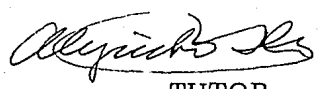


1124) 14
2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
CURSO DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

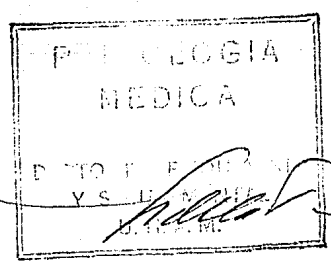
TESIS

DETECCION DE PSICOPATOLOGIA EN ESTUDIANTES
MARIA REGINA MONROY SOLIS

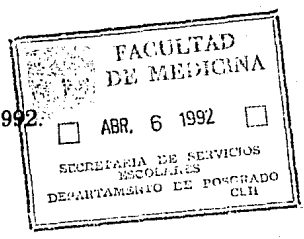



TUTOR
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FEbrero DE 1992.



1992
v. b. 



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

I.- INTRODUCCION

II.- JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

III.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

IV.- ANTECEDENTES

V.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION

VI.- RESULTADOS

VII.- DISCUSION

VIII.- CONCLUSIONES

IX.- BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCIÓN

Difícilmente se considera a la población estudiantil universitaria como una población de riesgo en el campo de la salud mental; sin embargo, en una Ciudad como ésta, donde las condiciones económicas, sociales y ambientales (estres, contaminación, problemas de transporte, carestía, ruido, etc) se han vuelto cada vez más difíciles, es de esperarse que la salud mental de los individuos que la habitan, se vea afectada en un sentido negativo. Los estudiantes no son la excepción y si en este momento de su vida se les ofrece la posibilidad de ayuda psiquiátrica, los beneficios que pueden obtenerse son muy importantes porque se trata no sólo de futuros profesionistas, sino de futuros padres de familia, futuras parejas y futuros trabajadores, y en la medida en que el individuo sienta un bienestar psíquico y físico podrá vivir en armonía con los que le rodean y con su medio ambiente. De aquí nace la inquietud de elaborar un estudio que detecte psicopatología estudiantil, como un paso previo para la atención de esa problemática y como una aportación de la Psiquiatría al desarrollo de nuestra sociedad.

II.- JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

Es muy importante que los estudiantes universitarios que inician su preparación profesional se encuentren en las mejores condiciones de salud física y mental con el objeto de que sus capacidades intelectuales y afectivas incidan positivamente en su proceso de aprendizaje, en su rendimiento escolar y extraescolar, en su desempeño profesional y en el desarrollo de sus capacidades creativas; por este motivo la detección temprana de cualquier desviación en su salud mental, es conveniente para su adecuada atención.

III.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

- 1.- Determinar la frecuencia de trastornos mentales en la población estudiantil del Turno Vespertino en la Universidad Autónoma Metropolitana de la Unidad Xochimilco.
- 2.- Identificar los casos y efectuar su canalización adecuada.
- 3.- Establecer correlaciones preliminares de variables sociodemográficas y trastornos mentales.
- 4.- Elaboración de un perfil psicopatológico sintomático de los estudiantes encuestados.

IV.- ANTECEDENTES.

- 1.- Aspectos epidemiológicos.**
- 2.- Estudios que usaron el CGS.**
- 3.- Cuestionario general de salud. Versión Breve.**
- 4.- Poblaciones estudiantiles donde se ha aplicado el Cuestionario General de Salud.**

1.- ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En México, aún no se ha determinado satisfactoriamente la magnitud, incidencia y características de la población que padece trastornos mentales. a lo anterior hay que agregar que hay épocas en que por diversos factores de tipo económico, social o ambiental (crisis económicas, migraciones, catástrofes naturales, revoluciones etc), estos trastornos mentales se presentan de diferente modo con fluctuaciones temporales, variaciones regionales, grupos de alto riesgo, etc. con el consiguiente impacto a nivel de la vida familiar y social de los individuos.

Sin una información adecuada acerca de lo antes mencionado se dificulta mucho la jerarquización de los trastornos mentales respecto al conjunto de los problemas de salud pública.

Además de aceptar en teoría que un estado de salud mental adecuado es indispensable para llevar a cabo todas las actividades humanas, es necesario cuantificar el alcance de los daños a fin de plantear e implementar programas de prevención y control para poder organizar los servicios de salud necesarios para su atención.

El conocimiento epidemiológico de los trastornos mentales puede lograrse a través de tres enfoques complementarios:

- a.- El monitoreo continuo de la morbilidad psiquiátrica en los servicios de salud.
- b.- Los estudios de población
- c.- La investigación de factores etiológicos o de riesgo.

Estos enfoques estudian principalmente la morbilidad ya que con excepción del alcoholismo y el suicidio que si se pueden cuantificar en las tasas de mortalidad, los demás trastornos emocionales se pueden apreciar a través de las tasas de morbilidad. Aunque otras enfermedades pueden provocar la muerte, en el caso de las enfer-

medades psiquiátricas se llega a producir la pérdida absoluta e irremparable de las relaciones interpersonales, familiares, afectivas y sociales que son las que distinguen a la vida humana como tal.

Muchos efectos de las enfermedades mentales como tales pasan inadvertidos, ya que no existen instrumentos de fácil operatividad que se apliquen a grandes poblaciones.

La Vigilancia Epidemiológica tiene como objeto el monitoreo continuo de la morbilidad y consiste en la observación y análisis sistemático del comportamiento de las enfermedades y de los factores pertinentes para su control. Dentro de este procedimiento podemos mencionar el Sistema de Registro de Enfermedades donde se registran todos los casos nuevos de una determinada enfermedad identificados por los servicios médicos públicos o privados de una región.

Wing y colaboradores llevaron a cabo un registro de este tipo en el campo de la salud mental en tres áreas urbanas: Aberdeen, Escocia; Distrito de Camberwell en Londres; y Maryland en EUA.

Ellos recomiendan para este tipo de registros lo siguiente:

- 1.- La utilización de poblaciones definidas, lo cual permite hacer comparaciones y extrapolaciones a otros grupos,
- 2.- Mediante este tipo de registros se evita la duplicidad por los diferentes servicios de una institución, en el registro de pacientes.
- 3.- La información acumulativa que se obtiene mediante el seguimiento de pacientes en diversas instituciones ayuda al conocimiento de la historia natural de la enfermedad.

Aunque la información procedente de las unidades hospitalarias es limitada y no permite determinar directamente la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales, sí se refleja la tendencia de los dos indicadores y existe orientación respecto a variables sociode-

mográficas de los puntos mas afectados y se pueden identificar fluctuaciones temporales y determinar el patrón de demanda de servicios.

En 1970 la Epilepsia en México ocupaba el segundo lugar y los trastornos de ansiedad el primer lugar, mientras que en Estados Unidos el primer y segundo lugares corresponden a los trastornos de adaptación y ansiedad respectivamente: notando además que la epilepsia no aparece siquiera registrada en los EUA,

El Establecimiento de los servicios de salud mental que se requieren varían de un país a otro y seguramente de una region a otra en un mismo país, de aquí la importancia de tener indicadores de morbilidad específicos.

Es característica primordial de la epidemiología el estudio de la enfermedad en poblaciones. Dentro de este contexto, los estudios de población comprenden:

- Prevalencia o magnitud de la enfermedad
- Proporción de individuos enfermos en una comunidad
- La incidencia o riesgo

Las características de los grupos afectados y las variaciones temporoespaciales de la enfermedad.

Aunque los registros de vigilancia epidemiológica sirven para determinar la incidencia, solo se detectan casos que acuden y son diagnosticados y los estudios de población proponen la búsqueda intencional e intensiva de casos diagnosticados o no, abiertamente sintomático, en remisión o aún en fase preclínica, que es lo mas deseable pues se pueden llevar a cabo actividades de prevención.

En el ámbito de la Psiquiatría esto se vuelve especialmente difícil

debido a que existen discrepancias en la misma clasificación de las enfermedades.

En los aspectos metodológicos, la investigación epidemiológica psiquiátrica presenta dificultades inherentes a la medición de fenómenos mentales que en términos prácticos corresponde a la detección y el diagnóstico de los casos inmersos en la población.

En un estudio llevado a cabo en Manhattan sólo el 5% de los clasificados como casos problema estaba recibiendo algún tipo de tratamiento en el momento del estudio.

En la encuesta geriátrica de Siracusa había cuatro personas con una enfermedad diagnosticada por cada persona hospitalizada y en Londres sólo el 5% de los pacientes con trastorno mental identificado acudía al médico.

Por otro lado, una serie de estudios descriptivos transversales o de prevalencia han mostrado de manera persistente una relación entre diversos tipos de trastornos mentales y ciertas características socio-demográficas, entre las cuales destacan el sexo y la clase social.

En el aspecto del sexo, la depresión es un ejemplo claro pues se sabe que es significativa en el caso del sexo femenino y para el factor económico ya que un nivel socioeconómico bajo esta directamente ligada a la depresión.

En los estudios actuales referentes a la tercera generación, encontramos los que se refieren a la validez y confiabilidad en la medición de datos referentes a los síntomas mentales y en la validez y confiabilidad de los procedimientos para combinar síntomas y formar síndromes o perfiles de diferentes tipos de trastornos mentales.

Dentro de los Instrumentos de detección (screening o tamizado) es

importante contar con instrumentos de bajo costo, de preferencia autoaplicables que puedan dar información de poblaciones grandes.

De este tipo de instrumentos podemos citar:

SCL (Symptoms Check List)

PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview

GHQ (General Health Questionnaire)

CES-D (Center for epidemiologyc Studies-Depresión Scale)

IMS (Index for Mental Status)

2.- ESTUDIOS QUE USARON EL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

En México existen grupos de población que no tienen posibilidad de recibir atención especializada, situación que se hace mas crítica cuando se trata de los padecimientos psiquiátricos. Lo anterior es especialmente claro para muchas poblaciones rurales donde se desconoce por completo la prevalencia o incidencia de muchas enfermedades psiquiátricas.

En las áreas urbanas, es tal la cantidad de pacientes que demandan servicios de salud que tanto el Seguro Social como el ISSSTE y la SSA así como el DDF resultan insuficientes y por ello en muchos de estos lugares la calidad de la atención ha disminuído notablemente.

En los Hospitales Generales, en lo que se refiere a padecimientos psiquiátricos, no se cuenta con personal de este ramo para la detección de casos; Lipowski, al revisar estudios sobre poblaciones de diferentes hospitales generales refiere que existe evidencia de

alteraciones psiquiátricas y enfermedades mentales que aún siendo lo suficientemente intensas no son detectadas por los diferentes servicios clínicos y se estima que este es el caso de 30 a 60% de los pacientes internos y del 50 al 80% de los pacientes externos.

Straín insiste en la necesidad de implantar instrumentos que detecten patología mental en los hospitales generales en Estados Unidos.

En un estudio realizado en Carolina del Norte con 200 médicos no psiquiatras se reportó que el 37% de los pacientes presentaba componentes psicológicos significativos concomitantes a su padecimiento y que sólo el 11% de estos pacientes necesitaba atención psiquiátrica según los médicos generales.

Se ha observado en otros países como Checoslovaquia que el 20% de los casos psiquiátricos están en manos de médicos generales y Cooper encontró que en Inglaterra la angustia y la depresión formaban el 80% de las neurosis crónicas en la consulta de 8 médicos generales.

En México a partir de 1978, Campillo y cols. estudiaron la confiabilidad de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada para poder aplicarla en pacientes con diferentes grados de patología y diferente sintomatología en una consulta externa especializada. El poder discriminativo del CGS y de cada uno de sus reactivos para sujetos casos y no casos fué estudiado por estos investigadores en dos poblaciones con diferentes grados de escolaridad encontrándose que la discriminación fué significativa en el 70% de los reactivos. La sensibilidad y especificidad del Cuestionario General de Salud se probó en una población de 18 a 64 años que acudió a la Consulta Externa en un Hospital General.

Paula Padilla y colaboradores aplicaron el Cuestionario General de Salud en un Centro de Salud ubicado en los Pedregales de Coyoacán, al sur del DF; el estudio se llevó a cabo en el transcurso de 6 semanas trabajando de lunes a viernes.

La población para el estudio estuvo compuesta por 157 hombres y 844 mujeres que hacían un total de 1001 pacientes de la cual se seleccionó en forma aleatoria 76 del sexo masculino y 425 del sexo femenino y de esta muestra se seleccionó uno de cada tres de los que obtuvieron calificación baja y todos los pacientes que obtuvieron 7 o mas en el mismo cuestionario; se encontró que en esta población el 51% presentó alteración psiquiátrica que requiere tratamiento especializado. En el 46.5% de los pacientes con trastornos emocionales, sus afecciones no son tan severas y su manejo puede llevarse a cabo por su médico tratante en combinación con un especialista de salud mental y el 5.3% representó pacientes con diagnósticos más severos en los cuales se requiere atención psiquiátrica forzosa y a quienes podría beneficiarlos un internamiento.

El CGS, en este caso permitió identificar a los sujetos que presentaban algún tipo de alteración emocional con un margen de error de 22.1%, tasa que resultó ser inferior a la de otros estudios reportados: México, 24.7%; Hogares en Londres: 26%; Goldberg en Londres: 10.9%;

En cuanto al sexo se encontró que las mujeres presentan un porcentaje mayor de trastornos emocionales.

En muchas Instituciones de Salud, la enfermedad psiquiátrica es frecuentemente sospechada pero rara vez es detectada con certeza o precisión.

B.M Esbán y G. P. Padilla y otros aplicaron también el Cuestionario General de Salud en su versión de 60 reactivos a una población de 574 pacientes que asistieron a la CE de un hospital general en un periodo de seis semanas y 493 pacientes que asistieron a la consulta médica general en un centro de salud en un mismo periodo; a los datos obtenidos se les practicó un análisis factorial por separado y se encontró que la ansiedad y la depresión son solamente cuantificables en una sola dimensión.

En 1985 Paula Padilla y Odette Peláez reportaron resultados comparativos de tres estudios sobre detección de trastornos mentales usando este mismo instrumento CGS en un Centro de salud, en una Unidad de Medicina familiar y en un hospital general privado, En las tres instituciones se encontró que los mayores porcentajes de psicopatología fueron obtenidos por las mujeres y las casadas con una frecuencia que osciló entre el 35% y 50%. La prevalencia corregida para las tres instituciones fué de 40%. Los síndromes depresivos, ansiosos y orgánicos fueron los que tuvieron mayor peso en las tres instituciones y los trastornos depresivos representaron casi la mitad de lo lo detectado en pacientes como caso.

Otro tipo de estudios referentes al CGS investigaron los llamados factores de estructura de los síntomas que componen el cuestionario; Goldberg y Hillier proponen una versión corta de 28 reactivos con cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad y perturbaciones del sueño, disfunción social y depresión severa.

Goldberg mismo reporta que en análisis de los componentes originales del CGS usó sujetos quienes estaban identificados como pacientes psiquiátricos o en quienes eran psicológicamente sanos y pacientes con grados intermedios de alteración tal como se les encuentra en su medio ambiente no habían sido incluidos.

En México se analizó el CGS para usar un factor estructural parecido al anterior y se puso en práctica en el Hospital General de México; Medina Mora, P. Padilla y cols. proponen dentro de esta línea de análisis dos versiones mas cortas: una con seis subescalas y 30 preguntas y otra con cuatro subescalas y 28 preguntas y se realizó simultáneamente una comparación con la escala de 28 reactivos inglesa. Datos preliminares concernientes a la validez de estas escalas son presentados. Se estudió comparativamente con la versión de 60 reactivos y 28 reactivos para el tamizaje de psicopatología y no se encontraron diferencias significativas. Para ello se usó una población de 597 pacientes cuyas edades oscilaban entre 18

y 64 años y que asistían a un hospital general a los servicios de medicina interna, cirugía y ginecología.

Existen una gran variedad de otro tipo de estudios en los cuales el Cuestionario General de Salud ha sido aplicado, siempre con el fin de detectar psicopatología menor, generalmente en el primer nivel de atención; a continuación se mencionan algunos de estos estudios:

Wesseley S. Nickson J. lo aplicaron en un estudio de población correlacionando la variable de baja presión con la presencia de fatiga, dolor de cabeza y palpitaciones.

Cleary, P.D. buscó demostrar a través del CGS por qué las mujeres padecen mas trastornos psiquiátricos que los hombres en una población de 247 pacientes que estaban recibiendo cuidados físicos especiales; estadísticamente no se encontró significación.

Jenkinson C. FitzPatrick R. aplicaron el CGS y el Nottingham Health Profile (NHP) en una población de pacientes que padecían migraña o artritis reumatoide. Los resultados proporcionaron evidencias que muestran que ambos instrumentos son capaces de detectar eficientemente alteraciones psicológicas aún en entidades tan cotidianas como la migraña y donde aparentemente no es posible pensar en una psicopatología agregada.

Fitzgerald M. Mcgee HM usaron la versión de 30 ítems del CGS para determinar la prevalencia de alteraciones psicológicas en dos grupos de madres cuyos niños padecieron gastroenteritis, en el primero los niños habían sido hospitalizados y en el segundo habían sido atendidos por las propias madres en su casa; se demostró claramente que las madres de niños que habían requerido la hospitalización tenían índices de psicopatología mas severa.

Lehtinen V. Joukama M. llevaron a cabo un estudio sobre la prevalencia de desórdenes psiquiátricos menores usando como

instrumento el CGS; se trató de un estudio epidemiológico extenso llevado a cabo en Finlandia; se pudieron detectar desde síntomas solos hasta entidades mas severas.

Swift W. Williams G. basándose en estudios anteriores que establecían una relación entre el uso de opioides y la presencia de psicopatología; usó el cuestionario general de salud en su versión de 28 reactivos encontrándose un 61% de casos en 151 consumidores.

Stanfeld, S.A. Gallacher JE. usaron la versión de 30 reactivos del CGS para detectar psicopatología menor en una muestra representativa de una comunidad de 2,204 hombres cuyas edades oscilaban entre 45 y 64 años que vivían en Caerphilly, South Wales. Se llevó a cabo la validación por la Cédula de Entrevista Clínica en una muestra de 97 hombres .

El punto de corte del cuestionario fué de 4-5 y se halló que los trastornos psiquiátricos más comunes se presentaron en viudos y divorciados en comparación con los casados.

Shankar J. Famuyiwa llevaron a cabo un estudio en una fábrica de obreros y se le comparó con una muestra control; a través del CGS de 60 reactivos se detectó sintomatología de ansiedad, depresión, síntomas somáticos y otros indicadores clínicos de stress encontrándose significativamente mas altos los puntajes en la muestra de obreros que en el grupo control.

Vandvik IH; Eckblad G. Como parte de un proyecto longitudinal basado en un modelo biopsicosocial de enfermedades reumáticas juveniles, llevaron a cabo un estudio en madres de niños con estas alteraciones; 84 madres fueron encuestadas a través del CGS en su versión de 20 reactivos; se les aplicó también el State Trait Anxiety Inventory y el Child Behavior Check List encontrándose que el 55% de estas madres reportaron desórdenes psiquiátricos indicados por altos puntajes en el CGS lo cual según estos autores es un factor predisponente para la enfermedad en los niños o para las conse-

cuencias de la enfermedad. Se encontraron además las siguientes variables con significación:

Infancia de la madre, dificultades familiares crónicas y eventos de la vida stresantes; no se pudo comprobar la relación entre factores ambientales y severidad de los cuadros psiquiátricos.

Cramer, D. estudio una muestra representativa de una población de 3065 mujeres y 2520 hombres; en esta muestra se usó el CGS en su versión de 30 reactivos conjuntamente con los 57 reactivos del Eysenck Personality Inventory y 20 reactivos del Checklist; se obtuvieron principalmente síntomas físicos y alteraciones psicológicas, neuroticismo, extraversión y patron de conducta tipo A.

Ross MW. llevó a cabo un estudio longitudinal muy interesante en una población de homosexuales activos en Adelaide, referente al uso del condón y sexo seguro; se trataba de una ciudad con baja prevalencia de SIDA: se pudo comprobar a través del CGS y otros instrumentos que los homosexuales que no usan condon tienen un mayor grado de psicopatología; los autores sugieren que los pacientes que tienen vida homosexual activa y que no se deciden a usar el condon deben tomar un apoyo psicológico con el fin de prevenir la infección por virus del Sida.

Beck DL; Srivastava R. realizaron un estudio para investigar el nivel de percepción y curso del estres en estudiantes de enfermería que trabajan con enfermos psiquiátricos; se trató de una muestra de 94 enfermeras a las cuales se les aplicó en CGS y el Stress Inventory; los resultados mostraron que las enfermeras tenían altisimos grados de estres pues tenían padecer una enfermedad como las que estaban viendo.

Adamopulou A; Garyfallos G: estudiaron los perfiles psicopatológicos de dos grupos étnicos a través del CGS en su versión de 28 reactivos: un grupo era Greek Cypriota en el norte de Londres y el otro era un grupo nativo inglés; no se encontraron diferencias

significativas en el tipo de psicopatología encontrada pero sí se vio que el grupo más aculturizado es el que tiene tendencia a tener más alteraciones psiquiátricas.

Munro JM; Ironside W, Smith GC. estudiaron comparativamente 158 padres de gemelos en edad preescolar concebidos bajo tres condiciones: espontáneamente, después de un trabajo por problemas de infertilidad que incluyó el uso de drogas y por fertilización artificial; indicaciones de probables desórdenes psiquiátricos fueron obtenidas usando el CGS de 60 reactivos y los resultados mostraron que los padres cuyos hijos habían nacido por fertilización artificial y espontáneamente tenían puntajes similares y ambos eran significativamente mayores que los que habían llevado a cabo un trabajo con uso de drogas; madres y padres tenían puntajes similares.

En otro estudio Felsman JK; Leong FT; estimaron alteraciones psicológicas en tres subgrupos de refugiados vietnamitas:

Adolescentes, menores no acompañados y adultos jóvenes; se usaron tres instrumentos: Vietnamese Depression Scale, Hopkins Symptom Checklist-25 y Cuestionario General de Salud. Los resultados indicaron altos grados de depresión y ansiedad para el grupo adulto joven sobre todo y ansiedad en los otros dos grupos.

Lewis G; Wesseley S. estudiaron la especificidad y sensibilidad de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) y el CGS en pacientes dermatológicos no encontrando diferencias en los dos cuestionarios en su capacidad para detectar casos de desorden psiquiátrico menor.

Surtees PG. Tansella M. hicieron una investigación de contraste del CGS en su versión de 30 ítems con una más chica de 12 reactivos que tomaban en cuenta principalmente la significancia diagnóstica de las preguntas más importantes. La versión de 12 reactivos resultó útil sobre todo cuando no hay mucho tiempo para aplicar versiones más largas.

Bowling A. llevó a cabo un estudio en Londres en una población de 85 años de edad en adelante; la población cercana al lugar donde se instaló la unidad diagnóstica constaba de 662 adultos; se usó el CGS para medir la morbilidad psiquiátrica y se encontró un 27% con desórdenes psiquiátricos menores.

En el caso de la detección temprana de la depresión se sugiere la aplicación de varios instrumentos, entre los cuales esta el CGS, el Inventario de Beck, Escala para el Estudio de la Depresión, la Escala de Zung, el Inventario de Salud Mental, La Escala de Depresión y Ansiedad en hospitales y otros; Feightner JW y Worrall G llevaron a cabo el estudio encontrando de 3.5 a 27% de individuos afectados y recomiendan detectar la depresión en el primer nivel de atención sobre todo porque así se previene el suicidio.

Marino S; Bellantuomo C; Tansella M aplicaron el CGS en su versión de 30 reactivos para detectar morbilidad psiquiátrica entre 505 servidores; mas de la mitad(52%) tuvieron puntajes altos.

Hunt RW; Bond MJ; estudiaron la respuesta de los enfermos de cáncer y sus cuidadores cuando se les indicaba que tenían cáncer; el grado de daño psicológico se estudió a través del CGS y se vió que la noticia causaba un gran impacto con presencia de desórdenes psicológicos menores.

Newmann SC; Shrout PE; Bland RC proponen que para grandes poblaciones (3,258 residentes de Edmonton Canadá) se usen dos instrumentos combinados; en este caso CGS y Diagnostic Interview Schedule para la detección de psicopatología.

Estryn-Behar, Kaminski M, Peigne E. estudiaron la relación entre condiciones de trabajo y estado de salud mental en mujeres trabajadoras de un hospital; la muestra se integró de 1505 mujeres: 43% enfermeras, 32% auxiliares, 7% personal de limpieza, 13% cuidadoras de cabecera calificadas y 5% de otras ocupaciones rela-

cionadas con la salud mental; el 63% trabaja en la mañana y el 20% en la tarde así como el 17% en la noche: se consideraron cinco indicadores de salud con alto puntaje en el CGS: fatiga, dificultades para dormir, uso de antidepresivos, de pildoras para dormir, sedantes y diagnóstico de morbilidad psiquiátrica como hallazgo clínico, se definieron cuatro índices de estrés: estrés en el trabajo, tipo de carga mental, insuficiencia en el entrenamiento, y tensión causada por el horario.

Brandt J. Celentano D y Stewart W reportaron en 1990 un estudio donde se mostró que los sujetos que padecen migraña tienen puntajes 2.5 veces más altos en el CGS que los sujetos que no la padecen.

También a través del CGS se estudio el grado de calidad de vida de sujetos que sufren hipertensión arterial y que toman metoprolol comparando con sujetos que no usan medicamento y se encontró a través del CGS que ambos grupos presentaban similares condiciones de desorden psicológico. Lo anterior estudiado por Bech, P; y Poulsen DL;

Goldwasser, HD; y Badger LW. realizaron una investigación en Arizona en una población de pacientes que asisten al servicio de medicina general con el fin de detectar problemas psiquiátricos significativos. Sus hallazgos enfatizan la importancia de la detección de sintomatología depresiva a través del Cuestionario General de Salud, sobre todo porque esta es un gran factor de riesgo para el suicidio.

4.- POBLACIONES ESTUDIANTILES EN LAS CUALES SE HA APLICADO EL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.

Son pocas las poblaciones estudiantiles en las cuales se ha tratado de detectar psicopatología, sobre todo por el hecho de que no son poblaciones de riesgo dentro del campo de la patología mental, o al menos no lo eran hasta hace tiempo.

Z.Radovanovic y L.J. Eric del Instituto de Epidemiología y el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Belgrado en Yugoslavia aplicaron el CGS que mostró ser un instrumento válido para la detección de alteraciones psicológicas en una población definida de estudiantes yugoslavos. Índices óptimos de validéz fueron obtenidos al usar la versión de 60 reactivos y un punto de corte en 13-14. El estudio seleccionó una población estudiantil de la carrera de medicina matriculados en Belgrado en septiembre de 1979.

La muestra estudiantil consistió en 155 estudiantes de los cuales sólo 151 aceptaron cooperar. El Instrumento fué aplicado por un grupo de estudiantes del último año de la carrera de medicina. Inmediatamente después de terminar su aplicación las respuestas fueron referidas a un investigador psiquiátrico quien no tenía información sobre la calificación de los cuestionarios.

Los resultados obtenidos muestran que de 151 estudiantes el 15.2% fueron identificados como casos por el psiquiatra el cual usó la Entrevista Psiquiátrica de Goldberg. En ninguno de los 23 sujetos se encontró evidencia de daño psicológico severo. Las calificaciones obtenidas por el uso de cuatro versiones del CGS (60,30,20y 12 reactivos) fueron clasificados en positivos y negativos usando los criterios para punto de corte que recomienda Goldberg y fueron tabulados en la dicotomía caso-no caso.

Para todas las versiones la sensibilidad fué mas alta que las estimaciones que había hecho Tennant en una muestra de la práctica médica general en Sydney y ligeramente mas bajo que lo reportado por Goldberg entre pacientes de la consulta general en Londres. La versión de 30 reactivos rindió resultados mas satisfactorios que los obtenidos por Tarnopolsky y otros.

Radovanovic menciona que esta no fué precisamente una muestra representativa de la población de estudiantes de medicina de Belgrado, sino mas bien la detección psicológica en esta muestra

estudiantil y la determinación de la prevalencia. El instrumento de tamizaje más apropiado fué el de 60 preguntas con un punto de corte en 13-14.

Un solo caso de falso negativo se encontró en el análisis de la versión de 60 preguntas y se trataba del caso de una chica cuya madre era psicótica pero en el momento de aplicar el cuestionario la madre estaba en remisión y la hija se sentía bien; sin embargo, ella tenía un problema fóbico.

En los casos falsos positivos la problemática se enfocó a problemas de aprendizaje que no tenían una base psicopatológica.

Aunque la validéz del Cuestionario General de Salud ha sido demostrada ya, existe la necesidad de revalidar y recalibrar el CGS cuando se utiliza en lugares o poblaciones distintas porque su efectividad en el tamizado puede variar de acuerdo a las características de la población en la cual se aplica. Las versiones breves han sido aplicadas en Murphy en 1979 por Finlay-Jones; en la práctica médica general aplicó Tennant en 1977; por Medina-Mora y colaboradores en México en 1983 y en los Estudios laborales por Jenkins.

En poblaciones jóvenes son de importancia el estudio de Belgrado ya mencionado y el de Banks en 1983 que se aplicó a 200 jóvenes de 17 años de edad.

Para Martha Romero y Ma. Elena Medina Mora una versión mas corta del CGS puede ser aplicada y validada en poblaciones estudiantiles.

Su estudio se llevo a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México en una muestra de 296 alumnos de uno y otro sexo que arrojó interesantes resultados.

Como sabemos la adolescencia y la juventud en su inicio, son asiento de grandes cambios psicológicos y físicos para los individuos y las experiencias que se viven durante esta época son muy significativas

para la vida adulta y a pesar de ello se conoce poco acerca del estado emocional de los jóvenes cuando inician la vida universitaria o cuando están en ella. La investigación se centró en la obtención de una versión breve, válida para detectar psicopatología en estudiantes universitarios y compararla con las versiones aplicadas en otras poblaciones de México, EUA, Inglaterra y Austria. Además se obtuvieron los resultados sobre prevalencia global de trastornos emocionales y la proporción y tipo de alteraciones más frecuentes.

De los 295 alumnos que contestaron el cuestionario se seleccionaron 134 sujetos cuyas respuestas incluían más de seis reactivos (punto de corte 5-6) y una muestra al azar de aquéllos que incluían menos de seis reactivos a ambos grupos se les aplicó la Entrevista Psiquiátrica Modificada de Goldberg aplicada por seis psicólogos previamente entrenados que obtuvieron coeficientes de correlación adecuados durante el entrenamiento.

El resultado mostró que de la muestra analizada el 39.3% de la población estudiada presentaba algún tipo de padecimiento que requería de atención especializada.

En el grupo de mujeres el 53% mostró síntomas de irritabilidad, 51.8% de ansiedad; el 49.3% de ánimo depresivo; el 40.73% de disminución en la concentración; el 39.49% de fatiga; y el 32% de alteraciones en el sueño.

En el grupo de hombres los porcentajes fueron menores y se distribuyeron con diferentes orden jerárquico; disminución en la concentración: 44.82% ; Ansiedad e irritabilidad: 41.36% ; ánimo depresivo en 34.77%; alteraciones en el sueño en 34.47% y síntomas somáticos en 31.02%.

Por medio de una rotación varimax, en este estudio se realizó el análisis del CGS en sus principales componentes obteniéndose factores fácilmente conceptualizables dado que pesaban más reactivos en cada uno de ellos y para la versión breve de 28 reactivos se

recalificaron los 112 cuestionarios encontrando el mejor punto de corte en 5-6. Con este punto de corte y de acuerdo con el coeficiente global de severidad se vió que el 16.96% total de la muestra presentaba trastornos no significativos, el 30.35% podían ser considerados como casos leves y el 52.67% como casos moderados.

A través de los estudios que se han realizado en estudiantes se puede apreciar que los cuadros clínicos que presentan no son tan definidos como en el adulto cuando este se detecta en el espacio hospitalario o de Consulta Externa Psiquiátrica donde la sintomatología es más precisa.

Ajuriaguerra menciona que en la población adolescente la sintomatología depresiva puede expresarse a través de cambios de conducta o rebeldía que llegan a confundir al clínico; en otros casos hay equivalentes somáticos de la depresión como fatiga, dolor, dispepsia, náusea, mal sabor de boca, constipación e irritabilidad o fagomanía, falta de concentración, etc. Como síntomas, ya sea en grupos o aislados se les encuentra con frecuencia en poblaciones estudiantiles de jóvenes universitarios y es posible que este malestar psicofisiológico influya en su rendimiento escolar, en el ausentismo y en la deserción escolar.

Respecto a la prevalencia global, la cifra obtenida en este estudio no difiere mucho de la encontrada en otros pero esta ligeramente mas elevada, y en general se considera elevada debido a que la población estudiantil constituye un grupo que ha atravesado diversos filtros para llegar al espacio universitario y que debería ser preferentemente una población sana.

Resulta de una gran importancia, la búsqueda de instrumentos sencillos y sensibles que puedan detectar psicopatología en los primeros grados de la universidad pues el momento para el tratamiento de estas anomalías antes de que comiencen a dejar una huella en el historial académico y personal del alumno.

Finalmente, es conveniente aclarar que los nombres de las subescalas como: ideación suicida o depresión leve, etc, no nos está hablando de un síndrome como tal sino de una forma de conceptualizar los reactivos con una orientación mas específica. Martha Romero y Medina-Mora recomiendan llevar a cabo el estudio en otras poblaciones universitarias mas numerosas con el objeto de confirmar la validéz y confiabilidad de la versión breve de 28 reactivos.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO
CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.

Clave _____ Estudio _____ No. Identificación _____ Grupo _____ No. Lista _____
 Nombre _____ Edad _____ Sexo. F M Edo.civil _____
 Ocupación _____ Trabaja y estudia _____ Estudia _____
 Lugar de origen _____

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado de salud. Contiene preguntas que tienen que ver con los padecimientos mas comunes.

Es importante que conteste en forma individual.

Por favor lea con cuidado y conteste todas las preguntas.

Encierre en un círculo la respuesta que más se ajuste a las molestias o situación que se ha presentado en el último mes. Si ha tenido problemas antes de un mes no lo indique en este cuestionario.

¿Ha recibido tratamiento psicológico? Psicoterapia 1 Hospitalización 2 Psicofármaco 3

ULTIMAMENTE

	1	2	3	4	
1.- ¿Se tarda mas tiempo en hacer las cosas?	menos tiempo que lo habitual	Igual tiempo que lo habitual	mas tiempo que lo habitual	mucho mas tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
2.- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	mas que lo habitual	Igual que lo habitual	menos que lo habitual	mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
3.- ¿Ha sentido que por lo general hace bien las cosas?	mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	peor que lo habitual	mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
4.- ¿Siente que puede concentrarse en lo que hace?	mejor que lo habitual.	Igual que lo habitual	menos que lo habitual	mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
5.- ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	mas que lo habitual	Igual que lo habitual	menos que lo habitual	mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
6.- ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	mas satisfecho	Igual de satisfecho que lo habitual	menos satisfecho que lo habitual	mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
7.- ¿Se ha sentido capaz de enfrentarse a sus problemas?	mas capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	menos capaz que lo habitual	mucho menos capaz que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
8.- ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
9.- ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
10.- ¿Se ha sentido demasiado cansado ... para comer?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	
11.- ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	

	1	2	3	4	
12.- ¿Al despertar siente que no descansa?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
13.- ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	no, para nada.	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
14.- ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	no, para nada	no mas enfermo que lo habitual	bastante mas enfermo que lo habitual	mucho mas enfermo que lo habitual	<input type="checkbox"/>
15.- ¿Ha tenido dolores de cabeza?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
16.- ¿Ha notado que ha veces no puede hacer nada ?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
17.- ¿Ha sentido que la gente se le queda viendo?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
18.- ¿Ha tenido pesadéz en la cabeza?	no, para nada.	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
19.- ¿Ha sentido miedo de desmayarse en público?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
20.- ¿Se ha sentido nervioso y a punto de estallar constantemente?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
21.- ¿Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
22.- ¿Ha pensado que usted no vale nada?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
23.- ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
24.- ¿Siente que no se puede esperar nada?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
25.- ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas que lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
26.- ¿Ha perdido confianza y fé en si mismo?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas de lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
27.- ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio?	no, para nada	no mas que lo habitual	bastante mas de lo habitual	mucho mas que lo habitual	<input type="checkbox"/>
28.- ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	no, para nada	no creó	alguna vez.	si	<input type="checkbox"/>

V.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar la frecuencia y tipo de psicopatología que presentan los estudiantes de primer ingreso, en el turno vespertino de la Universidad Autónoma Metropolitana de la Unidad Xochimilco.

HIPOTESIS.

A pesar de que la población estudiantil, para llegar a la Universidad ha pasado por diversos filtros, algunos estudios han mostrado que en este grupo se puede encontrar psicopatología.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

La muestra esta integrada por estudiantes del turno vespertino de primer ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana en su Unidad Xochimilco. Se consideró en este estudio una selección de estudiantes de primer ingreso, debido a que están en el inicio de su preparación universitaria y es importante detectar cualquier desviación en la salud mental para su adecuada atención.

El turno vespertino, en este período, que se extiende de septiembre de 1991 al 15 de enero de 1992, aloja una población estudiantil de aproximadamente 600 alumnos distribuidos en 20 grupos.

Se planeó aplicar el cuestionario en el inicio del mes de noviembre, debido a que en octubre muchos de ellos desertan por haber sido aceptados en la UNAM y de incluirlos no concluirían su participación en esta investigación.

La muestra incluye individuos de ambos sexos, de diferentes edades, de diversa procedencia de acuerdo al lugar de origen y con diferentes condiciones económicas (unos trabajan y otros no)

INSTRUMENTOS.

- CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD. VERSION BREVE DE 28 REACTIVOS. Usada y validada en México para una población estudiantil, por Martha Romero y Ma. Elena Medina Mora.

El cuestionario es autoaplicable y consta de 28 preguntas con cuatro opciones de respuesta; las respuestas 1 y 2 se califican con cero y las respuestas 3 y 4 se califican con 1; el punto de corte mas adecuado es: 5-6.

Se consideran positivos los cuestionarios de 5 en adelante.

Se consideran negativos los cuestionarios de 0 a 4.

El Cuestionario General de Salud en esta versión contiene un factor estructural formado por cuatro subescalas que agrupan síntomas específicos:

Subescala 1: preguntas de la 1 a la 7: Depresión leve.

Subescala 2: preguntas de la 8 a la 14: Síntomas Somáticos.

Subescala 3: preguntas de la 15 a la 21: Ansiedad.

Subescala 4: preguntas de la 22 a la 28: Ideación suicida.

- ENTREVISTA PSIQUIATRICA MODIFICADA DE GOLDBERG. La Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, desarrollada por Goldberg y Cols. en 1970, representa un intento por lograr un instrumento de captación de datos clínicos subjetivos y objetivos de manera homogénea, con el objeto de que los investigadores obtengan alta concordancia en sus observaciones. En México, a partir de 1978, se traduce al español y se tiene la primera versión mexicana,

la cual se ha aplicado en diversas poblaciones en México, alcanzando una confiabilidad de .78 a .79.

La Entrevista está dividida en cinco secciones:

La primera parte no está 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 relajar al paciente.

La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado en el último mes.

Están organizados en diez grupos que se investigan en el siguiente orden:

- Síntomas somáticos.
- Fatiga.
- Alteraciones del sueño.
- Irritabilidad.
- Disminución de la concentración.
- Animo depresivo.
- Ansiedad y preocupación.
- Fobias.
- Obsesiones y compulsiones.
- Despersonalización.

El investigador completa la tercera 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 o inferido durante la entrevista. Esta sección está dividida en la siguiente forma:

1.- Escala para anormalidades en la conducta:

- Lentitud y carencia de espontaneidad.
- Suspica, defensivo.
- Histriónico.

2.- Escala para estados de animo normales:

- Deprimido.
- Ansioso, agitado, tenso.
- Exaltado, eufórico.
- Aplanado, incongruente.

3.- Escala para anormalidades perceptuales y cognitivas:

- Delirios, trastornos del pensamiento.
- Alucinaciones.
- Alteraciones en el intelecto y daño orgánico.
- Excesiva preocupación por funciones corporales.
- Contenido depresivo del pensamiento.

Se incluye también un reactivo sobre alcoholismo.

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 a alcohol.

Modo de calificación.

Cada reactivo tiene indicaciones específicas para evaluar severidad en una escala de cinco grados; en términos generales la evaluación es como sigue:

1.- Indica ausencia del síntoma.

2.- Indica rasgo habitual o síntoma limítrofe leve y transitorio, la funcionalidad es estable.

3, 4 y 5, indican respectivamente grados moderado, intenso, y muy intenso; 4 y 5 deben cumplir los criterios de Feighner: Búsqueda de ayuda, Toma de medicamentos, Alteración de la rutina debido al síntoma, no se debe a enfermedad somática específica con excepción de los síndromes cerebrales orgánicos y el retardo mental.

El coeficiente de severidad se obtiene por la suma del puntaje en síntomas reportados mas dos veces el puntaje obtenido en anomalías manifiestas.

ETAPAS DE LA INVESTIGACION.

PRIMERA:

-Aplicación del Cuestionario General de Salud.

-Calificación y selección de los que tuvieron puntaje de 5 en adelante.

-Muestreo de los cuestionarios negativos, en forma aleatoria.

SEGUNDA:

-Realización de la Entrevista Psiquiátrica modificada de Goldberg

por un Psiquiatra diferente al aplicador y calificador de los cuestionarios, a aquellos alumnos que resultaron positivos y a los elegidos al azar, con cuestionario negativo.

TERCERA:

-Detección y Canalización adecuada de los casos que así lo requieran.

CUARTA:

-Análisis Estadístico de tipo descriptivo para el establecimiento de correlaciones entre variables sociodemográficas y trastornos mentales.

VI.- RESULTADOS.

En el momento de aplicar los cuestionarios, muchos estudiantes habían desertado de la UAM-X para irse a estudiar a la UNAM como parte de un fenómeno anual que se da en la primera institución referida. No se pudo determinar con exactitud cuántos quedaron pero se considera que la población total quedó integrada por 340 alumnos aproximadamente. De este total, un grupo no participó porque su profesor no lo autorizó. Cuatro grupos no pudieron localizarse en virtud de que estaban realizando actividades de investigación fuera de la Institución. La muestra quedó integrada por 215 estudiantes, de ambos sexos con edades de 17 a 35 años, algunos trabajaban, otros no. Todos los estudiantes cooperaron adecuadamente, aunque mostraron inquietud, ya que algunos preguntaron si por medio del cuestionario íbamos a descubrir patologías mentales.

El cuestionario fué calificado al momento de ser entregado por el alumno; cuando era positivo se les citaba para entrevista en una fecha y lugar determinados; esta misma situación se dió para los alumnos con cuestionario negativo, elegidos al azar.

No acudieron a la entrevista todos los alumnos seleccionados; se esperaba que la realizaran 20 estudiantes con resultado negativo y 71 con resultado positivo: sólo acudieron 27 alumnos, 25 positivos y 2 negativos.

Los resultados son los siguientes:

PORCENTAJE DE CUESTIONARIOS POSITIVOS POR SEXO

FEMENINO 18.6% (cuarenta alumnas).

MASCULINO 15.8% (treinta y cuatro alumnos).

Los resultados de acuerdo a las subescalas del cuestionario se presentan en el siguiente cuadro.

SUBESCALAS	SEXO FEM.	SEXO MASC.	ESTUD. Y TRAB.	SOLO EST.
SUBESCALA 1 depresión leve.	25%	38.24%	33.96%	23.81%
SUBESCALA 2 síntomas somáticos y per- turbaciones del sueño.	55%	55.88%	58.49%	47.62%
SUBESCALA 3 ansiedad.	32%	14.71%	20.75%	33.3%
SUBESCALA 4 ideación suicida	7.5%	8.82	7.55%	9.52%

Por lo que se refiere al análisis de los cuestionarios positivos, en ambos sexos y en relación al reporte de antecedentes heredo familiares de tipo psiquiátrico (sólo se consideró línea directa), la frecuencia en porcentaje por subescalas fué la siguiente:

SUBESCALA 1 : 2.33%

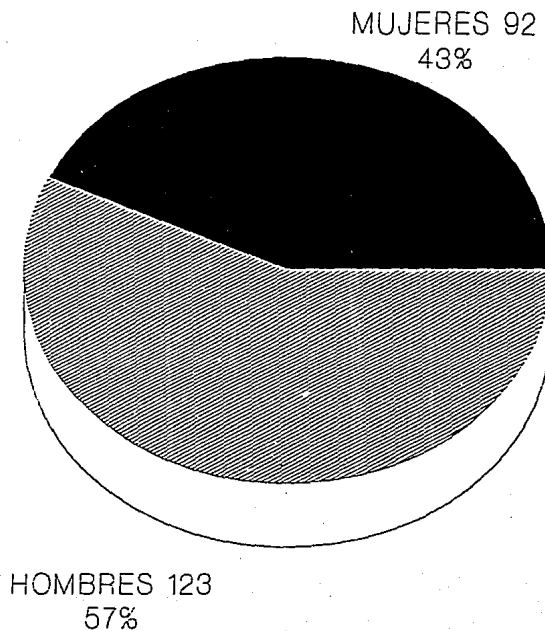
SUBESCALA 2 : 4.19%

SUBESCALA 3 : 3.72%

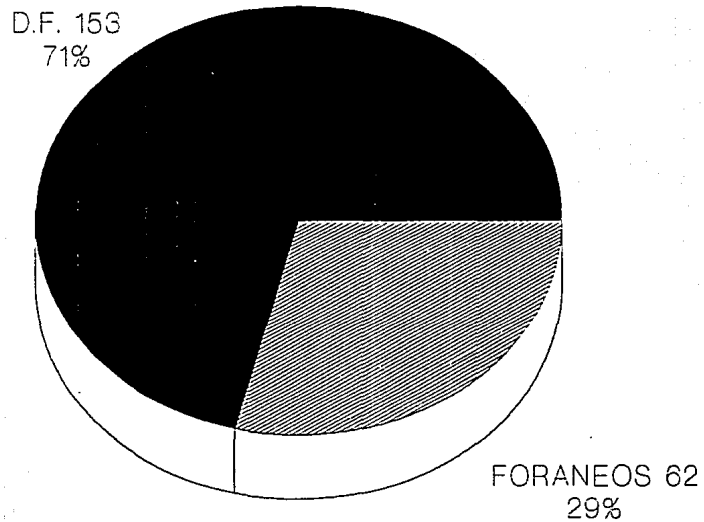
SUBESCALA 4 : 0.0%

Con respecto a los puntajes obtenidos en los cuestionarios positivos, el rango de variación fué amplio como puede observarse en la respectiva gráfica.

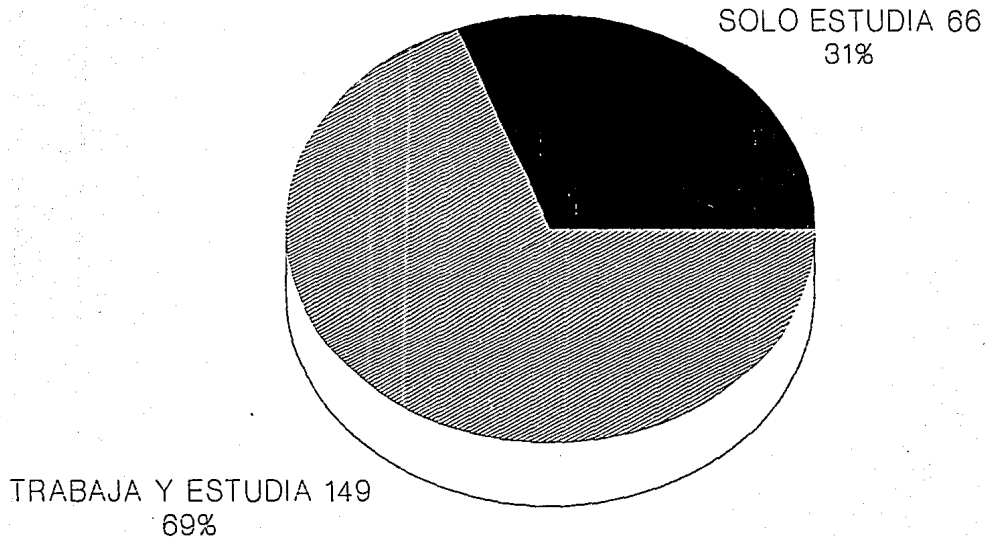
DISTRIBUCION POR SEXO



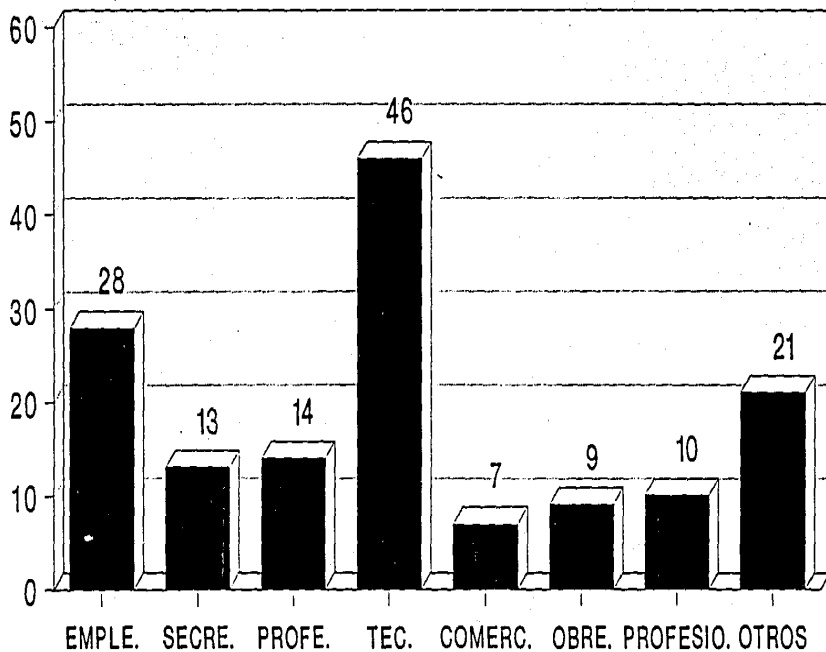
DISTRIBUCION POR LUGAR DE ORIGEN



DISTRIBUCION POR ACTIVIDAD

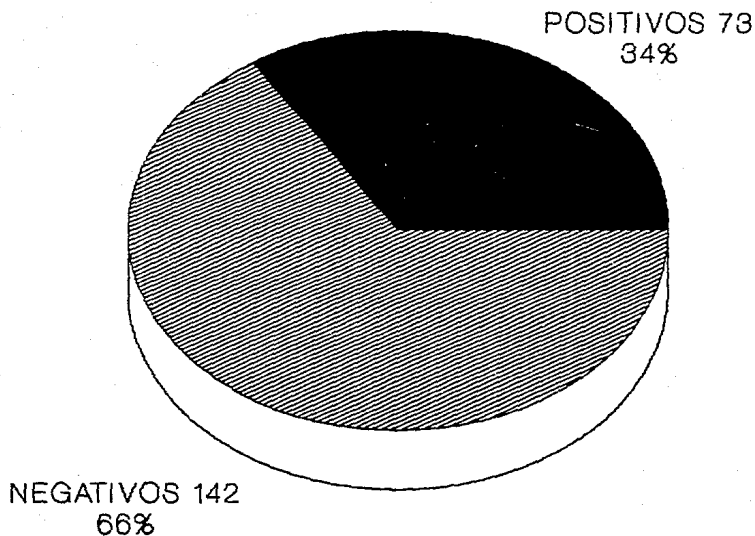


DISTRIBUCION POR OCUPACION

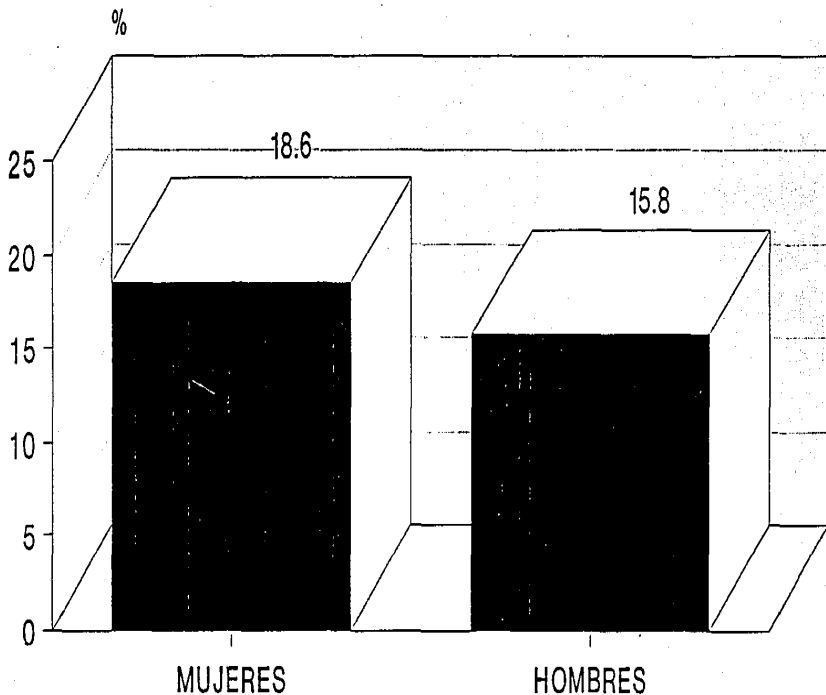


■ OCUPACION

DISTRIBUCION POR CALIFICACION DEL CUESTIONARIO

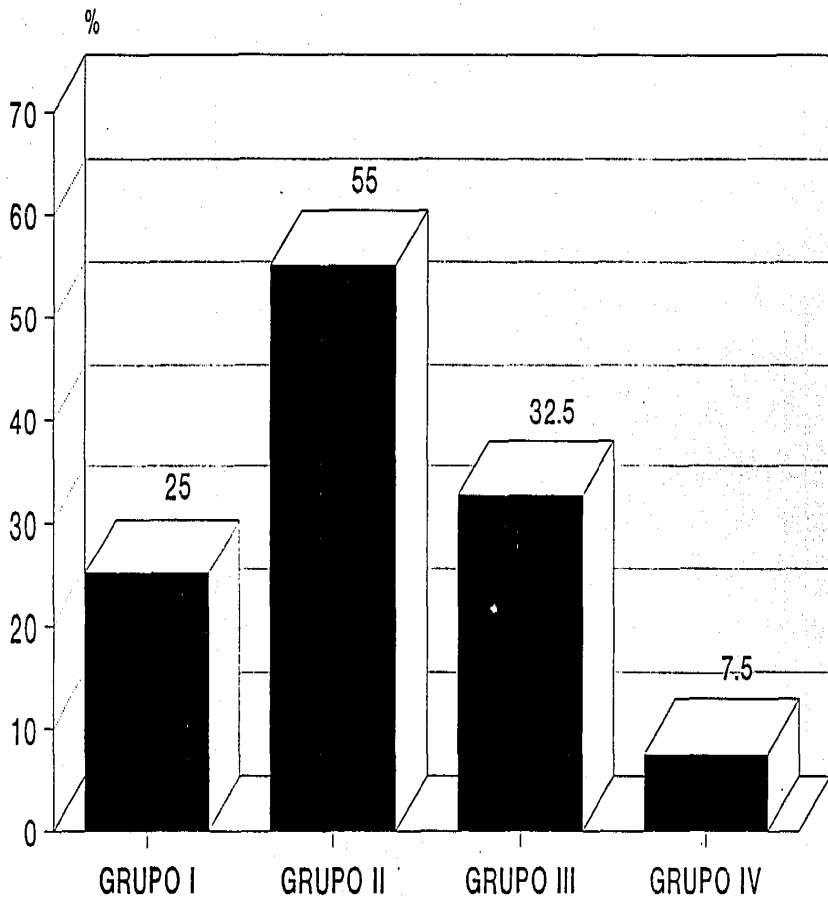


DISTRIBUCION CUESTIONARIOS POSITIVOS POR SEXO

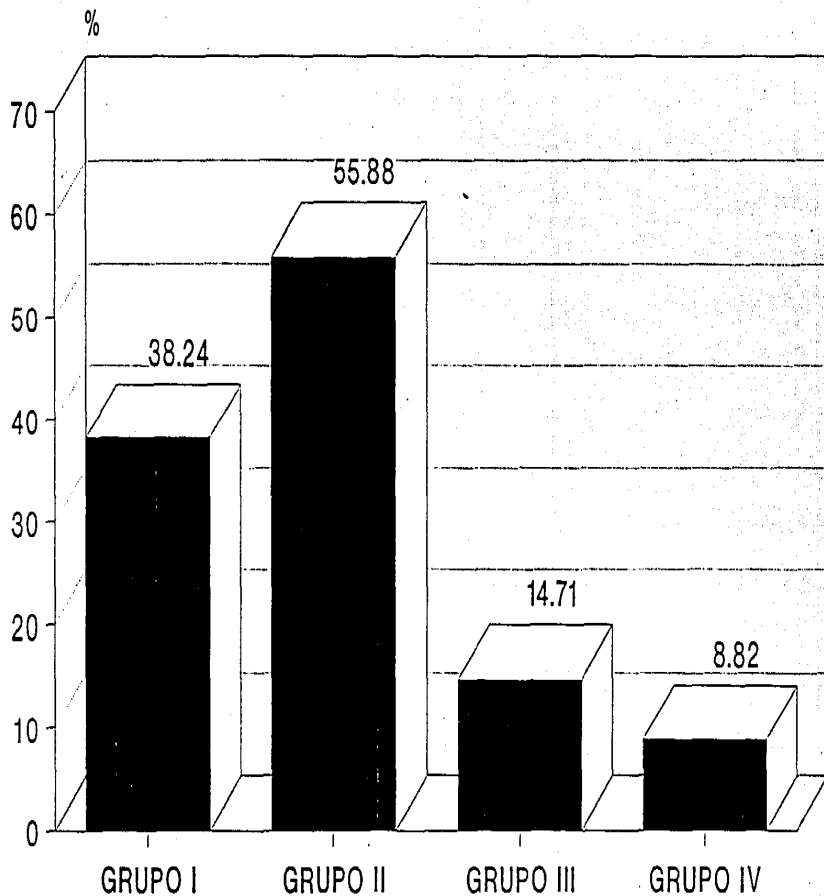


■ TOTAL 34.4 %

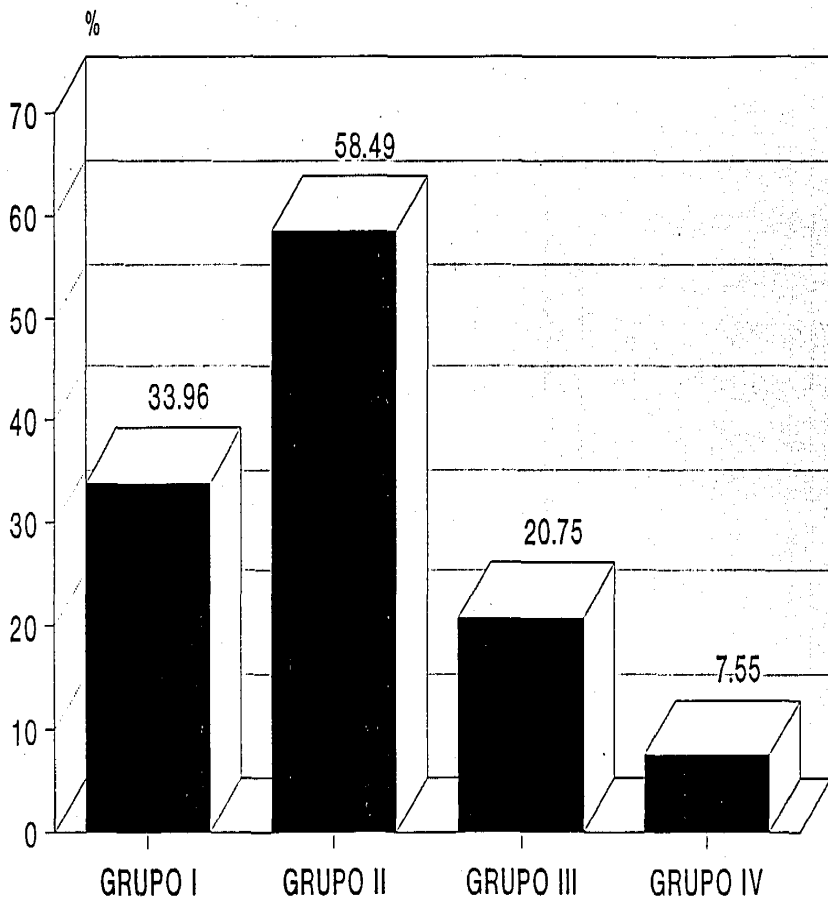
DISTRIBUCION POR SUBESCALAS EN MUJERES, CUESTIONARIOS POSITIVOS



DISTRIBUCION POR SUBESCALAS EN HOMBRES, CUESTIONARIOS POSITIVOS

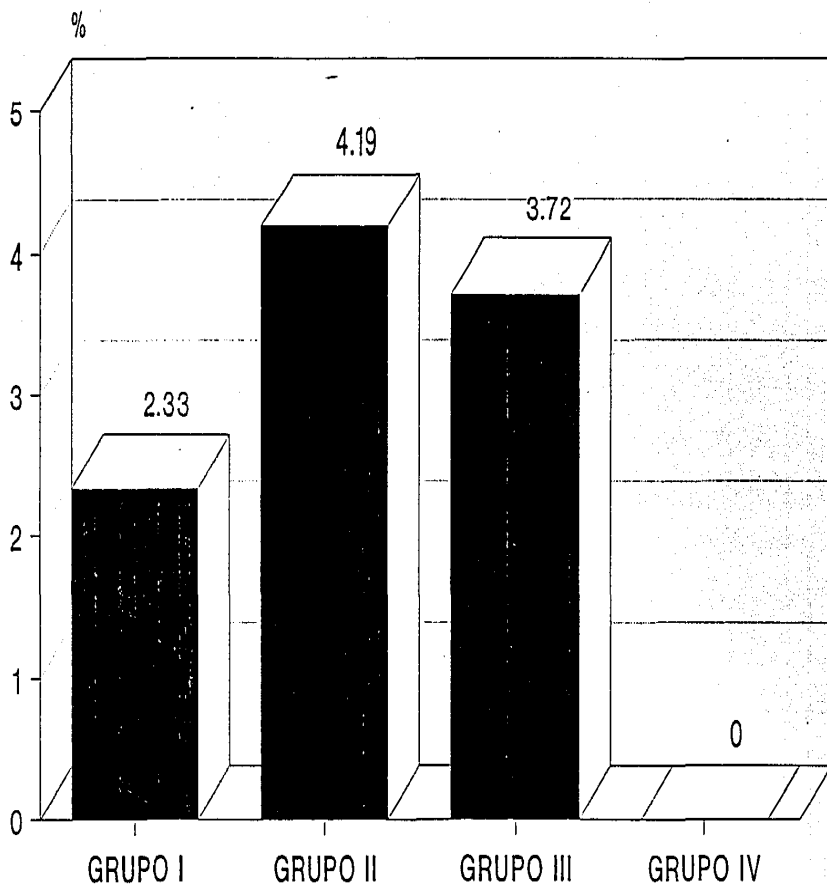


DISTRIBUCION: TRABAJA Y ESTUDIA CUESTIONARIOS POSITIVOS



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS CUESTIONARIOS POSITIVOS



FAMILIARES (LINEA DIRECTA)

VII.- DISCUSION

La psicopatología detectada por cuestionario positivo fué ligeramente mayor en mujeres que en hombres, no obstante que la muestra estaba integrada por un mayor número de mujeres, lo cual sugiere que los desórdenes psiquiátricos son más frecuentes en mujeres, como se ha reportado en otros estudios.

El porcentaje global de psicopatología fué de 34,4% parecido al reportado por Martha Romero y Ma. Elena Medina mora (39.3%) y muy por arriba del que reportó Radovanovic en su muestra estudiantil de Belgrado (15.2%). Lo anterior podría explicarse porque las condiciones de los estudiantes de la universidad pública en México, son más desfavorables por tener un menor nivel socioeconómico, cultural y educativo, hipótesis que sería interesante explorar en futuros estudios.

Respecto a la sintomatología reportada por subescalas del cuestionario, como puede observarse en el cuadro y en las respectivas gráficas, la subescala de síntomas somáticos fué la que tuvo porcentaje mas alto en ambos sexos, sin diferencia entre ellos; después siguió la de ansiedad para mujeres y depresión para hombres; la sintomatología de ideación suicida fué ligeramente mas alta en hombres que en mujeres pero fué la que contabilizó menor puntaje de todas las variables, lo cual sugiere que la psicopatología detectada en esta muestra corresponde a desórdenes psiquiátricos menores, al igual que en otros estudios como los de Radovanovic y Ma. Elena Medina Mora.

De los estudiantes que también trabajan la escala más alta continuó siendo la de síntomas somáticos, en segundo lugar la depresión, en tercero ansiedad y por último ideación suicida.

Del grupo de los que sólo estudian la subescala de síntomas somáticos continuó siendo la mas alta. Depresión y ansiedad tuvieron porcentajes muy parecidos en todas las variables consideradas, lo cual sugiere que ambas se ubican en una sola dimensión. Asi mismo es interesante observar como los síntomas somáticos y las perturbaciones del sueño estuvieron presentes con gran frecuencia en esta muestra.

El análisis de las entrevistas reveló que de 27 estudiantes que acudieron, 19 tenían antecedentes heredofamiliares de tipo psiquiátrico, (madre nerviosa, padre alcohólico, madre que toma sedantes, y otros); al correlacionar con el cuestionario se vió que la subescala de mayor porcentaje fué la de síntomas somáticos y la de ideación suicida fué de 0% lo cual sugiere que a pesar de tener antecedentes heredofamiliares positivos y un cuestionario goldberg positivo, su desorden psiquiátrico no es tan severo.

Por lo que se refiere a los coeficientes de severidad, los valores oscilaron desde 37 que fué el menor a 76 el mas alto;

La mayoría de estudiantes se ubicó en coeficientes de 43 a 60 (20 de 27 entrevistados), lo cual sugiere nuevamente la detección de psicopatología menor.

En la entrevista se emitió un diagnóstico presuntivo; se encontró mas frecuentemente el trastorno distímico, la depresión secundaria a duelo no resuelto y el trastorno de ansiedad y de sueño; también se encontró con menor frecuencia probables trastornos de personalidad.

Los alumnos entrevistados mostraron interés por asistir a un tratamiento y se les canalizó a Instituciones como el IMP y otras.

Lo anterior sugiere que este tipo de estudios deberían realizarse con mayor frecuencia, ya que la población estudiantil está demandando este tipo de servicio.

VIII.- CONCLUSIONES.

- 1.- La población estudiantil presenta porcentajes importantes de Psicopatología. 34.4%
- 2.-La psicopatología detectada en estudiantes universitarios en México, se presenta con mayor frecuencia que la reportada en estudios de poblaciones de otros países.
- 3.- Las mujeres presentan mas trastornos emocionales que los hombres.
- 4.- El perfil psicopatológico estudiantil corresponde mas frecuentemente a desórdenes psiquiátricos menores.
- 5.- La presencia de AHF psiquiatricos es una variable de peso en los estudiantes con psicopatología.
- 6.- La sintomatología mas frecuentemente observada en estudiantes fué: síntomas somáticos y perturbaciones del sueño seguidas de depresión y ansiedad.
- 7.- Los estudiantes con psicopatología fueron canalizados a instituciones adecuadas para su tratamiento.

IX.- BIBLIOGRAFIA

Tovar, H; Gutiérrez H; Villanueva R; La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. *Salud Mental V. 17 No. 4* Invierno de 1984. pág. 10-21.

Elorriaga, H; Los trastornos mentales y nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal en 1975. *Salud Pública de México Epoca V. Vol. XVIII. No. 3* myo-junio de 1976. pág. 581-592.

Romero M; Medina Mora ME; Validéz de una versión del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental V. No. 10 No. 3* Septiembre de 1987. pág. 90-96.

Padilla P; Peláez O; Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental V. 8 No. 3.* Septiembre de 1985. pág. 66-72.

Padilla, P; Mass, C; Ezbán, M; Frecuencia de trastornos Mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental V. 7 No. 3* Otoño de 1984. pág. 72-77.

Goldberg, D; Hillier, V; A scaled versión of the general health questionnaire. *Psychological Medicina, 1979, 9.* pág. 139-145.

Radovanovic, Z; Eric, L; Vality of the general health questionnaire in Yugoslav student population. *Psychological Medicine, 1983, 13.* pág. 205-207.

Marks, J; Goldberg, D; Hillier, V; Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological Medicine, 1979, Vol. 9.* pág. 337-353.

Spitzer, R; Endicott Jean; Cohen, J; The Psychiatric Status Schedule for epidemiological Research. *Arch Gen Psychiatry, Vol. 37. Oct. 1980.* Pág. 1193-1197.

Wesseley S; Nickson J; Symptoms of low pressure: a population study. *British Medical Journal, Agosto de 1990. Vol. 301 (6748).* pág. 362-365.

Jenkinson C. Fitzpatrick R; Measurement of health status in patients with chronic illness. Comparison of Nottingham Health profile and the General Health Questionnaire. *Fam Pract jun. 1990 vol. 7(2).* pág. 121-24.

Fitzgerald M; McGil H; Pswychological Health Status of mothers and

the admission of children to hospital for gastroenteritis. *Fam Pract.* jun 1990. vol. 7(2) pág. 116-120.

Lehtinen, V; Joukama, M; Prevalence of mental disorders among adults in Finland Health Survey. *Acta Psychiatr-Scand.* mayo de 1990. vol. 81(5), pág. 418-25.

Jenkinson, Health status and mood state in a migraine sample. *Int-J-Soc Psychiatry.* Primavera de 1990. Vol. 36(1), pág. 42-48.

Swift, W; Williams G; The prevalence of minor psicopathology in opioid users seeking treatment. *British Journal Addicts.* mayo de 1990. Vol. 85(5). pág. 629-34.

Bowling, A; The prevalence of psychiatric morbidity among people aged 85 and over living at home. Associations with reported somatic symptoms and with consulting behaviour. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol.* mayo de 1990. vol. 25(3). pág. 132-140.

Feightner, J; Wotrall, G; Early detection of depression by primary care physicians. *Can-Med-Assoc-J;* junio de 1990; vol. 142(11). pág. 1215-20.

Marino, S; Bellantuomo, C; Tansella M; Psychiatric Morbidity in general practice in Italy. A point-prevalence survey in a defined geographical area. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol.* Marzo de 1990. 25(2). pág. 67-72.

Hunt, R; Bond, M; Pater, G; Psychological responses to cancer: a case for cancer support groups. *Community Health-Stud.* 1990. 14(1); pág. 35-8.

Newmann, S; Shrout, P; Bland, R; The efficiency of two phase designs in prevalence surveys of mental disorders. *Psychological medicine,* febrero de 1990; vol. 20(1); pág. 183-193.

Estryn, B; Kaminsky, M; stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br-J-Ind-Med.* jan. 1990; 47(1); pág. 20-28.

Brandt, J; Stewart, W; Linet, M; Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache sufferers. *Am. J. Psychiatry.* Marzo de 1990. 147(3). pág. 303-308.

Bech, P; Poulsen, D; Measurement of the quality of life as a element in assessing therapeutic effects in essential arterial hypertension. *Methodologic aspects.* *Ugeskr-Laeger;* febrero de 1990. Vol. 152(6); pág. 383-6.

Golswasser, H; Utility of the psychiatric screen among the Navajo of Chinle: a fourth-year clerkship experience. *Am-Indian-Alsk-Native- Ment-Health-Res;* 1989; 3(1); pág. 6-15.

Stanfeld, S; Gallacher, J; Social factors and minor psychiatric disorder in middle-aged men: a validation study and a population survey. *Psychological*

Medicine; Febrero de 1991 21(1): pág. 157-167.

Shankar, J; Famuyiwa; Stress among factory workers in a developing country. *J.Psychosom-Res*; 1191: 35(2-3) pág. 163-171.

Cramer,D; Type A behaviour pattern, extraversion, neuroticism and psychological distress. *Br-J-Med-Psychol*. Marzo de 1991 64(Pt 1) pág. 73-83.

Ross, M; Psychological determinants of increased condom use and safer sex in homosexual men: a longitudinal study. *Int-J-STD-AIDS_ Marzo de 1990*; 1(2); pág. 98-101.

Beck,D; Srivastava, R; Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing student. *J-Nurs- Educ*; marzo de 1991; 30(3); pág. 127-33.

Adamoupoulou, A; Garyfallos, G; Mental Health and primary care ethnic groups Greek Cypriots in London: a preliminary investigation. *Int-J-Soc-Psychiatry*. Verano 1990, 36(4); pág. 244-51.