

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11241

17

24

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA EN ESTUDIANTES  
DEL CCH NAUCALPAN TURNO MATUTINO CON GOLBERG (+)

TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD COMO

MEDICO PSIQUIATRA

PRESENTA

CASILDO C. MARTINEZ VALERIO

TUTOR:

DR. JOSE GUADALUPE MERCADO V.

ASESOR:

ING. JOSE CORTES

MEXICO, D.F.

FEBRERO DE 1990.



## **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 está 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

1.-INTRODUCCION.....	1
2.-ANTECEDENTES Y LITERATURA REVISADA.....	2
3.-JUSTIFICACION.....	18
4.-OBJETIVOS.....	19
5.-HIPOTESIS.....	19
6.-DISEÑO Y METODOLOGIA.....	20
7.-RESULTADOS.....	27
8.-CONCLUSIONES.....	45
9.-BIBLIOGRAFIA.....	47

## INTRODUCCION:

Cualquier tipo de problemática emocional, dependiendo de su severidad, duración, las características propias de la misma y el estado físico y mental afecta en mayor o menor grado del desempeño social de quien la padece.

Como seres humanos que son, los estudiantes están igualmente expuestos a padecer los diversos tipos de problemática, sin embargo hasta el momento actual, los estudios encaminados a clasificar lo referente a problemas emocionales se han destinado en su gran mayoría a la población general, encontrándose en la literatura médica - especializada, escasos reportes que aborden la problemática emocional de los estudiantes, la repercusión de ello sobre sus actividades académicas y la consecuente afectación a la sociedad dado lo importante del papel que juegan los estudiantes en el desarrollo del país.

Es por ello que se decide elaborar el presente estudio, que de pauta para estudios posteriores que nos ayuden a entender que está pasando con la problemática emocional del estudiante en su etapa académica y como la manejan.

Nuestro propósito específico en el presente estudio es -- el identificar la prevalencia de sintomatología psiquiátrica en estudiantes de nivel medio superior en los primeros meses de su ingreso a bachillerato.

Identificando y conociendo dicha prevalencia se podrán plantear nuevas hipótesis y elaborar nuevas estrategias que ayuden a mejorar y a detectar tempranamente la sintomatología existente lo que finalmente constituye la meta de todo profesional de la Salud.

## ANTECEDENTES Y LITERATURA REVISADA

El proceso de salud-enfermedad como es sabido, es influenciado por múltiples aspectos, los cuales en un mayor o menor grado tienen una importante influencia en la genesis del desarrollo de dicho proceso.

De los múltiples aspectos que influyen, se encuentran los políticos, económicos, de origen social e ideológicos.

En el caso de los trastornos mentales es la epidemiología psiquiátrica la disciplina que de hecho a coadyuvado al conocimiento de los trastornos mentales, no solo en cuanto a su etiología, evolución y pronostico sino tambien como fundamento científico de las diversas acciones para el cuidado y mantenimiento de la salud mental y de la planificación de recursos asistenciales.

Dicha disciplina plantea un cambio radical de perspectiva porque de alguna manera desplaza el centro de intereses desde la situación de la enfermedad individual al estado de salud comunitario lo que explica en un contexto mas amplio y fundamental el compromiso de la organización de los servicios asistenciales de salud mental.

Este compromiso en el ámbito universitario adquiere proporciones significativas por diversos factores; la salud universitaria se centra en un complejo social que integran la comunidad estudiantil "como paciente"; el entorno abstracto que es el propio plantel inserto en la población general y los servicios responsables de proporcionar dicha salud; sin embargo en el caso de la salud mental existen factores que favorecen el acceso a los servicios, tanto de atención como de orientación, así podemos decir que la población universitaria constituye un grupo etareo homogéneo y la ocupación común, el proceso enseñanza-aprendizaje, ofrecen ventajas para programar y definir prioridades.

Al ser el adolescente nuestro sujeto de estudio mencionaremos los cambios de transición que tienen durante esa etapa de desarrollo, por lo cual nos referiremos a la pubertad como fenómeno de crecimiento maduracional muy ligado a los cambios fisiológicos, hormonales que se dan dentro de un rango de edad cronológica en el continuo del ciclo vital. Cuando se habla de adolescencia designa el aspecto psicológico y social y desde luego tambien maduracional que ha sido iniciado por la pubertad o sea es el proceso de hacerse adulto.

La adolescencia representa una crisis, una situación de la que el joven puede salir con una energía definida hacia la maduración completa o bi

en durante la cual se puede perder todo lo ganado y acuñar una personalidad inmadura, lejana a la salud mental; representa la gran posibilidad, la última de superar las actitudes infantiles, adquirir conciencia de los verdaderos valores humanísticos y conducirse definitivamente ya, hacia la individuación total.

El adulto que ha alcanzado la madurez, sabe quien es y lo que espera de la vida, ésta tiene para él un sentido puesto que ya alcanzó la autonomía emocional y es, consecuentemente responsable de su conducta, además (Fromm), es capaz de relacionarse con los demás mediante la razón y el afecto.

Debe tenerse en mente que los complejos fenómenos, en la adolescencia están contruidos sobre antecedentes específicos que reciben en la niñez temprana y el requisito para que surja este proceso es el paso con éxito a través del periodo de latencia; el desarrollo bifásico de la sexualidad prolonga la niñez y representa una condición unicamente humana que Bloos, propone como lo que en gran medida es responsable de los logros culturales del hombre.

En la actualidad existe una tendencia a prolongar la adolescencia debido a las complejidades de la vida moderna. Biologicamente, la adolescencia es un fenómeno único para la especie humana; la maduración del SNC y de la producción hormonal lleva en el hombre varios años y se alcanza solo en la pubertad. Lo contrario de lo que ocurre en las demás especies. Esta circunstancia humana obliga a un largo periodo de dependencia en particular de la madre alimentadora.

Otra diferencia con los demás animales es tenerse en cuenta que mucho de la adolescencia humana es aprendido y no heredado; la masculinidad, la femineidad, el tabu incestuoso, son universales, humanos, necesariamente aprendidos.

Dentro de los aspectos biológicos están los cambios puberales primarios y secundarios, las diferencias en crecimiento entre varones y niñas los cambios en el ritmo del crecimiento y al respecto Bloos propone que los adolescentes que entran a la pubertad tempranamente la pasan con rapidez, mientras que los que son tardíos para madurar progresan a un paso mas lento y las variaciones en la proporción entre las diferentes partes del cuerpo, dicho crecimiento sigue una forma que ha sido llamada asimétrica o por brotes, ya que ocurre como una secuencia de cambios súbitos mas que como una progresión gradual y suave. Así como la respuesta que el joven suele dar a los cambios somáticos, la ansiedad del varon en relación con el tamaño de sus genitales, la respuesta de la -

mujer a la menarquía, la masturbación en ambos.

Estos brotes de crecimiento en relación a la altura, peso, musculatura y desarrollo de las características sexuales primarios y secundarios - son acompañados por importantes estados emocionales, lo que es de esperarse dado el cambio en la autoimagen corporal y la reevaluación del ser ante nuevos poderes y sensaciones físicas, lo que da por resultado un aumento en la labilidad psíquica, lo que refleja en los disturbios emocionales del adolescente que pueden ser de variada gravedad con sus consecuentes efectos invalidantes transitorios o permanentes.

Otra consecuencia invertible del desarrollo biológico es la intensificación de la energía física disponible, que obliga al adolescente a actuar impulsivamente, violentamente, se dice también que la tendencia a la acción se debe a un incremento real, biológico y por lo tanto normal, de la agresividad.

Finalmente debe tenerse en cuenta que el periodo de la adolescencia tiene un final en el tiempo, y que el joven se percata de que han llegado a su terminación, su crecimiento físico y los cambios corporales, ello provoca una respuesta emocional. Es difícil intentar una delimitación clara y precisa entre las manifestaciones conductuales propias y naturales del adolescente y las que son meras respuesta a las actitudes culturalmente variables de los adultos.

Podemos decir que a pesar de las diferencias ambientales que dependen de factores diversos hay un trasfondo relativamente universal, un escenario del proceso de hacerse adulto; tres hechos claves lo forman:

- 1.- la reconocible discrepancia entre la madurez fisiológica y la social.
- 2.- el conflicto entre generaciones, que es universal pero muy matizado por las diferencias culturales.
- 3.- el conflicto entre el impulso y la cultura.

Los cambios psicológicos que podemos llamar universales, porque ocurre inevitablemente en cualquier adolescente, sea cual sea su ambiente social son los siguientes:

- 1.- el aumento de la agresividad.
- 2.- el aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto.
- 3.- la intensificación de la imaginación y la fantasía.
- 4.- la intensificación del impulso erótico viviendo éstos cambios forzados y actuando en un escenario como el descrito, el niño iniciará el camino de la adolescencia, pero también se afianzarán sus rasgos de carácter, aquellos que ya apuntaban desde temprano en su vida y que

shore tipificaran su personalidad.

Se describen en ésta etapa varias fases pero su relación con la edad es muy débil y la conducta en general es fenómeno complejo que depende altamente de la historia individual y del medio ambiente en que se desarrolla el sujeto; en una cultura como la occidental en donde no se tiene ni un límite claro en cuanto a edad en el que el individuo deja de ser un adolescente para convertirse en un adulto, además de múltiples medidas sobre todo desde el punto de vista legal contradictorio no es raro que la juventud haya hecho sus propias formas sociales y patrones experienciales que pueden entenderse como el intento de los jóvenes de convertir un evento biológico en una experiencia psicosocial.

Desde 1936 Anna Freud, trató el asunto de los procesos del ego en la adolescencia, en lo relativo a los mecanismos de defensa. Poco han agrado los psicoanalistas desde entonces que son los que más han aportado informes sobre éste periodo.

Se admite que los mecanismos defensivos están bajo presión, se hacen más rígidos y burdos, llegando a veces a la caricaturización, la intelectualización moderada de la preadolescencia, se convierte en un intelectualismo extravagante, las formaciones reactivas llegan a lo grotesco a veces el adolescente procede con grandes oscilaciones, como el caso del ascetismo y el libertinaje.

Anna Freud en 1953 mencionó las siguientes maniobras defensivas:

- el desplazamiento de la libido, desde los padres hacia los compañeros de pubertad.
- la inversión del efecto, por medio de la cual el adolescente cambia la ternura por el odio, la dependencia por el desafío.
- la reversión de la libido hacia el self, un narcisismo que puede llegar a la preocupación hipocondríaca.
- la regresión con un retorno a los estados primitivos del ego y un apartamiento psicótico de la realidad.
- el adolescente se defiende de sus propias emociones.

la presión instintiva activa las emociones, principalmente la ansiedad la vergüenza y la culpa, las defensas se movilizan contra los sentimientos devastadores como el pánico, la mortificación y la malignidad; ciertas emociones son embotelladas, hasta que en cierto momento inapropiado son destapadas; el adolescente puede reaccionar a la angustia negándola, hasta el punto de parecer un verdadero psicópata. El culposo puede mediante una formación reactiva aparecer como un cínico insolente.

Los mecanismos defensivos más conocidos en el adolescente son:



La negación como caso típico de represión, la intelectualización, la fantasía, la regresión y la formación reactiva.

Se hablan de tareas cuando se refieren al cambio que el adolescente ha de recorrer hacia la adultez, puede decirse que son tareas psicosociales universales, aunque con las variantes que la cultura y el medio provocan, se mencionan las siguientes:

La humanización de los valores, se da en todo adolescente y tiene que ver con la formación de grupos juveniles, la delincuencia y el descontento social.

La adquisición de un sentimiento de identidad.- como la posesión de una imagen y una visión de nosotros mismos que depende de nuestras propias experiencias y de la valoración que los demás hacen de nosotros, está implícito un sentimiento de continuidad vital, la conciencia de que somos nosotros mismos, pese a la ruptura del encantamiento infantil. La actualización de la autentica vocación.- o un descubrimiento del yo dice que el niño y el mundo parecen unidos pero en la pubertad ocurre la separación y el joven comienza a reflexionar sobre si mismo, una introversión autoanalítica.

Pero el descubrimiento del yo interno despierta sentimientos de soledad y la necesidad de hacer experimentos con el propio yo diferenciado para establecer su unidad, la consecuencia es que el adolescente revisa ahora todas las ideas que han sido incuestionables y aparece como un rebelde contra costumbres, tradiciones, familia e instituciones sociales, se considera como un índice de madurez el que el adolescente logre la unificación de sus diversos egos en pugna, lo que lleva a un grado relativo de estabilidad, de armonía y de aceptación de si mismo.

La individuación mediante la emancipación de los padres.

-La integración de un completo y armónico desarrollo de la sexualidad.

-El encuentro de un sentimiento y la existencia.

Erickson dice que el joven se enfrenta a una revolución fisiológica dentro de si mismo, que amenaza su imagen corporal y a su identidad del yo, empieza a preocuparse por lo que aparenta ser ante los ojos de los demás, en comparación con el sentimiento que tiene de si mismo, la identidad implica la integración de las experiencias previas en el presente, así como la tentativa consciente de hacer que el futuro forme parte de su plan de vida personal; si no se logra, existe el riesgo de que el papel que ha de desempeñar como individuo, aparezca a los ojos del adolescente como difuso, no son raros entonces los incidentes antisociales y los psicóticos. Dice que el adolescente puede llegar a graves extremos de sobre identificación, lo que a su vez conduce a -

una rebelión contra el dominio y la intrusión de sus padres en su vida privada, porque necesita separar su identidad de la de ellos; pese a todo tiene una desesperada necesidad de pertenecer socialmente a un grupo, el joven llena el vacío que va dejando su progresiva separación de los padres, también algunos que no tienen un gran interés en los demás como personas se unen a ellos en la búsqueda de un ideal puro, subordinando el amor por otros al amor por una causa.

Erickson considera que el proceso de lograr la identidad está muy relacionada con el hecho de que la fidelidad es la virtud central durante la adolescencia, la fidelidad y la fe son virtudes sin las cuales no se puede alcanzar un ego fuerte, son tan necesarias para la adaptación del hombre a su medio como lo son los instintos para los animales, de tal modo que su ausencia puede favorecer que el individuo se ligue a los grupos de conducta desvariada, el grupo ofrece la oportunidad de asirse a algo, de tener fe en lo que parece importante.

Piensa que el potencial para el buen desarrollo de la identidad proviene de una buena integración de los estadios anteriores los que permiten la formación de los sentimientos de confianza, autonomía, iniciativa e industriosidad; se entiende que la desconfianza, la duda, la culpa y la inferioridad, que son las situaciones contrarias, en nada coadyuban a la formación de la identidad del ego.

Pero tal potencial proveniente del pasado, es algo nuevo que se conforma en el presente, no tiene mucho sentido interpretar toda la dinámica del adolescente en términos del pasado, el presente es demasiado poderoso para ceder el paso a la retrospectión si todo proviene de la niñez, entonces alguien tiene la responsabilidad de mi presente.

Erickson dice que la identidad del adolescente está formada de elementos positivos y negativos (lo que no deseamos ni esperamos ser), el adolescente es vulnerable debido a esa dualidad, ya que puede llegar a la identificación con los elementos negativos, cuando la situación vital imposibilita la identidad positiva; dado que el sentimiento de identidad empieza a formarse desde que el niño reconoce a su madre y es reconocido por ella como un individuo aparte, nada tiene de raro que al llegar a la adolescencia, después de pasar por varios estadios, se tenga un caudal negativo de identidades parciales, compuesto de lo que ha sido vergonzoso, castigado o que ha engendrado culpa, como la falta en la competencia y la caída en la maldad, a la luz de un anticipado futuro, la identidad es la reestructuración de todas las identificaciones previas.

La siguiente tarea de la adolescencia es la individuación en el sentido que aquí le damos debe entenderse como la emancipación de los padres, este es un proceso que no puede considerarse unilateralmente ya que la reacción de los adultos entra en juego como determinante, en virtud de que los conceptos de sí mismos y del modo del adolescente han sido determinados por la estabilidad de la relación con sus padres ahora queriendo a su independencia se siente confuso y amenazado.

Durante el periodo de latencia el niño o sea en su segundo año experimenta la fatal distinción entre ser y no ser una experiencia de individuación similar aunque mucho mas completa, ocurre durante la adolescencia que lleva en su etapa final a un sentido de identidades de -- que el adolescente puede consolidar ésta formación, debe pasar por etapas de autoconciencia y existencia fragmentada.

La individuación adolescente se acompaña, de sentimientos de -- aislamiento, soledad, confusión, vergüenza, matizados por la angustia en buena medida, angustia existencial; entre otras razones porque los adolescentes lleva a la mayoría de los sueños megalomaniacos de la infancia a un fin irrevocable, en consecuencia mas de un adolescente trata de permanecer indefinidamente en una fase transitoria del desarrollo, esta condición se llama adolescencia prolongada; se describen varias fases para éste proceso y el paso a través del mismo es un tanto desordenado y nunca en línea recta, como ya se ha mencionado los logros del periodo de latencia son una precondición esencial para avanzar a la adolescencia y pueden resumirse como sigue: La inteligencia debe desarrollarse a través de una franca diferenciación entre el proceso primario y secundario del pensamiento y a través del empleo del juicio, la generalización, la lógica, la comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo, deben de haber adquirido una estabilidad considerable; la estatura física debe permitir autonomía y control del ambiente las funciones del yo deben haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y desintegración bajo el impacto de situaciones de la vida cotidiana, la capacidad sintética del yo debe de ser afectiva y compleja y finalmente el yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del medio externo.

#### Preadolescencia y adolescencia temprana:

Se caracteriza la primera por un aumento de los impulsos libidinales que conllevan según Anna Freud a la pregenitalidad, las diferencias entre los sexos se hacen claras, sin embargo aún no se establecen relaciones adecuadas de objeto-problema que se consideraba central para estas

fases incluso para la fase adolescente propiamente dicha: desde el punto de vista afectivo existe un caos bien reconocido que se debe a una reorganización profunda de la vida emocional, se elaboran defensas transitorias de las cuales algunas son adaptativas y constituyen un fundamento importante para la vida adulta en la adolescencia temprana además se da independencia de valores y reglas morales, con respecto a las figuras parentales y que son sintónicas con el yo, es el momento en que el adolescente se vuelve al amigo en quien reconoce e idealiza, algunas características de las cuales conoce. Freud propone que esta expansión de la vida amorosa conduce a la formación del yo ideal y esta formación según él absorbe los conceptos bisexuales y narcisistas algunas de las características de la adolescencia temprana son:

-La rebeldía contra los adultos y sus valores.

El narcisismo intenso.

-La subcultura adolescente adquiere gran importancia (el grupo)

-Las urgencias y los sentimientos sexuales se intensifican y ganan expresión primero en fantasías, luego en la actividad masturbatoria.

-Marcado incremento de la agresividad, apoyada en el crecimiento físico

-Incremento de las capacidades intelectuales y emocionales.

-Actitudes y conducta caracterizados por cambios impredecibles y numerosos intentos por experimentar situaciones.

#### Adolescencia Media.

Una vez que ha abandonado la bisexualidad se hace posible la elección de objeto heterosexual, en cooperación con las dos fases anteriores el adolescente lleva una vida afectiva mas intensa, mas profunda y con mayores horizontes sin embargo con muchas mas dificultades para poder compartirla, es el momento en que el adolescente se torna mas irascible y difícil de controlar, y en donde por otra parte mas equivocaciones diagnósticas pueden ocurrir y al respecto Deutsch propone solo el desarrollo posterior puede mostrarnos si el fenomeno patológico está comprendido en tales casos, o si solo son dificultades intensificadas de la adolescencia; la fantasía y creatividad se encuentran en la cúspide en este momento, expresiones artisticas e ideacionales hacen posible la comunicación entre experiencias altamente personales con el medio social, lo que conlleva a una necesidad imperiosa para la formación de grupos, en donde existe un lider con quien identificarse además del sentido de pertenencia que durante esta fase provee de identidad al sujeto y que desde otro punto de vista, le permitirá ir asimilando experiencias sociales afectivamente significativas que daran guía a su desarrollo.

### Adolescencia Tardía.

Se considera básicamente una fase de consolidación y Bloos se refiere a la elaboración de:

- 1.-Un arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del yo.
- 2.-Una extensión de la esfera libre de conflicto del yo.
- 3.-Una posición sexual irreversible.
- 4.-Representaciones del yo y del objeto relativamente constantes.
- 5.-Estabilización de los aparatos mentales que automáticamente salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.

La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo y por tanto un momento de crisis. Erickson ha hablado de esto como una crisis de identidad y ha descrito el síndrome de adolescencia prolongada en términos de reticencia para llevar la última fase de la infancia, es decir la adolescencia a su fin; por otra parte Anna Freud ha propuesto toda una teoría del desarrollo del sujeto, en base a lo que ella llama líneas de desarrollo, entre las cuales se encuentra una que se considera básica y a la que se ha prestado especial atención con respecto a la adolescencia. Anna Freud ha llamado desde la dependencia hasta la autosuficiencia emocional y las relaciones objetales adultas, esta línea se ha subdividido en varias fases:

- 1.-La unidad biológica de la pareja madre-hijo, periodo que además se subdivide según Mahler en las fases autistas, simbióticas y de separación individuación.
- 2.-La relación anaclítica con el objeto parcial M. Klein o de satisfacción de necesidades que está basada en urgencias somáticas.
- 3.-La etapa de constancia objetal que permite el mantenimiento de una imagen interna y positiva del objeto.
- 4.-La relación ambivalente de la fase fálico-anal, caracterizada por las actitudes del yo de depender dominar y controlar los objetos amados.
- 5.-La fase fálico edípico que se encuentra centrada en el objeto caracterizada por una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario, celos por rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo, actitudes de curiosidad, deseos de ser admirado y exhibicionismo.
- 6.-El periodo de latencia, es decir la disminución de la urgencia de los impulsos y la transferencia de la libido desde las figuras parentales hacia los compañeros de grupo, maestros, líderes.
- 7.-El preludio preadolescente de la rebeldía de la adolescencia, es decir el retorno a conductas y actitudes anteriores especialmente del objeto

parcial de la satisfacción de necesidades y del tipo ambivalente.

5.-La lucha del adolescente por: negar, contrarrestar, aflojar y cambiar los vinculos con sus objetos infantiles, defendiendose contra impulsos pregenitales y finalmente estableciendo la supremacia genital contra la descarga libidinal.

Para esto se han hecho varias investigaciones con poblaciones diferentes y con distintas características con dos instrumentos que fueron diseñados como una prueba de filtrado o tamizado para detectar y confirmar la enfermedad psiquiatrica no psicótica.

Diversos estudios han demostrado que existe un alto porcentaje de morbilidad psiquiatrica no detectada en pacientes que acuden a la practica médica general y que en la mayoría de los casos se trata de las primeras manifestaciones de este tipo de padecimientos.

Lipowski<sup>2</sup> refiere que existe evidencia de alteraciones psiquiatricas que necesitan atención especializada, los reportes varían de 30 a 60% en pacientes internados y aumentan hasta el 80% en algunas poblaciones de consulta externa.

Otros estudios realizados sobre prevalencia en E.U e Inglaterra oscilan entre 20 y 30%, hallazgos similares han sido reportados en Colombia, India, Sudan y Filipinas. Las diferencias se deben a diversos criterios para la definición de casos, sin embargo lo que se observa es que a pesar de la elevada prevalencia de pacientes con trastornos emocionales estos no son siempre detectados por el médico general.

Marke y sus cols.<sup>23</sup> en 1979 reportan que solo el 54% de los casos fueron detectados en una muestra de pacientes ingleses, siendo mas efectiva su identificación mediante el empleo de instrumentos encaminados a la detección de pacientes con trastornos psiquiátricos.

La investigación se llevo a cabo en dos fases:

Primero la detección de casos potenciales utilizando la versión de 60-reactivos del cuestionario General de Salud, este instrumento proporciona información del estado mental actual del paciente y de la severidad de su padecimiento. La segunda etapa consistió en la confirmación del diagnóstico mediante la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

Se dió curso a los clínicos en el manejo de la EPE. A toda la población de edades entre los 18 y 64 años que asistió a consulta externa de un hospital general se les aplicó el CGS, en el lapso de 5 semanas.

En la segunda etapa se realizaron en forma independiente la entrevista psiquiátrica estandarizada a todos los pacientes con calificaciones altas y una muestra de pacientes con calificación baja. Un total de 619-

pacientes acudieron a consulta; 597 contestaron el cuestionario y 364 pasaron a entrevista. Se buscó el punto de corte y se estableció en -- 7/8 y de 8 en adelante el sujeto se consideraba caso, con un grado de error conocido, del 22% para hombres y punto de corte de 8/9 con error de 25% para mujeres. La especificidad y sensibilidad fueron de 76% y de 74% respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre casos y no casos, clasificados por sexo, edad, escolaridad y estado civil. Prevalencia: El 34% de la población total presentó algún tipo de patología mental que requiere atención especializada. Por sexo prevalencia de 26% en masculinos y 38% en femeninos. La de trastornos severos que ameritan internamiento es mayor entre varones que en mujeres; 5.4 y 4.13% respectivamente.

Las neurosis, especialmente la depresión, son responsables del elevado índice de casos entre ambas poblaciones. La prevalencia fue mayor en solteros de 25 y 34 años con escolaridad de primaria y mujeres-amas de casa de 35 años con menos de 9 años escolares cursados. Estos factores se analizaron a través de regresiones múltiples para variables categóricas y pruebas F. Las subescalas fueron obtenidas a través de análisis de factores de rotación varimax realizada a partir de respuestas del cuestionario de esta misma población. Se realizaron análisis de regresión múltiple para cada variable criterio.

A pesar de que las estimaciones de prevalencia resulten ser -- elevadas, si observamos los diferentes grados de severidad diagnóstica de acuerdo a la EPE, encontramos que el 30.5% presentan alteraciones que requieren atención en consulta externa psiquiátrica.

Las mujeres presentaron mayores puntuaciones en síntomas somáticos y trastornos del sueño y a mayor edad se encontró síntomas de -- inadecuación social y depresión. Estos y otros estudios ponen en evidencia la efectividad del cuestionario en distintos ambientes; sin embargo son pocas las investigaciones que se han realizado en gente joven como la que nos ocupa. Entre éstos destacan los estudios de Banks-M (1983)<sup>27</sup>, llevados a cabo en 200 jóvenes ingleses de 17 años de edad, en Sheffield; y el estudio de Radovanovic y cols (1983), llevado a cabo en estudiantes de medicina de una Universidad de Yugoslavia.

Medina Mora y cols.<sup>19</sup> realizó un estudio en el que se consideró como población a los estudiantes universitarios de los primeros semestres del turno vespertino de una facultad de la UNAM, investigación -- que se llevó a cabo en una muestra de 296 alumnos de uno y otro sexo, asistentes a dos materias obligatorias, a quienes les fue aplicado el CGS en su versión de 60 reactivos.

Como el 0.48% se negó a contestar el cuestionario, quedó un total de 204 mujeres y 91 hombres. La media de edad de la población fue de 20 años; en general, mostraron continuidad en los estudios (82.03%) y un promedio de más de 13 años escolares cursados (65.42%).

La mayoría eran solteros (85.76%) que estudiaban a la vez que trabajaban (59.66%).

El total de sujetos entrevistados fue de 112, de los cuales 83 eran mujeres (74.11%) y 29 hombres (25.89%), la entrevista la llevo a cabo uno de los cinco psicólogos que habían sido previamente entrenado para usar el instrumento, quienes obtuvieron una confiabilidad entre puntuaciones de +0.84 al evaluar la presencia, ausencia y severidad de síntomas.

Encontró que el 39.32% de la población estudiada presentaba algún tipo de padecimiento que requería de una atención especializada.

En el grupo de mujeres, el 53.07% mostró síntomas de irritabilidad; el 51.84% de ansiedad; el 49.37% de ánimo depresivo; el 39.49% de fatiga y el 32.09% de alteraciones en el sueño, que variaron de moderados a muy intensos.

En el grupo de hombres, los porcentajes fueron menores: disminución de la concentración 44.82%; ansiedad e irritabilidad, 41.36% ánimo depresivo, 34.77%, alteraciones en el sueño, 34.47% y síntomas somáticos 31.02%. Encontraron en el sexo femenino predominio del ánimo depresivo (50.61%) y contenido depresivo del pensamiento (46.90%), junto con la ansiedad moderada (37.03%) y la excesiva preocupación por las funciones corporales, sintomatología que sugirió reacciones depresivas o cuadros psicósomáticos. En los hombres hubo cuadros ansiosos depresivos y una cierta disminución en la somatización. Consideraron que en la salud mental del adolescente un porcentaje muy elevado de ellos no presentan cuadros claros o inequívocos de neurosis o psicosis iguales a los de los adultos. Existen<sup>8</sup> equivalentes tanto somáticos como emocionales de la depresión (Friedman J, 1973). Estos equivalentes somáticos pueden incluir fatiga, dolor, dispepsia, náusea, mal sabor de boca, contipación e irritabilidad. Los equivalentes emocionales son la fagomanía, el aburrimiento, la anergia, la hipocondriasis, la atención difusa y la búsqueda constante de placer y estimulación.

También puede haber intentos de suicidio y al mismo tiempo negarlo o manejar la ideación suicida, convirtiéndola en una enfermedad psicósomática, o demostrarla por una fuerte rebeldía.

Esta sintomatología se encuentra presente en la población uni-



versitaria estudiada en porcentajes elevados, lo cual explique la problemática de otra índole de los universitarios, como son el bajo rendimiento escolar, el ausentismo y la deserción escolar.

Sin embargo la prevalencia estimada de trastornos mentales puede considerarse como elevada si suponen que la población universitaria debería ser una población más sana debido a los diversos privilegios y tamizados por los que atraviesan los alumnos para poder llegar a ser universitarios, y aunque están sometidos a una serie de pruebas tensionantes, deberían estar libres de trastornos graves.

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

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

Strain<sup>4</sup> insiste en la necesidad de implantar instrumentos que detecten la patología mental en los hospitales generales de estados Unidos, así como en los departamentos de salud mental, formados por personal interdisciplinario que brinde asesoría y atención para el manejo de estos pacientes.

Cohen Cole<sup>6</sup> en un estudio realizado en Carolina del Norte con 200 médicos no psiquiatras reportó que el 37% de sus pacientes presentaba componentes psicológicos significativos concomitantes a su padecimiento y que según la opinión de los médicos únicamente el 11% necesitaba de atención psiquiátrica especializada.

Folanckek<sup>5</sup> reportó que en Checoslovaquia, el 20% de los casos psiquiátricos era atendido por médicos generales y Cooper encontró que la angustia y la depresión formaban el 60% de las neurosis crónicas en la consulta de 8 médicos en Inglaterra.

Estos resultados indican que un elevado número de personas presentan problemas de tipo psicológico además de la sintomatología física, son atendidos frecuentemente en la consulta externa de los hospitales generales. Padilla y cols<sup>13</sup> estudió a una población que asiste a un centro de salud a consulta general con los siguientes objetivos; estan-

darizar y determinar la validez de un cuestionario que detecte casos - psiquiátricos potenciales en la población que asiste a un centro de salud.

Estimar la frecuencia con que se presentan los trastornos mentales en los grupos afectados así como los diferentes tipos de diagnósticos psiquiátricos.

12

Cambillo y cols. en 1978 estudiaron la confiabilidad de la EPE estandarizada en pacientes con diferentes grados de patología y diferente sintomatología, en una consulta externa especializada; el grado de acuerdo entre los especialistas, en cuanto a ausencia, presencia y severidad de síntomas, osciló entre un coeficiente de correlación de  $r = .90$  y  $.93$ .

El poder discriminativo del CGS lo estudió en nuestro país en dos poblaciones con diferentes grados de escolaridad. Utilizaron tanto la EPE como el CGS. Se llevo a cabo con una población del centro de salud del sur del D.F. en un periodo de 6 semanas, trabajando de lunes a viernes; se estudiaron en éste periodo un total de 1001 personas (157-hombres y 844 mujeres) que fueron censadas al momento de solicitar la atención médica, por selección aleatoria se seleccionó uno de cada dos pacientes para aplicarles el CGS. De ésta muestra se seleccionó uno de cada tres pacientes que hubiesen calificado bajo y todos los que tuvieron calificaciones altas en la escala (7 o +) integrando un total de 348 pacientes a los cuales se les aplicó la EPE por personal previamente calificado.

Para establecer la validez del CGS utilizando como criterio de validez externa la EPE, se realizaron analisis de sensibilidad y especificidad se estimaron tasas de clasificación errónea, porcentajes de falsos positivos y negativos, así como valores predictivos. De los 3 puntos de corte que analizaron se encontró que el 8/9 presenta un mejor equilibrio entre sensibilidad (78.8%) y especificidad (77.1%) lo que a su vez estabiliza las demás estimaciones. TCE 22.1%. F+22.9% y F-21.3%, con éste criterio consideraron como casos a los sujetos que alcanzan puntuaciones de 9 o mas síntomas en el CGS tendrían un 22.9% de sujetos mal clasificados (falsos positivos) y un 21.3% de falsos negativos. Determinado el error del cuestionario estimaron la prevalencia mediante la formula  $(\% \text{ calif. alta en el CGS} \times VF \text{ CA}) + (\% \text{ de calif. baja en el CGS} \times VPCB)$ . Los resultados muestran que el 51% de la población presenta algun tipo de padecimiento que requiere atención especializada. Para estandarizar el cuestionario en cada variable estudiada ,

se obtuvo el punto de corte ideales para cada subgrupo y su relativa frecuencia. Los resultados demuestran elevados índices de frecuencia sin variaciones importantes al interior de cada variable; se observa que 137 (29.1%) de los trastornos se diagnosticaron como reacciones de adaptación y 63 (13.1%) para los diferentes tipos de neurosis, lo que representa una frecuencia acumulada de 42.5% de la prevalencia total estimada.

En cuanto al grado de severidad encontraron que en el 46.5% de los pacientes con trastornos emocionales no son tan graves, la diferencia de 5.3% representa a los pacientes con diagnósticos mas severos que requieren atención médica forsoza e incluso se beneficiaran de un periodo de internamiento.

Por lo que el CGS discriminó a los sujetos caso y no caso con un error de 22.1% lo cual es aceptable para un instrumento autoaplicable; esta tasa de clasificación errónea es inferior a la de un estudio realizado en Hospital General de México, en un estudio en Londres ; Filadelfia y en Pamplona en poblaciones de practica médica general utilizando los mismos instrumentos y criterios de casos similares.

Borus y Caserly <sup>16</sup> demostraron en un estudio de mil pacientes internos atendidos en la consulta psiquiátrica, que el 68% de ellos reportaba alteraciones psiquiátricas y físicas, aunque solo el 3% de los pacientes admitidos al hospital habían sido canalizados a psiquiatría. Los autores concluyeron que cerca del 65% de los pacientes internos no recibían la atención indicada <sup>30</sup> para detectar los padecimientos mentales

Por otro lado Roessler y Greefield reportaron en un estudio -- con 500 estudiantes universitarios que asistían a consulta externa psiquiátrica, que había una alta incidencia de padecimientos somáticos -- que no habían sido detectados adecuadamente; otros autores encontraron resultados similares en estudios de la misma indole.

Karasu y cols. <sup>29</sup> encontraron una alta incidencia de patología física no determinada en pacientes psiquiátricos, así como las personas que padecen trastornos mentales y un nivel determinado de morbilidad -- son propensas a buscar tratamiento en los servicios de salud que atienden problemas físicos, cuando su patología es predominantemente mental

Martínez, Medina, Campillo y cols. <sup>16</sup> evaluaron el costo de la atención en un estudio comparativo entre pacientes caso y no caso que recibían atención médica en la consulta general, encontraron que los pacientes con trastornos emocionales asociados a su padecimiento caso -- aventajaron en número de consultas, días de hospitalización exámenes de laboratorio y gabinete, internamientos y cantidad de fármacos pres-

critos, a los pacientes no casos.

Otros estudios demuestran que en E.U. e Inglaterra se han demostrado amplias variaciones en la habilidad de los médicos generales para valorar con precisión síntomas psiquiátricos presentes en sus pacientes, tanto en la práctica hospitalaria como en la comunidad.

En tanto que Padilla y cols.<sup>13</sup> en México en un estudio cooperativo, en pacientes que asistieron a la consulta externa obtuvieron que la frecuencia total de trastornos emocionales estimados para ésta muestra resultó ser de 33.3% de ella solo el médico general estimó 15.9% y consideró que únicamente 5.5% de estos pacientes requerían atención especializada, lo que demuestra que el CGS apoyado en la EPD es de mayor especificidad para determinar alteraciones psiquiátricas que el médico general.

Algunos autores como Ingham y Miller<sup>9</sup> han enfatizado la conveniencia de estudiar la frecuencia de los síntomas en vez de la prevalencia de los trastornos y de ésta forma establecer cuantas personas sufren la misma molestia como pacientes y los factores que determinan -- que se conviertan en pacientes o no.

Caraveo y cols.<sup>17</sup> analizaron la información en dos estudios llevados a cabo en un hospital general y en un centro de salud concluyeron que para considerar a un sujeto como caso psiquiátrico está basado en un criterio sintomatológico y a cada nivel de severidad corresponde una media sintomatológicamente diferente con interrelaciones entre -- ellas además que asegura un perfil sindromático el que define a una -- persona como caso.

JUSTIFICACION

Los datos mencionados anteriormente dan lugar a que en la presente investigación se siga con la detección a nivel primario de los síntomas mentales mas frecuentes utilizando para ello instrumentos de amplia seguridad y facil manejo, lo cual no solo nos va a permitir la identificación de los problemas de salud mental, sino además participar en la solución de los mismos.

Para lograr lo anterior con la aplicación del Cuestionario General de salud como instrumento de detección y la Entrevista psiquiátrica Modificada como instrumento de confirmación se realizara un estudio buscando conocer la prevalencia de sintomatología psiquiátrica en estudiantes de nivel medio superior del turno matutino del CCH. naucalpan.

## OBJETIVOS

- 1.-Determinar en la población estudiantil el porcentaje de alumnos que presentan síntomas mentales.
- 2.-Identificar el tipo y grado de severidad de la sintomatología mental en la población estudiantil.
- 3.-Detectar aquellos factores sociodemográficos y familiares que se encuentran íntimamente relacionados con la sintomatología mental.

## HIPOTESIS

Por ser un estudio descriptivo las hipótesis que se plantean son:

Ho. No existe relación entre las variables sociodemográficas y familiares y la sintomatología.

Ha. Si existe.

## DISEÑO Y METODOLOGIA

Se estudiaron 88 alumnos de primer semestre de bachillerato en un plantel del norte de la cd. de México, 54 sujetos son mujeres con edades que van de 14 a 19 años ( $\bar{X} = 16$ ); 100% solteras. 34 sujetos masculinos con edades fluctuantes entre 14 y 18 años ( $\bar{X} = 17.6$ ); 100% de ellos -- solteros.

De un total de 129 alumnos, se excluyeron 6 (4.65%) que durante la fase de aplicación de la entrevista, se dieron de baja meses despues de ingresar y otros 35 porque no acudieron (27.13%).

Se realizó la investigación (aplicación de la entrevista psiquiátrica modificada) durante los meses de abril a agosto de 1989 en el lugar de trabajo, previa explicación de los objetivos y dando las aclaraciones pertinentes de que se trataba dicha entrevista; llevandose a cabo un estudio transversal, descriptivo y observacional solo para la población mencionada.

### INSTRUMENTOS

En la UNAM desde 1986 se realiza exámen médico a todos los alumnos de primer ingreso a manera de encuesta epidemiológica; dicho exámen es -- practicado por la Dirección General de Servicios Médicos; sin embargo en su composición no contaba con alguna sección que permitiera evaluar el estado de salud mental del estudiante.

Por otro lado el Departamento de Psiquiatría tiene entre sus objetivos de investigación elaborar métodos y técnicas que permitan la detección de estudiantes en los que la prevalencia de un proceso psicopatológico pueda interferir en su rendimiento escolar; es por eso que se decidió incluir al exámen médico de primer ingreso, dos instrumentos psicológicos que han probado ser útiles para la detección al evaluar la morbilidad psiquiátrica a saber:

El cuestionario General de Salud (GHS) de Gøberg DP. y un segundo para la confirmación del presunto caso la Entrevista Psiquiátrica (Golberg-1972). Este procedimiento de detección es particularmente apropiado para evaluar la Salud Mental de la población en general, es conocida como encuesta comunitaria en dos etapas:

- 1.-Screening o Tamizaje.
- 2.-Confirmación de caso.

Este diseño permite a los sistemas estandarizados de evaluación psiquiátrica de síntomas, el incorporarse al estudio de grandes poblaciones con un alto grado de confiabilidad

El CGS, diseñado como una prueba de tamizaje en enfermedad psiquiátrica no psicótica, el original consta de 60 reactivos de donde -- han sido derivadas versiones breves de la versión original.

Posee 4 diferentes usos de investigación:

1.-Puede utilizarse para comparar el porcentaje de perturbaciones psiquiátricas no psicóticas en dos poblaciones comparadas por porcentajes y desviaciones estándares de los puntajes de cada población.

2.-La perturbación psiquiátrica como es evaluada por el puntaje en el cuestionario puede ser correlacionada con otras variables clínicas y sociales en una población, en este caso con la encuesta socioeconómica y el examen médico.

3.-Una población dada puede ser probada en diferentes ocasiones para seguir los cambios que ocurren con el tiempo en la perturbación psiquiátrica.

4.-Puede utilizarse para evaluar el punto de prevalencia de enfermedades psiquiátricas menores en estudios cruzados seccionales.

Es importante destacar que la validéz de los diferentes instrumentos de tamizaje como el CGS de Golberg puede ser comparado a través del estudio de los conceptos derivados de la epidemiología y de aquellos derivados de la investigación clínica donde los análisis dividen los datos en forma categórica .

La sencibilidad indica la habilidad de un instrumento para -- identificar casos reales y la especificidad refleja la habilidad del instrumento para seleccionar a la población sana.

Place M. (1957), al tratar de identificar los instrumentos de tamizaje para adolescentes mas idoneos comparo el CGS con otros cinco instrumentos, encontrando que de manera global el cuestionario que nos ocupa tenía la mejor sencibilidad, especificidad y la tasa de clasificación errónea mas baja al estudiar una muestra de 1979 alumnos adolescentes.

Este instrumento ha sido probado en poblaciones universitarias yugoslava, inglesa y mexicana, en éste último estudio el mejor punto de corte con la versión de 60 reactivos fue de 4/5 con una tasa de clasificación errónea del 25% sencibilidad del 71.49% especificidad 71.61% y una prevalencia de trastornos mentales de 39.32%.

El CGS. es aplicado a los alumnos de primer ingreso a la UNAM -- en grupos de 200 a 400 alumnos. Es un cuestionario autoaplicable cuyos reactivos son referentes a alteraciones conductuales y estres psicológico; para cad. reactivo el sujeto contestará uno de 4 posibles respuestas comparando su estado habitual con su estado en las dos semanas --



previas o sea la medida en la cual su estado actual difiere del usual. Este cuestionario proporciona información solamente del estado mental del sujeto en el momento de la aplicación, de manera que el puntaje es alto si el cuestionario es contestado durante un periodo de enfermedad, pero bajo si es contestado en periodo de salud; por lo tanto el cuestionario no puede ser una medida de atributos duraderos ni evalúa la posibilidad de reacciones en el futuro.

Las preguntas iniciales tratan síntomas físicos y continúan -- los síntomas psiquiátricos cada vez mas abiertos, está constituido de tal forma que la respuesta afirmativa en ocasiones indica enfermedad y en otras salud.

El cuestionario detecta enfermedades no psicóticas habiendose excluido el término neurosis por considerarse un criterio poco definido que daría margen a muchas confusiones.

Los resultados obtenidos serán dependientes de la prueba y del tipo de población estudiada por lo que deberá calibrarse para cada tipo de población; la prueba incluye 5 factores fundamentales:

Factor 1 severidad de la enfermedad.

Factor 2 depresión (somática y psíquica)

Factor 3 agitación apatía.

Factor 4 ansiedad (diurna y nocturna)

Factor 5 negligencia- irritabilidad.

El primer factor llamado severidad del padecimiento consta de 20 reactivos con un alto margen de saturación que van desde una disminución en la capacidad para tomar decisiones hasta sentimientos francos de desesperanza ante la vida.

El segundo factor consta de 2 grupos: Depresión Somática que explora cansancio, sensación de estar enfermo, escalofríos y depresión psíquica con ideación de desesperanza hasta rumiación suicida.

En el factor tercero se analiza agitación contra apatía donde se evalúan alteraciones del sueño, como despertar fácil, pérdida del sueño en relación a preocupaciones, dificultades para conciliarlo, esto en cuanto a agitación mientras que en apatía la imposibilidad de -- mantenerse ocupado a alerta, llegar tarde al trabajo.

En el factor cuarto se estudia Ansiedad Nocturna contra Ansiedad diurna evaluando en la primera; dificultad para mantenerse dormido por la noche, despertares tempranos, sueño intranquilo, insomnio; en la modalidad diurna; temor a presentar un colapso en un lugar público, cefaleas, sensación de ser observado.

En el factor quinto se investiga: Negligencia contra Irritabi-

lidad; la primera se refiere a descuido en la apariencia personal, así como pérdida de intereses. La segunda en base a sentimientos de mal carácter infelicidad y depresión así como el hablar de cosas difíciles. Se determinó el número de síntomas presentes, cada reactivo se calificó con 0 cuando el síntoma estaba ausente, esto es cuando la respuesta era no para nada ó no mas que lo habitual, y con 1 cuando estaba presente; frecuentemente y muy frecuentemente; a través de la sumatoria de éstos puntajes, se dió la calificación global.

Se capacitó y adiestró al personal aplicador para dirigir, contestar y aclarar dudas que se originen en el momento de resolver los cuestionarios. Las hojas de respuesta son leídas en computadoras a través de un lector optico que registra los datos en cintas magnéticas, los cuales previa programación generan la información necesaria.

Posteriormente se clasifican a los alumnos en dos grupos: los posiblemente sanos y los posiblemente enfermos, en cuanto a éstos últimos se emiten listados y criterios que permiten establecer horarios para su EPM. con el personal médico para su consulta, valoración y se de termina la confirmación o exclusión de posible caso.

La entrevista Psiquiátrica Estandarizada desarrollada por Golberg y cols. en 1970, representa un instrumento de captación de datos clínicos subjetivos y objetivos de manera homogénea, de tal forma que facilite al investigador obtener alta concordancia en sus observaciones Golberg logra su objetivo en Inglaterra, y propone que al momento de ser utilizado el instrumento en otros países, éste debe ser modificación y adaptado tomando en cuenta los aspectos culturales de cada lugar y contemplando sus objetivos.

En México a partir de 1978 se traducen al español la Entrevista Psiquiátrica con lo que se obtiene la primera versión mexicana. Des de entonces ésta entrevista ha sido estudiada, modificada y utilizada en diferentes ocasiones esto es como instrumento de confirmación de caso. La conceptualización de caso es una de las situaciones medulares y mas controvertidas en los estudios de epidemiología psiquiátrica, varios investigadores dentro de ésta área, entre ellos: J.K. Wing,<sup>4</sup> refieren, el término de caso puede ser utilizado en la forma que el clínico desee; no existen definiciones universales, sin embargo se considera caso al sujeto que presente síntomas y sufre por ellos, amerita tratamiento especializado inmediatamente.

La entrevista como instrumento para la detección de casos cuenta con los siguientes puntos:

La evaluación psiquiátrica es hecha por un clínico especializado con -

experiencia en un escenario real.

Deberá ser aceptada tanto por individuos que no se consideran a sí mismos como enfermos psiquiátricos, como aquellos que sí lo aceptan.

El contenido de la entrevista debe ser apropiada para el tipo de trastornos psiquiátricos encontrados comúnmente en la comunidad. Deberá generar información acerca de los signos, síntomas individuales y una evaluación diagnóstica global.

Debe discriminar claramente entre enfermos con desordenes mentales e individuos normales, así como entre pacientes con diferentes grados de alteraciones psiquiátricas.

Debe ser económica en tiempo, para que puedan ser incluidos un gran número de pacientes.

Las evaluaciones psiquiátricas y calificaciones clínicas deben ser confiables, en el sentido de ser reproducibles por diferentes observadores entrenados.

La primera parte de la entrevista es no estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar en forma breve la historia médica pasada y presente del sujeto.

Esta parte se utiliza para entablar un buen rapport y relejar al paciente. La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático a cerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado en el último mes.

Están organizados en 10 grupos que se investigan en el siguiente orden: Síntomas Somáticos, fatiga, alteraciones en el sueño, irritabilidad, disminución de la concentración, ánimo depresivo, ansiedad y preocupación, fobias, obsesiones y compulsiones, despersonalización.

Los síntomas están ordenados progresivamente desde aquellos -- que son comúnmente encontrados en la vida cotidiana (dolores menores, fatiga, pérdida de sueño), hasta llegar a aquellos que representan patologías más agudas. En esta parte el entrevistador es libre para hacer preguntas adicionales que pueden ser necesarias para obtener mayor información (preguntas opcionales). De tal forma que pueda identificar frecuencia, intensidad y funcionalidad.

El investigador completa la tercera sección del instrumento en donde califica las anomalías observadas durante la entrevista en dos escalas; éstas puntuaciones representan un punto de vista del entrevistador acerca de las anomalías manifiestas que ha observado ó inferido durante la entrevista, esta sección está dividida en la siguiente forma:

Escala para anomalías en la conducta: Lentitud y carencia-- de la espontaneidad, suspicaz, defensivo, histriónico.

Escala para estados de ánimo anormales: Deprimido, ansioso, tenso agitado, exaltado, eufórico, aplanado, incongruente.

Escala para anomalías perceptuales y cognitivas: Delirios, trastornos del pensamiento, alucinaciones.

Alteraciones en el intelecto y daño orgánico.

Excesiva preocupación por las funciones corporales.

Contenido depresivo del pensamiento.

Al término de esta sección, el entrevistador podrá preguntar toda la información clínica que considere pertinente, para llegar a formular la evaluación clínica.

El alcoholismo es un reactivo anexo a la entrevista y no se encuentra incluido en las anomalías manifiestas únicamente se incluye para la calificación global.

El clínico al terminar la entrevista, ha calificado 23 reactivos: 10 para síntomas reportados en el último mes.

12 que se observaron durante la entrevista.

1 referente al alcohol.

Cada reactivo tiene indicaciones específicas para evaluar severidad en una escala de cinco grados y son:

1 Indica ausencia de síntomas.

2 Indica rasgo habitual o un síntoma limitrofe leve y transitorio que no causa tensión significativa, ni requiere tratamiento y por tanto su funcionalidad es estable.

3, 4 y 5 Indican respectivamente presencia patológica de un síntoma en grados moderado, intenso y muy intenso. Los grados 4 y 5 deben cumplir con los criterios de Feigfner; a).- búsqueda de ayuda o mencionársela a alguna persona significativa. b).- toma de algún medicamento ó de conducta para aliviarlo. c).- ha alterado su rutina debido al síntoma. d).- debido a la severidad patológica es considerado presente. -- e).- no se debe a una enfermedad somática específica, a excepción de los síndromes cerebrales orgánicos y retardo mental.

El estudio se llevó a cabo con los alumnos que asisten al Colegio de ciencias y humanidades UNAM, del turno matutino, ubicado en la Av. de los Remedios No. 10 del municipio de Naucalpan con una población general de trece mil estudiantes, ingresando a primer semestre 4747 alumnos, a los que se les aplicó previamente el CGS a su ingreso dando como resultado que 199 alumnos resultaran positivos a dicho CGS por lo que se establece el estudio sistemático de 129 alumnos del turno matu

tino candidatos a aplicación de EFM.

La duración fue de 45 min. por entrevista utilizando para esto la técnica de la observación directa que se acompaña de algunas preguntas específicas referentes a estados de ánimo y conflictiva actual, además se considero necesaria la verbalización espontanea y/o la aceptación ante el cuestionamiento de una problemática emocional actual para considerarlo caso.

Se tomaron en cuenta los siguientes puntos durante la entrevista: Actitud, cooperación, indiferencia, oposiciónismo, poca cooperación. Rasgos de carácter como: obsesividad, histrionismo, introversión, timidez, ansiedad, pasividad, depresión, hipomanía, madurez. Estado de ánimo: triste, irritable, angustiado, eutímico. Conflictiva actual: laboral, familiar, personal, académica.

Se investigaron las siguientes variables: Padres casados, familia completa, relación armonica entre los padres, padres separados, apoyo y comprensión de los padres, problemas familiares y alcoholismo, confianza con los hermanos, el padre se ocupo de él y posteriormente se correlacionaron con la sintomatología presentada. Además de otras como: Sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, Num. de consultas en los últimos 6 meses, Num. de hospitalizaciones en el último año, medicamentos -- que ha tomado en el último mes, antecedentes psiquiátricos, antecedentes psiquiátricos familiares de importancia y si el cuestionario fue contestado en día diferente a la entrevista como ha sido su estado de salud con relación a ese día?.

El método estadístico utilizado fue:

Las frecuencias por sintoma, se utilizo para la significación estadística de las relaciones con los síntomas contraste  $\chi^2$

En el análisis de resultados se elaboraron graficos de barras que establecen las relaciones mas significativas entre los síntomas.

Se obtuvieron los porcentajes totales de cada uno de los síntomas mentales elaborandose el análisis comparativo entre los dos grupos, A(casos) y B(No casos).

Se saco la media y varianza de los Items del grupo A(casos) y del grupo B(No casos).

Se obtuvo la relación de variables sociodemograficas y familiares.

Se obtuvo la confiabilidad de la entrevista por medio del calculo del  $\alpha$  de Cronbach.

$$\alpha = \left( \frac{m}{m-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

m=Numero de Items       $S_i^2$ =Varianza de cada Item       $S^2$ =Varianza de los puntajes del test.

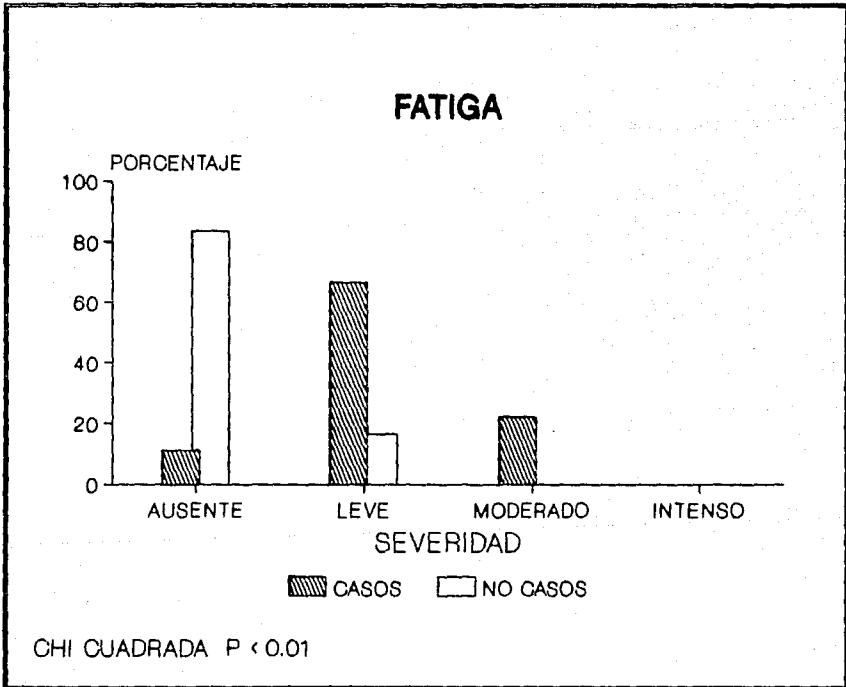
RESULTADOS.

De la muestra total (88 sujetos ) 27 sujetos presentaron síntomas mentales, los 61 restantes no lo presentaron es decir el 30.7% -- de la población fueron alumnos que presentaron sintomatología mental.

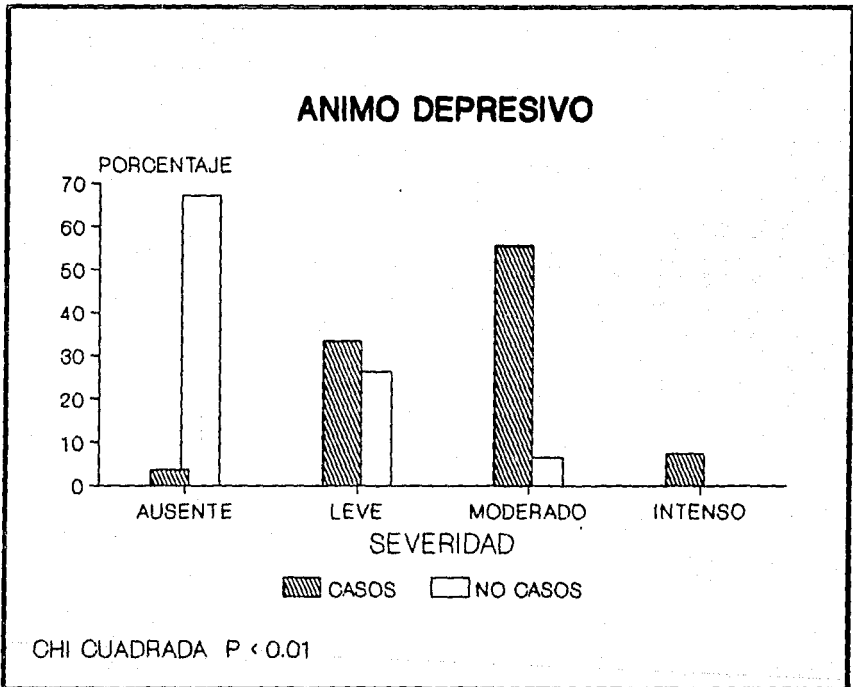
Esto nos dio como resultado tomar 2 grupos: El grupo A o los llamados "casos" que representa a los alumnos con patología mental y el grupo B que no presentan síntomas "No casos".

Los síntomas con mayor nivel de significancia fueron: fatiga - Animo depresivo, Síntomas Somaticos, Obsesiones y compulsiones y alteraciones en el sueño. Presentan mayor significancia pues podemos percibir que en estos Items mencionados, la diferencia de respuesta entre el grupo de alumnos que presentan patología y el grupo que no la presenta -- nos deja claro cuales son los síntomas que los diferencian mayormente.

La primera grafica nos muestra (mayor nivel de significancia) que en el sintoma Fatiga encontramos que del grupo B el 83,60% presentaron ausencia y el 16,39% fué marcada como leve, mientras que el grupo A obtuvo resultados dentro de ausente (11,11%) leve (66,66%) y moderado (22,22%).

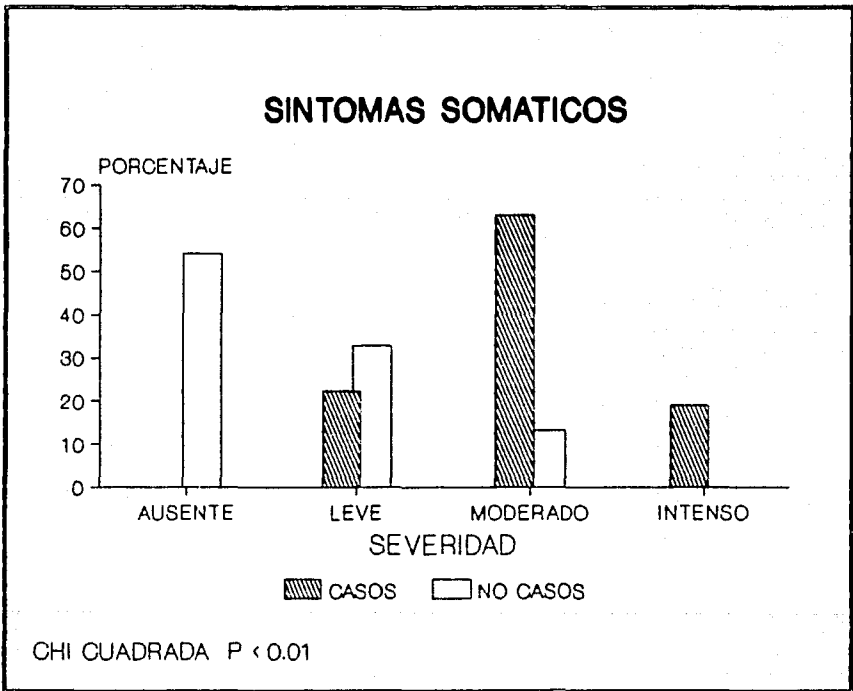


Siguiendo esta línea en la grafica 2 el sintoma de animo depresivo presentó las siguientes características:El grupo - B marco 67.21% en ausencia, en leve el 26.22% y un mínimo porcentaje moderado corresponde 6.5%. En el grupo A obtuvimos el mínimo de porcentaje en ausencia del sintoma a saber: 3.70%, leve -- 33.33%, la máxima se obtuvo en moderado con un 55.55% y severo - en un 7.40%.

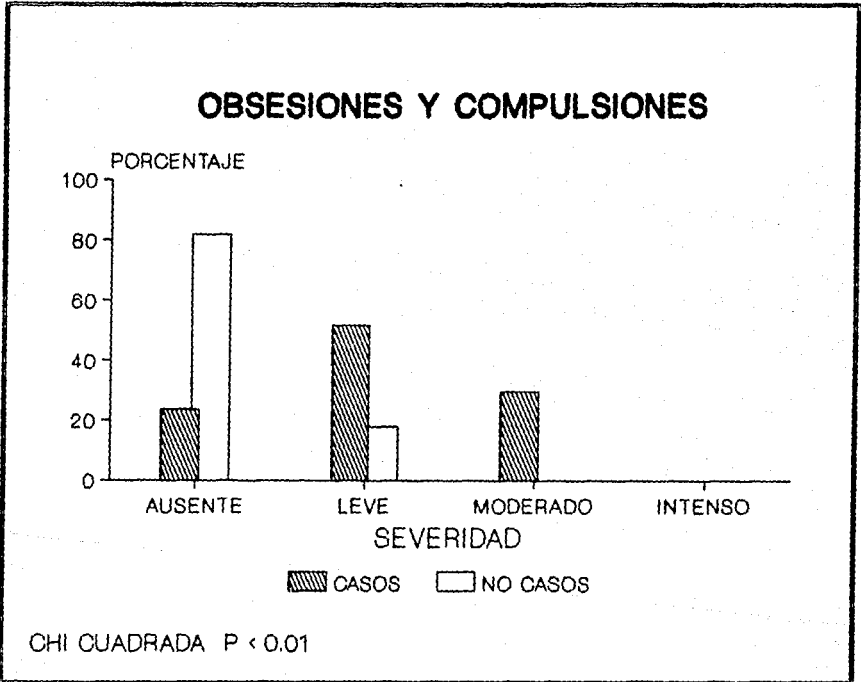




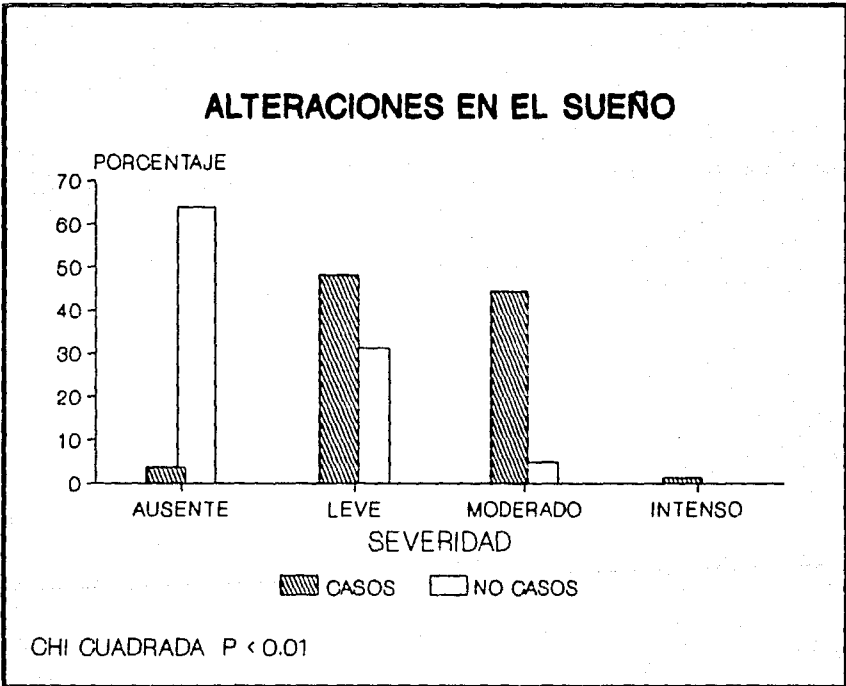
El tercer sintoma significativo (por la diferencia de severidad) representado en la grafica 3 son los sintomas somaticos; en donde las respuestas del grupo B (No casos) abarcaron en ausencia el 54.09%, en leve el 32.78% y moderado el 13.11%, mientras que el grupo A (casos) toda la poblacion se repartio en leve (con el 22.22%), moderado (62.96%) e intenso (el 19.04%).



El cuarto sintoma que midió las significancias fueron-- Obsesiones y compulsiones en la grafica 4 el grupo B (que no presentó patologia) el 81.96% no presento el sintoma, mientras que - el 18.03% fue marcado como leve. En cuanto al grupo A (grupo que presento patologia) se obtuvo que el 23.80% de los sujetos marco ausencia, el 51.85% se marco leve y moderado el 29.62%.



Los porcentajes del quinto síntoma (alteraciones en el sueño) fueron las siguientes; gráfica 5 para el grupo de No casos ausencia del síntoma el 63.93%, leve el 31.14% y marcado 4.91% en no derado. Los porcentajes correspondientes al grupo de casos se dividen de la siguiente manera, ausencia del síntoma el 3.70%, marcados leve 48.14% y 44.44% moderado y se encontró severidad en el 3.70% de esta población.



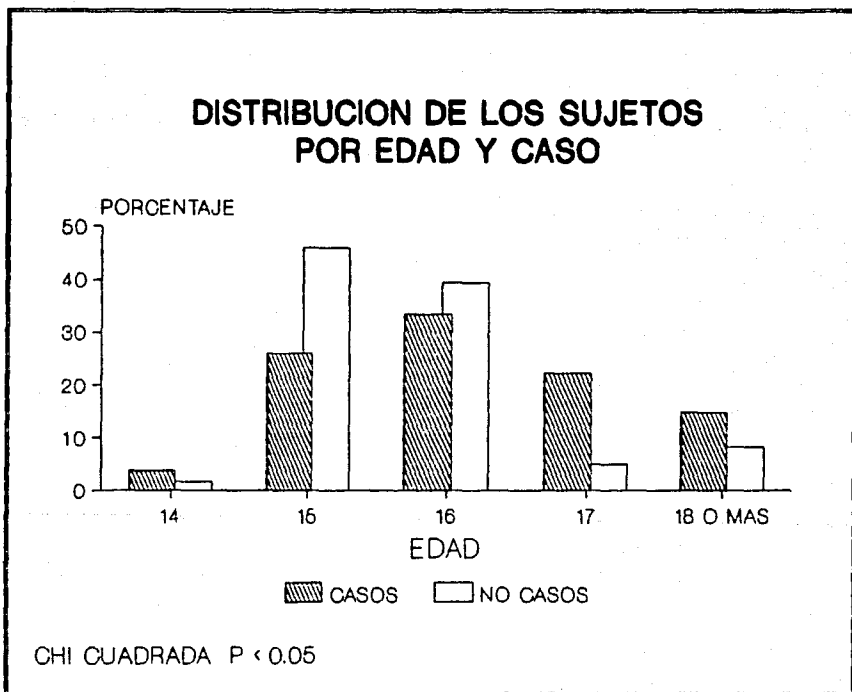
Podemos observar a partir de estos resultados que en el grupo B (40 casos) la ausencia de síntomas se presentó del 54.09% hasta el 83.60% es decir, los porcentajes, marcan una gran significancia por su menor porcentaje a las otras categorías como leve y moderado.

Dentro del grupo A (casos) podemos observar que los porcentajes más amplios estuvieron repartidos en las categorías de leve y moderado, presentándose severidad en 3 de los síntomas que marcaron la diferencia con el grupo anterior, inclusive pudimos notar la nula ausencia en síntomas somáticos.

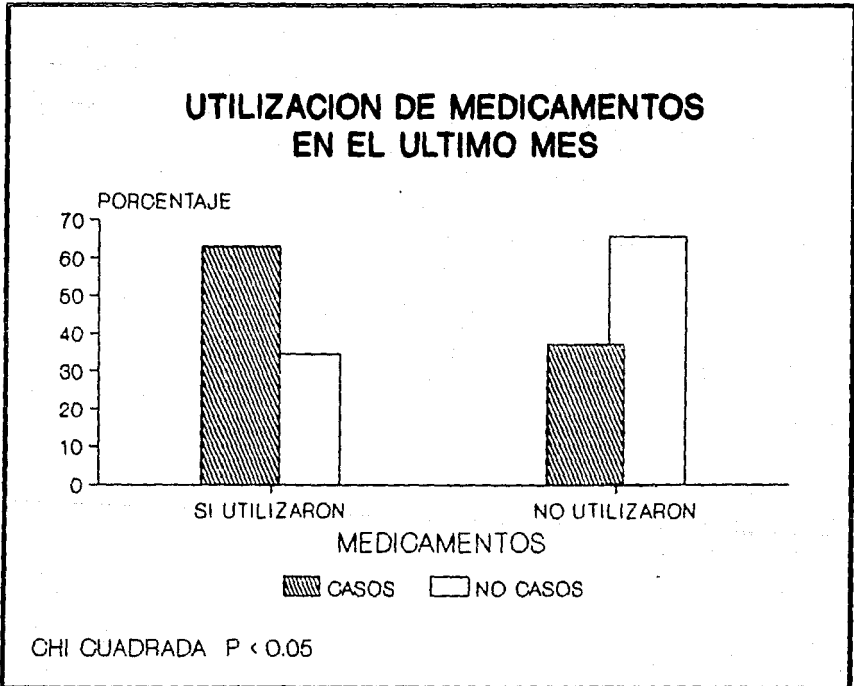
Por lo tanto se concluye que los síntomas más significativos es decir el tipo y grado de severidad, fueron los siguientes: Fatiga, Animo depresivo, Síntomas somáticos, Obsesiones y compulsiones, y Alteraciones en el sueño. Los cuales marcaron la diferencia en la población estudiantil que presentó sintomatología mental.

Pasando a los factores sociodemográficos y familiares encontramos que de la muestra total el 35.29% corresponde a los hombres que presentaron patología, las mujeres que la presentaron fueron el 27.77%.

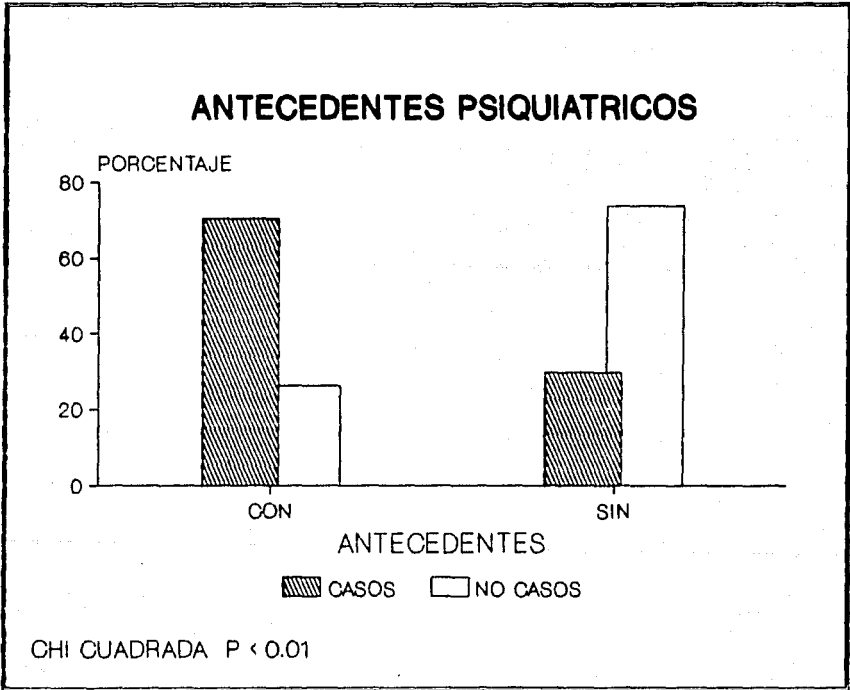
En cuanto al rango de edad que se contemplo(14,15,-16,17,+18)a el grupo de casos le correspondieron los siguientes porcentajes:3.7%,25.92%,33.33%,22.22%,14.81%. respectivamente y el grupo de No casos presento un sujeto de 14 años 1.64% 28 de 15 años 45.9%,24 de 16 años 39.34%,3 de 17 años 4.19% y 5 de mas de 18 años que representa el 8.12%,vease grafica 6.



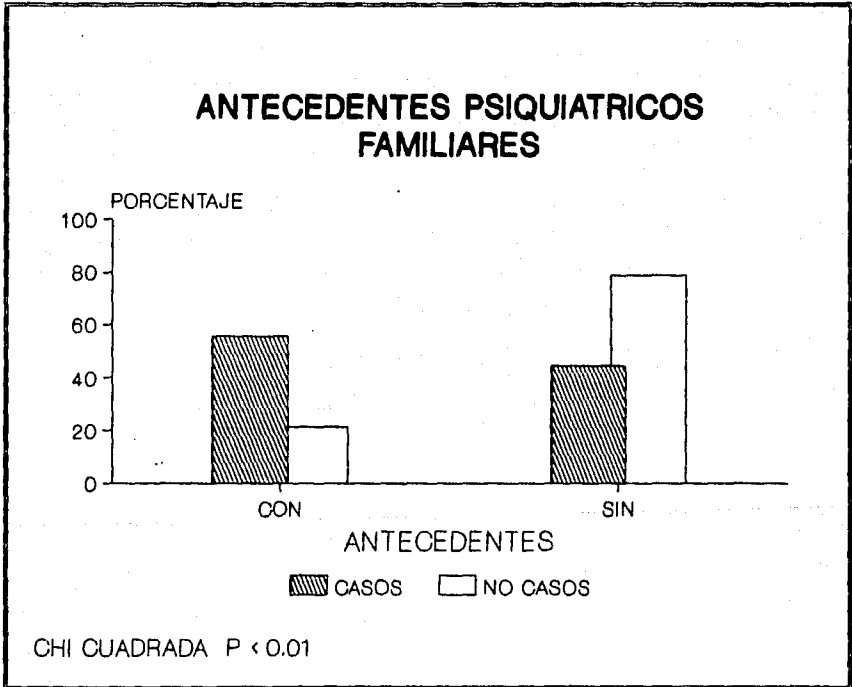
En la grafica 7 observamos que los sujetos que presentaron patologia el 62.96% tomaron medicamentos el ultimo mes - mientras que el 65.57% del alumnado sano no los ingirio.



En cuanto a antecedentes psiquiatricos (grafica 8) se nóto gran diferencia entre quienes presentaron patologia y - los sujetos que no presentaron pues de los primeros afirmaron - el 70.37% y de los ultimos el 73.77% lo negaron.



En la grafica 9 vemos que en los antecedentes psiquiatricos familiares se encontro que el 55.55% de los sujetos casos dijeron haber tenido, mientras que el grupo de No casos - el 78.68% respondieron negativamente.



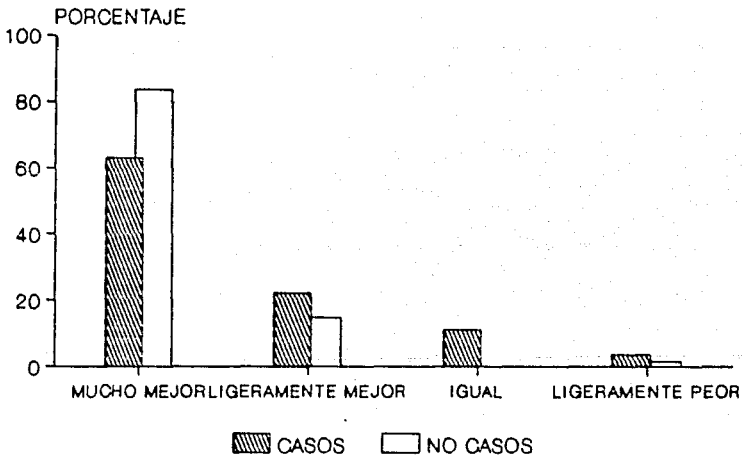


Grafica 10

Aqui se muestran los porcentajes en relación a casos y no casos:

(1) Mucho mejor	62.96%	83.60%
(2) Ligeramente mejor	22.22%	14.75%
(3) Igual	11.11%	0
(4) Ligeramente peor	3.70%	1.63%
(5) Mucho peor.		

**SI EL QUESTIONARIO FUE CONTESTADO EN DIA DIFERENTE A LA ENTREVISTA  
COMO SE HA SENTIDO EN RELACION A ESE DIA**

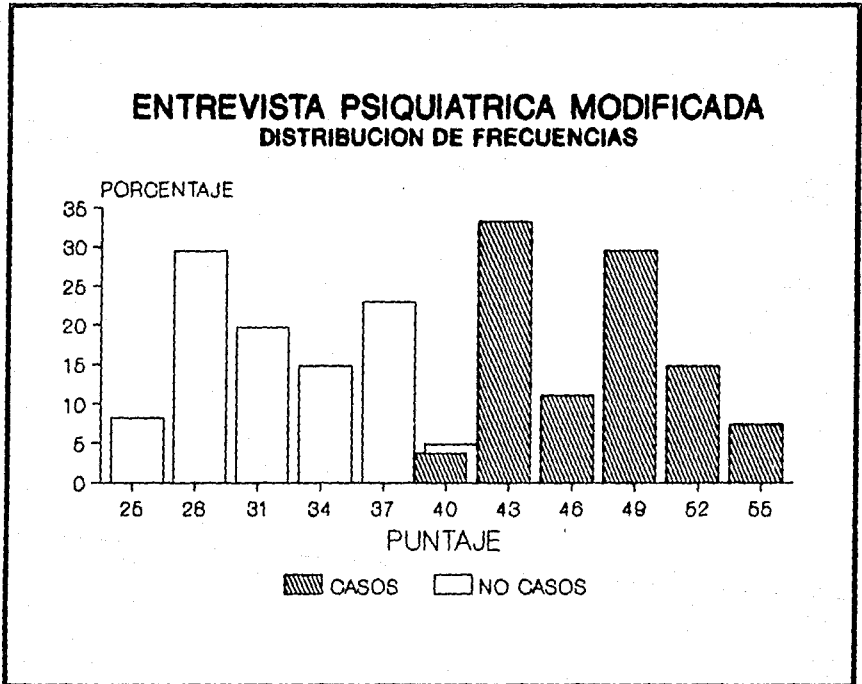


CHI CUADRADA  $P < 0.05$

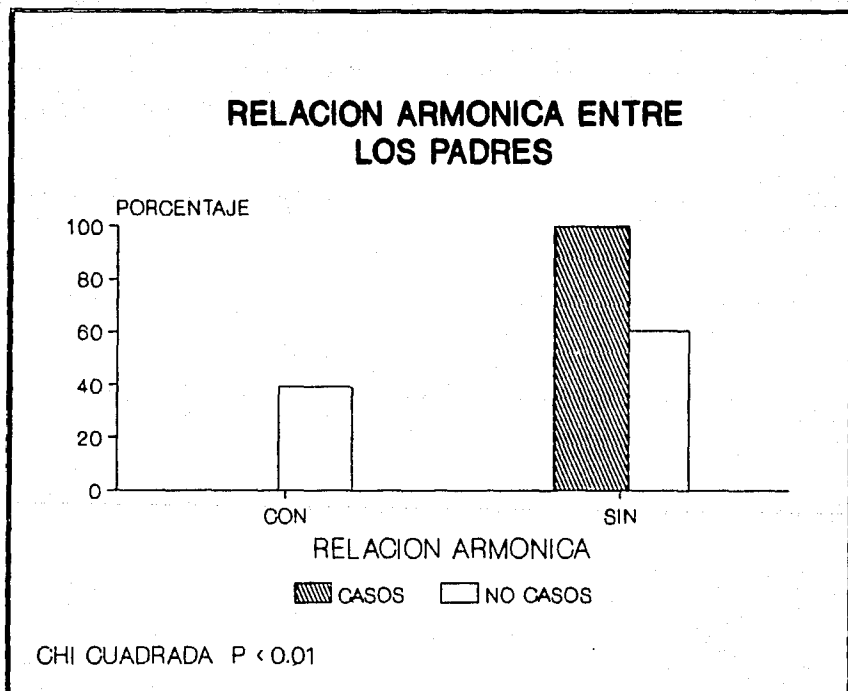
Grafica 11

Distribución de frecuencias;

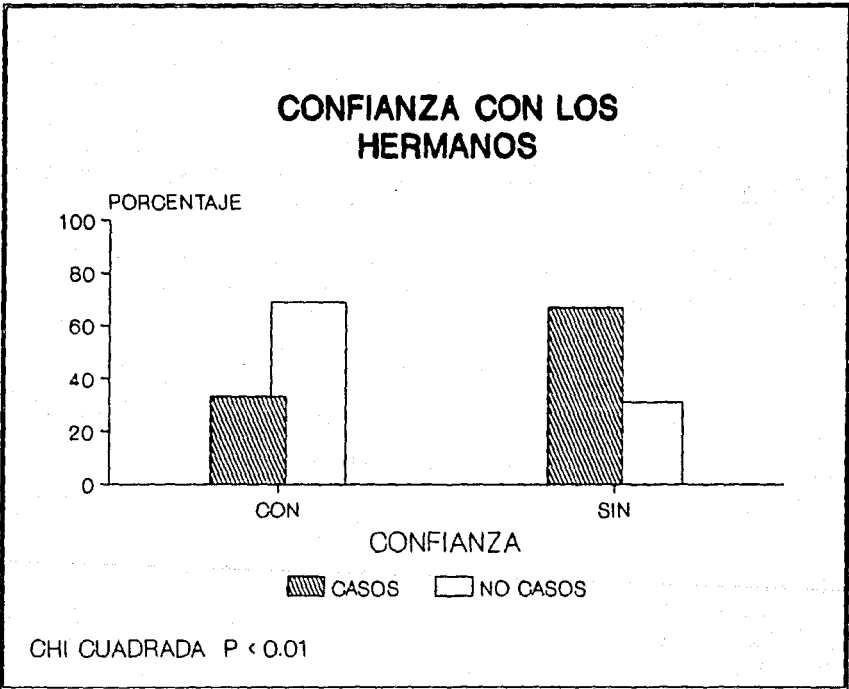
Caso	No caso
$\bar{X} = 47.0$	$\bar{X} = 31.8$
S = 4.1	S = 4.6



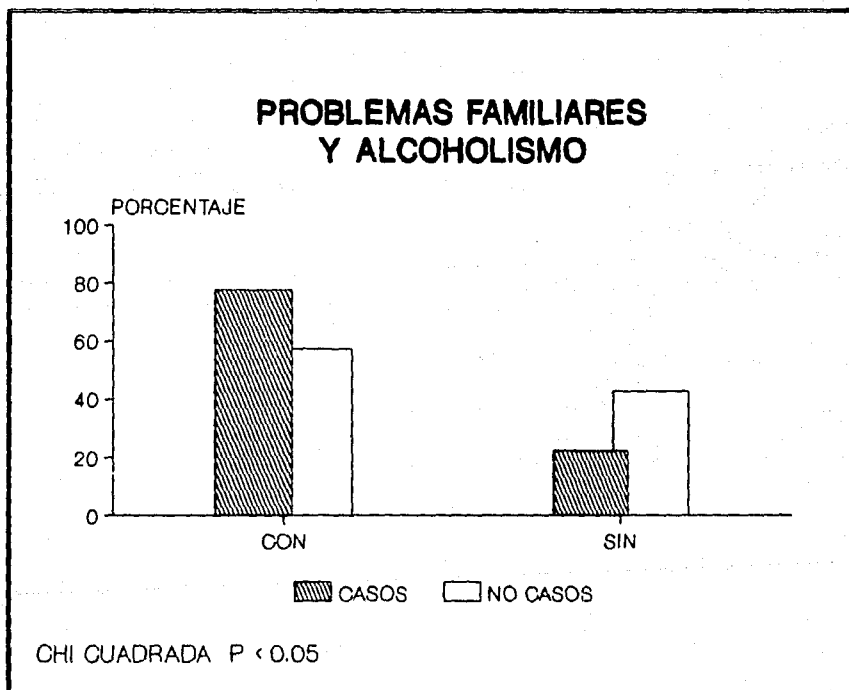
En la grafica 12 se observa que el grupo A (casos) nego (100%) que existiera una relación armonica entre los padres



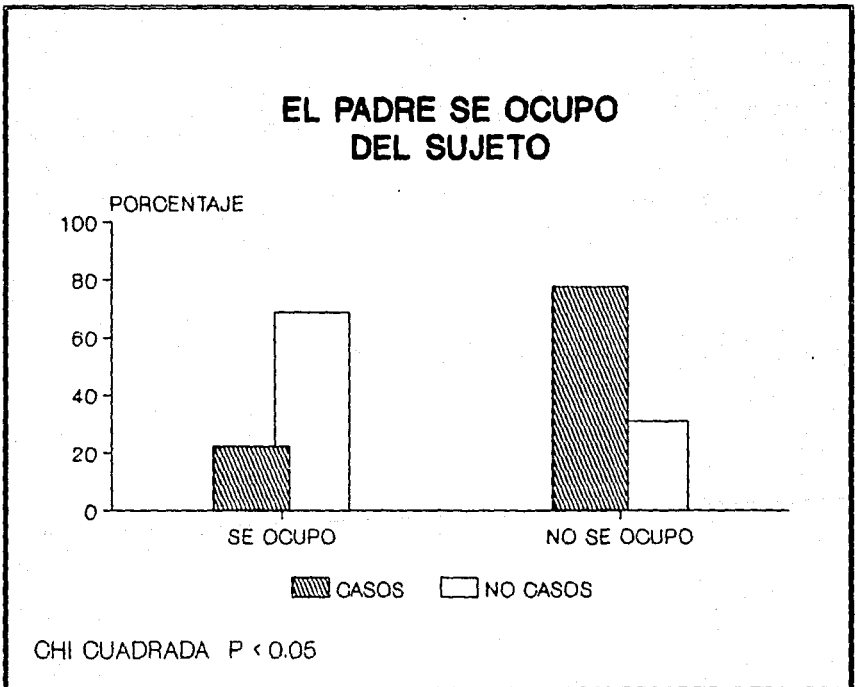
En cuanto a la confianza que existe entre hermanos en la grafica 13 se ve que el 66.66% del grupo de casos - manifestos que no existe esta, mientras que en el grupo de No - casos el 68.85% opino lo contrario.



Los problemas familiares y alcoholismo los viven -- el 77.77% de sujetos del grupo A(casos) en tanto que en el grupo B (no casos) el 42.62% nego esta situación.vease la grafica num.14.

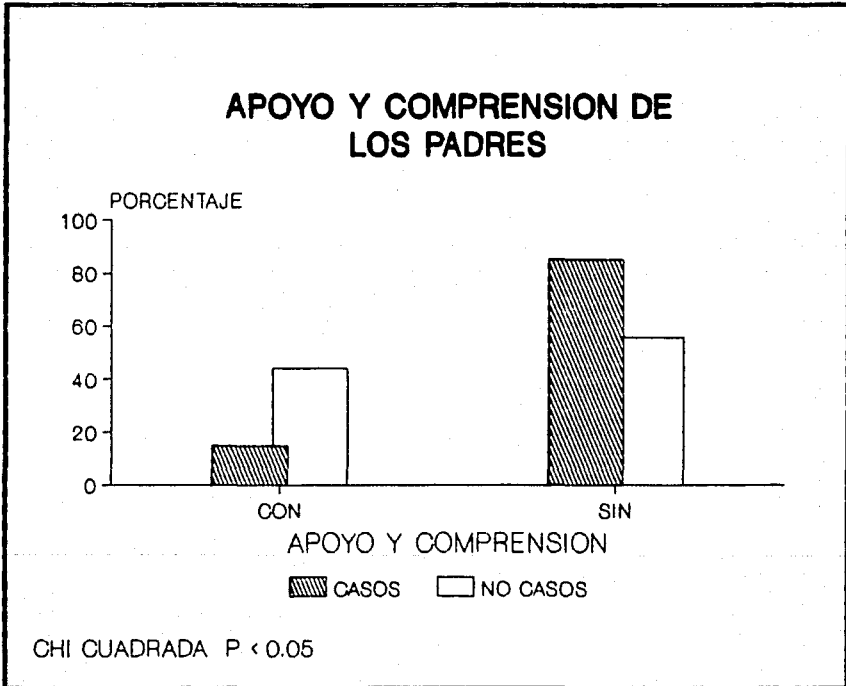


Es importante observar (en la grafica 15) tambien que del grupo A(casos) el 77.77% respondieron que el padre no se ocupo de ellos, mientras que en el grupo B(no casos) el 68.85% manifestaron comunicaci3n con el padre y buenas relaciones.



Por ultimo 85.18% de alumnos con patologia mental no encuentran apoyo y comprension de sus padres, en tanto que el 55.73% dijo no tener problemas de esta indole.

grafica 16.



**Se anexan porcentajes y graficas de la sintomatologia global por tipo y grado de severidad.**

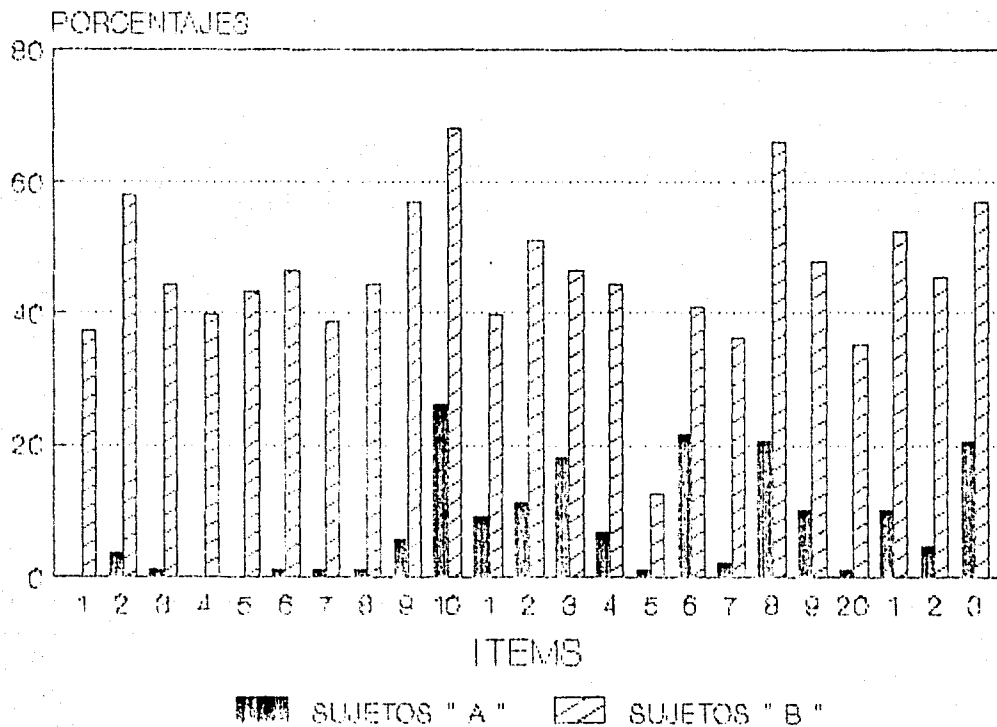
SEVERIDAD ' A '					SEVERIDAD ' M '					TOTALES		
ISIN ITD MAE	PACIENTES		PORCENTAJES		ISIN ITD MAE	PACIENTES		PORCENTAJES		ISIN ITD MAE		
	A	E	I	Y		A	E	I	Y		A	%
1	6	33	0.00%	37.50%	1	17	8	19.32%	5.09%	1	EE	100.00%
2	7	35	3.41%	57.95%	2	4	0	4.82%	0.60%	2	EE	100.00%
3	1	79	1.14%	44.32%	3	12	3	13.54%	3.41%	3	EE	100.00%
4	6	35	0.00%	35.77%	4	14	10	15.91%	11.34%	4	EE	100.00%
5	0	79	0.00%	42.18%	5	9	4	10.23%	4.55%	5	EE	100.00%
6	1	41	1.14%	46.59%	6	15	4	17.05%	4.55%	6	EE	100.00%
7	1	34	1.14%	38.64%	7	11	6	12.50%	6.52%	7	EE	100.00%
E	1	35	1.14%	44.32%	E	14	7	15.91%	7.95%	E	EE	100.00%
9	5	50	5.88%	56.82%	9	8	0	9.09%	0.00%	9	EE	100.00%
10	20	60	26.14%	66.18%	10	1	0	1.14%	0.00%	10	EE	100.00%
1	E	35	9.09%	35.77%	1	2	0	2.27%	0.00%	1	EE	100.00%
2	11	41	11.36%	51.14%	2	2	0	2.27%	0.00%	2	EE	100.00%
3	15	41	18.18%	44.55%	3	2	2	2.27%	2.27%	3	EE	100.00%
4	8	79	6.62%	44.32%	4	4	0	4.55%	0.00%	4	EE	100.00%
E	1	11	1.14%	12.50%	5	6	3	6.52%	7.41%	5	EE	100.00%
4	15	34	21.59%	40.91%	E	3	1	3.41%	1.14%	E	EE	100.00%
7	2	20	2.27%	36.36%	7	1	0	1.14%	0.00%	7	EE	100.00%
E	15	50	20.45%	65.91%	E	0	0	0.00%	0.00%	E	EE	100.00%
9	4	41	10.23%	47.73%	E	7	5	3.41%	4.82%	9	EE	100.00%
20	1	31	1.14%	35.23%	20	1	1	7.95%	1.14%	20	EE	100.00%
1	5	46	10.23%	59.27%	1	5	2	5.88%	2.27%	1	EE	100.00%
2	4	40	4.55%	45.45%	2	4	0	4.55%	0.00%	2	EE	100.00%
3	15	50	20.45%	56.82%	3	1	0	1.14%	0.00%	3	EE	100.00%

SEVERIDAD ' L '				
ISIN ITD MAE	PACIENTES		PORCENTAJES	
	A	E	I	Y
1	6	20	4.82%	22.73%
2	10	10	26.46%	11.36%
3	15	15	14.77%	21.59%
4	15	15	14.77%	18.18%
5	15	15	15.72%	21.59%
6	15	15	10.59%	15.18%
7	15	15	14.77%	23.68%
8	10	15	15.44%	17.05%
9	14	15	15.91%	10.50%
10	6	1	3.41%	1.14%
1	24	19	19.32%	25.55%
2	15	15	17.05%	18.18%
3	15	15	10.23%	20.45%
4	27	15	18.18%	25.00%
5	15	41	21.59%	50.41%
6	24	5	5.88%	27.27%
7	25	25	26.14%	32.95%
E	15	15	10.23%	3.41%
9	15	15	17.50%	14.77%
10	25	20	20.45%	32.95%
1	15	15	14.77%	14.77%
2	15	21	21.59%	23.68%
3	E	11	9.09%	12.50%

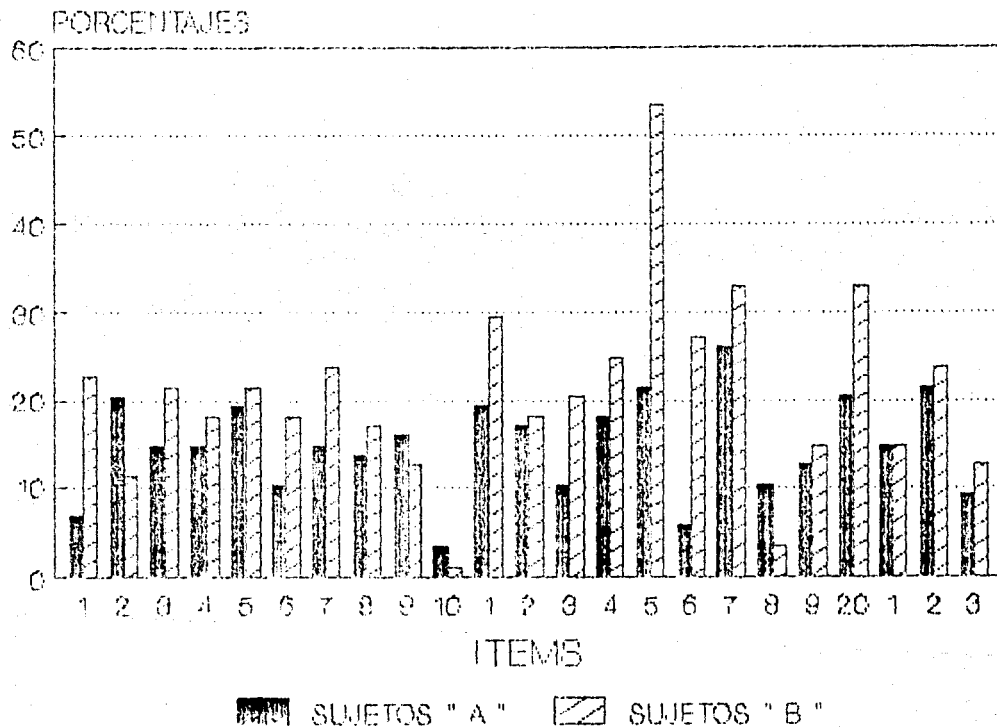
SEVERIDAD ' I '				
ISIN ITD MAE	PACIENTES		PORCENTAJES	
	A	E	I	Y
1	4	0	4.55%	0.00%
2	0	0	0.00%	0.00%
3	1	0	1.14%	0.00%
4	0	0	0.00%	0.00%
5	1	0	1.14%	0.00%
6	2	0	2.27%	0.00%
7	0	0	0.00%	0.00%
8	0	0	0.00%	0.00%
9	0	0	0.00%	0.00%
10	0	0	0.00%	0.00%
1	1	0	0.00%	0.00%
2	0	0	0.00%	0.00%
3	0	0	0.00%	0.00%
4	1	0	1.14%	0.00%
5	1	0	1.14%	0.00%
6	0	0	0.00%	0.00%
7	1	0	1.14%	0.00%
8	0	0	0.00%	0.00%
9	4	0	4.55%	0.00%
20	1	0	1.14%	0.00%
1	0	0	0.00%	0.00%
2	0	0	0.00%	0.00%
3	0	0	0.00%	0.00%



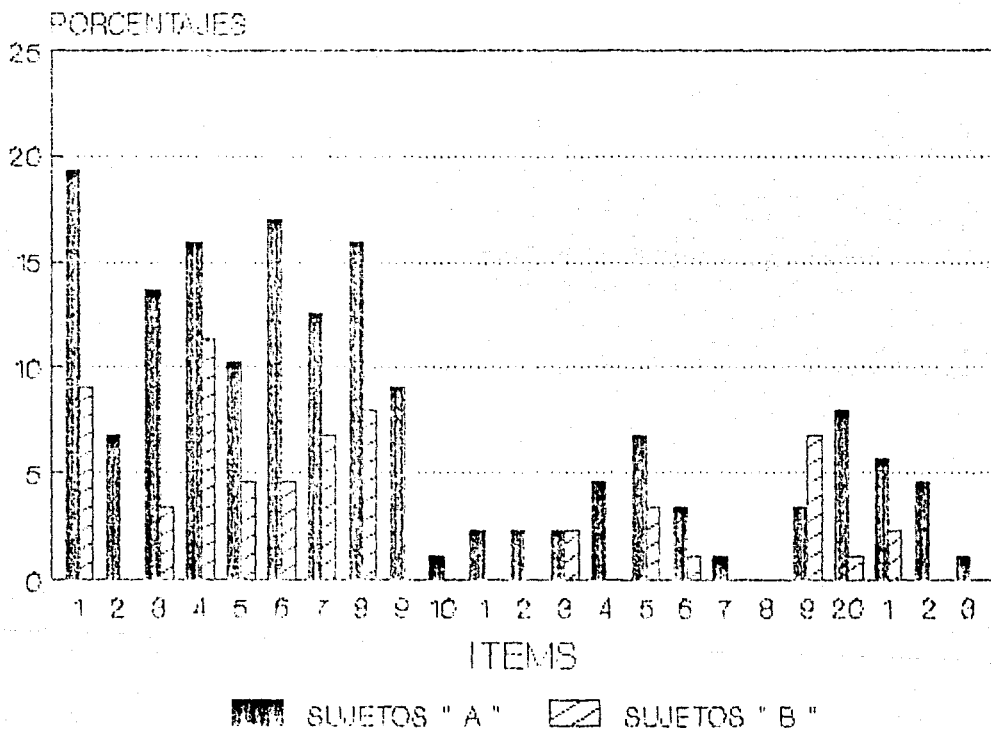
# SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA MENTAL. AUSENCIA.



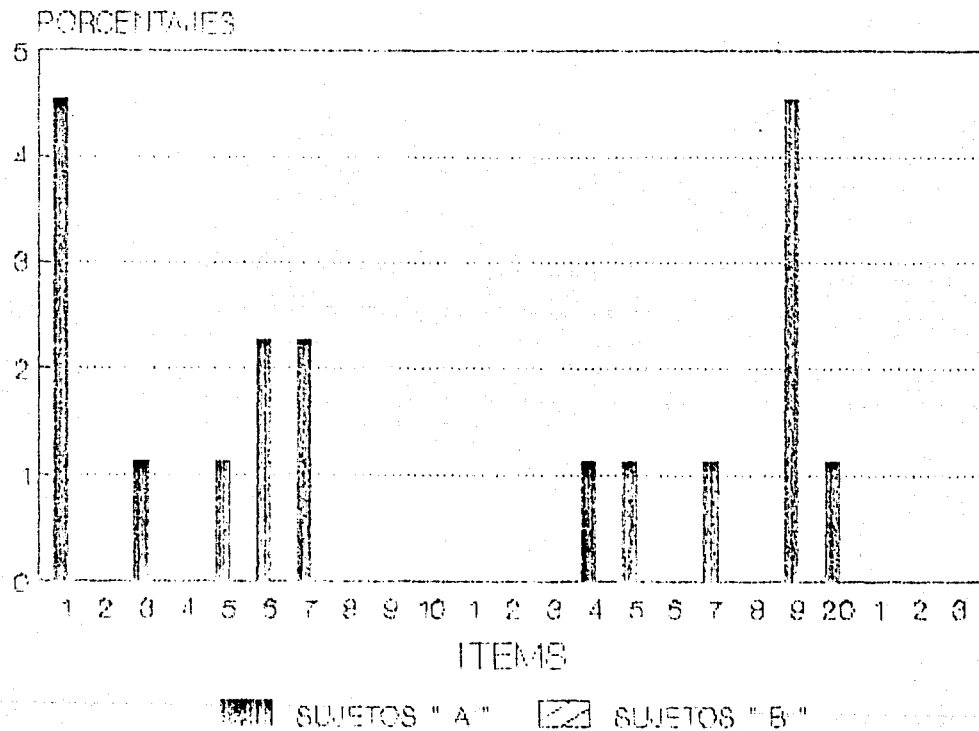
# SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA MENTAL. LEVE.



# SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA MENTAL. MODERADA.



# SEVERIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA MENTAL. IMPORTANTE.



## CONCLUSIONES

En base al estudio realizado, se concluye que la investigación arrojó los siguientes datos:

Nos dimos cuenta que en la presente el Instrumento utilizado - tuvo una confiabilidad de 0.89 semejante a la obtenida en otros estudios similares, ya que tiene la gran ventaja de poder ser manejada a diferentes grupos de población incluyendo a los estudiantes, dada su relativa flexibilidad ó rigidez de la definición de caso, por lo que bien manejada resulta de gran utilidad, sobre todo utilizando la observación clínica.

El 30.7% de nuestro universo resultó para efectos de ésta investigación con alteraciones mentales; esto es que requieren ayuda psiquiátrica en consulta externa.

Consideramos que es importante tomar en cuenta que el 30.7% ya siendo la población adolescente en la cual hay múltiples alteraciones biopsicosociales, el instrumento evidenció la existencia de trastornos mentales severos no condicionados o propios de la adolescencia sino como un problema ya de tipo psiquiátrico, de acuerdo a los resultados obtenidos y al contrarrestar o correlacionar prueba, puede concluirse que la EPM. es confiable y válida en la detección de trastornos mentales en sujetos adolescentes.

Dentro de la sintomatología que predominó en nuestro grupo estudiado fué en primer lugar: fatiga, ánimo depresivo, síntomas somáticos, obsesiones y compulsiones, alteraciones en el sueño, sintomatología que tuvo mas poder significativo en relación a los dos grupos casos y no casos. De acuerdo a las características encontradas en el grupo de casos es explicable la mayor patología psiquiátrica en éste grupo, situación mental que condiciona las deficiencias de tipo escolar, derivado de ésta conclusión es conveniente plantear la necesidad de implementar una atención psiquiátrica o terapéutica a los estudiantes -- que ingresan por primera vez y que de acuerdo a la EPM. es detectado -- como un individuo con problemas de tipo psiquiátrico previniendo con ello las dificultades académicas posteriores, o el decremento del rendimiento escolar ante situaciones de conflicto.

En cuanto a las variables utilizadas se observó que en primer lugar -- los alumnos de mayor edad considerados como casos, estuvieron dentro -- del rango de 17 y más de 18 años, así mismo se concluye que los-

considerados como casos psiquiatricos consumieron mas medicamentos el ultimo mes, tienen mas antecedentes psiquiatricos, mas familiares con -- alteraciones mentales, no hubo relación armonica entre sus padres, no hay apoyo y comprensión de los mismos, hay constantes problemas familiares y alcoholismo, no hay confianza con los hermanos y por ultimo el padre nunca se ocupó de ellos.

Por lo anterior podemos concluir que nuestra muestra estudiada existen alumnos que requieren atención psiquiatrica, que nuestro instrumento utilizado satisficó nuestros propositos.

Por lo que es nesesario, continuar con la aplicación de estos -- dos instrumentos a la población estudiantil de la UNAM. y detectar y -- brindar ayuda lo mas tempranamente a los estudiantes de nuevo ingreso en los momentos criticos, para que puedan continuar satisfactoriamente el desempeño escolar, y a la vez mejorar la calidad de la atención médica.

- 1.-BROWN G. W, BROLCHAIN K. W, HARRIS T.O. Social class and psychiatric disturbance of women in an urban population. *Sociology*. 1975, 9, 225.
- 2.-LIFCOWSKI Z. J. Consultation Psychiatry. An-Overview. *Amer J. Psychiatry*. 1954, 131, 623-630.
- 3.-HARDING F. W. ; DE ARANGO M.V. BALTASAR J., CLIMENT C. E., IBRAIM - - H.H.A., LADRIDO I., SRIVIVASA M.R., WIG N.N. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four-developing countries. *Psychological Medicine* 1980, 10, 231, 241.
- 4.-WING J.K., MANN S.A., LEFF J.P. NIXON J.M. The concept of a case in - psychiatric population surveys. *Psychological Medicine* 1978, 8, 203 211.
- 5.-POLANCKEK A: One problem of professional training and qualification of the primary contact physician. *Health Organization and Economic*, 1972. Citado en; Claire AW, Shephard M. *Psychiatry and Family Medicine*, En: *Scientific foundations of Family Medicine* Capitulo 13 Ed. Medical Books Ltd.p.p. 105-123, 1973.
- 6.-COHEN-COLE A, FRIEDMAN CP: Attitudes of nonpsychiatric physicians - toward psychiatric consultation. *Hosp. Community Psychiatry* 33 (12) 1002-1005, 1982.
- 7.-RADOVANOVIC Z, ERIC L.J: Validity of the General Health Questionnaire in a Yugoslav student population. *Psychological Medicine*, 13: - 205-207, 1983.
- 8.-FRIEDMAN J: Counseling the depressed adolescent. *Psychiatric Annals* 8:3, agosto 1973.
- 9.-INGHAM J.G., MILLER M.C. The concept of prevalence applied to psychiatric disorders and symptoms. *Psychol Med*. 1976, 6; 217-225.
- 10.-GOLBERG D.F., ELACFALL B: Psychiatric illness in general practice - a detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal* 2:439-443, 1970.

- 11.-STRAIN J J: Needs for psychiatry in general hospital.Hospital-Community Psychiatry 33: 966-1001 N.Y. 1982.
- 12.-CAMPILLO S C,CARAVEO A J, MEDINA MORA ME,MARTINEZ L P:Confiability entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiatrica Estandarizada de Golberg en una versión mexicana.Acta Psiquiatr - Psicol Am Lat, 27:44-53, 1981.
- 13.-PADILLA GP,MAS C,EZBAN M,MEDINA-MORA ME,PELAEZ O:Frecuencia -- de trastornos mentales en pacientes que asisten a consulta externa general de un centro de Salud.Salud Mental,7(3) 72-84,-- 1984.
- 14.-PADILLA P,PELAEZ O:Deteccion de Trastornos mentales en el primer Nivel de Atención Médica.Salud Mental,8(3)66-72,1985.
- 15.-PADILLA GP,EZBAN BM, MEDINA-MORA ME,MAS CC,CAMPILLO SC:El médico general en la detección de trastornos emocionales.Salud - Pública Mex,26:138-145,1984.
- 16.-MARTINEZ L P,MEDINA-MORA M E,CAMPILLO C: Evaluación del costo-DE utilización de servicios en la practica médica general.Instituto Mexicano de Psiquiatria.Mexico,1981.
- 17.-CARAVEO A J,GONZALEZ F.C,RAMOS L.L;Indicadores clínicos de -- alteración psiquiatrica en la práctica médica general.Salud -- Pública Méx.,1985;27:140-148.
- 18.-MEDINA-MORA M E,PADILLA P.MAS CC,EZBAN M.B,CARAVEO J.A,CAMPILLO Y COLS:Prevalencia de Trastornos Mentales y Factores de riesgo en una población de practica medica general.Acta psiquiat.psi-col.Amer. lat.,.1985,31,53-61.
- 19.-MENDOZA R.M,MEDINA-MORA M E,:Validez de una versión del CGS -- para establecer una estrategia en estudiantes universitarios. Salud Mental10(3) 1987,90-97.
- 20.-AJURLAGUERRA J.Manual de Psiquiatria Infantil,cuarta ed.editori al masson.
- 21.-ERIKSON E.H,La juventud en el mundo moderno Ed. Paidós.



- 22.-ACKERNECHT E.H., Breve historia de la psiquiatría ed. eudela.
- 23.-ERICKSON H.E., Infancia y sociedad ed. paidós.
- 24.-KANER L. Psiquiatría Infantil ed. siglo xx.
- 25.-VELASCO RAFAEL: La teoría de Erik H. Erickson sobre el desarrollo-  
Psicosocial de la personalidad.
- 26.-BLOOS P. Psicología de la adolescencia ed. pax.
- 27.-BANKS M.H. Validation of the General Health Questionnaire in a yo-  
ung community sample. Psychological Medicine, 13: 349-353, 1983.
- 28.-MARKS I.N., GOLBERG DP, HILLIER VF: Determinants of the ability of  
general practitioners to detect psychiatric illness. Psychological-  
Medicine, 9:337-353, 1979.
- 29.-KARASU T.B., WALTSMANSA,:The medical care of patients with psychia-  
tric illness. Hosp. Community Psychiatry, 31:463-472, 1980.
- 30.-ROESSLER R. GREENFIELD N S: Incidence of somatic disease in psy --  
chiatric patients. Psychosom. Med. 23: 313-419, 1961.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA