psiquiátricas son mal diagnosticadas debido a su presentación somática. El problema del diagnóstico puede deberse por una parte a la escasez de investigaciones relacionadas con los diagnósticos psiquiá-

tricos, a las metodologías empleadas y a las diversas terminologías diagnósticas usadas (64).

En el Reino Unido y los Estados Unidos (64), la gran mayoría de los pacientes que son vistos por especialistas en psiquiatría, son referidos por sus médicos generales, aunque también los estudios de este tipo son mínimos y los hallazgos reportados entre estos dos países contrastan grandemente. También se ha encontrado que existe una gran disparidad entre el número de pacientes médicos referidos y de pacientes que probablemente podrían beneficiarse con una consulta psiquiátrica, por lo que entonces, el médico general refiere al especialista en psicología o psiquiatría sólo a una pequeña proporción de pacientes, que él detecta con trastornos emocionales. Lo que podría explicarse, ya que en aquellos países que poseen un servicio de consulta médica bien establecida, muestran generalmente una elevación en la detección y referencia de pacientes con trastornos emocionales.

Shepher y cols.(102), encontraron que sólo el 5.1% de pacientes diagnosticados por el médico general como enfermos psiquiátricos fueron referidos y confirmados sus diagnósticos.

Un grupo de investigadores (74), encontraron que los pacientes médicos eran referidos a consulta especializada más frecuentemente por anormalidades de conducta, existencia de problemas sociales o por una inadecuada respuesta al tratamiento médico, que en

base al diagnóstico médico.

Médicos con experiencia, con mayor frecuencia envían sus pacientes psiquiátricos al especialista (102), mientras que el médico joven tiende a sobrediagnosticar más casos de los que realmente existen (15, 74).

A la fecha, los intentos que se han hecho para relacionar el diagnóstico médico con los hábitos y características del paciente, han dado resultados mixtos. En un pequeño estudio de un grupo de médicos escoceses (74), se sugirió que inflúan en la clasificación de los problemas psicológicos, la edad del médico, el tiempo que tienen de ejercer la profesión, el número de pacientes y el interés que pudiera tener en la psicología, sin embargo, estos factores relevantes no han podido ser corroborados por otros estudios.

Se han realizado investigaciones desde el punto de vista de las teorías psicológicas que pueden ayudar a los médicos no psiquiatras a detectar y canalizar a los pacientes que sufren de algún trastorno emocional. Los problemas para diagnosticar los trastornos emocionales (64), que padecen los pacientes y que acuden a consulta médica general son: 1) la presentación psicológica de la enfermedad orgánica; 2) complicaciones psicológicas de la enfermedad orgánica; 3) reacciones psicológicas con enfermedad orgánica y 4) presentación somática de los desórdenes psiquiátricos, en el último punto se han encontrado algunos desórdenes psicológicos que aumentan las dificultades diagnós-

ticas en las situaciones médicas. La comprensión de todo esto puede ayudarnos a entender los factores que influyen y dificultan la detección de los trastornos emocionales por parte del médico no psiquiatra.

Por otro lado, los padecimientos de tipo "no psicótico" constituyen un área muy importante dentro del campo de la investigación, ya que el modelo en que se presentan, sugiere una interrelación de síntomas que pueden ir desde quejas concretas en relación con un malestar físico bien identificaco hasta sintomatología ansioso-depresiva difusa; quedando por lo general este tipo de pacientes, fuera del manejo del especialista, la cual representa una dificultad para el estudio y seguimiento, así como una desventaja para el bienestar general del paciente.

2.7 Trastornos emocionales ("casos")

Al hablar de trastornos emocionales surge una pregunta importante la cual se refiere a ¿qué rasgos psicopatológicos debe tener una persona para que sea considerada "caso", (o sea que padece de algún trastorno emocional)?

Estamos de acuerdo que puede haber una variedad de respuestas alternativas y polémicas a esta pregunta; por lo que se tomó para este estudio el criterio de algunos epidemiólogos, destacándose las consideraciones que hace Blum (6), del trastorno emocional:

"La evaluación clínica aún permanece como el método pri-

mario para hacer un juicio con el propósito de definir caso. Es también el último criterio contra el cual otros métodos para detectar trastornos emocionales, son validados".

De esta manera, el Cuestionario General de Salud fue utilizado como método de identificación de "casos"; la Escala de Valoración del Médico General; se uso para determinar si el médico general detecta a los "casos" y estos dos criterios, fueron validados mediante una Entrevista Psiquiátrica Estandarizada. En donde el criterio externo o sea la entrevista, se encargó de confirmar los diagnósticos obtenidos tanto en el cuestionario, como en la Escala de Valoración del Médico General.

En esta investigación se consideró como "caso", aquel individuo cuyos trastornos emocionales fueran lo suficientemente intensos como para ameritar tratamiento especializado, a su vez, estos pacientes fueron divididos en tres subgrupos de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Aquellos que necesitaban ayuda psicológica en consulta externa.
- b) Los que necesitaban forzosamente ayuda psiquiátrica y que incluso, un internamiento podría ayudarlos pero no sería indispensable,
y;
- c) Los que requerían un internamiento psiquiátrico forzoso.

CAPITULO III

METODO Y PROCEDIMIENTO

3.0	Definición de instrumentos	53
3.1	Curso y confiabilidad del entrenamiento a clínicos	55
3.2	Diseño esquemático de la investigación	57
3.2.1	Tipo de investigación	58
3.3	Características de la población de estudio	58
3.4	Prueba piloto	58
3.5	Estudio final	60
3.6	Personal de investigación	63
3.7	Consultas médicas del centro de salud	63
3.8	Pruebas y análisis estadísticos	64

3.0 Definición de instrumentos

A fin de cubrir los objetivos de investigación se empleó una ficha de identificación y tres instrumentos.

- Cuestionario General de Salud, desarrollado por Goldberg (1972, 37) y probado en México (12) (Anexos 1 y 2). En forma general este cuestionario consta de 60 reactivos acerca de los principales síntomas de enfermedades psiquiátricas no psicóticas, señala la ausencia y presencia de síntomas, el grado en que se presentan y en conjunto discrimina los grados de severidad de enfermedad mental.

- Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, desarrollada por Goldberg y cols. (1970, 39) y probada en México (10) (Anexos 3 y 4). Este instrumento consta de una sección de síntomas reportados por el paciente y una sección de anormalidades manifiestas evaluadas por el clínico en el transcurso de la entrevista, asimismo, el clínico da un diagnóstico global de severidad y el diagnóstico del paciente, de acuerdo con el criterio de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1978, 126, Anexo 9). La definición de los síntomas, las preguntas que investigan en presencia y la forma de calificarlas aparecen definidas en el instrumento.

- Ficha de identificación del paciente, la cual contendrá los datos socioeconómicos básicos del paciente (Anexos 5 y 6).

- Escala de Valoración del paciente por parte del médico general (Anexos 7 y 8). Con este instrumento se trata de detectar si el

paciente visto por el médico tratante, presenta componentes psicológicos determinantes o concomitantes de su enfermedad; y se valora de acuerdo a cinco puntos de diferenciación, empezando con la ausencia de componentes psicológicos hasta si el paciente necesita internamiento psiquiátrico forzoso.

La utilización de estos tres instrumentos resulta de primordial importancia en la corroboración del estado emocional del paciente.

En primer lugar, el cuestionario de acuerdo al punto de corte inicial, hace una separación de los "casos" y "no casos", posteriormente la entrevista psiquiátrica se encarga de confirmar esta clasificación con un diagnóstico más específico y finalmente, la escala de valoración del médico general, evalúa si el paciente sufre de algún trastorno emocional.

Tanto en la Entrevista Psiquiátrica como en la Escala de Valoración del médico general, hay 5 grados para evaluar la severidad del padecimiento, puesto que se utilizan criterios similares en ambos. El número 1, cuando no existe evidencia de trastornos emocionales; el 2, cuando existe el disturbo pero en forma moderada; y así sucesivamente hasta el número 5, que se refiere a los padecimientos con un alto grado de severidad (internamiento psiquiátrico forzoso). La similitud en la medición de estos dos instrumentos nos permiten corroborar los diagnósticos, que a su vez nos sirven para confirmar la clasificación del cuestionario para casos y no casos, a partir de lo cual se puede

determinar si el médico detecta los trastornos emocionales.

Una copia y la definición detallada de los tres instrumentos así como la ficha de identificación, se adjuntan como anexos en la parte final del trabajo.

3.1 Curso y confiabilidad del entrenamiento a clínicos

A fin de asegurar la confiabilidad del diagnóstico, se impartió un curso de entrenamiento a clínicos que se encargaron de aplicar exclusivamente la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.).

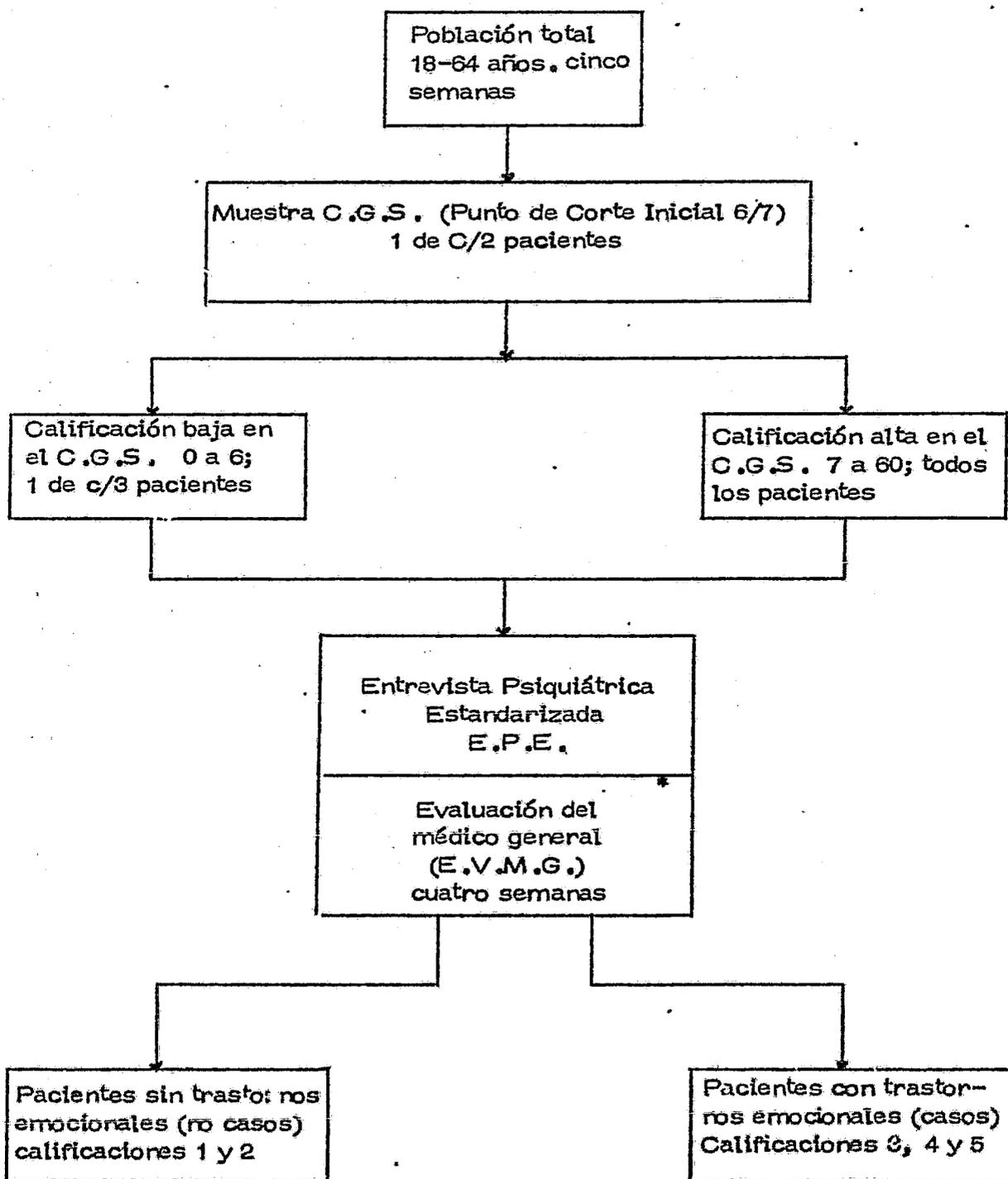
El propósito de adiestramiento, consistió en la capacitación del personal en el empleo de una forma de Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, que fuera de utilidad para la presente investigación, teniendo como objetivo establecer un criterio común.

1. Familiarización con la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada elaborada por Goldberg y cols. (1970,39), la forma de aplicación y calificación de la misma.
2. Desarrollar un criterio común para calificar los síntomas y signos apreciados durante la entrevista.
3. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la presencia o ausencia de síntomas.
4. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la severidad de los signos y síntomas.

5. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la consideración de si un paciente es caso o no caso.
6. Por último, intentar arribar a un diagnóstico sindromático a través de los signos y síntomas reportados en la entrevista, de acuerdo con el glosario de términos de la OMS (Anexo 9).

Después del curso de entrenamiento y con el fin de determinar la confiabilidad del diagnóstico, se hizo un análisis de correlación; r de Pearson. La correlación obtenida oscila entre $r=0.85$ y 1 , lo que nos indica que existe un alto grado de confiabilidad en los diagnósticos y que se logró una buena unificación de criterios entre los clínicos (78).

3.2 Diseño esquemático de la investigación



* Pacientes del presente estudio; se les aplicó además del Cuestionario General de Salud (C.G.S.), y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.), la Escala de Valoración por parte del Médico General (E.V.M.G.), en las últimas cuatro semanas de la fase de campo.

3.2.1 Tipo de investigación

Se tomó el modelo epidemiológico aplicado a la investigación psiquiátrica. Por las características del estudio y puesto que no se tiene control directo sobre las variables; ya que la condición de estudio, o sea, la búsqueda del trastorno emocional puede que esté presente o no en los pacientes, así como si los trastornos son detectados o no por los médicos no psiquiatras; se utilizó un diseño ex-post-facto.

3.3 Características de la población de estudio

Se tomó como población de estudio a aquellas personas que acudieron a solicitar consulta externa en la práctica médica general, del Centro de Salud "Dr. Gustavo Rovirosa Pérez" (SSA), Santa Ursula.

Este centro comunitario se encuentra ubicado en los pedregales de Coyoacán, al sur del Distrito Federal. Su zona de influencia abarca a cinco colonias localizadas en una extensión de 18 km². La población tiene un ingreso inferior al salario mínimo. El 70% son obreros calificados o no calificados. El 75% tiene una escolaridad que va de 0 a 6 años. La mayor parte de la población no tiene posesión legal de los terrenos, existen escasas vías pavimentadas y los servicios públicos son deficientes (Terroba y cols., 1978) (120).

3.4 Prueba piloto

Con el fin de conocer las características de la población

que asiste al Centro de Salud, así como para determinar la comprensión al cuestionario y el punto de corte inicial del mismo, se llevó a cabo una prueba piloto durante una semana.

Esta prueba fue un acercamiento al área de trabajo y nos dio estimaciones sobre el número de personas que acuden a solicitar atención médica en el centro de salud, proporcionándonos además, estimaciones sobre el sexo, la edad y escolaridad de estos pacientes.

Como primer paso se llevó un registro de las personas de 18 a 64 años, encontrándose un promedio de 282 consultas semanales. Correspondiendo el 86.87% (N=245), a pacientes de sexo femenino y un 13.12% (N=37), para los de sexo masculino. El promedio de edad encontrado en estos pacientes fue de 30 años, y para escolaridad fue de 6 años cursados.

Por lo que respecta a la comprensión del cuestionario, y al realizarse la aplicación se encontraron algunas dificultades, por lo que se procedió a modificar el lenguaje en aquellas preguntas que así lo requerían; esto se hizo sin modificar el sentido original de las mismas, al realizar una nueva aplicación esta dificultad había desaparecido. También en esta fase quedó determinado el punto de corte inicial (6/7, calificación que se debía obtener para ser considerado "caso"), y con el que se trabajó en el estudio final (78).

3.5 Estudio final

Una vez cubiertos los pasos anteriores, se realizó la investigación (fase de campo) en dos etapas simultáneas, la aplicación de los instrumentos se realizó el mismo día.

- En la primera etapa, la población que asistió al servicio de consulta externa en la práctica médica general fue censada al momento de solicitar atención médica en el centro de salud. Se tomaron a todos los pacientes de los 18 a los 64 años, trabajando durante 5 semanas de lunes a viernes. De esta forma se registró a una población de 1001 pacientes (N-poblacional), de los cuales el 84.32% (N=844) correspondió a pacientes femeninos y el 15.68% (N=157), a pacientes masculinos.

- De esta población se seleccionó a una muestra en forma aleatoria sistematizada, esto es, uno de cada dos pacientes fueron seleccionados formando la muestra. Obteniéndose una N=493 pacientes (N-muestral), correspondiendo el 84.79% (N=418) a pacientes de sexo femenino y el 15.21% (N=75) a pacientes masculinos, a los que se les aplicó el Cuestionario General de Salud (C.G.S.) y se obtuvo una ficha de identificación de los mismos.

- En la segunda etapa, se seleccionó simultáneamente una submuestra de pacientes derivada de la muestra de acuerdo con el siguiente procedimiento: 1) Todos los pacientes que sacaron puntajes altos (7-60), y 2) uno de cada tres pacientes que sacaron puntajes bajos (3-6), esto es, en base al punto de corte inicial del cuestionario 6/7, se

les aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.), que fue manejada por los clínicos que previamente habían sido entrenados en el manejo de dicho instrumento. Obteniéndose una N=331 pacientes (N-submuestra), de los cuales el 86.70% (N=287) correspondió a pacientes femeninos y el 13.29% (N=44) a pacientes masculinos.

- De esta submuestra se tomaron a aquellos pacientes N=154 (N-pacientes de este estudio), que además de tener aplicados el Cuestionario y la Entrevista Psiquiátrica, también tenían aplicada la Escala de Valoración del médico general (este instrumento (E.V.M.G.) fue aplicado durante las 4 últimas semanas, no así, el C.G.S. y la E.P.E. que fueron aplicados durante 5 semanas, o sea toda la fase de campo), que fue contestada por los médicos que atendieron a estos pacientes y que constituyen el objetivo de estudio de la presente investigación.

Es importante destacar que los pacientes de este estudio (N=154), tenían aplicados los tres instrumentos, el C.G.S., la E.P.E. y la E.V.M.G.; y su ficha de identificación.

De estos 154 pacientes el 86.36% (N=133) correspondió a pacientes del sexo femenino y el 13.63% (N=21) a pacientes del sexo masculino.

La distribución y los porcentajes por sexo para la población, muestra, submuestra y de los pacientes que constituyen este estudio se muestran en la tabla 1.

TABLA 1 DISTRIBUCION Y PORCENTAJES DE LOS PACIENTES MASCULINOS Y FEMENINOS QUE ASISTIERON A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE SALUD, "GUSTAVO ROVIROSA", S.S.A. POBLACION, MUESTRA, SUBMUESTRA Y PACIENTES DE ESTE ESTUDIO.

PACIENTES	5 Semanas						4 Semanas	
	Población		Muestra		Submuestra		Pacientes en estudio*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	157	15.68	75	15.21	44	13.29	21	13.63
FEMENINO	844	84.32	418	84.79	287	86.70	133	86.36
TOTAL	1001	100 %	493	100%	331	100 %	154	100 %

* Pacientes que constituyen el presente estudio.

3.6 Personal de investigación

El equipo de investigación estuvo constituido por:

- Jefe de proyecto: que se encargó de coordinar los trabajos en sus diferentes etapas.
- Ocho psicólogos: uno de los cuales llevó el registro de los pacientes en las hojas de control; los restantes se encargaron de llenar las fichas de identificación, aplicaron y calificaron el C.G.S. a la muestra. Simultáneamente en la segunda etapa se encargaron de conducir a los pacientes (submuestra), a la aplicación de la E.P.E.; asimismo, entregaron las E.V.M.G. de estos mismos pacientes (submuestra) a los médicos tratantes.
- Tres psiquiatras, un psicólogo clínico; previamente entrenados en el manejo de la E.P.E., que se dedicaron exclusivamente a aplicar las mismas.
- Se contó con la colaboración del personal del centro de salud, especialmente la de los médicos, que se encargaron de llenar la E.V.M.G. de los pacientes de la submuestra.

3.7 Consultas médicas del centro de salud

A los médicos que atienden los servicios de consulta en el centro de salud, se les pidió su colaboración para llevar a cabo este es-

tudio; consistiendo ésta en contestar la escala de valoración del paciente por parte del médico general (E.V.M.G.), en donde evaluarían al paciente de acuerdo a los puntos específicos de la escala.

Por tal motivo, se les mostró el instrumento (Anexo 8) y se les dieron las instrucciones necesarias para que pudieran contestar correctamente dicha escala.

A continuación se citan las 6 consultas médicas que se atienden en el centro de salud y que se estudian en la presente investigación:

- Medicina General (2)*
- Neumología (2)
- Ginecología (2)
- Urgencias (1)
- Transmisibles (2)
- Odontología (3)

3.8 Pruebas y análisis estadísticos

En este apartado se describirán los análisis estadísticos que se hicieron en el presente estudio; para esto vamos a suponer que la muestra (pacientes en estudio), tienen una distribución normal.

- Como primer paso en la presentación de las características de los pacientes y en los análisis de datos; se obtuvieron porcenta-

* Indica el número de médicos que atienden a cada consulta médica.

tajes, medias de edad y escolaridad de la situación estudiada, también se elaboraron tablas para los datos reportados.

- Para estandarizar el cuestionario se estimará: la tasa de clasificación errónea, la especificidad, la sensibilidad, los porcentajes de falsos negativos y falsos positivos y los valores predictivos de que una calificación alta o baja sea "caso".

Se determinará el punto de corte, (calificación que se requiere para ser considerado "caso") que proporcione mejor equilibrio entre especificidad y sensibilidad. Por último se calculará la frecuencia de trastornos emocionales para los pacientes estudiados.

La estimación de estos puntos será a partir de las estadísticas propuestas por Tarnopolsky (116).

- En la estimación de los acuerdos globales se elaborará una figura (diagramas de Venn), en la que cada círculo representará a cada una de las valoraciones (C.G.S.; E.V.M.G.; E.P.E.), a partir de esto se obtendrán los porcentajes de acuerdo global. Los acuerdos están representados por cada una de las intersecciones de la figura.

Para este análisis se obtendrá el coeficiente de correlación intraclase (IOC), para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el acuerdo global obtenido entre las valoraciones.

Se emplearán las categorías diagnósticas caso (1) y no caso (0), (la asignación del código [1, 0] es arbitrario). La notación R designa a las valoraciones (C.G.S.; E.V.M.G.; E.P.E.), N designa a los pacien-

tes en estudio, T es el total de las puntuaciones en los renglones y columnas, S_i es el total del puntaje obtenidos por todas las valoraciones para cada sujeto i . Para este análisis los totales marginales (renglones y columnas) deben ser iguales (2).

Se trabajará al nivel de significancia $\alpha .05$

$$ICC = 1 - \frac{NR (TR - \sum_{i=1}^n S_i^2)}{T (NR - T) (R - 1)}$$

La prueba de significancia para este cociente de correlación esta dada por la expresión:

$$N[1 + (R - 1) ICC] > \chi^2 (N - 1, \alpha)$$

- Se realizarán análisis con el fin de obtener los acuerdos en ausencia ("no casos") y presencia, ("casos") de trastornos emocionales; buscando con esto, obtener información más específica con respecto a las clasificaciones de casos y no casos. Este análisis se hará por pareja de valoración:

C.G.S. \longrightarrow E.P.E.

E.V.M.G. \longrightarrow E.P.E.

E.V.M.G. \longrightarrow C.G.S.

Para cada una de estas situaciones se elaborará una tabla, (semejante a la de la estandarización del C.G.S.), donde se muestren los análisis y distribución de los mismos.

A partir de esto se obtendrán: tasas de clasificación errónea, especificidad y sensibilidad. (Las fórmulas de estos análisis están dadas en la estandarización del cuestionario).

$$\text{Valoración del acuerdo en ausencia de síntomas (no casos)} = \frac{A}{N} \times 100$$

$$\text{Valoración del acuerdo en presencia de síntomas (casos)} = \frac{D}{N} \times 100$$

Con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas; se aplicará el estadístico Kappa (2).

La K, es una probabilidad corregida de acuerdo por ciento con base estadística, las fórmulas para su obtención son:

$$P_o = \frac{A + D}{N}$$

$$P_c = \frac{\frac{(A+B)(A+C)}{N} + \frac{(C+D)(B+D)}{N}}{N}$$

$$K = \frac{P_o - P_c}{1 - P_c}$$

$$\sigma_K = \sqrt{\frac{P_o(1 - P_o)}{N(1 - P_c)^2}}$$

La prueba de significancia de K, se obtiene dividiendo K por su desviación σ_K

$$Z = \frac{K}{\sigma_K}$$

Este cociente es una aproximación a la prueba estadística normal estándar (2).

- En el análisis por severidad diagnóstica entre el médico general (E.V.M.G.) y la Entrevista Psiquiátrica (E.P.E.), se empleará una Kappa modificada (17). Esto es con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la forma de puntuar para cada una de las cinco calificaciones diagnósticas, entre las dos valoraciones.

Este análisis nos permite asignar pesos arbitrarios a cada una de las calificaciones; el mayor peso es asignado al mayor desacuerdo, en los acuerdos se asigna un peso de cero.

Dado que este análisis es un poco complejo se sugiere consultar la fuente original (17).

Al igual que la Kappa, este análisis nos proporciona una prueba de significancia Z, que es una aproximación a la prueba estadística normal estandar. Las fórmulas se dan a continuación.

$$q_o = 1 - P_o$$

$$q_c = 1 - P_c$$

$$K = 1 - \frac{q_o}{q_c}$$

$$Z = \frac{K}{\sigma_K}$$

ANALISIS ESTADISTICO USADO EN LA ESTANDARIZACION DEL
 CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD C.G.S. (116)

Entrevista Psiquiátrica
 E.P.E.

No casos potenciales
 (Calificación baja)

1, 2

3, 4, 5

Cuestionario General
 de salud C.G.S.

Casos potenciales
 (Calificación alta)

No casos A	Casos B Falsos -
C Falsos +	D

N

Tasa de clasificación errónea

$$= \frac{B + C}{N} \times 100$$

Especificidad

$$= \frac{A}{A + C} \times 100$$

Sensibilidad

$$= \frac{D}{D + B} \times 100$$

Falsos positivos = 100 - especificidad

Falsos negativos = 100 - sensibilidad

Valores predictivos

Probabilidad de personas con calificación alta (casos)

$$= \frac{D}{C + D}$$

Probabilidad de que una calificación baja sea caso

$$= \frac{B}{A + B}$$

DISTRIBUCION Y ANALISIS ESTADISTICOS DE LAS TRES SITUACIONES DE ESTUDIO

ESTIMACION DE LOS ACUERDOS EN AUSENCIA Y PRESENCIA DE TRASTORNOS EMOCIONALES

C.G.S. → E.P.E.		MEDICO GENERAL → E.P.E.		MEDICO GENERAL → E.P.E.																																					
<p>E.P.E.</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1, 2</td> <td>3, 4, 5</td> </tr> <tr> <td>Calif. baja C.G.S.</td> <td>No casos A</td> <td>Casos B Falsos -</td> </tr> <tr> <td>Calif. alta</td> <td>C Falsos +</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">N</td> </tr> </table>			1, 2	3, 4, 5	Calif. baja C.G.S.	No casos A	Casos B Falsos -	Calif. alta	C Falsos +	D		N		<p>E.P.E.</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>1, 2</td> <td>3, 4, 5</td> </tr> <tr> <td>Médico General</td> <td>No casos A</td> <td>Casos B Falsos -</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C Falsos +</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">N</td> </tr> </table>			1, 2	3, 4, 5	Médico General	No casos A	Casos B Falsos -		C Falsos +	D		N		<p>C.G.S.</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>Calif. baja</td> <td>Calif. alta</td> </tr> <tr> <td>1, 2</td> <td>No casos A</td> <td>Casos B Falsos -</td> </tr> <tr> <td>Médico General</td> <td>C Falsos +</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>3, 4, 5</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">N</td> </tr> </table>			Calif. baja	Calif. alta	1, 2	No casos A	Casos B Falsos -	Médico General	C Falsos +	D	3, 4, 5	N	
	1, 2	3, 4, 5																																							
Calif. baja C.G.S.	No casos A	Casos B Falsos -																																							
Calif. alta	C Falsos +	D																																							
	N																																								
	1, 2	3, 4, 5																																							
Médico General	No casos A	Casos B Falsos -																																							
	C Falsos +	D																																							
	N																																								
	Calif. baja	Calif. alta																																							
1, 2	No casos A	Casos B Falsos -																																							
Médico General	C Falsos +	D																																							
3, 4, 5	N																																								
TASA DE CLASIFICACION ERRONEA																																									
ESPECIFICIDAD																																									
SENSIBILIDAD																																									
ACUERDO EN AUSENCIA DE SINTOMAS (NO CASOS)																																									
ACUERDO EN PRESENCIA DE SINTOMAS (CASOS)																																									
KAPPA (K)																																									
Z																																									

CAPITULO IV

ANALISIS Y RESULTADOS

4.0	Características de los pacientes que constituyen el presente estudio	70
4.1	Ponderación de los pacientes en estudio	74
4.2	Valoración de la representatividad	75
4.3	Estandarización del Cuestionario General de Salud (CGS)	76
4.4	Estimación de los acuerdos globales	82
4.5	Estimación de los acuerdos por pareja de valoración: ausencia y presencia de trastornos emocionales	84
4.5.1	Acuerdos entre el CGS y la EPE para ausencia y presencia de trastornos emocionales	85
4.5.2	Acuerdos entre el Médico General (E.V.M.G.) y la Entrevista Psiquiátrica (EPE); para ausencia y presencia de trastornos emocionales	87
4.5.3	Acuerdos entre el Médico General (E.V.M.G.) y el Cuestionario (CGS); para ausencia y presencia de trastornos emocionales	88
4.6	Diagnósticos psiquiátricos (EPE)	96

4.7	Diagnósticos psiquiátricos (EPE) y estimación del porcentaje detectado por el Médico General (E.V.M.G.)	98
4.8	Severidad diagnóstica: estimación del acuerdo entre el Médico General (E.V.M.G.) y la Entrevista Psiquiátrica (EPE)	106

4.0 Características de los pacientes que constituyen el presente estudio

A continuación se darán a conocer únicamente, las características y resultados de los análisis en los pacientes que constituyen el presente estudio.

Como se había mencionado, se obtuvo una $N=154$; donde el 13.63% ($n=21$) correspondió a pacientes de sexo masculino y el 86.36% ($n=133$), a pacientes de sexo femenino, porcentajes que son comparables con las otras situaciones de selección como puede apreciarse en la tabla 1.

Las medias de edad fueron: para pacientes masculinos $\bar{x}=31$ y para los femeninos $\bar{x}=32$ años. En ambos sexos se encontró una media de 31 años, (tabla 2).

En escolaridad se encontró una $\bar{x}= 4.9$ años cursados para ambos sexos. Al obtenerse los porcentajes en las diferentes agrupaciones (tabla 3), se encontró que de uno a seis años cursados (nivel primaria) fue el más alto con un 61.68%, seguido por el intervalo de siete a nueve años cursados (nivel secundaria) con un 16.88%, de 10 a 14 años cursados correspondió el 11.03%, y por último un 10.38% para aquellos pacientes que no tenían instrucción escolar.

Por lo que respecta al estado civil (tabla 4) se encontraron los siguientes porcentajes para ambos sexos; para los casados correspondió el 69.47% siendo el más alto; en los solteros un 22.72%, seguido

**TABLA 2 PACIENTES EN ESTUDIO. EDAD PROMEDIO
MASCULINOS, FEMENINOS Y MIXTOS
CENTRO DE SALUD, S.S.A.**

PACIENTES	N	EDAD PROMEDIO
MASCULINO	21	31
FEMENINO	133	32
MIXTO	154	31

TABLA 3 DISTRIBUCION Y PORCENTAJES DE ESCOLARIDAD
 PACIENTES EN ESTUDIO, AMBOS SEXOS
 CENTRO DE SALUD, S.S.A.

ESCOLARIDAD	N	%
0	16	10.38
1 a 6	95	61.68
7 a 9	26	16.88
10 a 14	17	11.03
TOTAL	154	99.97%

TABLA 4 PORCENTAJES Y DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL
 PACIENTES EN ESTUDIO, AMBOS SEXOS
 CENTRO DE SALUD, S.S.A.

ESTADO CIVIL	N	%
SOLTERO	35	22.72
CASADO	107	69.47
DIVORCIADO	4	2.59
VIUDO	8	5.19
TOTAL	154	99.97 %

por el estado civil viudo con un 5.19%, y para los divorciados correspondió el 2.59%.

Es importante hacer notar, que existe gran diferencia entre el número de pacientes masculinos en comparación con el número de pacientes femeninos obtenidos en el estudio; situación por la cual se tomaron a ambos sexos en los análisis.

4.1 Ponderación de los pacientes en estudio

Con el fin de mantener la estructura muestral y de darle a cada paciente la probabilidad de muestreo que le corresponde, se procedió a ponderar tanto a los pacientes que constituyen este estudio como a los de las submuestra, que habían obtenido una calificación de 0 a 6 en el C.G.S.; ya que como se recordará a uno de cada tres de estos pacientes se les aplicó la E.P.E.

De este modo se obtuvo una $n=90$ para los pacientes en estudio y una $n=210$ para los pacientes de la submuestra ya ponderados (tabla 5).

Aquellos pacientes que habían obtenido una calificación de 7 ó más, conservan su mismo valor, puesto que a todos estos pacientes se les aplicó la E.P.E.; manteniéndose la $n=124$ para los pacientes en estudio y para la submuestra $n=261$.

Como podrá observarse en la tabla 5 la N para los pacientes en estudio ya ponderados, quedó integrada por un total de 214 pacientes,

y la N de la submuestra por un total de 471 pacientes.

Una vez realizada la ponderación y de acuerdo con ésta, se procedió a obtener la representatividad de los pacientes en estudio con respecto a la submuestra. Estos cocientes nos permiten asegurar la estructura que guardan los pacientes en estudio en relación a la submuestra.

4.2 Valoración de la representatividad

(Pacientes en estudio con respecto a la submuestra). Ponderados

Para evaluar la representatividad de los pacientes que constituyen el presente estudio, se tomaron los porcentajes de las calificaciones bajas ponderadas y calificaciones altas obtenidas por estos pacientes en el C.G.S., de acuerdo al punto de corte inicial del mismo 6/7; éstos se dividieron respectivamente entre los porcentajes de las calificaciones bajas ponderadas y calificaciones altas obtenidas por los pacientes de la submuestra.

La valoración de la representatividad encontrada fue la siguiente:

En las calificaciones bajas (0-6), fue de .94; y para las calificaciones altas (7-60) de 1.04, esto pueda apreciarse en la tabla 6.

La representatividad ideal se da cuando el cociente del resultado de la división es 1; cuando el cociente es de 1 y no hay una desviación significativa, se puede decir que la muestra esta bien re-

presentada. En caso de que la desviación sea significativamente mayor, se infiere que está sobrerrepresentada; cuando es significativamente menor, se habla de una subrepresentación.

En base a esto se puede apreciar (tabla 6), que los cocientes de valoración de la representatividad de los pacientes en estudio con respecto a la submuestra, no muestran una desviación significativa con respecto al 1 tanto para las calificaciones altas como para las bajas. Por lo que puede considerarse que existe una buena representatividad.

4.3 Estandarización del Cuestionario General de Salud (C.G.S.)

Algunos autores (116), indican la necesidad de estandarizar el cuestionario para cada población de estudio; así mismo, Castro-Medina-Mora (13), en base a su estudio indican que es necesario revisar el lenguaje del cuestionario y adaptarlo en caso de que se requiera a la población de estudio, esto es para asegurar el mayor nivel de comprensión del mismo (punto cubierto en la prueba piloto del estudio).

Dado que era necesario tomar un punto de corte inicial para seleccionar a la muestra, se tomó el de 6/7, (determinado en la prueba piloto y usado en la fase inicial de la investigación) obteniéndose así, una muestra de pacientes con puntajes altos y bajos en el cuestionario.

Considerando lo anterior, se estandarizó el cuestionario para los pacientes que constituyen el presente estudio, esto fue en base a la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

Se procedió entonces, a determinar la calificación en el cuestionario que separará a los no casos de los casos potenciales. Esto es, buscar aquel punto de corte que proporcionará el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad; por lo que se probaron diferentes puntos de corte hasta encontrar aquél que nos diera el mejor equilibrio. Se buscó además, que el punto de corte minimizará simultáneamente el número de falsos positivos y falsos negativos.

Al hacer los análisis de especificidad y sensibilidad se encontró que en el punto de corte 9/10, se daba el mejor equilibrio entre ambos. Este punto de corte nos indica, que con una calificación de hasta nueve síntomas reportados en el cuestionario podía ser considerado el paciente como "no caso", y que a partir de diez síntomas reportados podían ser considerados como "casos", con un grado de error conocido (tabla 7).

Este punto de corte, nos dio una tasa de clasificación errónea del 24.3%; la especificidad y la sensibilidad fueron de 75.53% y 75.83% respectivamente.

Como puede observarse en la misma tabla, el punto de corte 10/11, nos da una menor tasa de clasificación errónea (22.89%), pero no se mantiene el equilibrio entre especificidad y sensibilidad.

En el punto de corte 8/9, se obtiene la misma tasa de clasificación errónea que el punto de corte óptimo (9/10), pero no se mantiene el equilibrio entre especificidad y sensibilidad, que nos da el pun-

to de corte óptimo.

A pesar que la tasa de clasificación errónea en el punto de corte óptimo es del 24.3%, está es aceptable para un instrumento de estas características, ya que no se requiere de un especialista para el manejo del mismo (anexo 1).

Los porcentajes de falsos positivos y falsos negativos para el punto de corte óptimo, fueron 24.47% y 24.17% respectivamente, minimizando simultáneamente el número falsos positivos y falsos negativos.

Los valores predictivos nos indican la probabilidad de que un paciente con una calificación alta o baja en el cuestionario sea caso; el valor predictivo de que una calificación alta sea, caso es del .79, y el valor predictivo que una calificación baja sea caso del .29. A su vez, estos valores nos permiten calcular la frecuencia de trastornos emocionales para estos pacientes.

Aunque no es el objetivo de esta investigación estudiar la prevalencia de trastornos mentales, ya que el objetivo del mismo es determinar, si el Médico General en la consulta externa detecta los trastornos emocionales en los pacientes que acuden a estos servicios; se estimó la frecuencia de trastornos emocionales para estos pacientes la cual fue del 55.63%

El punto de corte óptimo (9/10), es el que se usará para realizar las comparaciones entre el C.G.S. y la E.V.M.G., así como entre el C.G.S. y la E.P.E.

TABLA 5 PONDERACION DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO Y DE LA SUBMUESTRA, DE ACUERDO A LAS CALIFICACIONES ALTAS Y BAJAS DEL C.G.S., AMBOS SEXOS
CENTRO DE SALUD, S.S.A.

C.G.S.	Pacientes en estudio		Submuestra	
	N Natural	N Ponderada	Natural	Ponderada
0 - 6 Calif. baja	30 (3)	90	70 (3)	210
7 - 60 Calif. alta	124	124	261	261
TOTAL	154	214	331	471

TABLA 6 REPRESENTATIVIDAD DE LOS PACIENTES EN
 ESTUDIO CON RESPECTO A LA SUBMUESTRA. CALIFICACIONES
 BAJAS PONDERADAS Y CALIFICACIONES ALTAS DEL C.G.S.
 CENTRO DE SALUD, S.S.A.

C.G.S.	Pacientes en estudio		Submuestra		Representa- tividad. Pacientes en estudio. Submuestra
	N	%	N	%	
0 - 6 C líf. baja	90	42.1	210	44.6	.94
7 - 60 Calif. alta	124	57.9	261	55.4	1.04
TOTAL	214	100 %	471	100 %	

C.G.S.

		OPTIMO*									
Punto de Corte 8/9		Punto de Corte 9/10		Punto de Corte 10/11							
E.P.E.		E.P.E.		E.P.E.							
1, 2		3, 4, 5		1, 2							
3, 4, 5		1, 2		3, 4, 5							
0-8 C.G.S.	69	27	96	0-9 C.G.S.	71	29	100	0-10 C.G.S.	75	30	105
9-60	25	93	118	10-60	23	91	114	11-60	19	90	109
	94	120	N=214		94	120	N=214		94	120	N=214
Tasa de clasificación errónea 24.29%		24.29%		22.59%							
Especificidad 73.40%		75.53%		79.78%							
Sensibilidad 77.5 %		75.83%		75 %							
% Falsos positivos 26.6 %		24.47%		20.22%							
% Falsos negativos 22.5 %		24.17%		25 %							
Valor predictivo que una calificación alta sea caso .78		.79		.82							
Valor predictivo que una calificación baja sea caso .28		.29		.28							

* Mejor equilibrio entre especificidad y sensibilidad.

4.4 Estimación de los acuerdos globales

Como se puede observar en la figura 1, se presentan los acuerdos globales obtenidos entre el C.G.S., la E.V.M.G., y la E.P.E. Esta presentación es en primer término un panorama general de lo que se está estudiando y analizando.

En el acuerdo global están considerados tanto a los pacientes diagnosticados como "casos", (que presentan algún trastorno emocional) como a los "no casos", (no presentan trastorno emocional), por cada una de las valoraciones en forma independiente.

Los porcentajes presentados en cada una de las intersecciones de los círculos nos indican los acuerdos globales encontrados por cada una de las valoraciones, y están representados en dicha figura.

En la parte central de la figura, se puede apreciar que existe un acuerdo global del 35.98% (n=77), entre las tres valoraciones; esto está dado por la intersección de los tres círculos.

El acuerdo global entre el C.G.S. y la E.P.E., es del 75.7% (n=162), que corresponde al porcentaje de la intersección de estas dos valoraciones (39.72%), más el porcentaje en la intersección central (35.98%).

A la izquierda de la figura se puede ver la intersección entre el C.G.S. y la E.V.M.G., en donde el acuerdo global es del 49.53% (n=106), dado por la intersección central (35.98%), más el porcentaje en la intersección de estas dos valoraciones (13.55%).

Por último el acuerdo global entre la E.V.M.G. y la E.P.E., puede observarse en el lado derecho de la figura. El acuerdo global para esta situación es del 46.73% ($n=100$); dado por la sumatoria del acuerdo entre las tres valoraciones (35.98%), y el acuerdo de las dos valoraciones (E.V.M.G. - E.P.E.; 10,75%).

A partir de esto, se hizo un análisis con el coeficiente de correlación intraclass (ICC) para las tres valoraciones. Considerando el diagnóstico proporcionado por cada instrumento para los pacientes casos y no casos, esto es, sin tomar en cuenta la severidad de los síntomas.

Este análisis nos permite obtener un coeficiente de correlación tomando los diagnósticos de las tres valoraciones simultáneamente para cada paciente, en las dos categorías caso y no caso, (categorías arbitrariamente designadas (1,0) respectivamente). En este análisis los totales marginales son iguales (2).

Se encontró que existe un $ICC = .0036$, lo que nos indica que los porcentajes de acuerdo global no son representativos de la situación estudiada. Esto es, que no existió una relación lineal en la forma de puntuar en las tres valoraciones.

Al obtener un acuerdo global del 35.98% entre las tres valoraciones ésta al ser llevado al estadístico ICC nos indica; que no es estadísticamente significativo el porcentaje de acuerdo global para caso y no caso entre las valoraciones. La prueba de significancia del ICC

está dada por la siguiente expresión:

$$\chi^2 \text{ P.N.S. } \alpha \text{ .05, GI (159).}$$

Por otro lado, en la figura 1 se puede observar que el más bajo porcentaje de acuerdo está dado por el Médico General (E.V.M.G.); esta situación es de antemano esperada, ya que se ha encontrado que el Médico General no presta atención a los padecimientos emocionales que van asociados al motivo de la consulta. También hay que recordar, sin embargo, que en la clasificación del cuestionario, existe una tasa de clasificación errónea del 24.3%, que explicarían en parte la correlación obtenida.

Los análisis que se presentan a continuación, se hacen en base al acuerdo por pareja de valoración, (C.G.S. - E.P.E.; E.V.M.G. - E.P.E.; E.V.M.G. - C.G.S.), buscando con esto, obtener información más específica respecto a las clasificaciones.

4.5 Estimación de los acuerdos por pareja de valoración: ausencia y presencia de trastornos emocionales

En el análisis anterior, se presentaron los porcentajes de acuerdo global entre las tres valoraciones diagnósticas (C.G.S., E.V.M.G., y la E.P.E.). Se obtuvo además el coeficiente de correlación intraclass (ICC) y su prueba de significancia.

Los análisis que se presentan a continuación se realizaron por parejas de valoración. Esto fue a fin de obtener información más

específica con respecto a las clasificaciones de caso y no caso. La distribución por pareja de valoración se indica a continuación:

C.G.S. \longrightarrow E.P.E.

E.V.M.G. \longrightarrow E.P.E.

E.V.M.G. \longrightarrow C.G.S.

Se calcularon las tasas de clasificación errónea, y se hacen análisis de especificidad y sensibilidad (116).

Se valora el acuerdo en ausencia de síntomas (no casos) y el acuerdo en presencia de síntomas (casos).

Se aplicó el estadístico Kappa y se obtuvo su prueba de significancia $Z(2)$.

Estos análisis se hacen para cada una de las situaciones arriba mencionadas. Las fórmulas de los análisis están dadas en el capítulo anterior (3.8).

4.5.1 Acuerdos entre el C.G.S. y la E.P.E.; para ausencia y presencia de trastornos emocionales

En la tabla 8 se presentan los resultados del análisis entre el C.G.S. con respecto a la E.P.E.

Para el C.G.S., se consideró "caso" a los pacientes que obtuvieron puntajes altos (10-60), en el mismo, y "no caso" a los que obtuvieron puntajes bajos (0-9), esto fue en base al punto de corte óptimo 9/10 (ver estandarización del C.G.S.).

Por lo que respecta a la E.P.E., se consideró "caso" a los pacientes con una calificación 3, 4 y 5 en el mismo, y "no caso" a aquellos que tenían una calificación de 1 y 2, esto puede observarse en la distribución de la tabla antes mencionada.

La tasa de clasificación errónea para esta situación es del 24.3%, siendo la más baja de las tres situaciones estudiadas.

Se observa equilibrio entre especificidad 75.53% (proporción de no casos correctamente identificados) y sensibilidad 75.83% (proporción de casos correctamente identificados).

El acuerdo en ausencia de trastornos emocionales (no casos) entre estas dos valoraciones diagnósticas fue del 32.2% y el acuerdo en presencia de trastornos emocionales (casos) del 42.5%. Este porcentaje de acuerdo en presencia de trastornos emocionales (casos) es el más alto con respecto a las otras dos situaciones analizadas (tabla 11).

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la forma de puntuar de estas dos valoraciones se aplicó el estadístico Kappa. De esta forma, se obtuvo una $K = .50$ y su desviación $\sigma_k = .059$.

La prueba de significancia (Z) de esta estadística es una aproximación a la prueba estadística normal estándar y se obtiene dividiendo la Kappa por su desviación; por lo que $Z = 8.47$.

Esto nos indica, que existe una asociación estadísticamente significativa en el nivel $\alpha = .01$, para la clasificación de caso y no caso

entre estas dos valoraciones; esto es, existe una relación lineal o acuerdo significativo en la forma de puntuar de estas valoraciones (C.G.S. - E.P.E.).

4.5.2 Acuerdos entre el Médico General (E.V.M.G.) y la Entrevista Psiquiátrica (E.P.E.); para ausencia y presencia de trastornos emocionales

En la descripción de los instrumentos habíamos apuntado que la E.V.M.G. valorada por el Médico General, tenía cinco criterios diagnósticos, y que estos criterios diagnósticos eran similares a los usados en la Entrevista Psiquiátrica (E.P.E.). Por lo que en el análisis de esta situación tomamos para ambas valoraciones el mismo criterio: considerar "no caso" a los pacientes con una calificación 1 y 2; y "caso" a los que obtuvieron una calificación 3, 4 y 5. Esta distribución es presentada en la tabla 9.

La tasa de clasificación errónea entre estas dos valoraciones es del 53.27%; vemos como aumenta en relación al análisis anterior entre el C.G.S. - E.P.E. (24.3%).

En los análisis de especificidad y sensibilidad encontramos un 89.36% y 13.33% respectivamente, que como se puede apreciar no guardan el equilibrio deseado y esto puede ser esperado ya que la tasa de clasificación errónea es muy alta.

Por lo que respecta al acuerdo en ausencia de trastornos

emocionales (no casos) es de 39.3%. El acuerdo en presencia de trastornos emocionales entre estas valoraciones (E.V.M.G. - E.P.E.) es sólo del 7.50%; que como vemos (tabla 11) es muy bajo si lo comparamos con lo encontrado en la situación anterior (C.G.S. - E.P.E.) 42.5%.

Al aplicar el estadístico Kappa a esta situación, y con el objeto de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la forma de puntuar de las valoraciones analizadas (E.V.M.G. - E.P.E.). Encontramos que $K = .036$ y $su \sqrt{k} = .062$, esto confirma la elevada tasa de clasificación errónea, el desequilibrio entre especificidad y sensibilidad y el bajo acuerdo en presencia de trastornos emocionales encontrados en esta situación.

Al obtener la prueba de significancia para esta situación $Z = 0.58$ P.N.S.; nos indica que no hay una asociación estadísticamente significativa en la clasificación de "casos" y "no casos" entre estas dos valoraciones, o sea: no existe una relación lineal o acuerdo significativo en la forma de puntuar de estas dos valoraciones (E.V.M.G. - E.P.E.).

4.5.3 Acuerdos entre el Médico General (E.V.M.G.) y el Cuestionario (C.G.S.); para ausencia y presencia de trastornos emocionales

En esta última situación analizamos los acuerdos obtenidos entre el Médico General (E.V.M.G.) y el Cuestionario General de

Salud (C.G.S.).

Para la E.V.M.G., valorada por el Médico General se consideró al igual que en la situación anterior: "no caso" a los pacientes con una calificación de 1 y 2, y como "caso" a los que obtuvieron una calificación de 3, 4 y 5. En el cuestionario tomamos el punto de corte óptimo. Esto es, "no casos" a los pacientes con calificaciones bajas (0-9) y casos, a los que obtuvieron calificaciones altas en el mismo (10-60).

En la tabla 10 se muestra la distribución y los análisis de esta situación. Observamos cómo la tasa de clasificación errónea es alta 50.46%, y es semejante a la encontrada entre la E.V.M.G. - E.P.E. (53.27%). Pero de la misma forma, vemos que es mucho mayor a la encontrada en la primera situación (24.3%) entre el C.G.S. - E.P.E.

En especificidad y sensibilidad 90% y 14.03% respectivamente, se observó que también son semejantes a la encontrada en la situación anterior 89.36% y 13.33% respectivamente (tabla 9), pero ambas situaciones no guardan el equilibrio deseado. El equilibrio sólo se encuentra en la primera situación (tabla 8).

El acuerdo en ausencia de trastornos emocionales (no casos) es del 42.1% y el acuerdo en presencia de trastornos emocionales es del 7.5%; y éstos son semejantes a los encontrados en la situación anterior 39.3% y 7.5% respectivamente (tabla 9), pero ambas difieren del

porcentaje encontrado en la primera situación 33.2% y 42.5% respectivamente (tabla 8).

Es importante destacar que el acuerdo en presencia de trastornos emocionales es sólo del 7.5% y éste es igual al porcentaje encontrado en la segunda situación (E.V.M.G. - E.P.E.), y como ambas situaciones difieren en gran medida al acuerdo en presencia de trastornos emocionales con respecto a la primera situación 42.5% (C.G.S. - E.P.E.).

Para mayor claridad, los acuerdos en ausencia y presencia de síntomas para cada una de las situaciones se muestran en la tabla 11.

Por otro lado, con el fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la forma de puntuar de las valoraciones (E.V.M.G. - C.G.S.) se aplicó también el estadístico Kappa.

Encontrándose una $k = .037$ y una $\sqrt{k} = .064$, estos valores son semejantes a la situación anterior ($k = .036$ y $\sqrt{k} = .062$) y pueden observarse en la tabla 9.

La Kappa encontrada al igual que su desviación concuerdan con: la elevada tasa de clasificación errónea, desequilibrio entre especificidad y sensibilidad y el bajo acuerdo en presencia de trastornos emocionales encontrados en esta situación.

La prueba de significancia $Z = .57$ P.N.S.; indica que no hay asociación estadísticamente significativa en la clasificación de los "casos" y "no casos" entre las dos valoraciones, esto es: no existe

ENTRE LAS TRES VALORACIONES

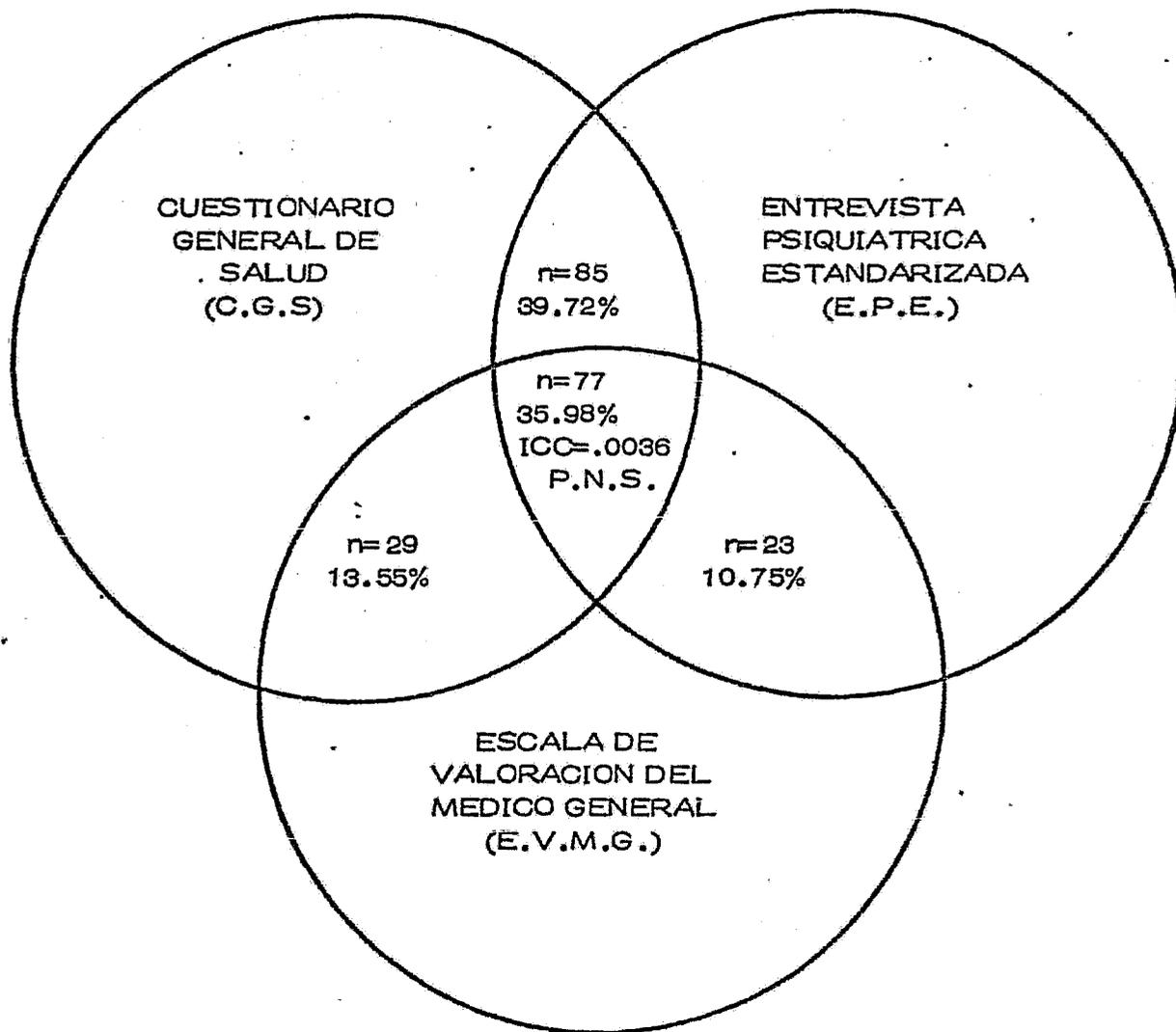


Tabla 8

DISTRIBUCION, ANALISIS Y RESULTADOS DE LOS ACUERDOS EN
 AUSENCIA Y PRESENCIA DE TRASTORNOS EMOCIONALES: C.G.S. → E.P.E.

		Entrevista Psiquiátrica E.P.E.		
		1, 2	3, 4, 5	
Cuestionario C.G.S.	0-9	No casos 71	Casos 29	100
	10-60	23	91	114
		94	120	N = 214

Tasa de clasificación errónea = 24.3 %

Especificidad = 75.53%

Sensibilidad = 75.83%

Acuerdo en ausencia de
síntomas (no casos) = 33.2 %

Acuerdo en presencia de
síntomas (casos) = 42.5 %

Kappa

$P_o = 0.75$

$P_c = 0.50$

$K = 0.50$

$\sigma_k = 0.059$

Prueba de significancia k

$Z = 8.47$ $P < .01$

DISTRIBUCION, ANALISIS Y RESULTADOS DE LOS
ACUERDOS EN AUSENCIA Y PRESENCIA DE
TRASTORNOS EMOCIONALES: MEDICO GENERAL

—————> ENTREVISTA PSIQUIATRICA

		Entrevista Psiquiátrica E.P.E.		
		1, 2	3, 4, 5	
1, 2 Médico General (E.V.M.G.) 3, 4, 5	No casos	84	104	188
	Casos	10	16	26
		94	120	N=214

Tasa de clasificación errónea = 53.27%

Especificidad = 89.36%

Sensibilidad = 13.33%

Acuerdo en ausencia de
síntomas (no casos) = 39.3 %

Acuerdo en presencia de
síntomas (casos) = 7.50%

Kappa

$P_o = 0.47$

$P_c = 0.45$

$K = .036$

$\overline{K} = .062$

Prueba de significancia K

$Z = 0.58$ P.N.S. $\alpha .05$

DISTRIBUCION, ANALISIS Y RESULTADOS DE LOS
ACUERDOS EN AUSENCIA Y PRESENCIA DE
TRASTORNOS EMOCIONALES: MEDICO GENERAL
—————→ CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

		Cuestionario C.G.S.		
		0-9	10 - 60	
1, 2 Médico General E.V.M.G. 3, 4, 5	No casos	90	98	188
	Casos	10	16	26
		100	114	N=214

Tasa de clasificación errónea = 50.46%

Especificidad = 90 %

Sensibilidad = 14.03%

Acuerdo en ausencia de síntomas (no casos) = 42.1 %

Acuerdo en presencia de síntomas (casos) = 7.5 %

Kappa

$P_o = 0.49$

$P_c = 0.47$

$K = .037$

$\sigma_k = .064$

Prueba de significancia K

$Z = 0.57$ P.N.S. $\alpha .05$

Tabla 11

PORCENTAJE DE ACUERDO EN PRESENCIA (CASOS) Y AUSENCIA
(NO CASOS) DE TRASTORNOS EMOCIONALES;
COMPARACION DE LAS TRES SITUACIONES

Instrumentos	C.G.S./E.P.E.	E.V.M.G./E.P.E.	E.V.M.G./C.G.S.
	%	%	%
Acuerdo en presencia de síntomas "casos"	42.5	7.5	7.5
Acuerdo en ausencia de síntomas "no casos"	33.2	39.3	42.1

una relación lineal o acuerdo significativo en la forma de puntuar de estas dos valoraciones (E.V.M.G. - C.G.S.).

4.6 Diagnósticos Psiquiátricos (E.P.E.)

Los diagnósticos psiquiátricos se obtuvieron a partir de la Entrevista Psiquiátrica (E.P.E.); siendo esta valorada por clínicos que previamente habían sido entrenados en el manejo de dicho instrumento.

Las asignaciones de los diagnósticos fue en base a la novena revisión del Glosario de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1978, 126, Anexo 9).

En la tabla 12 se muestran las categorías diagnósticas con sus códigos; el número de pacientes asignados y el porcentaje que corresponde a cada categoría.

Como puede observarse están clasificados el total de pacientes que conforman el estudio N=214.

La asignación del código 018 a los pacientes "sanos" fue de manera arbitraria y con el solo fin de diferenciarlos de los pacientes que presentan trastorno emocional, es por eso que esta categoría diagnóstica no aparece en el Glosario de las Enfermedades Mentales (anexo 9).

De esta forma se encontró que el 43.93% (n=94) del total de pacientes (N=214) no presentan síntomas o trastornos emocionales (no casos); y que el resto de los pacientes 56.07% (n=120), están clasifica-

dos en las diversas categorías diagnósticas de trastornos emocionales (tabla 12 y 13).

Al hacer los análisis para los pacientes que presentan trastornos emocionales y por orden de mayor a menor frecuencia, se encontró; que el porcentaje más elevado corresponde a los síntomas clasificados en la categoría de reacciones de adaptación 29.44% (n=63), dentro de esta categoría se observa la siguiente distribución: reacción depresiva breve 12.15%; reacción de adaptación 6.54%; reacción depresiva prolongada 6.07%; con predominio de alteración de otras emociones 4.21% y con alteración simultánea de las emociones y de la conducta .47%.

Para la categoría trastornos neuróticos de la personalidad correspondió el 13.55% (n=29), que incluye a los estados de ansiedad 6.54%; depresión neurótica 5.14%; histeria .93%; y para neurastenia y otros trastornos neuróticos el .47% respectivamente.

En la categoría de las psicosis afectivas (psicosis maníaco-depresiva, tipo depresiva), se encontró el 3.74% (n=8).

Para la categoría trastornos de la personalidad 2.80% (n=6), y se distribuye de la siguiente forma: trastorno afectivo de la personalidad 1.40%; trastorno anancásico de la personalidad .93%, y para el trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales .47%.

En el síndrome de dependencia del alcohol y en la reacción

aguda ante gran tensión (con predominio de las alteraciones emocionales), se encontró el mismo porcentaje 1.87% (n=4).

Para abuso de alcohol sin dependencia (alcohol) y los síntomas o síndromes no clasificados en otra parte (trastornos característicos del sueño), correspondiendo a cada categoría el .93% (n=2) respectivamente.

El más bajo porcentaje .47% (n=1) correspondió a las siguientes dos categorías: dependencia de las drogas (sin especificación) y perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia (con sentimientos de infelicidad y tristeza).

En la tabla 13, se muestran los porcentajes, de los síntomas agrupados en su respectiva categoría diagnóstica de trastorno emocional. Se puede observar que el número total de pacientes diagnosticados con trastornos emocionales es de 120 (56.07%).

Por otro lado, en esta tabla se agrupan las siguientes categorías diagnósticas: síndrome de dependencia del alcohol; dependencia de las drogas (sin especificación); y abuso de alcohol sin dependencia, en una sola categoría que denominamos alcoholismo y drogas.

4.7 Diagnósticos psiquiátricos (E.P.E.) y estimación del porcentaje de detección por el médico general (E.V.M.G.)

En el análisis anterior, se presentaron las diferentes categorías diagnósticas valoradas por la Entrevista Psiquiátrica y el por-

centaje detectado en cada categoría.

A continuación se toman estas categorías diagnósticas y se comparan con las estimaciones del médico general.

Hay que destacar sin embargo, que el médico general no asigna los diagnósticos psiquiátricos ya que éstos fueron asignados por el clínico especialista; aún así, es posible determinar en base a los criterios diagnósticos (3, 4, 5) de cada valoración, cuál es la patología psiquiátrica que detecta el médico general, cuál es la que se le dificulta detectar o aquélla que no detecta.

Para esto se presentan las diversas categorías diagnósticas (tabla 14), el número de pacientes asignados y el porcentaje de éstos, de acuerdo a la valoración psiquiátrica (columna A).

La columna B, nos indica el porcentaje de detección del médico general para cada categoría diagnóstica.

Así, podemos apreciar que el total de pacientes diagnosticados en las diversas categorías de trastornos emocionales por la valoración psiquiátrica es de 120 pacientes a los que les corresponde el 56.07% (columna A) y que el porcentaje total de detección por el médico general es de 7.49% (columna B).

Como podemos advertir el porcentaje de detección por el médico general es muy bajo, en relación a lo detectado en la valoración psiquiátrica.

En depresión neurótica, la valoración psiquiátrica detecta

un 5.14% y el médico general el 1.87% (columnas A y B de la tabla 14); por lo que queda fuera de su alcance el 3.27% de los pacientes clasificados en esta categoría (5.14 - 1.87).

En los estados de ansiedad la valoración psiquiátrica detecta el 6.54% y el médico general el 1.40%, quedando fuera de su alcance el 5.14%.

En psicosis maníaco depresiva, tipo depresiva, está clasificado el 3.74% por la valoración psiquiátrica y el .94% por el médico general, observándose que queda fuera de su alcance el 2.8%.

Para las siguientes categorías el médico general sólo detecta el .47%: histeria; otros trastornos neuróticos; dependencia de las drogas, sin especificación; abuso de alcohol sin dependencia; reacción de adaptación y reacción depresiva prolongada.

En los síntomas de reacción depresiva breve la valoración psiquiátrica tiene el mayor porcentaje 12.15%, y el médico general detecta sólo el .47%; por lo que entonces queda fuera de su alcance el 11.68% de los pacientes asignados a esta categoría diagnóstica.

Se observa también, que aunque hay más síntomas psiquiátricos asignados a estos pacientes por la valoración psiquiátrica, estos síntomas no son detectados por el médico general, y que si bien los porcentajes son relativamente bajos, éstos quedan totalmente fuera de su alcance. Los síntomas que no son detectados, están indicados en la columna B de la tabla por una pequeña línea horizontal.

En la tabla 15 están agrupados los síntomas psiquiátricos en su categoría diagnóstica correspondiente, así tenemos que: en la categoría reacciones de adaptación queda fuera del alcance del médico general el mayor porcentaje de pacientes clasificados en esta categoría (29.44 - 1.41) 28.03%.

En los trastornos neuróticos el médico general tiene el mayor porcentaje de detección 4.21%, pero aún así, queda el 9.34% fuera de su alcance.

Para psicosis maniaco depresiva, tipo depresiva queda el 2.8% fuera del alcance del Médico General y en alcoholismo y drogas el 2.33%.

Las siguientes categorías diagnósticas quedan totalmente fuera de su alcance: trastornos de la personalidad; los síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte; reacción aguda ante gran tensión y las perturbaciones de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia.

En general se observa que el médico general tiene dificultad para detectar trastornos emocionales, ya que estos resultados nos indican que quedan fuera de su alcance el 48.58%, de los pacientes clasificados en las diversas categorías diagnósticas de trastornos emocionales.

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS (E.P.E.)

CONSULTA MEDICA GENERAL. CENTRO DE SALUD

CODIGO	DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO (OMS)*	N	%
018	<u>Sanos</u>	94	43.93
296	<u>Psicosis afectivas</u>		
296.1	Psicosis maníacodepresiva, tipo depresivo	8	3.74
	<u>Trastornos neuróticos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos</u>		
300	<u>Trastornos neuróticos</u>		
300.0	Estado de ansiedad	14	6.54
300.1	Histeria	2	.93
300.4	Depresión neurótica	11	5.14
300.5	Neurastenia	1	.47
300.8	Otros trastornos neuróticos	1	.47
		29	13.55
301	<u>Trastornos de la personalidad</u>		
301.1	Trastorno afectivo de la personalidad	3	1.40
301.4	Trastorno anancásico de la personalidad	2	.93
301.7	Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales	1	.47
		6	2.80
303	<u>Síndrome de dependencia del alcohol</u>	4	1.87
304	<u>Dependencia de las drogas</u>		
304.9	Sin especificación	1	.47
305	<u>Abuso de alcohol sin dependencia</u>		
305.0	Alcohol	2	.93
307	<u>Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte</u>		
307.4	Trastornos característicos del sueño	2	.93
308	<u>Reacción aguda ante gran tensión</u>	1	.47
308.0	con predominio de las alteraciones emocionales	3	1.40
		4	1.87
309	<u>Reacción de adaptación</u>	14	6.54
309.0	Reacción depresiva breve	26	12.15
309.1	Reacción depresiva prolongada	13	6.07
309.2	Con predominio de alteración de otras emociones	9	4.21
309.4	Con alteraciones simultánea de las emociones y de la conducta	1	.47
		63	29.44
313	<u>Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia.</u>		
313.1	Con sentimiento de infelicidad y tristeza	1	.47
	* Anexo 9		
	Total	214	100

Tabla 13

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS PSIQUIATRICAS (E.P.E.)

CONSULTA MEDICA GENERAL. CENTRO DE SALUD

Diagnóstico Psiquiátrico (OMS)	N	%
Psicosis afectiva	8	3.74
Trastornos neuróticos	29	13.55
Trastornos de la personalidad	6	2.80
Alcoholismo y drogas	7	3.27
Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	2	.93
Reacción aguda ante gran tensión	4	1.87
Reacciones de adaptación	63	29.44
Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia	1	.47
Total	120	56.07

VALORACION PSIQUIATRICA. LA COLUMNA B, EL PORCENTAJE DE DETECCION POR EL
 MEDICO GENERAL (E.V.M.G.), EN LOS DIVERSOS SINTOMAS PSIQUIATRICOS

CODIGO	DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO (OMS)*	N	A	B	
			%	%	
296.1	Psicosis maníaco depresiva, tipo depresivo	8	3.74	.94	
300.0	Estados de ansiedad	14	6.54	1.40	
300.1	Histeria	2	.93	.465	
300.4	Depresión neurótica	11	5.14	1.87	
300.5	Neurastenia	1	.47	-	
300.8	Otros trastornos neuróticos	1	.47	.47	
301.1.	Trastorno afectivo de la personalidad	3	1.40	-	
301.4	Trastorno anancásico de la personalidad	2	.93	-	
301.7	Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales	1	.47	-	
303	Síndrome de dependencia del alcohol	4	1.87	-	
304.9	Dependencia de las drogas sin especificación	1	.47	.47	
305.0	Abuso de alcohol sin dependencia	2	.93	.465	
307.4	Trastornos característicos del sueño	2	.93	-	
308	Reacción aguda ante gran tensión	1	.47	-	
308.0	Con predominio de las alteraciones emocionales	3	1.40	-	
309	Reacciones de adaptación	14	6.54	.47	
309.0	Reacción depresiva breve	26	12.15	.47	
309.1	Reacción depresiva prolongada	13	6.07	.47	
309.2	Con predominio de alteración de otras emociones	9	4.21	-	
309.4	Con alteración simultánea de las emociones y de la conducta	1	.47	-	
313.1	Con sentimientos de infelicidad y tristeza	1	.47	-	
* Anexo 9		Total	120	56.07	7.49

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS PSIQUIATRICAS. LA COLUMNA A INDICA EL PORCENTAJE OBTENIDO EN LA VALORACION PSIQUIATRICA (E.P.E.). LA COLUMNA B EL PORCENTAJE DE DETECCION POR EL MEDICO GENERAL (E.V.M.G), EN CADA CATEGORIA DIAGNOSTICA

Diagnóstico Psiquiátrico	N	A %	B %
Psicosis afectiva	8	3.74	.94
Trastornos neuróticos	29	13.55	4.205
Trastornos de la personalidad	6	2.60	-
Alcoholismo y drogas	7	3.27	.935
Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	2	.93	-
Reacción aguda ante gran tensión	4	1.87	-
Reacciones de adaptación	63	29.44	1.41
Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y de la adolescencia	1	.47	-
Total	120	56.07	7.49

4.8 Severidad diagnóstica: estimación del acuerdo entre el médico general (E.V.M.G.) y la Entrevista Psiquiátrica (E.P.E.)

Con el fin de cubrir el último objetivo de la investigación, se procedió a obtener el porcentaje de acuerdo para cada una de las calificaciones diagnósticas en las dos valoraciones.

Estas dos valoraciones tienen cinco criterios diagnósticos (anexos 3 y 8). Los criterios diagnósticos de la E.V.M.G. (valorada por el médico general) fueron tomados de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E., 39), y se presentan por orden de severidad; esto es, desde la ausencia de componentes psicológicos, hasta determinar si el paciente requiere internamiento psiquiátrico forzoso:

1. Indica ausencia de síntomas psiquiátricos.
2. Indica rasgo habitual o un síntoma limítrofe; el paciente se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas, pero éstas no ameritan tratamiento psicológico.
3. Indica grado leve de un síntoma patológico; las quejas presentadas por el paciente hacen que ésta requiera ayuda psicológica en consulta externa.
4. Indica un grado moderado de un síntoma patológico; el paciente necesita ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiaría, aunque no sería indispensable.
5. Indica un grado severo de un síntoma definitivamente

patológico; el paciente requiere internamiento psiquiátrico forzosamente.

En la tabla 16 se presentan los cinco criterios diagnósticos (calificación global de severidad). La columna A indica el número y porcentaje de pacientes obtenido en la valoración psiquiátrica (E.P.E.). La columna B, nos indica los porcentajes asignados a cada calificación, obtenida en forma independiente por el médico general (E.V.M.G.).

Así tenemos que mientras la valoración psiquiátrica asigna al 13.08% de los pacientes en la calificación 1, el Médico General asigna al 59.34%; lo que nos indica que para esta calificación el médico general sobreestimó al 51.87%, de los pacientes (en contra de lo estimado por la valoración psiquiátrica). Esto es, restando el porcentaje de acuerdo entre las dos valoraciones 7.47%, (tabla 17) para esta calificación.

En la calificación global de severidad 2, la valoración psiquiátrica asigna al 30.84% y el médico general al 28.51% (tabla 16); sólo se observa un acuerdo del 9.35% (tabla 17) entre estas dos valoraciones en esta calificación.

Para la calificación global de severidad 3, observamos que la valoración psiquiátrica tiene asignados al 50% (n=107) de los pacientes, contra sólo el 11.68% del médico general (tabla 16), obteniéndose un acuerdo del 5.61% (tabla 17).

En la calificación 4, tenemos que la valoración psiquiátri-

ca asigna al 5.14% y el Médico General al .47%; pero al obtener el acuerdo en esta calificación (tabla 17), se observa que no existe tal acuerdo, ya que el Médico General tiene a este paciente en la calificación 4, pero de acuerdo con la valoración psiquiátrica le corresponde una calificación de 3.

Para aquellos pacientes asignados a la calificación 5 (requieren internamiento psiquiátrico forzoso), el médico general no diagnosticó a ningún paciente. Sin embargo, la valoración psiquiátrica asigna a dos pacientes (.94%) en esta calificación (tabla 16). Esto puede observarse también en la tabla 17.

Por razones de presentación en la tabla 17, se unen las calificaciones 4 y 5; ya que el médico general no presenta acuerdo en la calificación 4 y en la calificación 5 no tiene asignado a un solo paciente. Lo mismo se hizo con las calificaciones 4 y 5 de la valoración psiquiátrica para mantener la estructura, pero aquí hay una variante ya que esta valoración tenía clasificados a dos pacientes en la calificación 5 y el médico general los tenía clasificados en la calificación 1, entonces se sumaron a la calificación 4 de la valoración psiquiátrica, pero conservaron la misma calificación asignada por el Médico General (o sea 1).

De esta forma tenemos que las celdas diagonales, nos indican el porcentaje de acuerdo obtenido en las calificaciones del global de severidad: calificación 1 acuerdo de 7.47%; calificación 2, 9.35%;

calificación 3, 5.61%, y acuerdo total observado 22.43%.

Con el fin de determinar si el porcentaje de acuerdo con respecto a la severidad diagnóstica entre estas dos valoraciones es estadísticamente significativo se aplicó una Kappa modificada (17).

De esta forma se obtuvo una $k = -0.012$ y su desviación $\sigma_k = 0.049$. La prueba de significancia está representada por el cociente $Z = -0.24$ P.N.S.

Este resultado nos indica que no hay acuerdo estadísticamente significativo en la forma de asignar los cinco criterios diagnósticos entre el médico general y la valoración psiquiátrica. El signo negativo nos indica que mientras la valoración psiquiátrica clasifica a la mayoría de los pacientes como "casos", el médico general tiende a clasificarlos como "no casos"; visto de otra forma, el médico general clasifica a la mayoría de los pacientes en las calificaciones diagnósticas 1 y 2 (no casos), mientras que la valoración psiquiátrica los clasifica en las calificaciones 3, 4 y 5 (casos) pero de una forma u otra no hay acuerdo estadísticamente significativo en esta tendencia.

Este resultado viene a confirmar lo que nos indican los análisis anteriores del estudio. Esto es, el médico general tiene una gran dificultad para determinar si el paciente presenta trastornos emocionales y el grado en que están presentes.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA
 CALIFICACION GLOBAL DE SEVERIDAD
 COMPARACION ENTRE LA VALORACION PSIQUIATRICA
 (COLUMNA A) Y LA VALORACION DEL MEDICO GENERAL
 (COLUMNA B)

Calificación Global de severidad	A		B
	Valoración Psiquiátrica (E.P.E.)		Valoración Médico General E.V.M.G.
	N	%	%
1	28	13.08	59.34
2	66	30.84	28.51
3	107	50	11.68
4	11	5.14	.47
5	2	.94	-
Total	214	100%	100%

PORCENTAJE DE ACUERDO Y DESACUERDO PARA CADA CALIFICACION GLOBAL DE SEVERIDAD, ENTRE LA VALORACION PSIQUIATRICA (CELDAS HORIZONTALES) Y LA VALORACION DEL MEDICO GENERAL (CELDAS VERTICALES). LOS ACUERDOS ESTAN INDICADOS EN LAS CELDAS DIAGONALES

VALORACION MEDICO GENERAL
(E.V.M.G.)

Calificación	1	2	3	4-5	Total
1	n=16 7.47%	n=8 3.74%	n=4 1.87%	n= - -	n=28 13.08%
2	n=40 18.69%	n=20 9.35%	n=6 2.80%	n= - -	n=66 30.84%
3	n=63 29.44%	n=31 14.48%	n=12 5.61%	n=1 .47%	n=107 50 %
4-5	n=8 3.74%	n=2 .94%	n=3 1.40%	n= - -	n=13 6.08%
Total	n=127 59.34%	n=61 28.51%	n=25 11.68%	n=1 .47	n=214 100

* Celdas diagonales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5.0	Discusión	113
5.1	Conclusiones	124

5.0 Discusión

En este capítulo se describen los hallazgos más sobresalientes de la investigación realizada, cuyo objetivo general fue el de determinar si el Médico General detecta los trastornos emocionales en los pacientes que asisten a consulta externa de la Práctica Médica General, en un Centro de Salud. Destacando al mismo tiempo, la importancia que representa para los servicios de salud mental que sean detectados en la consulta externa por el médico tratante y que se les preste la atención psiquiátrica necesaria.

Iniciaremos la discusión con los resultados más importantes, para concluir con las implicaciones del presente trabajo.

Los pacientes que conforman el estudio son en su mayoría femeninos (86%), en relación con los masculinos (14%); por lo cual se toman ambos sexos en los análisis y en la descripción de los mismos.

Las principales características de estos pacientes son las siguientes: el 69.47% son casados; el 61.68% tiene una escolaridad de nivel primaria, con un promedio de 4.9 años cursados y una edad media de 31 años.

La ponderación de los pacientes en estudio se hizo con el fin de mantener la estructura muestral y de darle a cada paciente la probabilidad de muestreo que le correspondía. Partiendo de esto, procedimos a valorar la representatividad de los mismos con respecto a la submuestra (78), de la cual forma parte este estudio.

De esta forma se encontró que la relación de los pacientes en estudio con respecto a la submuestra oscila entre .94 y 1.04, por lo que se considera que existe una adecuada representatividad.

El modelo de investigación empleado fue sugerido por Blum y cols. (6), quienes proponen, una investigación en dos etapas. En la primera se abarca un amplio número de individuos y mediante un cuestionario de detección se identifican casos potenciales. En la segunda etapa un grupo de especialistas (psicólogos o psiquiatras), examina una muestra aleatoria con el fin de confirmar el diagnóstico.

Este modelo representa la ventaja de reducir los costos de la investigación. En la primera etapa se usó el Cuestionario General de Salud y en la segunda se aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

Algunos autores, han venido utilizando este modelo principalmente en Inglaterra. Wing (124) y Goldberg (37); aunque también ha sido utilizada con buen éxito en Estados Unidos (38), Australia (119) y España (75).

Estos investigadores utilizan instrumentos encaminados a la detección de casos potenciales, corroborando el diagnóstico a través de una entrevista estructurada o semi estructurada.

En México se ha adaptado y probado este tipo de modelo (11,78), dadas sus características, ventajas y facilidad de uso.

Por lo que respecta a los instrumentos que se emplearon, tenemos que el Cuestionario General de Salud (C.G.S.) ha sido proba-

do en la detección de casos potenciales en diferentes poblaciones mexicanas (11, 69, 78).

El segundo instrumento es la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.), utilizada como criterio de validez externo y que también ha sido probado en México (12). Este instrumento fue empleado para confirmar los diagnósticos proporcionados tanto por el Cuestionario como por el Médico General (E.V.M.G.). Para el manejo de la E.P.E., se dio un curso de entrenamiento previo a los clínicos que se encargaron de aplicarla; lográndose un alto grado de confiabilidad en los diagnósticos y una buena unificación del criterio entre dichos clínicos.

El tercer instrumento denominado Escala de Valoración del Médico General -E.V.M.G.- (38), donde los criterios diagnósticos de la escala fueron tomados de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada y está dirigida al médico que da la consulta. La Valoración del Médico General es comparada con la E.P.E. y con los criterios de "caso" y "no caso" del C.G.S. una vez estandarizado.

La estandarización del cuestionario (C.G.S.), a la muestra de estudio, se hizo buscando el mejor equilibrio entre especificidad (proporción de personas "normales" correctamente identificadas) y sensibilidad (proporción de casos correctamente identificados por una prueba), lo que permitió obtener el punto de corte óptimo 9/10; clasificando de esta manera a los pacientes con puntajes altos y bajos en el cuestionario. Este punto de corte indica que con una calificación de hasta nueve síntomas, podía ser considerado el paciente como "no caso" y que a

partir de los diez síntomas reportados podían ser considerados como "casos", con un grado de error conocido.

A pesar que la tasa de clasificación errónea es del 24.3%, se puede decir que es aceptable para un instrumento con estas características.

Una vez estandarizado el C.G.S., nos fue posible contar además de la E.P.E. con otro criterio para confirmar las clasificaciones del Médico (E.V.M.G.), hacia los pacientes que requieren (casos) y que no requieren atención especializada (no casos).

Al estimar el acuerdo global entre las tres valoraciones, se encontró que este era del 35.98%, observándose un bajo porcentaje de acuerdo para el médico, tanto con la valoración psiquiátrica como con el Cuestionario, 10.75% y 13.55% respectivamente. Mayor porcentaje de acuerdo se observa entre el C.G.S. y la E.P.E. (32.72%).

Partiendo de este análisis y como no reflejaba totalmente la situación estudiada, se hicieron otros análisis pero esta vez por pareja de valoración. De esta manera, se obtuvo información mucho más específica respecto a las clasificaciones proporcionadas por las valoraciones.

La tendencia general observada en los acuerdos globales queda confirmada en las clasificaciones de los "casos y los "no casos"; al obtener un acuerdo significativo entre la Valoración Psiquiátrica y el Cuestionario. Esto nos permite pensar que el Cuestionario puede

ser de utilidad en la consulta externa, puesto que una vez estandarizado a la población de estudio y por su fácil manejo y modo de calificar, sería un valioso auxiliar del médico en la clasificación de los "casos" y los "no casos".

Al comparar por separado al médico con la Valoración Psiquiátrica y el Cuestionario, se observó en ambas situaciones un pobre acuerdo en las clasificaciones de los pacientes "casos" y los "no casos". En las dos situaciones para el acuerdo en presencia de trastornos emocionales (casos) se encontró el mismo porcentaje (7.5%); resultado que era de esperarse ya que el cuestionario está calibrado a la E.P.E.

En base a lo anterior, podemos inferir que el médico tiene un alto grado de dificultad para determinar si sus pacientes presentan alteraciones emocionales y si éstas son de suficiente intensidad como para ameritar tratamiento especializado.

La frecuencia de morbilidad psiquiátrica para los pacientes que solicitaron atención en la práctica médica general del centro de salud fue de 55.63%. Dato que concuerda con lo reportado por otros autores en estudios similares de prevalencia realizados en la práctica médica de los hospitales generales: Goldberg (37), Culpán y Davies (20), Kaufman y Bernstein (50). Lipowsky (64) encuentra que la frecuencia de morbilidad oscila entre el 50-80% en la práctica médica de los hospitales Americanos. En México Campillo y cols. (11), Padilla P. y cols. (78).

Este hecho nos lleva a pensar, que un porcentaje significativo de pacientes consultan al médico general por sintomatología de naturaleza psiquiátrica, por un lado (34, 82, 101, 110, 111); y por otro, a considerar los síntomas somáticos o físicos y la relación que guardan con las alteraciones emocionales (8, 27, 64, 89). Ya que la mayor parte de los trastornos emocionales que se presentan en estas poblaciones no son detectados ni identificados.

Así tenemos, que a pesar de que la frecuencia de morbilidad psiquiátrica es elevada (56.07%), sólo fue detectado el 7.5%, quedando fuera del alcance del médico el 48.58% del total de pacientes detectados por el clínico especialista con trastorno emocional ("casos").

Goldberg y Blackwell (38), reportaron que el 47% de los pacientes estudiados por ellos padecían alteraciones psiquiátricas y que sin embargo, la tercera parte de los casos no fueron detectados por el médico.

En el Reino Unido (33, 103) y los Estados Unidos (9, 60, 80, 106), los pacientes que son referidos a los especialistas (psicólogos o psiquiatras) por los médicos generales son en promedio del 1.02% y 9% respectivamente. Lo que concuerda con estudios (21, 57, 88) que indican, la gran diferencia entre el número de pacientes referidos y el de pacientes que probablemente podrían beneficiarse con una consulta psiquiátrica; esto viene a confirmar, que el médico general refiere solamente a una pequeña proporción de pacientes detectados con alteracio-

nes emocionales.

Hasta aquí, hemos destacado cómo la frecuencia de morbilidad psiquiátrica en la consulta externa del centro de salud resultó ser elevada y cómo a su vez, ésta no es detectada en su mayoría por el médico general.

Por lo que a continuación en base a la valoración psiquiátrica (E.P.E.) veremos los síntomas psiquiátricos que se presentaron en estos pacientes, donde podemos apreciar cómo al médico (E.V.M.G.) se le dificultó detectar los componentes psicológicos que se presentaron asociados al motivo de la consulta.

Así encontramos que el psiquiatra clasificó al 56.07% de los pacientes en las diversas categorías diagnósticas (O.M.S, 126) de trastornos emocionales ("casos"); el médico sólo concuerda en que el 7.5% de dichos pacientes (casos), presentan componentes psicológicos.

De mayor a menor frecuencia, tenemos que el 29.44% de estos pacientes sufren de reacciones de adaptación, dentro de esta categoría están incluidos los síntomas reacción de adaptación; reacción depresiva breve y prolongada; con predominio de alteración de otras emociones; con alteración simultánea de las emociones y de la conducta. El médico de acuerdo a su criterio detecta en el 1.41% de estos pacientes componentes psicológicos, quedando fuera de su alcance el 28.03% de los pacientes clasificados en esta categoría.

Podemos destacar que la elevada frecuencia de padecimien-

tos psiquiátricos (proporción de casos) del estudio, se puede explicar en función del elevado porcentaje de las reacciones de adaptación, asociadas a condiciones socioeconómicas difíciles.

El 13.55% de los pacientes padecen trastornos neuróticos, están incluidos dentro de esta categoría los estados de ansiedad; histeria; depresión neurótica; neurastenia y otros trastornos neuróticos. El médico de acuerdo con el porcentaje anterior concuerda en que el 4.21% presentan alteraciones psicológicas. El porcentaje que detectó el médico es el más alto detectado en relación con las otras categorías.

Tanto en la categoría de psicosis afectiva (maníaco-depresiva, tipo depresiva), como en la de alcoholismo y drogas encontramos que detecta síntomas psicológicos en el .94% del 3.74% y el 3.27% de la valoración psiquiátrica.

En las categorías diagnósticas que enunciamos a continuación se encuentran los más bajos porcentajes detectados por el especialista, pero también encontramos que el médico no detectó síntomas psicológicos: trastornos de la personalidad; síntomas o síndromes no clasificados en otra parte; reacciones agudas ante gran tensión y las perturbaciones de las emociones peculiares de la adolescencia.

De acuerdo a la clasificación diagnóstica los síntomas depresivos tienen una frecuencia total del 27% (incluyendo las psicóticas, las neuróticas y de las reacciones de adaptación), que fueron diagnosticadas por el especialista. De este porcentaje encontramos que el médico

concuenda en que el 3.75% de los pacientes presentan componentes psicológicos. Esto es, la mitad de lo que él detecta (7.5%) en la consulta externa.

La importancia de este dato es que algunos estudios (33, 54, 60, 81, 103), reportan que el grupo de las depresiones es probablemente la clase común de síndrome psiquiátrico que detectan y refieren los médicos a consulta especializada.

Por lo que respecta a las terminologías diagnósticas. Goldberg (37) al observar la diversidad de definiciones y descripciones que se dan a los fenómenos de tipo mental y a la dificultad diagnóstica que existe entre psicólogos, psiquiatras y clínicos de otras especialidades en la descripción del término "neurótico", sugirió dos categorías para el estudio de dichos fenómenos, quedando éstos en: trastornos menores o no psicóticos y trastornos mayores o psicóticos.

Al adoptar la clasificación de Goldberg, encontramos un elevado porcentaje (52.33%) de trastornos "no psicóticos", en contraste con los trastornos "psicóticos" (3.74%). Este resultado es comparable a lo reportado por otros investigadores (51, 68, 79, 101, 102, 123).

A través de estos estudios también se ha podido determinar que los trastornos no psicóticos y los pacientes con trastornos psicósomáticos son vistos con más frecuencia por el médico general que por el psicólogo o psiquiatra (102). Esto puede deberse a que por lo gene-

ral son individuos que permanecen socialmente capacitados y el manejo de sus alteraciones queda fuera del campo de acción del especialista, siendo atendidos con más frecuencia por el médico general; a pesar de que como hemos visto su detección no es automática.

Los trastornos "psicóticos" incluyen a las psicosis orgánicas y funcionales: retardo mental severo y esquizofrenias entre otros síntomas; en donde los pacientes con este tipo de síntomas muestran gran anormalidad y alteración social, ya que su patología es clara en el sentido de una alteración de tipo psiquiátrica.

Este grupo de pacientes no representan una gran dificultad para la investigación psiquiátrica dentro de la práctica médica general, puesto que en su mayoría son canalizados y atendidos por instituciones o especialistas.

Por lo que entonces, los trastornos "no psicóticos" tienen una proporción mayor de morbilidad en la consulta externa general que en la práctica hospitalaria psiquiátrica. A su vez, estos hechos nos permiten pensar que los estudios realizados en la práctica médica general, cubren una gama de trastornos muy distinta a los realizados sobre casos en consulta especializada (la mayor parte de las veces estados crónicos y/o agudos severos).

Sin embargo, se ha encontrado que inicialmente muchas enfermedades psiquiátricas son mal diagnosticadas debido a su presentación somática. Entonces podemos decir que existe una gran tendencia

que los trastornos emocionales medianos o severos tengan repercusiones a nivel orgánico que se manifiestan como síntomas físicos o bien que los trastornos físicos tengan repercusión en el funcionamiento emocional del paciente (8, 27, 64, 79, 89). Por lo tanto, la interacción entre los eventos físicos y psicológicos pueden influenciar y confundir el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

De la misma forma, otros estudios reportan que el paciente psiquiátrico padece más enfermedad física que el resto de la población (25); pudiéndose argumentar que el grado de morbilidad física del paciente neurótico es equivalente al del paciente no psiquiátrico, pero el primero tiende a quejarse y a consultar más frecuentemente. Así, pacientes con trastornos psiquiátricos no sólo consultarían más frecuentemente que el promedio manteniendo altos niveles de demanda para tratamiento, sino que también reportarían más síntomas físicos y serían referidos a los departamentos médicos y quirúrgicos. Esta posición es apoyada por los resultados de un estudio (67); estos autores encontraron que los "casos" psiquiátricos aventajan a los "no casos" en el número de consultas, en los días de hospitalización, en los exámenes de laboratorio de rutina, en los rayos X, y en la cantidad de fármacos prescritos.

A continuación se presentan algunos aspectos que consideramos influyen de una u otra manera en el médico general y le dificultan detectar por un lado, y por otro tomar un papel activo en el diagnóstico y tratamiento de problemas de tipo psiquiátrico que se le presentan en

la consulta externa.

La mayoría de los pacientes que acuden a solicitar consulta médica general llega con una queja específica sobre uno o varios síntomas somáticos o físicos, lo cual desvía la atención del médico en la repercusión que esto representa para el estado emocional del paciente; o por el contrario, las quejas sobre trastornos emocionales son encauzadas y tratadas como padecimientos de tipo somático, así encontramos que no toma en cuenta generalmente los aspectos psicológicos y sociales que van asociados al motivo de la consulta.

La cantidad de consultas que atiende y el tiempo que le dedica a cada paciente (promedio de 10 a 15 minutos), es otro factor que puede impedir prestar atención a las probables alteraciones psicológicas del paciente. De la misma forma encontramos que el tiempo que consume la mayoría de los problemas psiquiátricos hace difícil que el médico pueda tomar un papel activo en el tratamiento.

El último aspecto se refiere a la preparación profesional del médico y su actitud o interés hacia los problemas de tipo psiquiátrico.

5.1 Conclusiones

Los resultados obtenidos en el estudio nos indican una elevada frecuencia de trastornos emocionales en los pacientes que acuden a solicitar atención en la Práctica Médica General del Centro de Salud, la cual no es detectada ni identificada en su mayoría por el médico de

bido a diferentes factores.

Esto nos lleva a plantear lo siguiente:

- Reconocer que la práctica de la psicología debe estar en estrecha relación con la práctica médica general con el fin de estudiar más a fondo la problemática, de establecer medidas preventivas y de dar oportunidad a los pacientes de recibir un tratamiento integral (físico y emocional) a su sintomatología, mediante la aplicación de los métodos y técnicas de la medicina general y de la psicología.

- Partiendo de lo anterior, vemos la necesidad de crear grupos interdisciplinarios de salud (125), encaminados a prestar una mejor atención a la sintomatología del paciente. Abriéndose de esta forma, la oportunidad de establecer una estrecha colaboración entre médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos o psiquiatras; que deben de ir encaminados a prestar la atención, el cuidado y el tratamiento de sus pacientes.

- Para esto es importante concientizar a los médicos generales de la problemática, y a la vez desarrollar instrumentos que ayuden al médico a detectar la patología psiquiátrica que se presenta en sus pacientes.

De aquí se desprende la importancia de desarrollar y adaptar métodos e instrumentos de investigación que permitan el reconocimiento oportuno de los trastornos emocionales en poblaciones que no solicitan ayuda especializada, en forma práctica y sencilla; favoreciendo su identificación y canalización oportuna.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. ABRAHAMSON JH; TARNOPOLSKY L; BROOK JG; KARK SL: Cornell medical index as a health measure in epidemiological studies. A test of the validity of a health questionnaire. Bri J Prev Soc Med, 19: 103-110, 1965. (citado en Goldberg, 1972).
2. BARTKO JJ and CARPENTER WT Jr.: On the methods and theory of reliability. The Journal of Nervous and Mental Disease, 163 (5): 307-317, 1976.
3. BELLAK L: Psychology of physical illness. Grune, New York, 1952.
4. BERES D and BRENNER C: Mental reactions in patients with neurological disease. Psychoanal Quart, 19: 170, 1950.
5. BILOON S and KARLINER W: The clinical picture of maniac-depressive equivalents. New Eng J Med, 259: 684, 1958.
6. BLUM HR: Case identification in psychiatric epidemiology. Methods and problems, 40, 1962.
7. BRADLEY JJ: Severe localized pain associated with the depressive syndrome. Brit J Psychiat, 109: 741, 1963.
8. BUCK OW and HOBBS GE: The problem of specificity in psychosomatic illness. J Psychosom Res, 3, 227, 1959.
9. BUTLER RN and PERLIN S: Psychiatric consultations in a research setting. Med Ann DC, 27: 503, 1958.

10. CAMPILLO C; MEDINA-MORA ME; CARAVEO J; MARTINEZ LP: Prueba de confiabilidad en una entrevista psiquiátrica estructurada en una muestra de pacientes mexicanos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 27: 44-53, 1981.
11. CAMPILLO C; MEDINA-MORA ME; CARAVEO AJ; PADILLA P: "Prevalencia de los trastornos mentales en la práctica médica general". (Trabajo inédito): 1-175, México, 1980.
12. CAMPILLO C; MEDINA-MORA ME; MARTINEZ LP; CARAVEO AJ: Prueba de un cuestionario (GHQ) para la detección de posibles casos psiquiátricos en una comunidad mexicana. México, 1979. (Trabajo inédito).
13. CASTRO R; MEDINA-MORA ME: Validez del cuestionario general de salud, en una población de bajo nivel de comprensión en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1980. (En proceso de publicación).
14. CHAPMAN LF and WOLFF HG: Disease of the neopallium. Med Clin N Amer, May 1958.
15. CLARE AW; SHEPHERD M: Psychiatry and family medicine. In Scientific Foundations of Family Medicine. Ed. Medical books LTD. (Chapter 13): 105-123, 1978.
16. CLEGHORN RA and CURTIS GC: Psychosomatic accompaniments of latent and manifest depressive affect. Canad Psychiat Ass J. 4 (Suppl): 13, 1959.
17. COHEN J: Weighted Kappa. Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. Psychological Bulletin, 70: 213-220, 1968.
18. COOPER B: Social correlates of psychiatric illness in the community. In: Approaches to action. Ed. Oxford University press for Nuffield for Neyfeld Provincial hospital trust: 65-70. London 1972.

19. COURT JH: Anxiety among acute schizophrenies and temporal lobe patients. Brit J. Soc Clin. Psychol 4: 254, 1965.
20. CULPAN R and DAVIES B: Psychiatric illness at medical and surgical out patients clinic. Compr. Psychiat, 1: 228, 1960.
21. DENNEY D et al: Psychiatric patients on medical wards. Arch Gen. Psychiat (Chicago) 14: 530, 1966.
22. DEWAN JG and SPAULDING WB: The organic psychoses. University Press, Toronto, 1958.
23. DOUST BC: Anxiety as a manifestation of pheochromocytoma Arch Inter Med (Chicago) 102: 811, 1958.
24. DOVENUHLE RH and VERWOERDT A: Psychological illness and depressive symptomatology. 1. Incidence of depressive symptoms in hospitalized cardiac patients. J Amer Geriat Soc 10: 923, 1962.
25. DOWNES J; SIMON K: Characteristics of neurotic patients and their families as revealed in a general morbidity study. Milbank Mem: 32-42, 1954.
26. DUNHAM HW: Society, culture, and mental disorder. Arch Gen Psychiatry, 33: 147-156, 1976.
27. EASTWOOD MR: Psychiatric morbidity and physical state in a general practice population. In psychiatric epidemiology. E.H. Hare and J.K. Wing (Eds.) London Oxford University Press for the nuffield provincial hospital trust, 1970.
28. EILENBERG MD: Survey of inpatients referrals to an American psychiatric department. Brit J Psychiat. 11:1211, 1965.

29. ENGEL GL: "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. Amer J Med, 26 : 899, 1959.
30. ENGEL GL: Psychological development in health and disease. Saunders, Philadelphia, 1962.
31. EYSENCK HJ: Manual of the Maudsley personality inventory London, 1959.
32. FERENCZI S: "Disease or pathoneuroses". In further contributions to the theory and technique of psychoanalysis. Hogarth press, London, 1926.
33. FLEMINGER JJ and MALLET BL: Psychiatric referrals from medical and surgical wards. J Ment Sci, 108: 183, 1962.
34. FRASER J: The incidence of neurosis among factor workers. M.R.C. Industrial health research board, report no. 90, London HMSO, 1974.
35. FREUD S: "The justification for detaching from neurasthenia a particular syndrome: the anxiety-neurosis". In collected papers (vol. 1). Basic, New York, 1959.
36. FRIED M and LINDERMAN E: Socio-cultural factors in mental health and illness. Amer J Orthopsychiat, 1961.
37. GOLDBERG DP: The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley monograph. Oxford University press, 21:155, Londres, 1972.
38. GOLDBERG DP; BLACKWELL B: Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. British Medical Journal, 2: 439-443, 1970.

39. GOLDBERG DP; COOPER B; EASTWOOD MR y cols: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. British Journal of Preventive & Social Medicine, 24(1): 18-23, Febrero, 1970.
40. GURIN G; VEROFF J; and FELD S: Americans view their mental health. New York, 1960.
41. GUZE SB and CANTWELL DP: The prognosis in "organic brain" syndromes. Amer J Psychiat 120: 878, 1964.
42. HENRY DW and MANN AM: Diagnosis and treatment of delirium. Canad Med Ass J, 93: 1156, 1965.
43. HINSIE LE and CAMPBELL MD: "Psychiatric dictionary". Oxford University Press. Fourth edition. London, 1970.
44. HOLLENDER M: Ambulatory schizophrenia. J Chronic Dis 9: 249, 1959.
45. JANIS IL: Psychological stress. Wiley, New York, 1958.
46. JONAS AD: Ictal and subictal neurosis. Thomas, Springfield, 1965.
47. JONES D and HALL SB: Significance of somatic complaints in patients suffering from psychotic depression. Acta Psychother. (Basel) 11: 193, 1963.
48. KAHANA RJ and BIBRING GL: "Personality types in medical management". In Psychiatry and Medical Practice in a General Hospital. Zinberg, E.N., Ed. Internat. Univ. Press, New York, 1964.
49. KAUFMAN RM: A psychiatric unit in a general hospital. J Mount Sinai Hosp N.Y., 24: 572, 1957.

50. KAUFMAN RM and BERNSTEIN SA: A psychiatric evaluation of the problem patient. JAMA, 163: 108, 1957.
51. KAUFMAN RM; et al: Psychiatric findings in admissions to a medical service in a general hospital. J Mount Sinai Hosp NY, 26: 160, 1959.
52. KENYON FE: Hypochondriasis. A clinical study. Brit J Psychiat, 110: 467, 1964.
53. KENYON FE: Hypochondriasis. A surveys of some historical, clinical and social aspects. Brit J Med Psychol, 38: 117, 1965.
54. KENYON FE and RUTTER ML: The psychiatrist and the general hospital. Compr Psychiat, 4: 80, 1963.
55. KEPECS JG: Some patterns of somatic displacement. Psychosom Med 15: 425, 1953.
56. KERLINGER FN: Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. 2a. ed., Interamericana. México, 1979.
57. KESSELL W: Psychiatric morbidity in a London general practice. Brit J Prev Soc Med, 14: 16-22, 1960.
58. KLEE GD, et al: Pain and other somatic complaints in a psychiatric clinic. Maryland Med J, 8: 188, 1959.
59. KOLB LC: Anxiety and the anxiety states. J Chronic Dis, 9: 199, 1959.
60. KORNFIELD DS and FELDMAN M: The psychiatric service in the general hospital. New York J Med, 65: 1332, 1965.

61. KREITMAN N: Hypochondriasis and depression in out-patients at a general hospital. Brit J Psychiat, 111: 476, 1965.
62. LEWIS BI: The hyperventilation syndrome. Ann Intern Med, 38: 918, 1953.
63. LIPIN T: Psychic functioning in patients with undiagnosed somatic symptoms. Arch Neur & Psychiat, 73: 239, 1955.
64. LIPOWSKY ZJ: Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II. Clinical aspects. Psychosom Med, 29: 201, 1967.
65. MACRAE D: Isolated fear. A temporal lobe aura. Neurology (Minneap), 4: 497, 1954.
66. MALMO RB, et al: "Specificity of bodily reactions under stress". In life stress and bodily disease. Assoc. Research nervous mental disease. Wolff, H.G., Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1950.
67. MARTINEZ LP; MEDINA-MORA ME; 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 (Investigación en proceso).
68. MARKS IM: Research in neurosis. A selective review 1. Causes y courses. Psychol Med, 3,4: 436, 1973.
69. MEDINA-MORA ME; GONZALEZ J; ROMERO M: Validez y confiabilidad de instrumentos diagnósticos para estimar prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios, UNAM. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1982, (Investigación en proceso).
70. MEYER E and MENDELSON M: The psychiatric consultation in postgraduate medical teaching. J Nerv Ment Dis 130: 78, 1960.

71. MILLER MH: The borderline psychotic patient: the importance of diagnosis in medical and surgical practice. Ann Intern Med, 46: 736, 1957.
72. MOFFIC HS; GEORGE LA: Sociodemographic influences on evaluation and treatment. Clinical contributions of anthropology and sociology. Chapter twenty, Addison-Wesley publishing, 1982.
73. MOSTWIND: Uprootment and anxiety. Int J Ment Health, 5: 103-116, 1976.
74. MOWBRAY RM; BLAIR W; JUBB LG, and CLARKE A: The general practitioner's attitude to psychiatry. Scotl Med J, 6: 314, 1961.
75. MUÑOS PE; VAZQUEZ JL; PASTRANA E; RODRIGUEZ F; ONEGA C; Study of the validity of Goldbelg's 60-item GHQ in its spanish version. Social psichiatty, 13(2): 99-104, 1978.
76. NOWLIS H: La verdad sobre la droga. La droga y la educación. Ed. UNESCO. París, 1975.
77. OFFENKRANTZ W: Multiple somatic complaints as a precursor of schizophrenia. Amer J Psychiat, 119: 258, 1962.
78. PADILLA P; MEDINA-MORA ME; CAMPILLO C; MAS C; EZBAN M: Prevalencia de trastornos mentales en la población de pacientes de un centro comunitario. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1982.
79. PADILLA P: Prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra de la consulta médica general de un hospital privado. Tesis Licenciatura. México, 1981.

80. PAYSON HE, et al: Recognition and referral of psychiatric illness on a university medical inpatient service. Scientific proceedings of the 117th annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, 1961.
81. POE RO, et al: Depression. JAMA, 195: 345, 1966.
82. POLANCKEK A: One problem of professional training and qualification of the primary contact physician. Health Organization and Economic, 1972. Clare W; Shepherd M: Psychiatry and family medicine, 1978, op.cit.
83. QUERIDO A: Forecast and follow-up: an investigation into the clinical, social and mental factors determining the results of hospital treatment. Brit J Prev Soc Med, 13: 33, 1959.
84. RAO A and KATZE J: The role of religious belief in a depressed patient's illness. Psychiatr Opinion. 16(6): 39-43, 1979.
85. RAWNSLEY K and LOUTON JB: Factors influencing the referral of patients to psychiatrists by general practitioners. Brit J Prev Soc Med, 16: 174, 1962.
86. REDING GR and DANIELS RS: Organic brain syndromes in a general hospital. Amer J Psychiat, 120: 800, 1964.
87. REID DD: Epidemiological methods in the study of mental disorders. World health organ., Geneva, 1960.
88. RITCHMAN A, et al: Symptom questionnaire validity in assessing the need for psychiatrist's care. Brit J Psychiat, 112: 549, 1966.
89. ROSSMAN PL: Organic diseases simulating functional disorders. GP, 28: 78, 1963.

90. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS: Present state and future needs. Report from general practice no. 16, 1973. (citado en Clare A and Shepherd M, 1978).
91. RUD F: Psychiatric activities and instruction at a general hospital. J Clin Exper Psychopath, 14: 139, 1953.
92. RUESCH J: Therapeutic communication. New York, W.W. Norton, 1961.
93. SARTORIUS N: The epidemiological approach to psychiatric disorders. Acta Paedopsychiatrica. 38. Basilia, Suiza, 1971.
94. SCHILDER P: The image and appearance of the human body. Internat. Uni v Press, New York, 1950.
95. SCHAW JJ, et al.: Differential characteristics of medical in-patients referred for psychiatric consultation: a controlled study. Psychosom Med, 27: 112, 1965.
96. SCHAW JJ, et al.: Medical patients' reactions to referring physicians after psychiatric consultation. JAMA, 195: 1120, 1966.
97. SCHAW JJ, et al.: Problems in psychosomatic diagnosis: 1. A controlled study of medical inpatients. Psychosomatics, 6: 369, 1964.
98. SCHAW JJ, et al.: Problems in psychosomatic diagnosis: IV. A challenge to all physicians. Psychosomatics, 6: 198, 1965.
99. SEITZ PFD: Symbolism and organ choice in conversion reactions. Psychosom Med, 13: 254, 1951.
100. SENESCU RA: The development of emotional complications in the patient with cancer. J Chronic Dis, 16: 813, 1963.

101. SHEPHERD M: General practice, mental illness and the British national health service. Amer J Public Health and Soc Behav (13), 1974. Cläre A; Shepherd. Psychiatry and family medicine, 1978. op.cit.
102. SHEPHERD M; COOPER B; BROWN AC; KALTON GW: Psychiatric illness in general practice. Oxford University press, Londres, 1966.
103. SHEPHERD M, et al.: Psychiatric illness in the general hospital. Acta psychiatr neurol scand, 35: 518, 1960.
104. SIMS ACP; SAIMONS PH: Severity of symptoms of psychiatric out patients: use of general health questionnaire in hospital and general practice patients. Psychological Medicine, (5): 62-66, 1975.
105. STENGEL E: Pain and the psychiatrist. Brit J Psychiat, 111: 795, 1965.
106. STEWART MA, et al.: A study of psychiatric consultations in a general hospital. J Chronic Dis, 15: 331, 1962.
107. STEWART MA, et al.: Depression among medically ill patients. Dis Nerv Syst, 26: 479, 1965.
108. STOECKLE JD and DAVIDSON GE: Bodily complaints and the other symptoms of a depressive reaction, its diagnosis and significance in a medical clinic; JAMA, 180: 134, 1962.
109. STOECKLE JD and DAVIDSON GE: The use of "crisis" as an orientation for the study of patients in a medical clinic. J Med Educ, 37: 604, 1962.

110. STOLLER A; KRUPINSKY J: Psychiatric disturbances. In report on a national morbidity survey. H.M.C.C. 48, 1969. Clare A; Shepherd M. Psychiatry and family medicine, 1978. op.cit.
111. STROTZKA H; KLEINBURG: Cine sozialpsy chiatrische teld-studie. Austrian State Publishers, 1969. Clare A; Shepherd M. Psychiatry and family medicine, 1978. op. cit.
112. SUE DW: Barriers to effective cross-cultural counseling. J Couns Psychol, 24: 420-29, 1977.
113. SYLPH J; KEDWARD HB and EASTWOOD MR: Chronic neurotic patients in general practice. A pilot study, J Roy Coll Gen Pract, 17: 162, 1969.
114. SZAZS TS: Pain and pleasure, basic, New York, 1957.
115. TARNOPOLSKY A; CAETANO R; LEVAU I; DEL OLMO G: Prevalence of psychiatry morbidity in an industrial suburb of Buenos Aires. Social Psychiat. Londres, 1977.
116. TARNOPOLSKY A; HAND AJ; McLEAN EK; ROBERTS H; NIGGING RO: Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. British Journal of Psychiatry, 134: 505-515, 1979.
117. TAVEL ME: Hyperventilation syndrome with unilateral somatic symptoms. JAMA, 187: 301, 1964.
118. TAYLOR JA: A personality scale of manifest anxiety. J Abnorm Soc Psychol, 1953, (citado en Goldberg, 1972).
119. TENNAT C: A valid index of psychological impairment in Australian populations. Medical Journal of Australia, 2: 392-394, 1977.

120. TERROBA GG; MEDINA-MORA ME; SALTIJERAL MT; PARRA Y: Estudio epidemiológico del consumo de fármacos en una zona del sur de la ciudad de México. Reporte interno. I.M.P., 1978.
121. VEROFF J; FELDS, and GURIN G: Dimensions of subjective adjustment. J. Abnorm Soc Psychiat. 64: 192, 1962.
122. WEINSTOCK HI: Discussion of schizophrenia in: early recognition and management of psychiatric disorders in general practice. J Mount Sinai Hosp NY, 25: 137, 1958.
123. WILSON MS and MEYER E: Diagnostic consistency in a psychiatric liaison service. Amer J Psychiat, 119: 207, 1962.
124. WING JK: The use of the present state examination in general population surveys. Social Psychiatry. Aarhus, Denmark, September, 1979.
125. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Psychiatry and primary medical care. Copenhage. 1973.
126. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Mental disorders. Glosary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseareses. W.H.O. Geneva. 1978.
127. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Epidemiology of mental disorders. 8th report of the W.H.O. Technical report series. No. 185. Expert Committee on Mental Health. Geneva, 1960.
128. ZWERLING I, et al.: Personality disorder and the relationship of emotion to surgical illness in 200 surgical patients. Amer J Psychiat, 112: 270, 1955.

ANEXOS

ANEXOS

- Anexo 1 Descripción del Cuestionario General de Salud (C.G.S.)
- Anexo 2 Cuestionario General de Salud
- Anexo 3 Descripción de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (E.P.E.)
- Anexo 4 Hoja de Calificación de Entrevista de Paciente
- Anexo 5 Descripción Ficha de Identificación
- Anexo 6 Ficha de Identificación
- Anexo 7 Descripción Escala de Valoración de Paciente por parte del Médico General (E.V.M.G.)
- Anexo 8 Escala de Valoración del Paciente por parte del Médico General
- Anexo 9 Resumen del Glosario de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales

ANEXO 1

Descripción del instrumento: Cuestionario General de Salud (Goldberg, 1972):

El cuestionario es un instrumento que pretende identificar casos potenciales, dejando que los casos actuales sean confirmados por la entrevista psiquiátrica. Está constituido por 60 reactivos; cada uno formando por una pregunta y cuatro opciones de respuesta.

Debido a que se pretende evaluar la severidad del desorden en el momento actual, los reactivos consistirán en síntomas tales como sentimientos anormales y aspectos de la conducta observada.

Se pide a los respondientes que comparen la extensión en la cual experimentan cada reactivo en el presente, con la extensión en la cual ellos usualmente lo experimentan; o sea, la medida en la cual su estado actual difiere de su estado usual.

El cuestionario evalúa el desorden psiquiátrico en el momento en que es contestado; esto es, proporciona información solamente del estado mental actual, de manera que el puntaje es alto si el cuestionario es contestado durante un periodo de enfermedad, pero es bajo si es contestado en un periodo de salud. Por lo tanto, el cuestionario no puede ser una medida de atributos duraderos, ni evalúa la probabilidad de recaer en el futuro.

Las primeras preguntas tratan con síntomas físicos y continúa con síntomas psiquiátricos cada vez más abiertos. Además

está constituido de tal manera que la respuesta afirmativa en ocasiones indica enfermedad y en otras salud.

La enfermedad que intenta detectar el cuestionario ha sido descrita como no psicótica, más que neurótica por una variedad de razones, entre las que encontramos una falta de criterio definido de lo que es una neurosis, los diferentes usos que se dan a esta palabra, etc.

Finalmente, el principio estipulado del estudio es obtener una medida en la cual el cuestionario sea corto y fácil de administrar, tan buena como aceptable, y que sea muy conveniente para mantenerlo tan simple como sea posible.

Origen de los reactivos

Antecedentes:

Gurin, Veroff y Feld (1960), y Veroff, Feld y Gurin (1962) estudiaron una muestra de 2,460 americanos representativos de una población no hospitalizada. Una muestra más pequeña de 542 mujeres y 255 hombres fueron entrevistados exclusivamente en cada una de las 19 áreas que comprensivamente cubrían todos los aspectos de ajuste y "tensión experimentada" (Felt Distress).

A través de un análisis factorial se obtuvieron 4 factores para ambos sexos:

1. Malestares psicológicos experimentados.

2. Infelicidad.

3. Inadecuación social.

4. Ausencia de identidad.

Unicamente para los hombres, se encontró además otro factor: angustia fisiológica.

Se obtuvieron reactivos desarrollados por estos autores que se incluyeron en cuestionario desarrollado por Goldberg.

Además, Abrahamson y asociados (1965) formularon "Diez preguntas clave" (Ten Key Questions), que fueron reescritas para ser incluidas en el cuestionario.

De acuerdo con la definición entre síntomas y signos de enfermedad y rasgos de la personalidad, se seleccionaron reactivos que refórzarán los aspectos cambiantes de la enfermedad. Se incluyeron además, reactivos que miden aspectos de esta conducta y que son observables para otros. La idea a seguir al incluir estos reactivos fue que pudieran ser usados después en un cuestionario del informante.

En base al trabajo discutido arriba y a la experiencia clínica de varios psiquiatras, con quienes se discutió el proyecto, se eligieron cuatro áreas principales en las cuales se localizan los reactivos. Estas áreas son las siguientes:

1. Depresión: incluyó reactivos que cubren "infelicidad" en el sentido que le dan Veroff y colaboradores, así como reactivos

adaptados de la escala "N" del CMI (que es la subescala que mide depresión).

2. Ansiedad y malestares psicológicos experimentados:

algunos reactivos que trataban la ansiedad y la irritabilidad paranoide fueron sugeridos por los reactivos del CMI, mientras que la sección de malestares psicológicos experimentados, no solamente incluyó los reactivos sugeridos por Veroff y colaboradores, sino que se extendió para incluir la noción de ausencia de satisfacción de rol. Esta noción es discutida por Fried y Linderman (1961) quienes atribuyen la idea a Talcott Parsons (1959), y los reactivos que se refieren a éste, fueron especialmente escritos para el cuestionario.

3. Comportamiento observado objetivamente: consiste en

reactivos que pudieran ser respondidos ya sea por el respondiente o por otro informante. Se incluyeron reactivos de deterioro social, además de los de Veroff y sus asociados sobre inadecuación social.

4. Hipocondriasis: consiste en una amplia variedad de

reactivos superficialmente orgánicos, muchos de los cuales fueron adaptados del CMI.

Una vez decididas las áreas de estudio, se llevó a cabo una búsqueda extensiva de tantos reactivos como fuera posible.

Además de las escalas y de las investigaciones ya mencionadas, se obtuvieron ideas para reactivos de:

- La escala de Ansiedad Manifestada de Taylor (Taylor's Manifest Anxiety Scale).

- Inventario de la personalidad de Maudsley y de Eysenck (Eysenck's Maudsley Personality Inventory).

- Inventario Multifasético de la Personalidad Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Los reactivos fueron reescritos para adaptarlos a la forma del cuestionario. Igualmente, fueron reescritos especialmente para el cuestionario cerca de 30 reactivos que no habían sido sugeridos por ninguna escala o inventario.

Selección y distribución final de los reactivos

En la selección de los reactivos para el cuestionario, el campo no fue limitado solamente por la exclusión de rasgos de la personalidad, sino que también fue severamente limitado por el hecho de que todos los reactivos tienen que ser aplicables para la población total. Esto era esencial pero fue la restricción más fuerte del estudio. Muchas áreas, obviamente relevantes fueron recortadas a causa de estas consideraciones.

Cuando estos procedimientos fueron llevados a cabo, resultaron 140 reactivos divididos casi equitativamente entre las cuatro áreas. Esta separación se hizo solicitando a varios sujetos para que separaran los reactivos en grupos diferentes según su similitud. Se

agruparon así en 7 grupos de aproximadamente 20 reactivos cada uno.

Lo anterior se realizó por 2 razones: disminuir la fatiga y que no garantizaba el hecho de imponer nociones preconcebidas, que se habían dado en la distribución de los reactivos en las cuatro áreas.

Los siete grupos encontrados fueron los siguientes:

- a) Salud General y sistema nervioso central (17 reactivos).
- b) Cardiovascular, neuromuscular y gastrointestinal (18 reactivos).
- c) Sueño e Insomnio (19 reactivos).
- d) Conducta observable - conducta personal (22 reactivos).
- e) Conducta observable - relaciones con otros (20 reactivos).
- f) Sentimientos subjetivos - inadecuación, tensión, mal carácter, etc. (25 reactivos).
- g) Sentimientos subjetivos - depresión y ansiedad principalmente (19 reactivos).

Debe enfatizarse que estos grupos no son de ninguna manera subescalas de la prueba, y los reactivos podrían repartirse en formas diferentes.

Clave
1

Estudio
5

Forma
13

No. de expediente:
2 3 4 5 6 7

No. de paciente:
9 10 11 12

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello se han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que lo conteste usted en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Encierre en un círculo la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren exclusivamente a las molestias de las últimas 2 ó 3 semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las consigne.

Nombre: _____ Edad: _____
14 15

¿Sabe leer y escribir? Sí No

Ultimo año de escuela completado _____
16 17

Urtimamente:

	1	2	3	4	
1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	<input type="checkbox"/> 18
2. ¿Ha sentido la necesidad de tomar Vitaminas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 19
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 20
4. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 21
5. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre	<input type="checkbox"/> 22
6. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 23
7. ¿Siento que puede concentrarse en todo lo que hace?	Mejor que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos antes	<input type="checkbox"/> 24

ANEXO 3

Descripción del instrumento: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada
(Goldberg, 1970).

Esta entrevista fue hecha para cumplir con los siguientes requisitos:

1. La evaluación psiquiátrica debe ser hecha por un clínico especializado con experiencia en un escenario real.
2. Debe ser aceptada por individuos que no se consideran a sí mismos como enfermos psiquiátricos.
3. El contenido de la entrevista debe ser apropiado para el tipo de desórdenes encontrados comunmente en la comunidad.
4. Debe generar información acerca de los signos síntomas individuales y una evaluación diagnóstica global.
5. Debe discriminar claramente entre enfermos con desórdenes mentales e individuos normales y entre pacientes con diferentes grados de desórdenes psiquiátricos.
6. Debe ser relativamente económica en tiempo.
7. Las evaluaciones psiquiátricas y las calificaciones clínicas deben ser confiables en el sentido de ser reproducibles por diferentes observadores entrenados.

La entrevista está dividida en tres secciones:

1a) La primera no está estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar en forma breve la historia médica pasada y presente del sujeto.

Esta parte también se utiliza para entablar un buen rapport y relajar al paciente.

2a) La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado tanto en su historia como en las últimas tres semanas los síntomas están organizados en diez grupos que son administrados al paciente en el siguiente orden:

- síntomas somáticos
- fatiga
- alteraciones en el sueño
- irritabilidad
- disminución en la concentración
- ánimo depresivo
- ansiedad y preocupación
- fobias
- obsesiones y compulsiones
- despersonalización

Los síntomas están ordenados progresivamente desde aquéllos que son comunmente encontrados en la vida de todos los días (dolores menores, fatiga, pérdida de sueño), hasta llegar a aquéllos que representan patologías más agudas. En esta parte el entrevistador es libre para hacer preguntas adicionales que puedan ser indicadas en un caso dado: (preguntas opcionales).

Al finalizar esta sección, el entrevistador podrá preguntar toda la información que considere pertinente, relacionada con la historia personal y familiar del sujeto entrevistado para llegar a formular su evaluación clínica.

3a) Después de la entrevista el entrevistador completa la tercera y última sección del instrumento en donde califica las anormalidades observadas durante la entrevista en doce escalas.

Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador acerca de las anormalidades manifiestas que ha observado en la entrevista y que son distintas a los síntomas del paciente, que han sido calificados en la segunda parte de la entrevista. Esta sección está dividida en la siguiente forma:

1) Escala para anormalidades en la conducta:

- a. Lentitud y carencia de espontaneidad
- b. Susplicaz, defensivo
- c. Histriónico

2) Escala para estados de ánimo anormales:

- a. Deprimido
- b. Ansioso, agitado, tenso
- c. Exaltado, eufórico
- d. Aplanado, incongruente

3) Escala para anormalidades perceptuales y cognitivas:

- a. Delirios, trastornos del pensamiento
- b. Alucinaciones
- c. Alteraciones en el intelecto y daño crónico
- d. Excesiva preocupación por las funciones corporales
- e. Contenido depresivo del pensamiento

El clínico al terminar la entrevista ha calificado 22 reactivos:

- 10 para síntomas reportados tanto en la historia del sujeto como en las últimas tres semanas.
- 12 que se presentaron durante la entrevista.

Modo de calificación

Cada reactivo se califica con una escala de 5 puntos y cada síntoma tiene indicaciones específicas para su evaluación; pero en términos generales:

1. Indica ausencia de síntomas.
2. Indica rasgo habitual o un síntoma limítrofe que no causa tensión significativa ni requiere tratamiento.

- 3, 4 y 5. Indican, respectivamente, grados leves, moderados y severos de un síntoma definitivamente patológico, clínicamente detectado.

Material:

Manual que contiene:

1. Una guía general para conducir la entrevista.
2. La forma de utilizar la escala de 5 puntos para calificar cada síntoma.
3. La definición detallada de cada reactivo.

Hojas de respuesta, donde se anota:

1. La calificación dada a cada reactivo.
2. Si la entrevista fue realizada el mismo día que el CGS*
3. La credibilidad de la información.
4. La calificación global de severidad actual.
5. El total global de severidad (Incluye tanto la severidad en la historia como la severidad actual).
6. El diagnóstico principal (y diagnósticos secundarios) de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades.

* En caso de no ser así, se pregunta al paciente si su estado de salud es similar o no al día en que respondió al cuestionario.

HOJA DE CALIFICACION DE ENTREVISTA DE PACIENTE

Clave No. de expediente

2	3	4	5	6	7

Estudio No. de paciente

9	10	11	12

Forma

3
13

 Fecha

DIA	MES	AÑO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	15	16
17	18	19

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Años

No anote en esta sección

1. Historia Médica General (intervenciones quirúrgicas, enfermedades pulmonares, cardiovasculares, hipertensivas, úlcera gástrica, colitis, riñones, artritis, tumores, dermatitis, epilepsia)

	SI	NO	
a) Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20
b) Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21
c) Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22
d) Hipertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23
e) Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24

No anote en esta sección

	SI	NO	
f) Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25
g) Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26
h) Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27
i) Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28
j) Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29
k) Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30

1.1 Medicamentos que ha tomado en los últimos 6 meses; (marque la casilla correspondiente)

Grupo		Nombre del medicamento	
a. Sedantes barbitúricos y no barbitúricos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 31
b. Tranquilizantes menores	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 32
c. Tranquilizantes mayores	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 33
d. Antidepresivos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 34
e. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 35
f. Otros psicofármacos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 36
g. Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> 37

No anote en esta sección

1.2 Antecedentes psiquiátricos familiares. (Inclusive toxícomanías). (Favor de investigar en el siguiente orden: Abuelos, padres, hijos, hermanos, nietos, tíos, primos, sobrinos, esposo (a)).

<u>Parentesco</u>	<u>Edad de inicio</u>	<u>Descripción del trastorno o diagnóstico</u>	<u>Tratamiento</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44

1.3 Antecedentes psiquiátricos personales (inclusive toxícomanías)

<u>Edad de inicio (mencionar c/u de los episodios)</u>	<u>Descripción del trastorno; síntomas y signos principales y/o diagnóstico</u>	<u>Tratamiento (especifique si hubo hospitalizaciones psiquiátricas)</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50

No anote en esta sección

Edad de inicio (mencionar c/u de los episodios)	Descripción del trastorno; síntomas y signos principales y/o diagnóstico	Tratamiento (especifique si hubo hospitalizaciones psiquiátricas)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

51

52

1.4 El cuestionario fue contestado el mismo día o en fecha diferente a la Entrevista Psiquiátrica

1. Mismo día

2. Día diferente

53

1.5 Si fue contestado en diferente día favor de contestar la siguiente pregunta:

De acuerdo con el día que contestó el cuestionario, cómo ha sido su estado de salud? Considere:

54

1. Mucho mejor

2. Ligeramente mejor

3. Igual

4. Ligeramente peor

5. Mucho peor

2. Síntomas reportados

2.1 Síntomas somáticos:

Calificación A _____

55

a) Disnea

C A
____ ____

56 57

b) Palpitaciones

____ ____

58 59

No anote en esta sección

	C	A
c) Dolor u opresión precordia.	—	—
d) Sensación desmayo	—	—
e) Mareo (timopático)	—	—
f) Parestesias	—	—
g) Paresias	—	—
h) Pérdida de peso	—	—
i) Cefaleas	—	—
j) Sudoración excesiva	—	—
k) Dolor abdominal	—	—
l) Frigidez	—	—
m) otros	—	—

60 61

62 63

64 65

66 67

68 69

70 71

72 73

74 75

76 77

78 79

3 80

14 15

No anote en esta sección

2.2 Fatiga

Calificación A

16

C A

Mañanas

17 18

Tardes/noches

19 20

2.3 Alteraciones en el sueño

Calificación A

21

Predurmicional

22 23

Durmicional

24 25

Postdurmicional

26 27

Hipersomnia

28 29

2.4 Hipnóticos

Calificación A

30

2.5 Irritabilidad

Calificación A

31

Selectiva

32 33

General

34 35

2.6 Disminución de la

Calificación A

36

concentración

37 38

2.7 Animo depresivo

Calificación A

39

Mañanas

40 41

No anote en esta sección

Tardes/noches

42 43

Momentáneas

44 45

Motivado

46 47

Inmotivado

48 49

2.8 Ansiedad

Calificación A _____

50

Mañanas

51 52

Tardes/noches

53 54

Selectiva

55 56

General

57 58

2.9 Fobias

Calificación A _____

59

Tipo (s)

60 61

62 63

64 65

2.10 Obsesiones y compulsiones

Calificación A _____

66

No anote en esta sección

	C	A	
Actos compulsivos	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> 67 68
Tipo (s)	_____		
Pensamientos desagradables	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> 69 70
Tipo (s)	_____		
Indecisión obsesiva	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> 71 72
Tipo (s)	_____		
2.11 Despersonalización			Calificación A <input type="text"/> 73
Desrealización	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> 74 75
3. Anormalidades manifiestas (si la calificación es superior de 2, especificar por qué).			<input type="text"/> <input type="text"/> 76 77
3.1 Lentitud y carencia de espontaneidad			Calif. _____ <input type="text"/> 78

3.2 Suspica, defensivo			Calif. _____ <input type="text"/> 79

3.3 Histriónico			Calif. _____ <input type="text"/> 80

No anote en esta sección

3.4 Deprimido Calif. _____ 15

3.5 Ansioso, agitado, tenso Calif. _____ 16

3.6 Exaltado, eufórico C A Calif,A _____ 17

18 19

3.7 Aplanado, incongruente Calif. _____ 20

3.8 Delirios, trastornos del pensamiento C A Calif,A _____ 21

22 23

3.9 Alucinaciones; C A Calif,A _____ 24

-Seudoalucinaciones _____

25 26

-Alucinaciones _____

27 28

Tipo (s)

29 30

31 32

33 34

No anote en esta sección

	C	A
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<input type="text"/>	<input type="text"/>
35	36

3.10 Alteraciones en el intelecto y daño crónico

Califi. _____

<input type="text"/>	37
----------------------	----

3.11 Excesiva preocupación por las funciones corporales

Calif. A _____

<input type="text"/>	38
----------------------	----

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<input type="text"/>	<input type="text"/>
39	40

3.12 Contenido depresivo del pensamiento

Calif. A _____

<input type="text"/>	41
----------------------	----

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<input type="text"/>	<input type="text"/>
42	43

4. Impresiones diagnósticas

4.1 Credibilidad de la información

1. Buena 2 Regular 3 Pobre

<input type="text"/>	44
----------------------	----

4.2 Calificación Global de Severidad Actual

<input type="text"/>	45
----------------------	----

4.3 Total Global de Severidad (Historia y Actual)

<input type="text"/>	46
----------------------	----

4.4 Diagnóstico (s) OMS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
47	48

<input type="text"/>	<input type="text"/>
49	50

No anote en esta sección

4.5 Su historia médica tiene alguna correlación con su estado mental?

51

1 Si 2 No 3 Duda

4.6 Entrevistador
Nombre _____

52

Observaciones: (Fundamentalmente su diagnóstico en base a historia y actual).

53

54

55

56

57

ANEXO 5

Descripción del Instrumento: Ficha de Identificación.

Esta ficha se elaboró con el fin de obtener datos personales y sociodemográficos de la persona que se entrevistará.

Permite también, una identificación del paciente ya sea por su número de expediente dentro de la institución o por el número que le corresponda dentro del estudio.

Constituye también el primer acercamiento con el paciente después de que éste fue seleccionado y corrobora rápidamente el parámetro de edad establecido en el estudio (18 a 64 años).

La forma de codificación es relativamente sencilla, ya que cada pregunta que se formula tiene diferentes opciones de respuesta, de las cuales se elige la conducta de acuerdo a la información obtenida. El instrumento está constituido por 14 reactivos, número de expediente, número de paciente, clave del estudio y número del mismo.

El nombre y el domicilio tanto particular, como de trabajo, se incluyeron con el fin de que si posteriormente se necesitara información o ésta faltara en el momento de computalizar los datos, se pudiera localizar a la persona y pedirle su cooperación nuevamente.

De acuerdo a las variables en estudio se decidió que esta ficha de identificación reunía los requisitos necesarios para la presente investigación.

No. de expediente: 1 2 3 4 5 6 7 Estudio 8 No. de paciente 9 10 11 12 Forma 13

Dirección particular: _____ Teléfono: _____

(Investigar si puede ser localizado)

Dirección trabajo: _____ Teléfono: _____

Sexo: 1. Masculino 14 2) Edad: 15 16 3) Fecha de nacimiento: _____ día _____ mes _____ año

Lugar de nacimiento: 19 7) Lugar de residencia: 18
1. México, D.F. y Zona Metropolitana 1. México, D.F. y Zona Metropolitana
2. Provincia/otro (especifique) 2. Provincia/otro (especifique)

Estatus civil: 1. Soltero 7) Último año de escuela completado (del entrevistado)
2. Madre soltera 0 Sin educación formal
3. Casado 19 1-6 Primaria 20 21
4. Viudo 7-9 Secundaria o equivalente
5. Divorciado 10-13 Preparatoria o equivalente
6. Separado 14 ó + Universitaria
7. Unión libre (calificar el más alto grado)

Ocupación del entrevistado: 22
1. Trabaja
2. Trabaja y estudia
3. Ante casa
4. Estudia
5. No trabaja
6. Otro: _____

Cuál es la ocupación de la persona que aporta la mayor parte del dinero a la casa (Jefe de familia) ó cuál fue antes de estar retirado?

1. Profesionalista (con estudios universitarios, maestro universitario) 23 24
2. Maestro de primaria, secundaria, preparatoria, rurales, etc.)
3. Proprietario de negocios comerciales (tienda, restaurante, miscelánea)
4. Empleado de banco, de oficina, de administración o dependiente gubernamentales (secretaría, recepcionista)
5. Obrero calificado (carpintero, electricista, plomero, policía bancario, raduístico, cocinero, etc.)
6. Obrero no calificado con trabajo eventual; taxista, mesero, chofer, soldado raso, personal de servicios domésticos (chofer, mozo, jardinero, sirviente), albañil, etc.
7. Sin ocupación (retirados no desahuciados, talleres, lavacoches, prostituta, etc.)
8. Campesino, agricultor y otros: _____
9. No sabe, no contesta.

Cuál es la escolaridad del jefe de familia (el que aporta la mayor cantidad de dinero)

1. Nunca ha ido a la escuela. No sabe ni leer, ni escribir. 25 26
2. Nunca ha ido a la escuela pero sabe leer y escribir.
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa
7. Estudios comerciales o técnicos (secretaría, auxiliar administrativo, etc.)
8. Preparatoria o similar
9. Carrera universitaria o postgrado
10. No sabe o no contesta

Fecha de obtención de datos: día _____ mes _____ año _____
 27 28 29 30 31 32

12) Pasó a entrevista: 33

1. Si
2. No

Encuestador (anotar nombre): _____

ANEXO 7

Descripción del instrumento: escala de valoración del paciente por parte del médico general.

Es un instrumento que pretende evaluar la habilidad del médico general para detectar padecimientos de tipo psiquiátrico o psicológico y el grado actual en que se encuentra el paciente según su criterio.

Esta escala fue hecha en forma tal, que puede ser comparada con la calificación de la entrevista psiquiátrica estandarizada, a fin de ver el grado de acuerdo que existe entre el médico general y el psiquiatra o psicólogo, para evaluar al paciente.

Otra medida comparativa de la escala, se presenta al confrontarla contra el Cuestionario General de Salud, donde se valora si el paciente es considerado caso o no, por parte del médico general es el C.G.S.

La forma en que se contesta el cuestionario es la siguiente:

1. Diagnóstico médico. El cual nos indica qué tipo de sintomatología física, -por lo general- que presenta el paciente que asiste a la consulta externa.
2. Cinco criterios de evaluación. Tomados de la entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg, 1970). Que se presentan desde la ausencia total de componentes psicológicos, hasta el internamiento psiquiátrico forzoso.

1. Las quejas del paciente no obedecían a componentes psicológicos.
2. El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas, pero éstas no ameritan tratamiento psicológico, porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caractereológica del sujeto.
3. Las quejas presentadas por el sujeto hacen que éste requiera ayuda psicológica en consulta externa.
4. El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable.
5. El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente.

ESCALA DE VALORACION DEL PACIENTE
POR PARTE DEL MEDICO GENERAL

Clave
1 2

No. de expediente
. 3 4 5 6 7 8

Estudio
9

No. de paciente
10 11 12 13

Forma
14

Fecha

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	16	17 18 19 20

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____ años,

Como parte del estudio es importante conocer su opinión sobre el estado mental actual del paciente, así como su diagnóstico médico. A fin de obtener esta información ¿podría llenar la siguiente escala?

Diagnóstico médico: _____

No anote en esta sección

21 22

Mencione usted cuál es el órgano, aparato o sistema afectado.

- | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Sistema nervioso | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 23 |
| Sistema digestivo | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 24 |
| Sistema respiratorio | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 25 |
| Sistema cardiovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 26 |
| Sistema endócrino | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 27 |
| Sistema urinario | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 28 |

2

No anote en
esta sección

Sistema muscular esquelético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29
Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30
Vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31
Otros órganos de los sentidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32
Sexual reproductor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34

Por favor valore si: El paciente visto presentaba componente psicológico determinante o concomitantes de su enfermedad de acuerdo con los siguientes criterios:

- Las quejas del paciente no obedecían a componentes psicológicos 35
- El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas, pero éstas no ameritan tratamiento psicológico, porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto
- Las quejas presentadas por el sujeto hacen que éste requiera ayuda psicológica en consulta externa
- El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable

3

No anote en esta sección

5. El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente

Lugar de la próxima consulta:

1. Consulta externa

2. Especialidad

36

Especifique cuál: _____

37

Nombre del médico: _____

Sugerencias: _____

ANEXO No. 9

RESUMEN DEL GLOSARIO DE LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

PSICOSIS ORGANICAS SENIL Y PRESENIL	296	PSICOSIS AFECTIVAS
Demencia senil, tipo simple	296.0	Psicosis maníacodepresiva, tipo maníaco
Demencia presentil	296.1	Psicosis maníacodepresiva, tipo depresivo
Demencia senil de tipo depresivo o paranoide	296.2	Psicosis maníacodepresiva circular, fase maníaca
Demencia senil con estado confusional agudo	296.3	Psicosis maníacodepresiva circular, fase depresiva
Demencia arteroesclerótica	296.4	Psicosis maníacodepresiva circular, mixta
Otras	296.5	Psicosis maníacodepresiva de tipo circular fase no especificada
Sin especificación	296.6	Psicosis maníacodepresiva de otro tipo y del no especificado
PSICOSIS ALCOHOLICAS	296.8	Otras
Delirium tremens	296.9	Sin especificación
Psicosis alcohólica de Korsakov	297	ESTADOS PARANOIDES
Otra demencia alcohólica	297.0	Estado paranoide simple
Otra alucinosis alcohólica	297.1	Paranoia
Embriaguez patológica	297.2	Parafrenia
Celotipia alcohólica	297.3	Psicosis inducida
Otras	297.8	Otros
Sin especificación	297.9	Sin especificación
PSICOSIS DEBIDAS A DROGAS	298	OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS
Síndrome de abstinencia de droga	298.0	Tipo depresivo
Estado paranoide o alucinatorio, o con ambas manifestaciones, inducido por drogas	298.1	Tipo agitado
Intoxicación patológica por drogas	298.2	Confusión reactiva
Otra	298.3	Reacción paranoide aguda
Sin especificación	298.4	Psicosis paranoide psicógena
PSICOSIS TRANSITORIA	298.8	Otras psicosis reactivas y las reactivas no especificadas
Estado confusional agudo	298.9	Psicosis no especificada
Estado confusional subagudo	299	PSICOSIS PECULIARES DE LA NIÑEZ
Otras	299.0	Autismo infantil
Sin especificación	299.1	Psicosis desintegrativa
OTRAS PSICOSIS ORGANICAS (CRONICAS)	299.8	Otras
Psicosis o síndrome de Korsakov (no alcohólico)	299.9	Sin especificación
Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte		
Otras		
Sin especificación		
PSICOSIS ESQUIZOFRENICA		
Tipo simple		
Tipo hebefrénico		
Tipo catatónico		
Tipo paranoide		
Episodio esquizofrénico agudo		
Esquizofrenia latente		
Esquizofrenia residual		
Tipo esquizoafectivo		
Otras		
Sin especificación		
		TRASTORNOS NEUROTICOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS
	300	TRASTORNOS NEUROTICOS
	300.0	Estados de ansiedad
	300.1	Histeria
	300.2	Estado fóbico
	300.3	Trastornos obsesivo-compulsivos
	300.4	Depresión neurótica
	300.5	Neurastenia
	300.6	Síndrome de despersonalización
	300.7	Hipocondría
	300.8	Otros trastornos neuróticos
	300.9	Sin especificación

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Trastorno paranoide de la personalidad
 Trastorno afectivo de la personalidad
 Trastorno esquizoide de la personalidad
 Trastorno explosivo de la personalidad
 Trastorno anancástico de la personalidad
 Trastorno histérico de la personalidad
 Trastorno asténico de la personalidad
 Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales
 Otros trastornos de la personalidad
 Sin especificación

306 ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES CORPORALES ORIGINADAS POR FACTORES MENTALES
 306.0 Osteo-musculares
 306.1 Respiratorios
 306.2 Cardiovasculares
 306.3 Cutáneas
 306.4 Gastrointestinales
 306.5 Genitourinarias
 306.6 Endócrinas
 306.7 De los órganos de los sentidos
 306.8 Otras
 306.9 Sin especificación

DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES

Homosexualidad
 Bestialidad
 Pedofilia
 Travestismo
 Exhibicionismo
 Transexualismo
 Trastorno de la identidad psicosexual
 Frigidez e impotencia
 Otras
 Sin especificación

307 SINTOMAS O SINDROMES ESPECIALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
 307.0 Tartamudeo
 307.1 Anorexia nervosa
 307.2 Tics
 307.3 Movimientos estereotipados repetitivos
 307.4 Trastornos característicos del sueño
 307.5 Otros trastornos y los no especificados del comer
 307.6 Enuresis
 307.7 Encopresis
 307.8 Psicalgia
 307.9 Otros y los no especificados

SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL**DEPENDENCIA DE LAS DROGAS**

Del tipo de la morfina
 Del tipo de los barbitúricos
 Cocaína
 Cannabis
 Del tipo de la anfetamina y otros psicoestimulantes
 Alucinógenos
 Otra
 Combinaciones de drogas del tipo de la morfina con cualquiera otra
 Combinaciones que no comprenden drogas del tipo de la morfina
 Sin especificación

308 REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION
 308.0 Con predominio de las alteraciones emocionales
 308.1 Con predominio de las alteraciones de la conciencia
 308.2 Con predominio de las alteraciones psicomotoras
 308.3 Otras
 308.4 Mixtas
 308.9 Sin especificación

ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA

Alcohol
 Tabaco
 Cannabis
 Alucinógenos
 Barbitúricos y tranquilizadores
 Del tipo de la morfina
 Del tipo de la cocaína
 Del tipo de la anfetamina
 Antidepresivos
 Otros

309 REACCION DE ADAPTACION
 309.0 Reacción depresiva breve
 309.1 Reacción depresiva prolongada
 309.2 Con predominio de alteración de otras emociones
 309.3 Con alteración predominante de la conducta
 309.4 Con alteración simultánea de las emociones y de la conducta
 309.8 Otras
 309.9 Sin especificación

TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICOS NO PSICOTICOS CONSECUTIVOS

Síndrome del lóbulo frontal
Otro tipo de cambio de la personalidad
Síndrome de poscontusión
Otros
Sin especificación

TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE

PERTURBACION DE LA CONDUCTA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE
Perturbación insocial de la conducta expresada en forma individual
Perturbación de la conducta en pandilla
Trastorno compulsivo de la conducta
Perturbación mixta de la conducta y de las emociones
Otra
Sin especificación

PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIARES DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA

Con ansiedad y miedo
Con sentimientos de infelicidad y tristeza
Con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social
Problemas de relación
Trastornos mixtos u otros
Sin especificación

SINDROME HIPERCINETICO DE LA NIÑEZ

Perturbación simple de la actividad y de la atención
Hipercinesia con retardo del desarrollo
Trastorno hipercinético de la conducta
Otro
Sin especificación

- 315 RETARDO SELECTIVO DEL DESARROLLO**
315.0 Retardo selectivo de la lectura
315.1 Retardo selectivo de la aritmética
315.2 Otras dificultades selectivas del aprendizaje
315.3 Trastorno en el desarrollo del lenguaje o del habla
315.4 Retardo motor selectivo
315.5 Trastorno mixto del desarrollo
315.8 Otros
315.9 Sin especificación
- 316 FACTORES PSIQUICOS ASOCIADOS CON ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE**

RETRASO MENTAL

- 317 RETRASO MENTAL DISCRETO**
- 318 RETRASO MENTAL DE OTRO GRADO ESPECIFICADO**
318.0 Retraso mental moderado
318.1 Retraso mental grave
318.2 Retraso mental profundo
- 319 RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO**