



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“PROPUESTA DE SISTEMATIZACION DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE LA ENEO, UNAM”

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
AYALA MAGNO ANA MARIA

DIRECTOR DE TESIS:  
LIC. ALMA MIREYA LOPEZ ARCE CORIA

MEXICO, D. F., FALLA DE ORIGEN 1995

22  
Zej.



## **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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
por proporcionarme una educación digna  
y permitirme formar parte de su distinguida comunidad.

**A la FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
y a sus catedráticos,  
por representar, contribuir y difundir el valor del conocimiento  
en relación con la responsabilidad, el compromiso y la eficiencia  
del psicólogo consigo mismo y la sociedad.

**A la ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA (ENEO)**  
por las facilidades otorgadas y la confianza en este trabajo de investigación.  
Un sincero agradecimiento a la Dra. Ana Laura Martínez Hernández  
y a las estudiantes de enfermería  
por su gran entusiasmo, cooperación y apoyo.

Con sincero reconocimiento a la Lic. Alma Mireya López Arce-Coria,  
quien aportó sus conocimientos y alicientes,  
y su calidad profesional y humana.

A la Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo,  
por ser ejemplo de respeto a la profesión  
y de sensibilidad y ánimo al trabajo cotidiano.

A los distinguidos miembros del Jurado:  
Mtra. Victoria Magdalena Varela Macedo, Lic. Alma Mireya López Arce Coria,  
Lic. Asunción Valenzuela Cota, Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo y  
Lic. Angelina Guerrero Luna,  
por su atención y apoyo en este trabajo.

**SEÑOR, gracias por la vida permitida,  
y ser guía de mi camino.**

**A tí papá,  
por tu amor y ejemplo de vida  
basado en tu admirable espíritu de lucha  
y superación.  
Te quiero.**

**A tí mamá,  
por brindarme tu comprensión,  
confianza y amor  
y por ser madre y amiga.  
Te quiero.**

**Con enorme cariño a mis hermanas Gris y Sami  
y mis deseos de que su existencia  
esté plena de  
bienestar y éxitos.**

**A Héctor,  
por tu maravillosa y  
excepcional presencia,  
por coincidir aquí y ahora  
y compartir la esperanza de un mañana.**

**Gracias Manuel,  
por tu cariño, apoyo y preciada amistad.**

**Vero, infinitas gracias  
por tu gran calidad humana,  
tu cariño sincero,  
tu firme amistad.**

**Gaby, por tu inquebrantable amistad,  
por tu fe en la vida,  
por apoyarme siempre,  
gracias.**

**A mis amigos:  
Arturo, Lorenia, Juanita, Ana Lilia,  
Sonia, Gaby L., Adriana, Esthela,  
Vico y Maricarmen B.,  
por participar en sueños y metas,  
con la tenacidad propia de los que  
triunfan y trascienden.**

# ÍNDICE

## RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....1

## CAPÍTULO I

SALUD PÚBLICA.....6

## CAPÍTULO II

SALUD COMUNITARIA.....13

## CAPÍTULO III

EPIDEMIOLOGÍA.....21

## CAPÍTULO IV

TRASTORNOS MENTALES.....36

MÉTODO.....42

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....42

INDICADORES.....43

SUJETOS.....47

TIPO DE ESTUDIO.....48

MATERIAL.....49

PROCEDIMIENTO.....50

RESULTADOS.....52

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....64

PROPUESTA DE SISTEMATIZACIÓN

DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

DE TRASTORNOS MENTALES.....72

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....80

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....82

ANEXOS.....88

## **RESUMEN**

El propósito de la presente investigación fue la elaboración de una propuesta de sistematización de actividades preventivas de trastornos mentales en la población de enfermería del turno vespertino, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Esta propuesta pretende contribuir a la detección y tratamiento oportuno, así como a reducir el riesgo de ciertos padecimientos, mediante medidas de promoción, fomento a la salud y prevención de la enfermedad.

Para tal fin se llevó a cabo un estudio epidemiológico con el objetivo de encontrar el diagnóstico de salud, prevalencia y morbilidad de trastornos mentales, así como los rasgos de personalidad y factores individuales que contribuyen a la aparición de dichos trastornos.

Se trabajó con una muestra de 237 alumnos que se extrajo bajo los siguientes criterios de inclusión: alumnos de primer ingreso reportados mediante el Examen Médico de primer ingreso; una edad mínima de 15 años, ambos sexos y en cuyos estudios antecedentes presentaron un mínimo de 2 materias reprobadas.

Una vez conformada la muestra se realizaron entrevistas y una batería de pruebas psicológicas, cuyos resultados -obtenidos por análisis de frecuencias- perfilaron como síntomas sobresalientes ansiedad, inseguridad, dependencia, indecisión, labilidad emocional y preocupación por el futuro, entre otros, los

que señalan estudiantes poco interesados por su medio ambiente, provenientes de familia disfuncional y de escasos recursos económicos, inconformes con su elección de carrera pero preocupados por ingresar rápidamente al sector laboral y contribuir al gasto familiar.

Esto permite concluir un alto índice de población enferma con respecto a otras comunidades estudiantiles con características similares, ya que existen 371 alumnos enfermos de cada mil; lo cual repercute en índices de deserción, reprobación, desorientación vocacional y ausentismo.

Los resultados obtenidos fueron la base para la estructuración de la propuesta de actividades preventivas con base en las necesidades de los alumnos y con los recursos con los que se podía contar.

## **INTRODUCCIÓN**

En nuestro país, la salud mental de la población ha sido desatendida. Los recursos -siempre insuficientes- han sido destinados para hacer frente a otros problemas de salud; la desinformación, los factores socioculturales y la carencia de servicios especializados enmascaran aún más la importancia y necesidad de abordarla de manera prioritaria.

Siendo el comportamiento uno de los principales factores activantes en el mantenimiento o la pérdida de la salud, resulta necesaria la aportación de la psicología en las estrategias de evaluación e intervención en todos los ámbitos, etapas, niveles y programas para el mejoramiento de la salud. Y aunque es más costeable prevenir o mantener la salud que recuperarla una vez que se ha perdido, pocas veces la teoría desarrollada se ha llevado a la práctica; los estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales realizados en México han sido unos cuantos (SSA, 1960; Cabildo, 1967; Lara Tapia, 1978).

La mayoría de los estudios indican que la escuela es una fuente de conflicto frecuentemente mencionada. Aquellos estudiantes perturbados emocionalmente pueden trastornarse aún más en el ambiente escolar, e incluso en los individuos bien ajustados puede surgir alguna frustración si la escuela no logra satisfacer sus necesidades. Un individuo que no sea capaz de lograr un ajuste vocacional adecuado, posiblemente tampoco logrará un ajuste emocional adecuado. O bien, aquél que no esté emocionalmente adaptado no podrá desarrollarse en el ámbito escolar.

Un importante núcleo de la comunidad universitaria es la comunidad estudiantil de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El profesional de enfermería tiene un importante papel en la salud pública, ya que ellos abarcan aspectos más amplios que las intervenciones directas con los individuos, entorno, familia y comunidad y tienen a su cuidado la elaboración de programas generales de salud, entre ellos los de salud mental.

Esta población está ubicada en un periodo etario caracterizado por conflictos, cambios de conducta, rebelión y enfrentamiento a las normas establecidas, que los sumergen en situaciones estresantes propias de la edad, más algunas exigencias del entorno, como sería el contribuir al ingreso familiar y estudiar una carrera corta para insertarse rápidamente en el ámbito laboral.

El adolescente está en una etapa vital, de ansiedades e incertidumbres, de importantes cambios, trascendentes decisiones y de constante búsqueda, que si no son adecuadamente encaminadas provocan o precipitan fenómenos que impiden el desarrollo psicológico, emocional, social y laboral: se ha comprobado que si los acontecimientos de la vida sobrepasan su capacidad de respuesta, se produce una disminución de su interacción, con los consecuentes problemas de aislamiento, la reducción de apoyos sociales, provocando el aumento de los índices de reprobación, deserción y de trastornos mentales (Gómez, 1991).

De aquí la importancia de crear programas destinados y orientados a detectar aquellos factores que propician la aparición de enfermedades o trastornos que dificultan o impiden el aprendizaje.

Tal inquietud surgió durante mi labor como pasante en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), al detectar que las necesidades inherentes de la adolescencia, las condiciones de la vida familiar y la premura de ingresar al sector laboral aunado a la ausencia de un servicio psicológico permanente que permita la continuidad de los casos, son aspectos que tienen repercusiones importantes tanto a nivel individual como familiar para que los niveles de salud se eleven, mantengan o reduzcan.

Para tal fin, la presente investigación propone realizar una sistematización de actividades preventivas de trastornos mentales en estudiantes de enfermería.

Esta propuesta de sistematización tiene como objetivos: contribuir al conocimiento de la problemática de la comunidad estudiantil de enfermería; identificación de las variables individuales que influyen en la aparición de trastornos mentales y emocionales; promover la participación a nivel individual, familiar y comunitario de la prevención en salud mental; la identificación de casos y orientarlos a su tratamiento integral según sea su historia y evitar la prevalencia de dichos trastornos y por tanto, disminuir los índices de desorientación vocacional, deserción y reprobación.

Para dar una imagen de los problemas relacionados con la Salud en la ENEO se exponen algunas cifras derivadas de investigaciones realizadas en la propia institución.

En 1988, se realizó un estudio mediante la aplicación de una encuesta a 298 egresados, cuyo propósito fue identificar algunas características previas a su ingreso; durante el desarrollo de la carrera y al término de la misma.

Con respecto a la situación escolar, en estudios previos a la carrera de enfermería, hubo quienes desertaron temporalmente de sus estudios aludiendo: no acreditar materias (48%), problemas familiares (26%), problemas administrativos (9%), problemas de salud (9%) y otros no especificados (9%). Y el índice de reprobación fue de 8%.

Durante el desempeño de la carrera, hubo un número importante de materias reprobadas (de 2 a 4), donde la mayoría de los alumnos tuvo una situación académica similar lo que conforma el 21% y sus motivos de interrupción correspondieron a problemas con materias (24%), problemas familiares (13%) y problemas de salud (10%).

Al concluir la carrera, el 43.1% de los alumnos respondieron que hubieran deseado estudiar medicina, el 8% psicología, odontología el 4.8%, el 12.6% educación y el resto otras, en vez de haber cursado enfermería.

Otro estudio realizado en la misma institución (1988), relacionó el estado de salud y el rendimiento escolar. De una muestra de 127 alumnos (66% de

la población total), se determinó que casi la mitad de los alumnos refieren alguna patología manifiesta, lo que es un porcentaje elevado y señala que su presencia puede crear interferencia por ausentismo, disminución de la atención. El análisis global sobre la relación entre el estado de salud y su promedio semestral si demostró asociación estadística significativa: calificaciones inferiores a 83 están asociadas con alumnos que manifiestan alguna patología, mientras que las calificaciones superiores a esta cifra están asociadas con alumnos sanos.

Se concluye que es necesaria la identificación de factores que pueden ayudar a la reducción del problema de bajos rendimientos, específicamente se considera que la instalación de los servicios de atención médica en la ENEO puede ser uno más de los elementos al alcance de la escuela, que coadyuven a la elevación de los niveles de rendimiento a través de la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como del establecimiento de las medidas de promoción de la salud y prevención que se requieran en esta escuela.

La importancia de esta investigación es contribuir a reducir el riesgo que tiene la población de enfermería a ciertos padecimientos, con base en sus necesidades y recursos y cuya finalidad es que el estudiante de enfermería sea el promotor de su propio bienestar.

## **CAPITULO I**

### ***SALUD PÚBLICA***

La Salud Pública como ciencia, como patrimonio valorable de la comunidad y como responsabilidad de los Gobiernos, apenas tiene poco más de un siglo de existencia. Pero como manifestación de instituto de conservación de los pueblos, existe probablemente desde los comienzos de la humanidad (Salleras, 1985).

Para Winslow (1972), el concepto de Salud Pública implica la intervención técnica planificada sobre el ambiente ecológico-social de vida de la población humana y sobre la población misma, con el objeto de eliminar riesgos para la salud; promover la salud; prevenir la enfermedad; curar la enfermedad cuando se ha producido, así como sus consecuencias y hacer educación para la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1973), el término "Salud Pública" implica la preocupación por los problemas de salud de las comunidades humanas, el estado sanitario del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud, incluyendo la atención médico-curativa y la educación para la salud.

H. San Martín (1988) señala que el "concepto actual de salud" implica que la "Salud Pública" se refiere al nivel de salud de las comunidades y de las sociedades humanas, a los "determinantes sociales" que producen los estados

de salud-enfermedad, y a los recursos y actividades de todo tipo que se planifiquen para modificar favorablemente la situación con la participación organizada y consciente de la comunidad.

La Salud Pública en su concepción más moderna es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a promover (fomento y protección) y a restaurar (asistencia y rehabilitación) de la salud de la población.

No obstante estos planteamientos, la Salud mental como tal, no había sido considerada como un factor importante de la salud pública y es hasta estas últimas décadas que ha tomado su justo lugar.

En 1974 se llevó a cabo la Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza; donde se concluyó la urgente necesidad de prestar mayor atención a la Salud Mental, contemplando sus aspectos sociales y psicológicos en vista del elevado costo social que originaba su descuido.

En 1977, los miembros de la (OMS) se propusieron conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo hayan alcanzado un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta es conocida como "Salud para todos en el año 2000".

Dentro de este marco se celebró en 1978, en la ciudad de Alma Ata (URSS), la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, la cual declara:

La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (Kroeger, et al., 1987, p.7).

**Las principales características de la APS se fundamentan en que: debe ofrecerse durante el estado de salud, se ocupa de los factores de riesgo, es anticipatoria, actúa por programación con base en las necesidades y requiere del autocuidado del sujeto y de la actuación del equipo de salud.**

**La APS representa una estrategia que pretende mejorar las condiciones de salud de una población.**

**Esta estrategia requiere, por un lado, que los servicios de salud incluyan una asistencia médica de calidad y una serie de acciones que permitan la prevención de las enfermedades. Por otro lado, la APS sostiene que estas prácticas deben darse dentro de un contexto que reconozca los recursos con los que cuentan las comunidades y dentro de un marco de acciones que sean aceptadas por los miembros de las mismas en concordancia con sus creencias, hábitos y actitudes, (Oviedo, 1992).**

**La APS incluye todos los niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, los cuales describen la forma escalonada como son organizados y prestados los servicios de salud para la población. La diferenciación de estos**

niveles se basa en el reconocimiento de la complejidad progresiva de las situaciones de salud, siendo que cada uno de los grados que van constituyendo a la enfermedad deben ser atendidos de manera diferente para la preservación de la salud.

Las actividades prescritas para la estrategia de la atención primaria son muy variadas y todas ellas tienen un carácter inter o multidisciplinario, e intra o intersectorial: la atención materno-infantil y la planificación familiar; las inmunizaciones; la atención de las enfermedades y lesiones más comunes; el suministro de medicamentos esenciales; el control de las enfermedades endémicas; la educación para la salud; la nutrición; el suministro de agua potable; el saneamiento básico y la salud mental (Soberón A., 1992).

El programa IMSS-Solidaridad considera la salud como un proceso social multicausal, cuyo avance depende más del cambio de las condiciones sociales de la población y de la práctica cotidiana del autocuidado de la salud, que de la atención episódica de enfermedades (Velázquez D., 1993).

Y este perfil de salud prevaeciente en el país está en relación con los adelantos de la ciencia, de la técnica y posibilidades económicas y con los procesos sociales determinados por las estructuras familiar, escolar y laboral, que tiene que ver con el empuje disparejo del progreso para el mejoramiento de las condiciones de vida, de ahí que las políticas nacionales de salud varíen según cada sistema, y por lo cual se han establecido planes y programas para organizar los sistemas de salud.

**En México se han dado pasos significativos para lograr este propósito.**

**La atención a la salud mental en nuestro país tiene su origen en la ciencia médica que hasta antes de 1550 fue la responsable de la atención a los trastornos, tanto físicos como mentales, bajo mecanismos y técnicas médicas.**

**El Hospital de San Hipólito, fundado en 1566 por Fray Bernardino Alvarez, fue el primer hospital destinado al cuidado de los enfermos mentales en América Latina, posteriormente surgieron el Hospital General de México (1905) y el Manicomio General en la Hacienda de la Castañeda (1910).**

**Sin embargo comenzó a dársele mayor atención a la salud mental en el año de 1944, cuando a nivel mundial surgió el movimiento de Higiene Mental, que propició la creación de clínicas de conducta, escuelas para deficientes mentales y la humanización de los hospitales psiquiátricos, (Frenk, 1992).**

**En 1945 fue inaugurado el Servicio de Higiene Mental en el Hospital Infantil de la Ciudad de México y en 1946 el Servicio de Higiene Mental en un Centro de Salud, organismo centrado en psiquiatría infantil por desconocerse otras alternativas de intervención preventiva.**

**Fue hasta el mandato de Luis Echeverría, que el presupuesto para bienestar público aumentó y fue posible expandir los servicios, elaborándose así el primer Plan Nacional de Salud (1974-1976).**

Este programa representa el inicio de la gestión tecnocrática que busca racionalizar y optimizar la productividad de los servicios en detrimento de la calidad de los mismos, para ello se pensó en la unificación de las diferentes instituciones de salud.

Ya en 1977, bajo el régimen de López Portillo, la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, puso en marcha un programa para abordar los problemas mentales en el primer y segundo nivel de atención, buscando mejorar el manejo de los enfermos mentales.

Durante la administración de Salinas de Gortari se creó el Programa Nacional de Salud 1990-1994, el cual constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud para alcanzar objetivos y metas diseñadas a nivel internacional por la OMS y con las cuales está comprometido nuestro país.

Para poder implementar este Programa fue necesario elaborar un diagnóstico situacional para destacar las causas principales de daños, analizar la magnitud poblacional, tasa de crecimiento, distribución espacial de esta población y composición por grupos, esto para tener elementos para dar cuenta de las características epidemiológicas principales de la población (PNS 1990-1994, p.3).

Dicho diagnóstico señala que no se conoce con precisión la magnitud de los problemas de salud mental, es decir, quedan nuevamente relegados y se indica sólo que "los datos disponibles permiten deducir que 10% de la población estará afectada en algún momento de su vida". Se adelanta que

existe información indicadora de que enfermedades como la esquizofrenia, psicosis afectivas, retraso mental y epilepsia irán en aumento, debido a que múltiples factores como el incremento de la urbanización, el desempleo, la pobreza y las tensiones crecientes de la vida cotidiana, hacen que sean más frecuentes. Por último, los desastres propician o precipitan desajustes mentales así como lesiones y muertes por lo que urge adoptar medidas tendientes a evitar o controlar su presentación (op. cit 14-15).

Y es que a pesar del desarrollo y conocimiento técnico con los que hoy se cuenta, no se ha logrado alcanzar un mejor nivel de salud para parte significativa de la población debido a las obsoletas políticas de salud que canalizan la mayoría de los recursos hacia las instituciones médicas localizadas en grandes centros urbanos, provocando la centralización de recursos financieros y humanos, y derrochando el presupuesto de salud nacional en tecnología avanzada e investigación científica, siendo que parte del país carece de adecuados niveles de atención para mejorar su situación sanitaria básica.

## **CAPITULO II.**

### ***SALUD COMUNITARIA***

La Salud Comunitaria es un paso más en la evolución de la Salud Pública. Se puede hablar de salud comunitaria cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación con intereses colectivos comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades y participan activamente junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través los programas locales de salud.

Este concepto introduce el importante capítulo de la <<responsabilidad>> y <<participación de la comunidad>> en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud de sus integrantes.

México, en 1984, integra a la Constitución en el artículo 4º el derecho a la salud y un año después, en la Ley General de Salud, enuncia la participación comunitaria como responsabilidad y deber de las personas e instituciones, la que pasa a ser componente permanente de sus planes de desarrollo hacia la modernización, (Rasmussen-Cruz B. y col., 1993).

En la última década, del mismo modo que en otros campos de la medicina, en el de la salud mental el péndulo osciló del interés en el individuo

aislado al interés en la familia y la comunidad, y del énfasis en la curación al énfasis en la prevención y la detección y tratamiento temprano de los casos.

El primer nivel de atención y el que nos ocupa en esta investigación, se orienta principalmente a acciones relacionadas al conocimiento, mantenimiento y promoción del estado de salud tanto para el individuo como para los grupos que conforman una comunidad. Este nivel se caracteriza por tener un enfoque integrador que se encarga del control, prevención y detección oportuna de los padecimientos más comunes, basando su operación en la formulación de un diagnóstico local mediante el cual, establecerá su programa de trabajo y aplicará, posteriormente, el tratamiento oportuno para cada caso, quedando implícito en este proceso la participación conjunta del personal institucional y comunitario.

En este primer nivel se busca ofrecer atención rápida y completa basándose en una mejor comprensión del estado de salud por medio del conocimiento individual, familiar y comunitario, con la finalidad de lograr un adecuado control de las enfermedades.

El programa IMSS-Solidaridad considera la salud como un proceso social multicausal, cuyo avance depende más del cambio de las condiciones sociales de la población y de la práctica cotidiana del autocuidado de la salud, que de la atención episódica de enfermedades (Velázquez D., 1993).

Para la comprensión de este trabajo me basaré en lo que M. Terris (1987) propone como salud: la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo y otro

objetivo. El aspecto subjetivo es sentirse bien, el aspecto objetivo es la capacidad de funcionar.

Debe hacerse una diferenciación entre enfermedad y malestar, la primera hace referencia a la condición de *estar* enfermo, la segunda a *sentirse* enfermo. Salud y malestar se excluyen, pero salud (sentirse bien) y enfermedad no siempre se excluyen. Puesto que la salud (sentirse bien) y la enfermedad pueden coexistir, es difícil mostrar su relación. Por otra parte como la salud y el malestar se excluyen por definición, si es posible mostrar su continuo.

En este aspecto tiene gran importancia el control de las enfermedades ya que permite determinar el grado de salud que tiene una comunidad, basándose en si es una población sana, una población enferma, o bien una población en riesgo de enfermar. Esto es, la población sana es aquella donde sus miembros funcionan en los aspectos, físico, mental y social lo que le permite desenvolverse satisfactoriamente. La población enferma es aquella cuyos integrantes presentan síntomas y signos de patología que le impiden desenvolverse con eficacia en su medio. La población en riesgo de enfermar es la que se halla en el punto medio; es la población que por sus características y condiciones está propensa a desarrollar patologías.

Y es en este punto donde el primer nivel de atención es el más importante y por tanto aquí son proyectados los problemas prioritarios de prevención primaria (Caplan, 1985). Es importante resaltar que en cualquiera de los tres niveles de atención se pueden planear los tres tipos de prevención.

**M. Terris (1987) señala que la prevención puede darse en los siguientes niveles:**

**Prevención primaria:** su propósito es evitar que la enfermedad se presente actuando oportunamente en contra de los factores que pueden originarla.

**Prevención secundaria:** tiene como objetivo detener la progresión de la enfermedad para evitar complicaciones o secuelas, mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

**Prevención terciaria:** su fin es reducir secuelas de la enfermedad o rehabilitar a la persona inválida, y evitar la repetición de un nuevo proceso patológico en él o en otras personas, mediante la vigilancia posterior del paciente, el consejo genético y la rehabilitación misma.

Para los objetivos de la presente investigación se enfocará la prevención primaria. La prevención primaria es un concepto comunitario; implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto periodo, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan oportunidad de producir enfermedad.

No trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población, de manera de que aunque algunos puedan enfermarse, su número sea reducido, pero para reducir la tasa total de los nuevos casos de enfermedad mental es necesario entender las

circunstancias que producen tal perturbación y modificarlas antes de que tengan oportunidad de ejercer su influencia. Cuando un programa de prevención primaria se ocupa del individuo, lo ve como representante de un grupo, y su tratamiento está determinado no sólo por las necesidades de la persona en cuestión, sino principalmente por su relación con el problema comunitario que representa y con los recursos asequibles para enfrentarlo (ibid).

Dentro del campo de la psicología preventiva, el tema fundamental es el que responde a la interrogante sobre lo que se debe prevenir. Debe formular principios y programas tendientes a evitar la enfermedad mental y asegurar de esta manera las condiciones para que el mayor número posible de personas disfrute de lo que se puede denominar un estado de salud psíquica.

Para llevar a cabo tales acciones debe ser fundamental el enfoque de integralidad, de tal manera que la acción se desarrolle considerando los aspectos individuales, familiares y comunitarios; se reconozca la importancia de que la atención a la salud incluya en un todo armónico los factores psicológicos, sociales y biológicos; se identifiquen y definan los riesgos y se adviertan y traten oportunamente los daños evidenciados como morbilidad y mortalidad, lo cual requerirá de un sistema de atención eficaz, cálido y oportuno.

Caplan (1985) reconoce que para crear programas preventivos primarios óptimos y eficaces sería necesario saber tanto como sea posible acerca de la etiología de la perturbación mental. Esto es, determinar cuáles fuerzas

ambientales predisponen a los tipos particulares de perturbación y cómo se pueden manipular estas fuerzas para crear resistencia contra tales perturbaciones.

No obstante, el conocimiento de la etiología de la perturbación mental es aún imperfecto, por lo que deben desarrollarse algunas otras bases para dirigir las actividades preventivas. Caplan considera que debe diseñarse un modelo conceptual para guiar los esfuerzos preventivos.

Un supuesto fundamental en el modelo de Caplan es que para evitar la perturbación mental, cada individuo necesita "suministros" necesarios y apropiados para cada etapa de su desarrollo: físicos, psicosociales y socioculturales.

Los suministros físicos son necesarios para el crecimiento y el desarrollo corporales y para el mantenimiento de la condición física, por ejemplo, la alimentación, la vivienda, estimulación, etc.

Los suministros psicosociales hacen referencia a la estimulación emocional y cognoscitiva recibida a través de la interacción con el medio ambiente.

Los suministros socioculturales derivan de las expectativas de otros en torno al individuo en lo concerniente al lugar de éste en la sociedad. Están determinadas por las costumbres y los valores de una cultura y por la estructura social.

**Caplan describió dos métodos preventivos primarios: la acción social y la acción interpersonal.**

**La acción social comprende el hacer cambios en la comunidad; su meta básica es la de mejorar la comunidad de modo que proporcione los suministros físicos, psicosociales y socioculturales necesarios y, al mismo tiempo, la de ofrecer asistencia a aquellos que afrontan crisis.**

**La acción interpersonal trata de hacer los cambios en los individuos particulares, que a su vez, tienen influencia a todo lo amplio de la comunidad. La prevención primaria mediante la acción interpersonal comporta el contacto entre un profesional de la salud mental y los individuos o los grupos pequeños.**

**Considerando este enfoque, hasta ahora, los programas desarrollados en México sólo se han enfocado a las características manifiestas de la enfermedad y no se han dirigido a realizar acciones preventivas de este tipo, ejemplos de ello son los programas de adicciones, o los programas de salud mental en el nivel educativo, (De la Fuente, 1985).**

**En este último rubro la mayoría de los programas preventivos están dirigidos a los niños o a los adolescentes de corta edad y por ende los recursos de salud mental están a su servicio. No obstante, las poblaciones algo mayores presentan asimismo un cuadro de necesidad y una oportunidad que garantizan el desarrollo de los programas innovadores de prevención. La población estudiantil universitaria es una de las que se encuentran en esta categoría.**

La importancia de la prevención en esta etapa deriva en parte del hecho de que reúne a los estudiantes en un momento de la vida en que sus futuros se están modelando de importantes maneras. Más todavía, la experiencia universitaria es una preparación final para convertirse en adulto y resolverse por un trabajo en la vida.

Ejemplo de ello es que en 1981, la Coordinación de los Servicios de Salud de la UNAM determinó que el primer nivel de atención solucionó los problemas de salud de un 65 a 85% de la población total, dicha atención estuvo orientada básicamente al conocimiento y promoción del estado de salud dentro y para las comunidades (ENEQ, 1988).

### **CAPITULO III.**

## ***EPIDEMIOLOGÍA***

En el ámbito de las enfermedades mentales, se ha aplicado el método epidemiológico intentando buscar explicación a las diferencias que se observan en distintos grupos de población y regiones del mundo en cuanto a la frecuencia y a las formas de manifestación y evolución de dichas enfermedades. La razón de tales diferencias, no puede ser adjudicada solamente a las discrepancias existentes en las definiciones de los cuadros psiquiátricos, sino que ellas parecen depender de manera importante de factores socioeconómicos, de normas culturales y de estructuras de atención psicosocial históricamente condicionadas.

El concepto de epidemiología se desprende del significado de las raíces que integran la palabra: *e*pi (sobre) *demo*s (población) y *logos* (tratado, ciencia o doctrina), así pues su función primordial se relaciona con el estudio de los factores que preservan la salud o condicionan la enfermedad en la población (Mateos, 1982).

Vega-Franco (1987) señala que la epidemiología es la disciplina que se ocupa de estudiar los diferentes estados de salud o de enfermedad en las poblaciones humanas y de acuerdo a las características que tiene como ciencia señala:

1. Estudia la evolución histórica de las enfermedades: conocimiento de la secuencia de la enfermedad, a través del análisis de los cambios de las tasas de morbi-mortalidad e incidencia para obtener una mejor comprensión en los problemas de salud.
2. Realiza el diagnóstico en comunidades: el análisis de las condiciones de la enfermedad en la población, persona, agente y ambiente en un determinado tiempo y espacio, lo cual permitirá realizar un diagnóstico claro y concreto.
3. Organiza la administración de los servicios de salud a través del método epidemiológico de acuerdo a necesidades de la población.
4. Estimación de riesgo de acuerdo a las características de la población; identifica factores y grupos de riesgo para concentrar la atención.
5. Integración de cuadros clínicos.
6. Identificación de síndromes.
7. Investigación de las causas que condicionan la salud o la enfermedad.

El concepto moderno de epidemiología y sus alcances se ha extendido a todos los niveles de operación y se ha constituido como complemento obligado al proceso irreversible de planeación estratégica: "epidemiología es la ciencia que estudia la distribución y frecuencia del proceso salud-enfermedad en los grupos humanos; además investiga sus factores determinantes o de riesgo con el objeto de modificarlos. Su propósito es el de mantener, o en su caso, recuperar la salud", (Romero y col., 1993).

Para fines de esta investigación se adoptó la concepción que sobre epidemiología tiene Terris (1987) la cual señala que "la epidemiología es una ciencia que nos dará en primer lugar, una imagen de la frecuencia, distribución y tipo de enfermedades de la humanidad en distintas épocas y puntos de la

superficie de la tierra, y, en segundo lugar, nos explicará la relación existente entre esas mismas enfermedades y las condiciones externas que rodean al individuo y determinan su modo de vida".

La epidemiología psiquiátrica se ocupa de la aplicación de esta disciplina en el campo de la salud mental y, de acuerdo con Morris se emplea en:

- 1) El diagnóstico de la comunidad.
- 2) El estudio del funcionamiento de los servicios de salud.
- 3) La integración del cuadro clínico de los trastornos psiquiátricos.
- 4) La identificación de nuevos síndromes.
- 5) La estimación de los riesgos individuales para contraer la enfermedad.
- 6) El estudio de la historia natural de los padecimientos.
- 7) El establecimiento de las causas de las enfermedades.

La epidemiología tiene como unidad de observación a un grupo humano y no un individuo; su principal propósito es el estudio de las enfermedades en su medio natural, tal como se presenta en la población y su meta final es la de identificar las medidas aplicables cualquier estudio de la evolución de la enfermedad.

La función de la epidemiología es conocer las circunstancias del ambiente y las particularidades del hombre que pueden dar origen a una enfermedad y pretende disminuir la morbilidad mediante la prevención, el diagnóstico precoz, la aplicación de tratamiento y la rehabilitación oportuna y adecuada de éste.

La epidemiología se respalda en la estadística para determinar la frecuencia y distribución de la enfermedad en la población, para lo cual se dirigirá a determinar el estado de salud del individuo y la comunidad,

ubicándolo en el tiempo, el espacio y la persona; los grupos de mayor riesgo, su frecuencia, su tendencia y su comportamiento.

Según los objetivos de la investigación a realizar, el estudio epidemiológico se divide en: a) descriptivo-analítico y b) constructivo. La epidemiología descriptiva-analítica se refiere al estudio de la distribución de la enfermedad (descriptiva) y la segunda a la investigación de los factores que la condicionan (analítica). La epidemiología constructiva se refiere a la comprobación de hipótesis que surgen del estudio de las causas de la enfermedad de una población.

En esta investigación se considerará la epidemiología descriptiva, cuyo elemento central es la frecuencia con que aparecen las enfermedades. La medición de dicha frecuencia se hace mediante las tasas, relación existente entre el número de casos descubiertos de una enfermedad y la población expuesta al riesgo de sufrir dicha enfermedad. Las de mayor uso son las tasas de prevalencia, que miden el número de casos existentes en una población determinada, ya sea en un momento dado -la prevalencia instantánea- o en un periodo determinado -la prevalencia de periodo-; y las tasas de incidencia, que miden el número de casos nuevos aparecidos en dicha población durante un plazo limitado. Se expresa:

$$\text{Tasa de prevalencia: } \frac{\text{No. de casos detectados} \times 10^x}{\text{Total de población enferma}}$$

Las tasas de prevalencia tienden a ser más confiables ya que pueden estimarse sin tomar en cuenta la duración del padecimiento o el inicio de éste.

Por otra parte, los datos así recabados son fundamentales para la epidemiología descriptiva con el objeto de conocer:

1. Los principales problemas de salud que aquejan a una población en un momento dado.

2. La forma de distribución de esas afecciones y la severidad de las mismas.

Con esta información es factible elaborar planes de atención asistencial encaminados, por una parte, a aminorar la severidad de las enfermedades que no pueden prevenirse y a mantenerlas en el nivel mínimo posible, y por la otra, a prevenir la morbilidad en la medida que sea posible.

La morbilidad se refiere al número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados, y se expresa:

$$\text{Tasa de morbilidad: } \frac{\text{No. de casos detectados} \times 10^X}{\text{Total de población}}$$

Advierte el comportamiento y los efectos de la(s) enfermedad(es) en los miembros de la población.

Para llevar a cabo estudios epidemiológicos es necesario conocer el proceso denominado historia natural de la enfermedad, lo cual hace referencia al curso que siguen los eventos que la generan y caracterizan. En dicho proceso intervienen tres factores ecológicos: los agentes causales, el individuo

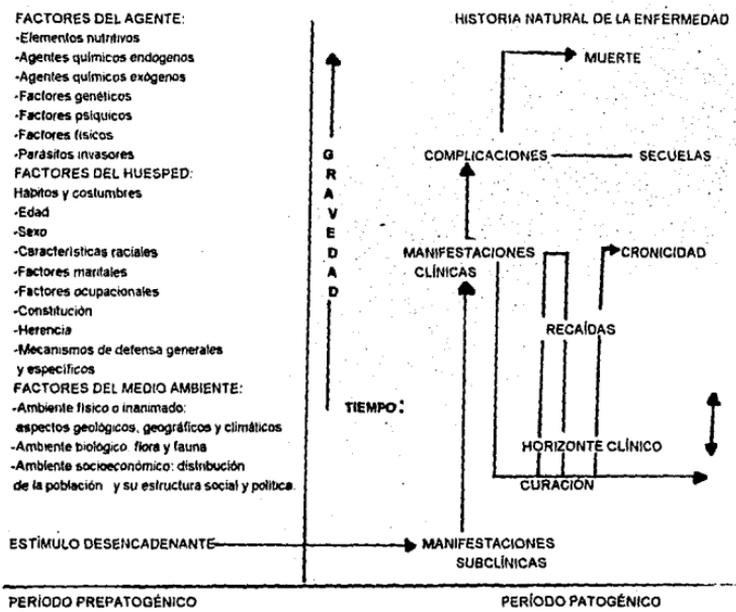
afectado o huésped y el entorno, este último contiene a los dos anteriores, a ésto se le denomina triada ecológica:

- **Agente:** hace referencia a los elementos nutritivos, agentes químicos exógenos, agentes químicos endógenos, factores fisiológicos, genéticos, físicos, psicológicos y parásitos (virus, bacterias, hongos, etc.).
- **Huésped:** considera características de edad, sexo, raza, costumbres, hábitos, ocupación, mecanismos de defensa y constitución física, etc.
- **Medio ambiente:** abarca el ambiente físico inanimado, biológico animado (flora y fauna) y socioeconómico.

Vega-Franco identifica en el proceso de la historia natural de la enfermedad dos fases:

1. **Período prepatogénico;** se refiere al estímulo que surge por la interacción del agente, el huésped y el medio, y que desencadenará una enfermedad.
2. **Período patogénico;** el estímulo que surgió rompe el equilibrio de la interacción entre los tres factores de la triada ecológica, provocando cambios en su función normal, lo cual puede llevar a una remisión completa e incompleta de la enfermedad, cronicidad, aparición de secuelas, invalidez, recaídas o muerte.

Al momento en que las interacciones del periodo prepatogénico comienzan a manifestarse se le llama horizonte clínico, el cual constituye una frontera móvil según los recursos con que se cuente para alejarlas de la aparición de la enfermedad (López Arce, 1990):



El conocimiento de la Historia Natural de la Enfermedad facilita la precisión de cada una de sus etapas y el dinamismo de la triada ecológica, lo cual sirve como base para la búsqueda de posibles soluciones elaborando estrategias de atención para el beneficio de la comunidad. Dicha tarea está encomendada a la Salud Pública y a la Epidemiología, que como resultado de la investigación de los factores causales se puede establecer la magnitud del daño o de la enfermedad, así como determinar los recursos con que cuenta la

comunidad y la situación que está originando el problema, para de esta manera elaborar medidas preventivas.

En relación a la historia natural de la enfermedad la prevención primaria tiene lugar durante la fase de prepatogénesis, mediante la promoción de la salud, la protección específica y la educación comunitaria, ésta en el sentido de la enseñanza de hábitos higiénicos y el fomento a la salud.

Una forma de dar imagen a la epidemiología y a los programas preventivos que se han llevado a cabo es proporcionar cifras derivadas de estadísticas y encuestas que deben tomarse con reserva.

Según la OMS, en el mundo hay actualmente cerca de 40 millones de personas que, en un momento dado de su vida, sufren padecimientos mentales severos.

Tanto en los países avanzados como en los países en vías de desarrollo, cerca de una quinta parte del total de las personas que acude a los servicios médicos padece alguna forma de trastorno mental, (De la Fuente, 1982).

Por otra parte, hay motivos para pensar que la prevalencia de las enfermedades mentales habrá de aumentar debido a la prolongación de la expectativa de vida, las mayores probabilidades de sobrevivir que hoy tienen los enfermos mentales y la complejidad de la vida cotidiana y las tensiones que genera (ibid).

Dohrenwend y Dohrenwend (1982) han descrito dos generaciones de estudios epidemiológicos psiquiátricos a nivel internacional; en la primera de ellas, que se extiende desde principios de siglo hasta la Segunda Guerra Mundial, la identificación de los individuos con trastornos mentales de una población se hizo a través de los registros de instituciones e informantes clave de la comunidad (reclusorios, centros de rehabilitación, asilos). Estos estudios se basaban en dos supuestos: 1. La patología atendida en los servicios de salud existentes en otras instituciones sociales refleja fielmente la magnitud y características del conjunto de los trastornos mentales dentro de la población; y 2. El diagnóstico psiquiátrico, es confiable. El valor de esta serie de estudios es más bien de carácter histórico, pues los aspectos metodológicos ocuparon un lugar irrelevante.

En la segunda generación de estudios, los investigadores aplicaron la entrevista directa a todos los individuos de una comunidad como procedimiento de búsqueda de casos; y como criterio diagnóstico, el juicio exclusivo del psiquiatra.

No obstante las divergencias y limitaciones metodológicas de los estudios de ambas generaciones, la mayoría de los autores que los realizaron coinciden en señalar tres conclusiones:

1. Los problemas mentales de importancia son frecuente en la comunidad.

2. Sólo una fracción pequeña del total de enfermos de una comunidad recibe algún tipo de atención médica o social.

3. La psicopatología en general y sus principales subtipos (entidades, síndromes) no se distribuyen aleatoriamente en la población.

Durante la década de los sesenta se hicieron en nuestro país los primeros estudios epidemiológicos, cuya importancia y valor son innegables. Tres de estos estudios reportan la prevalencia de trastornos psiquiátricos, pero se refieren a distintas poblaciones. En la primera investigación nacional se hizo una estimación de la población enferma tomando como punto de partida la información que se obtuvo del 19.1% del total de las fuentes consultadas, o sea, de los servicios hospitalarios y de los médicos del país. De acuerdo a lo anterior, se consultó a dos sectores de la sociedad y los resultados se hicieron extensivos para la totalidad de ésta.

En la encuesta de burócratas se incluyó al 2% de esta población, lo cual representa una mínima parte de la población en general. Por último, en la encuesta que se llevó a cabo en la zona militar, se tomó una muestra, -no sabe si representativa- de dicha población asentada en tres colonias del Distrito Federal.

En un estudio del ISSSTE realizado por el Dr. Lara y colaboradores, contempla la incidencia de trastornos psiquiátricos durante un año, en la población atendida en una clínica especializada; por lo cual su universo es muy específico y consecuentemente las tasas de morbilidad reportadas son más altas que las de los otros estudios (Caraveo, 1984).

En los resultados de los trabajos se encuentra que los coeficientes de psicosis y neurosis reportados en la primera investigación nacional, son iguales (4.6 x 1000 habitantes), lo cual, si bien refleja los padecimientos diagnosticados y detectados por los médicos en el país, no corresponde a la prevalencia real de trastornos psiquiátricos en la población. Esto puede justificarse si se toma en cuenta que los pacientes psicóticos presentan frecuentemente trastornos graves de conducta, mismos que los señalan y les permiten recibir algún tipo de atención médica mientras que los neuróticos pueden pasar desapercibidos, ya sea porque no acuden a consulta o porque sus quejas se manifiestan a niveles somáticos y por lo tanto, se les considera dentro de otras categorías diagnósticas.

Los resultados de los otros tres estudios confirman lo anterior. Dos de ellos, hechos en población general muestran cifras comparativamente más altas y con coeficientes mayores de neurosis que de psicosis. Asimismo los datos del estudio del Dr. Lara son significativamente más elevados en todas las entidades consideradas, ya que son resultado de una consulta especializada (op. cit. pp. 16-17).

En suma, las diferencias entre las tasas de morbilidad reportadas, surgen tanto de las diferentes poblaciones estudiadas, como del empleo de diferentes metodologías (ver tabla 1).

Tabla 1. Estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en México.

Problemas investigados	Investigación nacional sobre población general 1960*	Encuesta en burócratas de la Rep. Mex 1964*	Encuesta en zona militar del D.F. 1968*	Muestra de 1054 pacientes psiquiátricos de 1er ingreso atendidos en una clínica psiquiátrica del ISSSTE*
Esquizofrenia	2			77.9
Psicosis	2.6			11.4
Psicosis senil		3.1		
Total de psicosis		10.1	14	175.8
Alcoholismo	5.5	7.1	7	34.2
Epilepsia	7.3	3	5	54.1
Deficiencia mental		12.2	15	60.7
Neurosis	4.6			49.8
Reacciones neuróticas		134.5	101	
Trast. conducta niños	4.5			31.3
Otros trastornos	14.5			108.7
*Coeficiente por 1000 habitantes				

Fuente: Caraveo, A. Análisis crítico y perspectivas futuras del método epidemiológico al estudio de las enfermedades psiquiátricas.

En 1977, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) puso en marcha a través de la Dirección de Salud Mental, un programa para mejorar la atención de los enfermos mentales hospitalizados y abordar problemas de la salud mental en el primer y segundo nivel de asistencia. En lo que se refiere al primer aspecto, el programa incluyó la rehabilitación material, técnica y administrativa de los hospitales psiquiátricos federales y el mejoramiento de las condiciones de vida de los enfermos hospitalizados en lo que se refiere a alimentación, vestido, alojamiento, tratamiento y rehabilitación. En el segundo aspecto se hace hincapié en el trabajo en la comunidad (Velázquez, D., 1993).

Un estudio epidemiológico llevado a cabo en 1981 en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM, en la colonia Ruiz Cortinez (con 250 familias y un total de 1390 personas para determinar aspectos demográficos y detectar problemas de salud mental), reveló en lo que se refiere a prevalencia y tasa de morbilidad, que por cada 1000 habitantes, 123 padecen trastornos mentales.

Los cuales se jerarquizan por tasa de morbilidad: neurosis 48.2/1000, retraso en el desarrollo, deficiencia mental 23/1000; perturbaciones psicológicas leves en niños 16.5/1000, alcoholismo 13.6/1000; perturbaciones psicológicas graves en niños 12.2/1000; farmacodependencia y psicopatías 2.8/1000 respectivamente; psicosis 2.1/1000 y epilepsia 1.4/1000.

En 1985, en el Instituto Politécnico Nacional (IPN) en un plantel del nivel medio superior (CECyT "Narciso Bassols") , López Arce realizó una investigación descriptiva sobre salud mental y expectativas de orientación, en

la cual concluyó en lo que se refiere a trastornos mentales que de cada 1000 estudiantes 113.4 padece algún tipo de alteración.

Estos trastornos mentales se clasificaron: trastornos de adaptación 36/1000, alcoholismo 12/1000; neurosis 39/1000; epilepsia 6/1000, psicosis 9/1000; farmacodependencia 6/1000 y psicopatías 6/1000.

Otro estudio realizado por López Palacios y Vega Ramos (1987) también en el IPN denominado "Estudio epidemiológico sobre salud mental en una muestra representativa de un plantel de nivel medio superior" ("CECyT "Ricardo Flores Magón") concluye una tasa de morbilidad de trastornos mentales de 141.6 por cada mil estudiantes, de los cuales se jerarquizan de la siguiente manera: neurosis 116.3, psicosis 16.8, psicopatías 3.3, alcoholismo, epilepsia y farmacodependencia 1.6 respectivamente, éstas últimas se manifiestan en la misma proporción.

En 1993, Gómez Tagle, Vallejo Ramírez y Zayas Monroy de la Facultad de Psicología llevaron a cabo un estudio epidemiológico sobre salud mental de la población estudiantil de la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas (ESIQIE) del Instituto Politécnico Nacional, encontrando que de 2348 alumnos el 64% es población sana, el 25% está en riesgo y el 11% padece trastornos mentales. Estos se distribuyeron en un 71.5% en neurosis, 9.7% en trastornos de la adolescencia, las sociopatías se presentaron en un 6.6%, el alcoholismo en un 4.2%, la psicosis en 3.1%, la farmacodependencia en 2.7% y por último la epilepsia en un 1.9%.

Investigaciones de esta naturaleza, señalan que la coordinación entre las distintas instituciones y organismos que tiene bajo su responsabilidad la salud mental, requiere mecanismos apropiados que es factible establecer. Es necesaria la continuidad en los programas para obtener resultados satisfactorios a mediano y largo plazo; así como reproducir y mejorar la cobertura de los programas que están en marcha.

La epidemiología debe recibir prioridad en las actividades de investigación, y habrá de realizar el desarrollo de nuevos métodos y técnicas preventivas. La política social de la salud debe establecerse sobre el principio de la prioridad de la prevención. Las acciones preventivas dirigidas especialmente a los grupos específicos, son útiles en el grado en que abordan, mediante medidas legales y políticas la tarea de eliminar los factores en el ámbito humano que hacen que las metas de salud sean difíciles de alcanzar; tal es el caso de la adolescencia, etapa crítica del desarrollo, en la cual la identificación de los problemas y la ayuda que se preste a los jóvenes previene muchas veces una vida improductiva (ibid, pp. 27).

## **CAPITULO IV.**

### ***TRASTORNOS MENTALES***

La OMS define a la salud mental como un "proceso sujeto a fluctuaciones debido a los factores biológicos, psicológicos, sociales, axiológicos y ecológicos que capacitan a la persona para satisfacer sus necesidades instintivas, que son potencialmente conflictivas, en armonía con su medio ambiente, también para establecer, mantener e integrar vínculos amorosos, para ejercer el propio liderazgo y para participar activamente en los cambios constructivos de sí mismo y de su entorno físico y social" (Lartigue, 1985).

En este ámbito de la patología humana donde la multicausalidad de los cuadros mórbidos alcanza su máxima expresión, se ha aplicado el método epidemiológico intentando buscar explicación a las diferencias que se observan en distintos grupos de población y regiones del mundo en cuanto a la frecuencia y a las formas de manifestación y evolución de dichas enfermedades (Rojas M., 1984).

En 1988, la OMS propuso un programa titulado "Los caminos seguidos por los pacientes psiquiátricos en busca de atención", cuyos objetivos eran fomentar el desarrollo de servicios de salud mental; preparar el terreno para realizar estudios de intervención; constituir una base de investigación para el desarrollo de nuevos cursos de capacitación y entrenamiento especializado y

**no especializado; identificar tareas de salud mental, a fin de ayudar a los enfermos mentales y a sus familiares.**

**Los resultados obtenidos señalaron que una gran parte de la población atendida (142 pacientes) correspondió a menores de 18 años con la siguiente morbilidad: trastornos afectivos 17.8%, neurosis 26% personalidad y conducta 1.4%, desordenes infantiles y en la adolescencia 12.3% y epilepsia 5.5,% entre otras, en los que una detección temprana y un tratamiento oportuno evitarían un sinnúmero de incapacidades y repercusiones negativas en los sujetos afectados.**

**Se resalta que la atención del tipo de morbilidad reportada no recae por completo en el personal médico, sino en profesionales del campo de la educación y psicología (Caraveo, 1990).**

**Otras estadísticas y encuestas epidemiológicas exponen algunos datos que deben tomarse con cautela.**

**La investigación epidemiológica moderna muestra que hay una alta prevalencia de hipomanía, depresión y trastorno bipolar. A pesar del desarrollo de las entrevistas diagnósticas y de los criterios diagnósticos operacionales, la prevalencia a lo largo de la vida varía notablemente (De la Fuente, 1992).**

Un enfoque diagnóstico no jerárquico de la epidemiología muestra que hay una cantidad considerable de comorbilidad entre los trastornos afectivos y otros síndromes psiquiátricos (Angst, 1992).

Se considera que el 1% de la población total del país está afectada en forma severa y que el 10% de los individuos lo está en un momento de su vida. Se ha calculado que la prevalencia de enfermos psicóticos oscila entre el 10.1 y 14 por 1000 habitantes en la población mayor de 14 años.

La incidencia y prevalencia de los desordenes de la personalidad y la neurosis son más difíciles de estimar.

Algunos estudios sugieren que, por lo menos, la quinta parte de los enfermos que acuden a los centros de salud y a la consulta externa de los hospitales padece algún trastorno psiquiátrico que requiere atención.

Los adolescentes y los adultos jóvenes se exponen a más riesgos que sus mayores. En esta tendencia, que con frecuencia acarrea consecuencias graves para la salud, influyen tanto la personalidad como el comportamiento y el entorno (Perreault y col., 1989). En los adolescentes se debe diferenciar entre enfermedad psiquiátrica y "crisis típica de la adolescencia" (Masterson, 1972).

Foncerrada M. y Saucedo G. (1985) mencionan que la mejor manera de entender los trastornos emocionales y la conducta en niños y jóvenes es formulándolos en términos de interacción, esto es, como resultado de la

**interacción disarmónica entre las características del niño y su medio ambiente (familia, escuela, sociedad). Esto no significa que no existan trastornos psicológicos intrínsecos al niño sin relación con las dificultades familiares (autismo, trastorno de atención, etc.) ni tampoco que los padres sean siempre responsables de los problemas de sus hijos; pero muy frecuentemente se ha observado que la modificación de los aspectos negativos en la relación entre el niño y el ambiente conduce al control de los síntomas. No puede decirse que una dinámica familiar disfuncional sea la causa de un trastorno psicológico. Pero es cierto que en la mayor parte de los casos la influencia de la familia condiciona la persistencia o el agravamiento del síntoma.**

**Para el adolescente, el apoyo social ha sido descrito en términos de las relaciones interpersonales que proporcionan ayuda material y emocional , además de sentir que uno es tomado en cuenta por los otros.**

**En los jóvenes entre 13 y 15 años de edad -adolescencia temprana- los aspectos relevantes en su desarrollo psicosocial son: los cambios en la imagen corporal; los cambios inherentes al ingreso a un nuevo sistema social que es la educación media básica o secundaria; el ingreso a una subcultura propia del entorno social en que se desenvuelve; el establecimiento de relaciones interpersonales maduras extrafamiliares con ambos sexos, la definición del rol social, etc. Las áreas de vida que principalmente son afectadas en la adolescencia temprana son cuatro: 1) familiar: padres y hermanos; 2) social: amigos y compañeros de escuela; 3) apariencia física: autoimagen corporal; y 4) inquietudes sexuales.**

Los cambios en estas áreas pueden circunscribirse en el contexto de demandas específicas que requieren una reorganización no sólo del adolescente, sino también de las personas y ambientes sociales con los que interactúa. Este reajuste puede generar situaciones conflictivas o estresores que pueden o no rebasar los recursos psicológicos y sociales con los que cuenta el adolescente, y como consecuencia, influir en su estado emocional (Lazarus, 1986).

Hirsh (1985) encontró que el apoyo social que los adolescentes reciben de diversas fuentes (familia, maestros, amigos, compañeros, etc.) se asoció con la reducción del malestar emocional expresado por somatización, rumiación obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión, sentimientos de inferioridad y ansiedad. Y concluyó que la existencia de este tipo de apoyo es un elemento que contribuye a la prevención de trastornos psicológicos.

El modelo conceptual de Caplan señala que la solución de crisis desempeña un papel fundamental en la prevención primaria de las perturbaciones mentales. Las crisis son situaciones que pueden crear una perturbación mental o que pueden proporcionar oportunidades de mayor crecimiento psicológico. El desarrollo de la personalidad comporta el pasar a través de una sucesión de fases diferentes. El pasar de una fase a otra puede ser tenso, y se considera que acarrea las "crisis de desarrollo".

Hay crisis que surgen de los riesgos ordinarios que toda persona encara en la vida. Estos involucran habitualmente una pérdida repentina de los

suministros de uno u otro tipo o la amenaza de semejante pérdida. A estas se les denomina "crisis accidentales".

Los efectos psiquiátricos de la crisis de la adolescencia pueden contemplarse como el producto de la interacción entre la crisis y la estructura de la personalidad del adolescente.

Los fracasos sucesivos en la solución de crisis aceleran la progresión inadaptativa y el resultado es la enfermedad mental.

Es difícil identificar la fase crítica de la adolescencia como agente causal exclusivo en una enfermedad psiquiátrica. Es probable que la crisis de la adolescencia sólo sea uno de los varios factores identificables que desencadenan o influyen en ella.

Esto es lo que se pretende en esta investigación, determinar los factores de personalidad y emocionales que influyen en la prevalencia de trastornos psicológicos y con base en ello elaborar una propuesta de sistematización de actividades de tipo preventivo, encaminadas a disminuir y/o evitar dichos trastornos.

## **MÉTODO**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se pretende detectar las variables que influyen en la aparición de signos y/o síntomas de trastornos mentales en los estudiantes de enfermería, y con ello crear una propuesta de sistematización de actividades preventivas, cuya finalidad sea disminuir los trastornos mentales, así como impedir la presentación de nuevos casos.

En la presente investigación no se plantean hipótesis puesto que no se busca descubrir o confirmar un supuesto, sino explorar y describir las características de la población en estudio, pero si se plantean interrogantes:

¿Cuál será el diagnóstico de salud mental de los estudiantes de la ENEO?

¿Cuál será la tasa de prevalencia de los trastornos mentales de la población de enfermería?

¿Cuál será la tasa de morbilidad de los trastornos mentales de la población de enfermería?

¿Qué rasgos de personalidad más frecuentes presentan los estudiantes propensos a padecer trastornos mentales?

¿Qué factores individuales contribuyen a la aparición de trastornos mentales en la población en estudio?

Para dar respuesta a los anteriores cuestionamientos se definieron los siguientes:

## **INDICADORES**

**ESTUDIANTE:** "Persona que cursa estudios de nivel superior".

**TASA DE PREVALENCIA:** "La proporción de afectados por una alteración mórbida en una comunidad analizada o el total de casos acumulados en un periodo de tiempo previamente establecido" (Martí Tusquets, 1987).

**TASA DE MORBILIDAD:** "Número de personas que se caracterizan por presentar una determinada enfermedad respecto de la población sana" (ibid).

**TRASTORNO MENTAL:** "Síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distrés), deterioro en una o más áreas principales de actividad (incapacidad) o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte" (DSM-III-R, 1988).

**NEUROSIS:** "Trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada.... El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Sus manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivos-compulsivos y depresión" (CIE-10, 1992).

**NEUROSIS DE ANSIEDAD:** "Combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuible a peligro real, que se presentan ya sea manera de crisis o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar la pánico" (CIE-10, 1992).

**NEUROSIS HISTÉRICA:** "La alteración predominante es una pérdida de o una alteración en el funcionamiento físico que sugiere un trastorno físico pero que no es aparentemente otra cosa que la expresión de un conflicto o de una necesidad psicológica" (DSM-III, 1980).

**NEUROSIS OBSESIVA:** "Los rasgos esenciales son obsesiones o compulsiones recurrentes. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes y recurrentes que no se experimentan voluntariamente" (DSM-III, 1980).

**NEUROSIS DEPRESIVA:** "Alteración crónica del estado de ánimo en la que se da tanto el estado de ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades" (DSM-III, 1980).

**PSICOSIS:** "Trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un contacto adecuado con la realidad, indica la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales..." (CIE-10, 1992).

**TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD:** "Patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia o antes y continúan durante la mayor parte de la vida adulta. La personalidad es anormal ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad y expresión, o en el aspecto total" (CIE-10, 1992).

**TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD:** "Trastorno de la personalidad en el que hay excesiva sensibilidad ante los contratiempos y ciertas circunstancias como humillaciones y desaires, una tendencia a distorsionar la experiencia por la elaboración errónea de acciones de otros que, siendo neutras o amigables se interpretan como hostiles o desdenosas y un sentido combativo y tenaz acerca de los derechos personales. Puede haber propensión a los celos o un sentido excesivo de la importancia propia; son agresivas e insistentes. En todos los casos hay una excesiva autorreferencia (CIE-10, 1992).

**PERSONALIDAD ESQUIZOIDE:** " Trastorno de la personalidad en el que el individuo se retrae de los contactos afectivos, sociales o de otro tipo, y demuestra una preferencia autística por la fantasía y la reserva introspectiva. El comportamiento puede ser ligeramente excéntrico o indicar que se evitan las situaciones competitivas. La frialdad y el desapego aparentes pueden enmascarar la incapacidad para expresar los sentimientos (CIE-10, 1992).

**PERSONALIDAD HISTRIÓNICA:** Trastorno de la personalidad caracterizado por afectividad superficial e inestable, dependencia de otras personas, ansia de apreciación y atención, teatralidad propensión a ser sugestionable. A menudo hay inmadurez sexual. Sometida a tensión emocional la persona puede desarrollar síntomas histéricos (CIE-10, 1992).

**PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVA:** "Trastorno de la personalidad caracterizado por inestabilidad del ánimo con tendencia a estallidos intemperados de ira, odio, violencia o afecto o a por la aquiescencia pasiva hacia los deseos de los mayores u otra gente y una reacción débil e inadecuada a las demandas de la vida cotidiana" (CIE-10, 1992).

**TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN:** Los rasgos esenciales son quejas somáticas recurrentes y múltiples de muchos años de duración, para las cuales se ha buscado ayuda médica, pero que aparentemente no son debidas a ninguna alteración física (DSM-III, 1980).

**ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE:** "Cuadro clínico dominado por ideas delirantes relativamente estables que pueden estar acompañadas de alucinaciones. Con frecuencia las ideas delirantes son de persecución pero pueden tomar otro aspecto [celos, nacimiento ilustre, misión mesiánica, o cambio corporal]" (CIE-10, 1992).

**TRASTORNOS EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL (HOMOSEXUALIDAD):** "Atracción sexual exclusiva o predominante, hacia personas del mismo sexo, con o sin relación física (CIE-10, 1992).

**ALCOHOLISMO:** "Abuso y dependencia del alcohol" (CIE-10, 1992).

**TRASTORNOS PSICOSEXUALES:** "Alteraciones psicológicas relacionadas con la sexualidad, se caracteriza por sentimientos de malestar o inadecuación sobre el propio sexo anatómico o con el sexo contrario; por excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos normativos; por inhibiciones del deseo sexual o por cambios psicofisiológicos que afectan el ciclo de la respuesta sexual (DSM-III, 1990)

**VAGINISMO:** "Espasmo involuntario, recurrente y persistente de la musculatura de la vagina que interfiere en el coito" (DSM-III, 1980).

**DISPAREUNIA:** "El coito se halla asociado a dolor genital recurrente y persistente, tanto en varón como en la mujer" (DSM-III, 1980).

**ANORGASMIA:** "Inhibición recurrente y persistente del orgasmo femenino, manifestada por un retraso o una ausencia de orgasmo tras una fase de excitación sexual normal, en una actividad sexual que el clínico enjuicia como adecuada en cuanto al tipo, a la intensidad y a la duración" (DSM-III, 1980).

## **SUJETOS**

El estudio se llevo a cabo en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La población de la ENEO consta de 600 estudiantes en el turno vespertino. La muestra se extrajo bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Alumnos de primer ingreso del turno vespertino que en la evaluación psicológica del Examen Médico de Primer Ingreso (EMPI) fueron reportados como casos.

- Edad mínima de 15 años, y de ambos sexos.

- En cuyos estudios previos a la carrera presentaron un mínimo de 2 materias reprobadas.

La muestra quedó conformada por 237 alumnos, que representan el 33% de la población del turno vespertino.

## **TIPO DE ESTUDIO**

De los distintos y complementarios niveles de análisis en la aproximación epidemiológica, a saber: 1) nivel descriptivo, 2) nivel analítico y 3) nivel experimental, este estudio se ubica en el primer nivel y tiene como objeto examinar la distribución de los trastornos mentales dentro de la comunidad. Se centra en tres aspectos esenciales: las personas ("quien"), el lugar ("donde") y el tiempo ("cuando"). Su elemento básico de medición es la tasa.

Por lo tanto será también observacional, transversal y retrospectivo, ya que se detallarán las características de la población en estudio, y las variables que influyen en la aparición de trastornos mentales, con base en los datos y evaluaciones que se obtuvieron con la batería de pruebas aplicada a cada sujeto integrante de la muestra, durante mi labor como pasante de Psicología en la ENEO.

## **MATERIAL**

Los instrumentos que se emplearon fueron los siguientes:

- Escala Weschler de Inteligencia (WAIS). Se considerarán tanto el CI verbal como el CI de ejecución y por tanto el CI total, así como su factor cualitativo.
- Dibujo de la figura humana de Machover, prueba proyectiva en donde se plasma el concepto que tiene de sí mismo el individuo.
- Test gestáltico visomotor de Bender, prueba grafoperceptiva que detecta daño orgánico.
- Autobiografía, con la que se detectan actitudes, impulsos, tendencias, formas de relación, defensas, etc.

Además se realizó una entrevista donde se exploraron las áreas familiar, escolar y sexual.

La elección de estas técnicas se debió a que exploran diferentes áreas y funciones y su evaluación permite obtener tanto datos cuantitativos como cualitativos, así como detectar indicadores importantes en las diferentes áreas de la personalidad.

## **PROCEDIMIENTO**

Se solicitó la autorización del personal administrativo de la institución, para llevar a cabo la investigación.

La muestra fue conformada según los criterios de inclusión establecidos.

Los instrumentos aplicados fueron calificados e interpretados según los criterios de los propios autores y en cada uno se procedió de la siguiente manera:

El EMPI proporciona un listado de antecedentes médicos y de signos y síntomas por sistemas y a partir de esto se realiza exploración médica y valoración psicológica.

En la entrevista se hizo una revisión del listado de signos y síntomas clínicos. Cada alumno fue cuestionado para determinar si el origen de éstos eran orgánicos o psicósomáticos, considerando para ello tanto la conducta del alumno como sus informes.

Los signos y síntomas fueron definidos según las descripciones que se citan en el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1985) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, 1986).

Éstos fueron categorizados de acuerdo a la frecuencia con la que se presentaron, tanto por número de casos como por el porcentaje que representan.

La autobiografía constó de dos partes. En la primera parte se le pidió al alumno que escribiera de manera libre lo que quisiera exponer sobre su vida. En la segunda parte se le hizo la indicación de escribir sobre su persona, en términos de sentimientos, emociones, autoconcepto y sus relaciones con la gente y el medio que lo rodea; los síntomas también fueron categorizados por su frecuencia.

En el dibujo de la figura humana de Machover, la categorización se dio de acuerdo a la frecuencia de los síntomas manifestados por los alumnos, esto acorde a la utilización del espacio, la calidad de las líneas y los elementos de que constan los dibujos así como las historias realizadas sobre cada uno.

En el WAIS y en el Bender se siguieron los lineamientos de sus autores.

Conforme a la valoración de los signos y síntomas se identificaron diagnósticos específicos determinados según los criterios del DSM-III y/o la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10, 1992).

Con base en diagnósticos, rasgos de personalidad y factores individuales que intervienen en la aparición de trastornos mentales, se elaboró una propuesta de sistematización de actividades preventivas tendiente a evitar y/o disminuir la prevalencia de dichos trastornos.

## **RESULTADOS**

El análisis de los datos fue de tipo descriptivo, por lo que se realizaron análisis de frecuencias y gráficas, cuyos resultados se muestran como sigue:

De 237 alumnos que conformaron la muestra, 225 pertenecen al sexo femenino, esto es el 95%, y 12 al sexo masculino, el 5% restante (ver anexo cuadro I y gráfica 1).

En cuanto a la edad, se encontró que el 21.1% (50 alumnos) tienen 15 años; el 19.5% (46) tienen 16 años, un 16% (38) son alumnos de 17 años; 8.5% (20) son de 18 años; 10% (24) tienen 19 años; 6% (14) son de 20 años; 7.2% (17) edad de 21 años; 4.25% (10) tienen 22 y 4.25% (10) tienen 23 años; un 2.12% (5) lo conforman alumnos con edad de 24 años; y el 1% (2) y el 0.5% (1) tienen 25 y 26 años respectivamente (ver cuadro II y gráfica 2).

El promedio de la edad fue de 17.6 años; por lo tanto los datos se distribuyeron heterógeneamente, ya que el 50% de la población se concentra en las edades de 15, 16 y 17 años.

En cuanto a los resultados obtenidos en la entrevista y pruebas psicométricas fueron:

**ENTREVISTA:** Se consideraron como áreas importantes de estudio, la familiar, la escolar y la sexual, así como también el listado de síntomas proporcionado por el EMPI. Los datos señalan: estudiantes solteros 222

(94%), casados 12 (5%) y otro estado civil 3 (1%); (ver cuadro III y gráfica 3). De nivel escolar técnico 218 (92%) y licenciatura 19 (8%); (ver cuadro IV y gráfica 4). Provenientes de un nivel sociocultural medio bajo y bajo cuyos motivos de consulta fueron principalmente problemas familiares (61%) y problemas económicos (13%).

Son estudiantes provenientes de familias de 5 o más miembros, donde uno de los progenitores abandonó el hogar (19%) o bien tiene 2 familias (24%) o está muerto (8%); presenta(n) síntomas de enfermedades como cáncer (2.5%), cardiopatías (12%), diabetes (9%), hipertensión arterial (4%) y alcoholismo (7%).

Uno de ambos progenitores trabaja (92%) u otra(s) persona(s) aporta(n) al gasto familiar (8%).

Referente a sus antecedentes escolares se tomó como criterio de inclusión para este trabajo que los alumnos presentaran un mínimo de 2 materias reprobadas en su anterior ciclo escolar, determinando que el 61.6% (142) tenían 2 materias reprobadas, 16% (38) 3 materias reprobadas, 19% (45) tenía 4 materias reprobadas y el resto 5 ó más materias.

Son estudiantes que ingresaron a Enfermería por estudiar una carrera corta (23%), porque desean ingresar prontamente al sector laboral (38%), por obligación (16%), por convicción (10%) y otros que les asignaron esta carrera pero deseaban estudiar otra (13%).

Sus expectativas en torno a la elección de la carrera señalan que el 28.7% (68 alumnos) "no es lo que esperaban"; el 14% (45) desea dejar la carrera, el 6% (14) quiere cursar otra carrera aparte de enfermería y el 12.3% (29) está contento con su elección.

Acerca del área sexual se detectó que el 38% (90) tiene conocimiento sobre el uso adecuado de algún método anticonceptivo, el resto desconoce sus usos.

El 52% (123) reportó que tuvo información de tipo sexual por parte de amigos, el 23% (64) consultando bibliografía; el 7.2% (17) lo obtuvo de sus padres y 14% (33) de sus maestros)

El 11% (26) inició su vida sexual activa antes de los 15 años, el 31.7% (75) entre los 15 y 18 años; el 28.1% (66) entre los 18 y 20 años, 22% (52) más de 21 años y el 7.6% (18) no ha iniciado vida sexual.

Los signos reportados durante la entrevista fueron: disnea (8%), palpitaciones (14%), dolor precordial (5%), mareos (39%), cefaleas (80%) y ansiedad (87%) . También convulsiones (2%), inconsciencia (12%), alucinaciones visuales (2%) y alucinaciones auditivas (1%).

También se reportaron debilidad (46%), fluctuaciones de peso (6%), náuseas (47%), vómitos (5%), dolor abdominal (51%), diarrea (32%) y retención urinaria (5%). Asimismo presentaron dolor articular el 9%, dolor en extremidades 36% y el 8 % ha sido sometido a intervenciones quirúrgicas.

Respecto a los síntomas reportados, el 57% de la muestra señaló dismenorrea, el 5% anorgasmia y un 27% indiferencia sexual. El 21 % de la población se considera enfermiza y el 49% ha tenido alguna vez pensamientos de muerte; dolor de espalda presentó el 57%.

Se señalaron con labilidad emocional el 53%, colitis nerviosa 16% y dermatitis el 20%. Presentaron también reticencia (24%), desánimo (41%), dificultad para la atención y concentración (51.5%), suspicaz (14%), disforia (29%), euforia (19%), insomnio (80%) y agitación motora (24%), ver anexo cuadro V y gráfica 5.

En cuanto a la manifestación de síntomas, los más importantes por representar el 50% o más de casos reportados fueron: cefaleas (189), ansiedad (206), dolor abdominal (121), dismenorrea (134), dolor de espalda (136), labilidad emocional (126); dificultad en atención y concentración (122) y 189 presentaron insomnio, ver cuadro VI y gráfica 6.

**ESCALA WESCHLER DE INTELIGENCIA (WAIS):** Los datos cuantitativos reflejan un CI Verbal promedio de 97.4, el CI de ejecución promedio fue de 99.6 y el CI Total fue de 98.1.

El 87.5% de la muestra se ubica en la categoría de Normal, un 4.3% en la categoría Normal Brillante, un 8% en Normal Torpe y solamente un .2% en la categoría de Superior (ver cuadro VII y gráfica 7).

Esto señala que en promedio, las capacidades potenciales de los estudiantes de enfermería son buenas, y las capacidades visomotoras son ligeramente más elevadas.

La carrera cursada requiere de una integración tanto de las capacidades verbales como de las manuales. No obstante que dicha integración existe, los alumnos no aprovechan sus capacidades a nivel de lo esperado, se interesan por aprender fácilmente pero sin necesidad de brillar más.

Responde de manera mecánica y sencilla, pero no manifiestan interés por adquirir metas de tipo intelectual, aún cuando expresan que es uno de los intereses a cumplir, (ver tabla 2).

**AUTOBIOGRAFÍA:** En términos generales y en cuanto a la historia personal de cada estudiante se obtuvieron los siguientes síntomas citados por más del 50% de la muestra: indiferencia 129 casos (54%), 99 casos (84%) de ansiedad, 177 casos (75%) de indiferencia ante el medio; dependencia en 123 casos (52%), soledad en 142 casos (60%), 178 casos (78%) de impulsividad; 152 (64%), 136 (57%) y 183 (77%) se muestran respectivamente desesperados, preocupados e irritados ante su situación. Hay indecisión para resolver sus problemas en 183 alumnos (77%) y el 62% y 66% necesitan de apoyo (147) y atención (156), ver cuadro VIII y gráfica 8).

En esta misma prueba se analizaron dos categorías: autoconcepto y relaciones interpersonales:

Se consideró el autoconcepto como la conciencia de si mismo, donde se obtuvo que 56 estudiantes (28%) manifiesta estar conformes como son, el 51% (122) se subestiman y el 21% (49) se sobrevaloran (ver cuadro IX y gráfica 9).

En función de relaciones interpersonales (número e intensidad de lazos afectivos), 22% (52 alumnos) dijeron tener pocas relaciones y superficiales, el 13.5% (32) citaron pocas relaciones pero bien vinculadas; el 40% (95) tiene muchas relaciones pero superficiales, el 7.5% (18) consideran tener muchas relaciones y estrechas, y el 17% (40) citó que no consideraba tener una relación que pudiera definirse como de amistad o de confianza con parientes o conocidos, (ver cuadro X y gráfica 10).

**TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER:** Los rasgos sobresalientes de este test señalan que 232 alumnos no presentaron daño orgánico, 3 presentaron deformaciones y se detectó que padecen de esquizofrenia y los 2 restantes presentaron problemas visuales, (ver cuadro XI y gráfica 11).

**DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER:** Al igual que las anteriores pruebas, se desglosó por medio de la sintomatología los rasgos de personalidad que más del 50% de la muestra citaron: ansiedad, 201 casos (85%); poca relación con el medio 127 casos (54%); necesidad de apoyo en 131 casos (55%), necesidad de atención en 159 estudiantes lo que constituye

el 67% de la muestra, 148 alumnos (62%) manifestaron actitudes defensivas; 160 estudiantes (67%) señalan dependencia; 191 (81%) manifiestan agresividad y 211 (89%) impulsividad; y 152 (64%) manifestaron como mecanismo de defensa la negación, (ver cuadro XII y gráfica 12).

Respondiendo a la pregunta de investigación planteada sobre los rasgos de personalidad más frecuentes que presentan los estudiantes propensos a padecer trastornos mentales, se señala que las características del estudiante de enfermería promedio son: edad 17.6 años, sexo femenino, edo. civil, soltero, cursando el nivel técnico; provenientes de familia disfuncional de nivel socioeconómico bajo.

En los tests aplicados se perfilaron como síntomas sobresalientes: ansiedad, inseguridad, dependencia, soledad, indiferencia, impulsividad, indecisión, necesidad de apoyo y atención, labilidad emocional; desesperación, preocupación e irritabilidad por el futuro.

Inteligencia dentro del promedio, con más facilidad para las actividades manuales que las verbales. Autoconcepto subestimado, manifestado en muchas relaciones interpersonales pero superficiales.

Como resultado final se obtuvo que de un total de 237 alumnos que conformaron la muestra de esta investigación, 92 alumnos están sanos; debido a sus características personales, así como las condiciones ambientales en las que se desenvuelven 57 están en riesgo de padecer algún tipo de

patología y son 88 alumnos los que padecen alguna patología, 62 de tipo agudo y 26 son crónicos.

Se concluye que en total 92 estudiantes (39%) están completamente sanos, 88 alumnos (37%) tienen algún tipo de patología y 57 estudiantes (24%) están en riesgo de padecer algún trastorno mental (ver anexo cuadro XIII y gráfica 13).

De estos se presentaron las siguientes categorías: trastornos de personalidad 8; neurosis 43; trastorno de identidad 10; trastorno de somatización 1; esquizofrenia 3; trastornos psicosexuales 22 y alcoholismo 1. Esto es 88 alumnos enfermos de un total de 237.

Los casos de trastornos mentales detectados se agruparon en la siguiente clasificación según el DSM-III y/o el CIE-10: neurosis de ansiedad 20, neurosis histérica 7, neurosis obsesiva 1; neurosis depresiva 15; personalidad esquizoide 1; personalidad histriónica 3; personalidad pasivo-agresiva 3; personalidad paranoide 1; trastorno de identidad 10; trastorno de somatización 1; esquizofrenia paranoide 3; alcoholismo 1; homosexualidad 2; vaginismo 5; dispareunia 7 y anorgasmia 8.

La tasa de prevalencia por cada trastorno se dio de la siguiente manera: neurosis de ansiedad 23; neurosis histérica 8; neurosis obsesiva 1; neurosis depresiva 17; personalidad esquizoide 1; personalidad histriónica 3; personalidad pasivo agresiva 3; personalidad tipo paranoide 1; trastorno de identidad 11; trastorno de somatización 1; esquizofrenia paranoide 3;

alcoholismo 1; homosexualidad 2; vaginismo 6; dispareunia 8 y anorgasmia 9, (ver cuadro XIV).

Por trastorno mental se obtuvo una tasa de prevalencia de: trastornos de personalidad 9; neurosis 49; trastorno de identidad 11; trastorno de somatización 1; esquizofrenia 3; trastornos psicosexuales 25 y alcoholismo 1 (ver anexo gráfica XIV).

La tasa de morbilidad indica que por cada 1000 estudiantes de enfermería, 84 padecen neurosis de ansiedad; 30 neurosis histérica; 4 tienen neurosis obsesiva; 63 externa neurosis depresiva; 4 personalidad esquizoide; 13 de cada 1000 tienen personalidad histriónica y personalidad pasivo-agresiva; 4 personalidad paranoide; 3 esquizofrenia de tipo paranoide; 4 alcoholismo; 8 homosexualidad; vaginismo 21; dispareunia 30 y anorgasmia 34 (ver anexo cuadro XV).

Esto indica que por cada 1000 estudiantes, 34 padecen trastornos de personalidad; 181 padecen neurosis; 42 trastorno de identidad; 4 trastorno de somatización; esquizofrenia padecen 13 de cada mil, 93 están afectados por trastornos psicosexuales y 4 por alcoholismo, (ver gráfica 15).

Lo cual determina una tasa de morbilidad de 371 alumnos enfermos por cada 1000.

Con estos resultados se realizó el siguiente análisis:

## **A) NATURALEZA DEL PROBLEMA**

Pacientes derivados del Examen Médico de Primer Ingreso que por presentar indicadores de problemas psicológicos y antecedentes escolares con 2 materias o más reprobadas, repercuten en su salud mental y asimismo en los índices de deserción, reprobación, ausentismo y desorientación vocacional.

## **B) MAGNITUDES CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS**

La muestra comprendida fue de 237 alumnos lo que correspondió al 33% de la población total de estudiantes de enfermería. Donde se obtuvo por medio de instrumentos psicológicos la frecuencia, prevalencia y morbilidad de los trastornos mentales que aquejan a la población en estudio, cabiendo destacar que los más sobresalientes correspondieron a neurosis, trastornos psicosexuales y trastornos de identidad.

Se encontró que de 237 alumnos, 92 están sanos; por sus características personales están en riesgo de padecer algún tipo de patología 57 estudiantes. Y son 88 alumnos los que padecen alguna patología, 62 de tipo agudo y 26 de tipo crónico. A los estudiantes sanos y a los que se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad hay que dirigir preferentemente el programa de prevención. Más aún considerando la tasa de morbilidad correspondiente que es de 371 alumnos enfermos por cada 1000, lo que indica que poco más de la 3a. parte de los estudiantes padecen algún tipo de problema mental.

Dado el tipo de trastorno y su sintomatología, así como las condiciones ambientales externas de cada paciente se hace hincapié en que son de índole psicológico.

### **C) SITUACIÓN PROVOCANTE**

Las entrevistas y los tests aplicados señalaron que las causas provocantes mayormente reportadas fueron: problemas familiares (56%), problemas económicos (19%), crisis inherentes a la adolescencia (11%) y el resto a otras.

### **D) INTENTOS PREVIOS PARA RESOLVER EL PROBLEMA**

Lamentablemente las autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia señalan que debido a las limitaciones de carácter presupuestal y ante la necesidad de orientar sus recursos hacia la tarea docente, solamente se cuenta con el Servicio Médico Local para tal propósito.

El Servicio Médico ha realizado estudios sobre la identificación de características de los egresados previo a su ingreso, durante el desarrollo de la carrera y al término de la misma, donde se señalan importantes índices de reprobación atribuibles a problemas familiares y problemas de salud.

Otro estudio (ENEO, 1988) relacionó el estado de salud y el rendimiento escolar, donde se concluye la necesaria identificación de factores que ayuden a la reducción de bajos rendimientos mediante la instalación de los servicios de atención a la salud mental y al establecimiento de medidas de promoción y fomento a la salud.

## ***CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN***

Respecto al diagnóstico de salud de la población de enfermería, se detectó como población sana el 39%, población en riesgo el 24% y el 37% fue diagnosticada con algún tipo de trastorno mental. Esto es, de un total de 237 alumnos que conformaron la muestra de esta investigación, se precisa que 92 alumnos están sanos y 57 están en riesgo de padecer algún tipo de patología. Son 88 alumnos los que padecen alguna patología, 62 de tipo agudo y 26 son crónicos.

Aquí es necesario recalcar la importancia que Terris asigna a la salud en cuanto a que salud y enfermedad pueden coexistir, tal es el caso de los 57 alumnos que están en el punto medio: se consideran sanos, pero por sus características individuales y ambientales están propensos a desarrollar una patología mental, y 62 alumnos que están enfermos en fase aguda y en riesgo de padecer una enfermedad crónica.

Es preciso considerar la comparación de frecuencias entre un grupo y otro para determinar si el riesgo de enfermedad es mayor, menor o igual según sea el caso, lo que contribuye a detectar factores que propicien enfermedades mentales.

Con respecto a estos estudios, el Dx mental encontrado en la población de enfermería comparado con el de otras comunidades estudiantiles presentó un incremento importante de población enferma, ya que el 37% está en esta condición, equiparada al 21% de la población del CECyT "Narciso Bassols",

un 25% de la comunidad de la Escuela Superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas (ESIQIE), y sólo por debajo de la encontrada en estudiantes del CECyT "Ricardo Flores Magón", que fue de 41.8%

Este es un punto prioritario a considerar, ya que por si solo está indicando la necesidad de proyectar actividades y programas de prevención primaria enfocados a la preservación de la salud con el fin de evitar que se incrementen el número de enfermos, ya que solo el 39% de la población es sana; porcentaje muy por debajo del encontrado en el Narciso Bassols, 64%; 68% en la ESIQIE y un 43.8% encontrado en la comunidad del Ricardo Flores Magón.

La población enferma representa el 37% de la población en las comunidad de enfermería, casi la tercera parte de las encontradas en las poblaciones de la ESIQIE y del Narciso Bassols, que fue de 11% y 14.2 en el Ricardo Flores Magón.

Es importante señalar que en este rubro el porcentaje de enfermos se ha incrementado, lo que destaca que los movimientos de prevalencia y morbilidad se han dado tanto de la población sana a la población en riesgo de enfermar como de la población en riesgo a la población enferma; esto propiciado por las difíciles condiciones socio-económicas así como las características familiares e individuales de los estudiantes de enfermería, lo que avala lo ya planteado: la necesidad de llevar a cabo programas de prevención primaria.

Respondiendo a la pregunta de investigación sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población estudiada, los resultados obtenidos afirman que existe una alta prevalencia en neurosis, 49%. Siguiéndole los trastornos psicosexuales con una prevalencia de 25% y los trastornos de identidad con una prevalencia de 10; los trastornos de personalidad prevalecen en el 9%. Esquizofrenia con una prevalencia de 3% . Y por último alcoholismo y trastorno de somatización prevalecen en función del 1%.

En esta investigación puede destacarse que la neurosis tiene un alto índice, difícil de cuantificar tanto a nivel nacional como mundial; esto es, en este estudio fue de 181 alumnos de cada 1000 padecen neurosis, una prevalencia más elevada que la encontrada en el estudio del plantel "Narciso Bassols" (39/1000), que la encontrada en la comunidad Ruiz Cortines (42.2/1000); así como en el estudio realizado por el Dr. Lara (50/1000), que la encontrada en la primera investigación nacional (4.6/1000) y del estudio de burócratas (134.5/1000) y con la encontrada en la población de la ESQIE (71.5/1000).

Es relevante citar que la neurosis abarca casi la tercera parte de la población estudiada. Esto puede deberse a que siendo una población en su gran mayoría de sexo femenino, son más manifestables los sentimientos de inseguridad y los temores al futuro lo que ocasiona inestabilidad emocional.

Los trastornos que siguen en importancia de acuerdo a la prevalencia encontrada en el presente estudio, se refiere a los trastornos psicosexuales que se presentan en 93 de cada mil, esto difiere de los otros estudios en que

éstos no han sido reportados como trastornos significativos, lo que puede indicar varias causales: son enfermedades enmascaradas por los pacientes ya sea por vergüenza o ignorancia, por los cambios anatomofisiológicos propios de la adolescencia o por ser enfermedades que permiten la realización de actividades sin menoscabo de éstas.

Los trastornos de identidad se hallan en las mismas condiciones, ya que de éstos no puede darse una precisión correcta de su frecuencia por desconocerse datos precedentes.

Con respecto a la morbilidad, se detectó una tasa de 181 enfermos de neurosis por cada mil; trastornos psicosexuales de 93 por cada mil. Esquizofrenia tiene una tasa de morbilidad de 13, alcoholismo y trastorno de somatización señalan una tasa de 4 enfermos por cada mil.

Con respecto a la psicosis, se observó que en los estudiantes de enfermería, la morbilidad es de 13/1000, de 11.4/1000 en estudios del Dr. Lara del ISSSTE; 9/1000 en la población del Narciso Bassols, 16.8/1000 en el plantel Ricardo Flores Magón y 2.1/1000 en la comunidad de la Ruiz Cortines.

El Dr. Lara cita que las diferencias encontradas de neurosis y psicosis a nivel nacional, se deben a la consideración de universos muy específicos y por ello las tasas se elevan, así como del empleo de otras metodologías.

En esta investigación los trastornos de personalidad presentan una tasa de morbilidad de 34/1000; de igual manera no se cuentan con estudios que permitieran establecer comparaciones.

Con respecto a los trastornos de identidad, éstos solo fueron reportados en este estudio, con una morbilidad de 42/1000.

Es importante indicar que la tasa de morbilidad se ha incrementado significativamente: 371 alumnos enfermos por cada 1000, esto en comparación el estudio del "Narciso Bassols" cuya tasa fue de 113.4 estudiantes con trastornos mentales; en el estudio de familias 123 por cada 1000 padecen trastornos mentales. En el ESIQIE, se encontró la tasa más baja que fue de 10.9 por cada mil y en el "Ricardo Flores Magón" fue de que por cada 1000 estudiantes, 141.6 padece algún tipo de alteración.

Aún cuando las poblaciones comparadas correspondan al nivel de instrucción, no así la edad, puesto que enfermería es una de las carreras que puede estudiarse a nivel técnico y por tanto se puede ingresar al salir de secundaria, o sea entre los 14 y 16 años; lo que indudablemente implica una población adolescente en "crisis accidental". Esto es, enfrentarse a una vida universitaria con intención de trabajar en corto tiempo, aunada a la "crisis de desarrollo de la adolescencia".

Estas diferencias pueden deberse a las características de las personas que conforman la muestra, al lapso de tiempo entre un estudio y otro, a las

condiciones ambientales que favorecen o precipitan la aparición de trastornos mentales, etc.

Lo que revela que los problemas de salud mental no sólo son de magnitud considerable sino que van creciendo y constituyendo un verdadero desafío para la meta propuesta por la OMS: "Salud para todos en el año 2000".

Estos resultados nos permiten concluir la necesidad de crear programas de primer y segundo nivel preventivo con la finalidad de disminuir las tasas de prevalencia y morbilidad en los grupos denominados de "alto riesgo", como en este caso los adolescentes propensos a padecer algún tipo de trastorno tienen como rasgos de personalidad más frecuentes: ansiedad, dependencia, soledad, indiferencia, impulsividad; desesperación, preocupación e irritación ante su problema; necesidad de apoyo y atención, indecisión para resolver su situación, así como labilidad emocional. Su autoconcepto está devaluado y lo manifiestan en demasiadas relaciones interpersonales pero pobres en lazos afectivos.

Son estudiantes que tienen como características individuales: provenir de una familia de escasos recursos económicos, disfuncional, ya que los padres constantemente se agreden entre ellos de manera física, verbal o ambas y son padres poco preocupados por sus hijos.

Sauceda G. y Foncerrada M. mencionan que la influencia de la familia condiciona la persistencia o el agravamiento del problema.

Lo citado remarca las afirmaciones de Hirsh (1985) donde indica que el apoyo social de diversas fuentes (familia, amistades, etc.) contribuye a la prevención de trastornos psicológicos.

Sin embargo estos lazos afectivos no están presentes o están inadecuadamente relacionados, lo cual se manifiesta en los resultados encontrados.

Son jóvenes que están poco informados e interesados por su medio ambiente, ya que responden de manera mecánica a éste y aún cuando expresan intereses a niveles más arriba de lo esperado, no se esfuerzan por lograrlo.

Su desinterés se ve reflejado principalmente en el área sexual, ya que inician vida sexual activa a edades tempranas, sin empleo de métodos anticonceptivos o mal manejo de éstos.

Además, son estudiantes preocupados por contribuir al gasto familiar pero que están inconformes con su elección de carrera lo que repercute en el poco interés para sobresalir en ella, lo que ha contribuido a índices de reprobación altos, ya que cuando menos 142 estudiantes han reprobado dos materias y los restantes más de 2.

La inconformidad nace de la desilusión con respecto a la carrera y el deseo de estudiar otra carrera distinta a ésta.

**Esto es, las variables que influyen en la aparición de trastornos mentales, son aquellos factores ambientales externos negativos, como la violencia intrafamiliar o la precaria situación económica, que no les permite atender sus necesidades más importantes, lo que representa una situación de tensión emocional elevada, desencadenando, propiciando o manifestando los signos o síntomas de patologías particulares, según los rasgos de personalidad antes mencionados y la forma de actuar ante el medio.**

**Por lo anterior citado es primordial enfocar los esfuerzos y recursos a las actividades preventivas de promoción, orientación, atención y apoyo; ya que más de la tercera parte de la población se encuentra ubicada en población sana y en riesgo de enfermar, por lo que puede trabajarse con resultados positivos.**

**Este estudio es una propuesta de sistematización de actividades de tipo preventivo enfocada a las características y necesidades de la población estudiantil de enfermería que pretende contribuir a disminuir los trastornos mentales y con ello minimizar los problemas de deserción y reprobación.**

## ***PROPUESTA DE SISTEMATIZACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TRASTORNOS MENTALES***

La presente propuesta tiene como objetivos prevenir, disminuir y/o impedir la presentación de trastornos mentales, determinando aquellos estudiantes que están en riesgo de padecer alguna patología o bien, captar los que ya la presentan.

Las actividades preventivas que se aquí se citan se realizan de manera empírica en la ENEO, por parte del Servicio Médico Local. Esta propuesta las adopta a las necesidades que la población requiere y las sistematiza para que en un futuro puedan implantarse de manera permanente.

Para tal fin, la institución facilitaría los instrumentos físicos y se contaría con los recursos humanos adscritos al Servicio Médico y en cuanto a los recursos financieros estos tendrían que ajustarse al presupuesto ya asignado a dicho Servicio.

Por tal motivo las actividades a desarrollar estarían encaminadas a la promoción y fomento del servicio psicológico, así como a la prevención, por tal motivo se elaboró el siguiente programa de prevención primaria de trastornos mentales en estudiantes de enfermería.

## ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

1. Construcción de mensajes educativos, p.ej.: "Visita tu servicio psicológico".

2. Elaboración de material educativo:

Método directo:

Diálogo, por medio de entrevistas

Charlas, dirigidas los estudiantes, padres de familia, ejemplo: charla dirigida a padres de familia con hijos adolescentes.

Discusión en grupo, exposición del problema y llegar a una solución.

Método indirecto: medios visuales

Cartel, atraer la atención de modo intenso y rápido sobre un asunto, que informa e induce a seguir una línea de conducta, p. ej.: "Asiste al servicio psicológico".

Folleto, tratar un tema específico, ej. Neurosis

Murales, información visual y escrita de un tema, Ej. La Salud Mental



**CHARLAS**

TEMA	CONTENIDO	METODO
ADOLESCENCIA	Identificar características físicas y psicosexuales que se presentan en esta etapa	Exposición verbal Preguntas y respuestas
RELACIONES FAMILIARES	Identificar los tipos de comunicación que se dan en la familia y cómo se determina el comportamiento de sus miembros	Lluvia de ideas Preguntas y respuestas
PREVENCION	Reconocer la importancia de la prevención Identificar los niveles de prevención	Exposición verbal Preguntas y respuestas
HIGIENE PERSONAL	Destacar la importancia de la higiene personal en la prevención de enfermedades. Identificar procedimientos para el establecimiento de hábitos.	Lluvia de ideas Preguntas y respuestas

**FOLLETO**

## TENSIÓN EMOCIONAL

La tensión emocional es el estado que se produce cuando los recursos del individuo no pueden satisfacer las exigencias de su medio interno y del medio ambiente externo. Los sistemas biológico, psicológico y social están relacionados entre sí, de modo que la sobrecarga de uno hará impacto sobre los otros.

Las tendencias de la reacción general al estrés ocurren por fases, donde su orden de ocurrencia, el tiempo dedicado a cada una de ellas y sus manifestaciones se verán afectadas por la historia del individuo, su carácter y sus conductas.

## FASES DE LA TENSIÓN EMOCIONAL

1. Acontecimiento: factor externo productor de tensión.
2. Protesta: reacción emocional al impacto de la información.
3. Negación: evitar la percepción de la realidad dolorosa o desagradable.
4. Intrusión: son las imágenes, ideas espontáneas y reacciones de sobresalto ante el recuerdo del suceso.
5. Afrontamiento y Defensa: es la respuesta a la tensión, y tiene como función, la solución del problema o emplear técnicas que ayudan a evitar la ansiedad por medio de mecanismos de defensa.

Las reacciones a la tensión emocional no dependen totalmente de lo que ocurre, sino de la manera de interpretarlo, entonces la forma en que se *SIENTE* depende en gran medida de la manera como se *PIENSA* sobre el acontecimiento.

**MURAL**

# El Servicio *Psicológico*

## ¿QUE ES UN SERVICIO PSICOLOGICO?

ES EL DEPARTAMENTO QUE OFRECE APOYO Y ORIENTACION A TODA PERSONA QUE ENFRENTA ALGUN PROBLEMA Y REQUIERE LA AYUDA ESPECIALIZADA DE UN PSICOLOGO PARA ENCONTRAR UNA ALTERNATIVA DE SOLUCION AL CONFLICTO

## ¿QUE ES EL PSICOLOGO?

UN PSICOLOGO ES UN PROFESIONAL CAPACITADO PARA ENTENDER LA CONDUCTA HUMANA Y SUS CONFLICTOS, RESPETANDO A LA PERSONA EN SU INDIVIDUALIDAD Y AYUDANDOLE EN SUS NECESIDADES.

## ¿COMO FUNCIONA EL SERVICIO?

EL ESTUDIANTE BUSCA LA AYUDA. EXPLICA SU PROBLEMA AL PSICOLOGO, QUIEN MEDIANTE DIVERSAS TECNICAS, PRETENDE QUE EL PACIENTE ENCUENTRE DATOS QUE LE LLEVEN A LA SOLUCION DE SU PROBLEMA.

## ¿QUE OFRECE COMO SERVICIO?

-ATENCION, APOYO Y ORIENTACION  
-RESPECTO, COMPRENSION Y CONFIDENCIALIDAD  
-PREVENIR, DISMINUIR Y/O SOLUCIONAR EL PROBLEMA.

**CARTEL**

# Hay cosas que tal vez no entiendes



La mujer de Alcega P. Picasso 1937

**pero que te provocan :**

ANGUSTIA ANSIEDAD MIEDO TENSION IRA CELOS INSOMNIO  
CULPABILIDAD AGRESIVIDAD INESTABILIDAD DEPRESION  
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR TRISTEZA SOLEDAD DESALIENTO  
CANSANCIO BAJA AUTOESTIMA INSATISFACCION ETC.

**Acude a tu Servicio Psicológico. Ahí encontrarás atención y apoyo.**

*Segundo piso, junto al Servicio Médico*

# SUFRES :



Depresión



Angustia



Ira



Insomnio



**Si tienes estos u otros problemas acude a tu Servicio Psicológico.  
Ahí encontrarás atención y apoyo.**

Segundo piso, junto al Servicio Médico  
**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA,**

## ***SUGERENCIAS Y LIMITACIONES***

Este trabajo en cuanto a limitaciones, tuvo su tropiezo más claro en la batería de pruebas seleccionada, ya que requirió de mucho tiempo y esfuerzo para su aplicación, calificación e interpretación, aunado al poco tiempo destinado para cada sesión lo que dificultaba conjuntarla con el manejo de las consultas terapéuticas, por lo que se sugiere que en un futuro se elijan baterías de aplicación colectiva, rápida y económica.

La investigación realizada fue a nivel descriptivo, por lo que se sugiere realizar trabajos a nivel analítico en el que se consideren estudios de tipo longitudinal para obtener también tasas de incidencia; lo cual proporcionaría datos que favorecerían la realización de programas preventivos en todos los niveles.

Asimismo establecer otras variables y relaciones que igual pudieran contribuir a la prevención de trastornos mentales, como por ejemplo aumentar el tamaño de la muestra para obtener datos más precisos y confiables, o bien, hacer relaciones entre salud mental e índices de reprobación, deserción y desorientación vocacional.

Con base en los resultados de esta investigación se podrían llevar a cabo acciones con la población sana como conferencias, pláticas y películas con el fin de prevenir trastornos mentales y fomentar la salud en los alumnos, padres de familia y personal médico, logrando que sean promotores de su propia salud.

En cuanto a los alumnos enfermos, canalizarlos a instituciones adecuadas para lograr su rehabilitación.

Por lo que se refiere a los alumnos en riesgo de padecer algún trastorno mental, es necesario realizar un programa de tipo preventivo con la finalidad de mejorar el estado de salud mental general involucrando al estudiante para que sea el promotor de su salud; dar orientación familiar y capacitación a las autoridades encargadas de educar y vigilar la salud mental de las enfermeras con la participación conjunta del personal médico para lograr una integración en favor de la salud de los estudiantes.

Habiendo esta participación podría disponerse de aulas, auditorios y materiales didácticos según sea el caso y así fomentar actividades de prevención y promoción de salud por medio de charlas, cursos, elaboración de material, etc. Para con ello lograr el interés, cooperación y concientización de los estudiantes sobre las necesidades de prevención y salud mental.

Considerando los resultados obtenidos, es importante resaltar que la comunidad estudiantil podría contar con un servicio de salud mental si la atención psicológica fuera continua, ya que ésta se ha visto interferida y fragmentada por el término de periodo del servicio social de los pasantes de la Carrera de Psicología que han prestado sus servicios en esta institución, por lo que elaborar un programa de intervención en el 1er. y 2do. nivel de atención a la salud que garantizara la continuidad de las sesiones sea de suma importancia.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aguilar Díaz, G., (1989). La función del psicólogo en el primer nivel de atención a la salud. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

American Psychiatric Association. DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Programas educativos, 1986.

Cabildo H., Encuesta para detectar trastornos mentales. Higiene, 18: 188-208. 1967.

Calderón Narváez, G., (1984). Salud Mental Comunitaria: un nuevo enfoque de la psiquiatría, México: Trillas, 2a. ed., p. 177 a 187.

Caplan, G., (1985). Principios de Psiquiatría Preventiva, México: Paidós, p. 43, 72-91.

Caraveo Anduaga J. Análisis crítico y perspectivas futuras del método epidemiológico al estudio de las enfermedades psiquiátricas. Salud Mental, 1984, 7(4).

Caraveo Anduaga J. Necesidades de la Población y Desarrollo de Servicios de Salud Mental. Salud Pública de México:1990;32:523-531.

Centurión Acosta M., (1974). Estudio de selección para alumnas de la escuela de enfermería del ISSSTE, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Cruz Santacruz, L., (1992). La participación del psicólogo en la atención primaria de salud. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

De la Fuente, R. Acerca de la Salud Mental en México. Salud Mental:1982;5

Dohrenwend BP, Dohrenwend BS: Perspectivas del futuro de la epidemiología psiquiátrica: The 1981 Rema Lapouse Lecture. AJPH, 72: 1271-1274, 1982.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Perfil terminal de los alumnos egresados de la ENEO de la UNAM. Revista Médica del Distrito Federal, 1988, 5(5).

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Estado de salud y rendimiento escolar en estudiantes de enfermería. Revista Médica del Distrito Federal, octubre-diciembre 1988, 5(4):213-216.

Foncerrada M. y Saucedo G: La prevención de trastornos mentales en la niñez". Salud Mental, 1985, 6(2): 11-14.

Frenk Mora, J. Salud Pública de México, Ene-Feb 1992, vol. 34, núm. 1

García Fuentes, S., (1991). Los rasgos de personalidad y los hábitos de estudio como factores que influyen en el rendimiento escolar de los estudiantes de la licenciatura en enfermería de la ENEO-UNAM, Tesis de Licenciatura en Psicología.

García Silberman y Andrade Palos. El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mentales. Salud Mental, marzo de 1994, 17(1).

Gaytán Becerril y Silva Escobar. El mercado de los servicios de salud. Revista Médica del IMSS, 1993 31:233-239.

Gómez Flores, C., (1991). Los servicios de salud mental pública en México 1862-1988. Un ensayo crítico. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Gómez Tagle Valdés, M. y coautores. Estudio epidemiológico sobre salud mental de la población estudiantil de la escuela superior de Ingeniería Química e Industrias Extractivas del Instituto Politécnico Nacional. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1993.

González Espinosa Ma. Carmen y Luna Arteaga Margarita. Aportaciones de la Epidemiología a la Neuropsicología infantil. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1994.

González Forteza C., y coautores. Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en adolescentes. Salud Mental, vol. 6, núm. 3, septiembre 1993, 16-21.

Hirsch, M. 1985. El concepto de la epidemiología: su evolución, sus relaciones con las otras disciplinas de la medicina y de la salud pública. Mimeografiado ISSSTE. Reporte Técnico.

Kroeger, A., (1987). Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. México: Pax, pp. 5-51.

Laguna García J. Las relaciones entre los problemas prioritarios de salud y la determinación de las prioridades en investigación en salud. Salud Pública de México, 1991, 33(6): 632-639.

Lara T., Ramírez L. Estudio epidemiológico de padecimientos psiquiátricos dentro de un sistema de seguridad social (ISSSTE). Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, 1978, 16: 225-241.

Lartigue M. T. Una aproximación al diagnóstico del estado actual de la Salud Mental en México. Revista Mexicana de Psicología, 1985, 1(1):27-41.

López Arce Coria A. Diagnóstico de salud mental comunitaria de la Col. Ruiz Cortines. Conferencia del VII Congreso Nacional de Psiquiatría, Oaxaca, 1981.

López Arce Coria A. "Estudio descriptivo sobre salud mental y expectativas de orientación educativa en una muestra representativa de la población del CECyT Narciso Bassols". México, 1985.

López Arce Coria A., (citado por González Espinosa, 1994). La Salud Pública Aplicada a la Psicología. Documento mecanografiado, 1990.

López Palacios A. y Vega Ramos M. Estudio epidemiológico sobre salud mental en una muestra representativa de un plantel de nivel medio superior. CECyT "Ricardo Flores Magón". Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, 1987.

Masterson, J. F. (1972). El dilema psiquiátrico del adolescente. Buenos Aires: Paidós-Asappia.

Mateos Y. A. (1982). Etimologías grecolatinas, México: Limusa.

Organización Mundial de la Salud: CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del Comportamiento. Meditor, España, 1992.

Organización Mundial de la Salud (1990). La introducción de un componente de Salud Mental en la Atención Primaria, Ginebra, Suiza.

Oviedo Arce J. G. y col. Educación y Programas Binacionales de Atención a la Salud. Salud Pública de México, 1992, 34(5): 567.

Perreault R. y Laurendeau C. Tele-Salud. Salud Mundial, Organización Mundial de la Salud, 1989, p.6.

Rasmussen Cruz B. y col. La participación comunitaria en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco. Salud Pública de México 1993; 35:471-476.

Rocha Fernández A., (1987). Prevención primaria en salud mental. Tesis de Licenciatura en Psicología.

Rojas Mackenzie R. Sobre la aplicación del método epidemiológico al estudio de las enfermedades psiquiátricas. Salud Mental, 1984, 7(4).

Rosas Carpio, M., (1991). La función del psicólogo clínico en la promoción de la salud mental. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Salinas De Gortari C. Presentación del Programa Nacional de Desarrollo 1989-1994, México, 1989:12-13.

Salleras Sanmarti, L., (1985). Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2a. reimpresión 1990, pp. 13-49, 129-172.

San Martín, H., (1988). Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp. 13-137, 233-298.

Soberón Acevedo G. Evolución y Revolución en Salud. Salud Pública de México 1992;34:69-73.

Terris M. (1987). La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI.

Tovar Acosta H. La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. Salud Mental, 1987, 7(4).

Vega-Franco L., (1987). Bases esenciales de la Salud Pública. México: La Prensa Médica Mexicana, 1a. edición, pp. 13-18.

Velázquez Díaz G., Programa IMSS-SOLIDARIDAD. Revista Médica IMSS (México), 1993, 31(1).

Videla, M., (1991). Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Buenos Aires: Cinco.

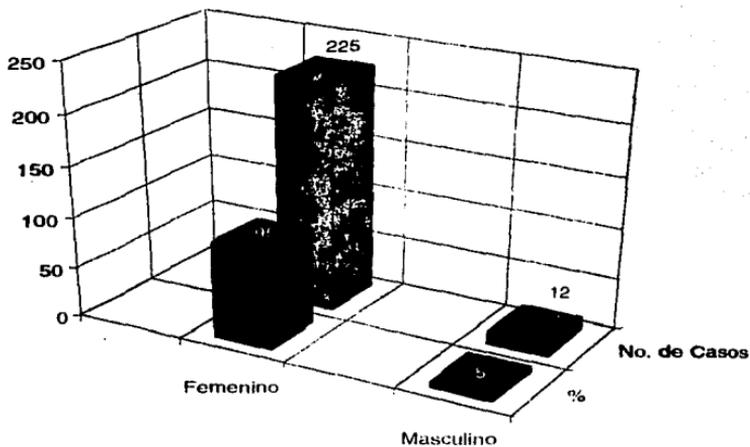
Zax, M., (1978). Introducción a la Psicología de la Comunidad. México: El Manual Moderno, pp. 215-243.

**ANEXOS**

CUADRO I. SEXO

SEXO	No. de Casos	%
Femenino	225	95
Masculino	12	5
Total	237	100

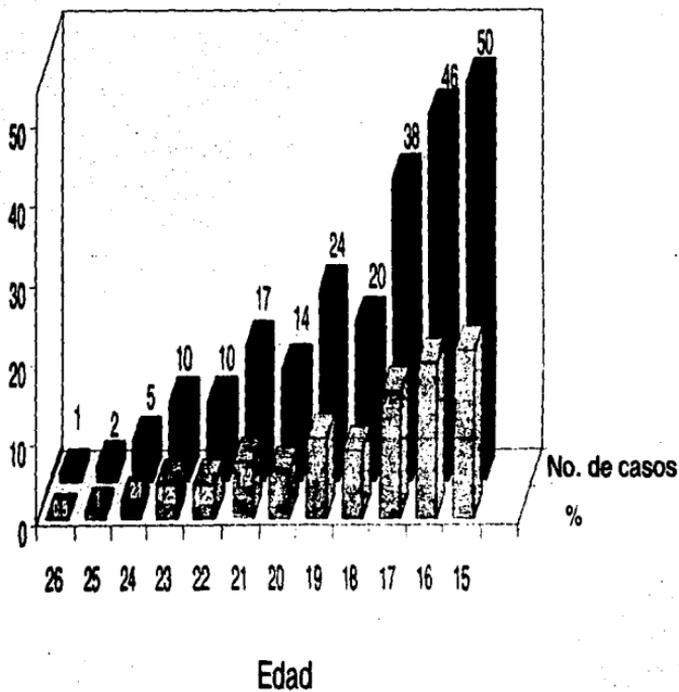
GRÁFICA I. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN SEXO



**CUADRO II. EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>No. de casos</b>	<b>%</b>
15	50	21.1
16	46	19.5
17	38	16
18	20	8.5
19	24	10.1
20	14	5.9
21	17	7.2
22	10	4.3
23	10	4.3
24	5	2.1
25	2	0.8
26	1	0.11
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

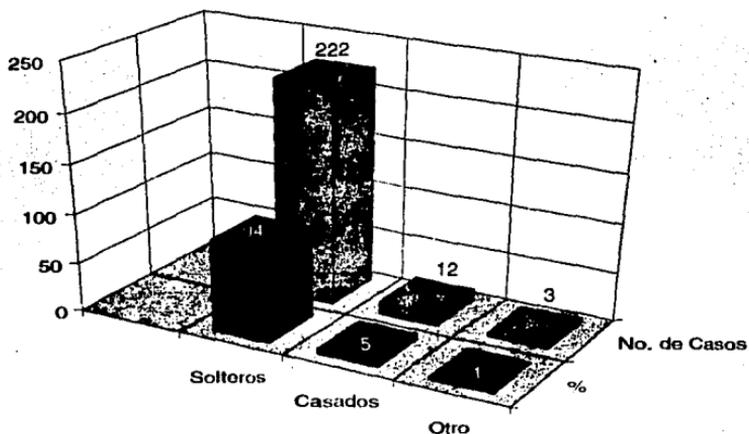
**GRÁFICA 2. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN EDAD**



**CUADRO III. ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	No. de Casos	%
Solteros	222	94
Casados	12	5
Otro	3	1
Total	237	100

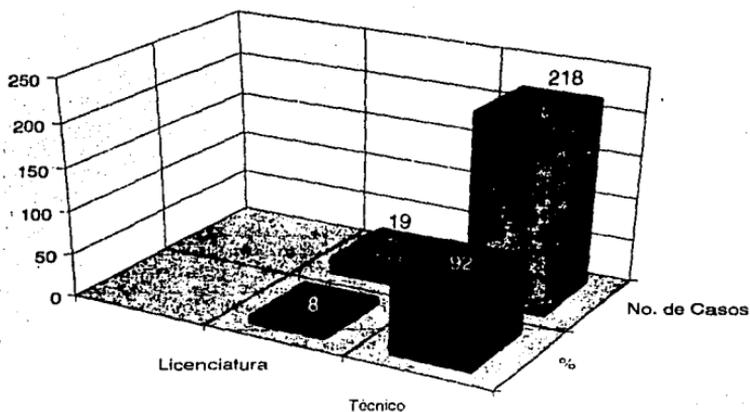
**GRÁFICA 3. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN ESTADO CIVIL**



#### CUADRO IV. NIVEL ESCOLAR

NIVEL ESCOLAR	No. de Casos	%
Licenciatura	19	8
Técnico	218	92
Total	237	100

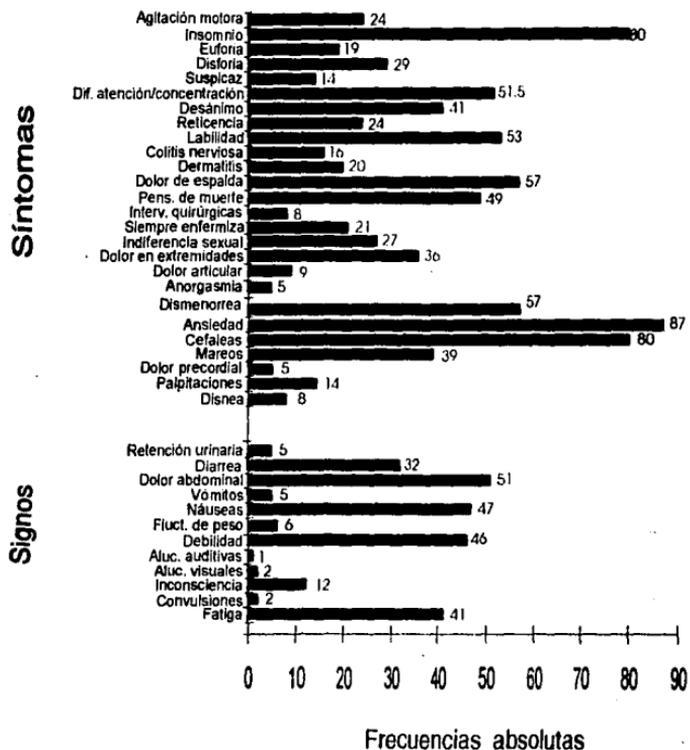
GRÁFICA 4. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN NIVEL ESCOLAR



**CUADRO V. SIGNOS Y SÍNTOMAS REPORTADOS SEGÚN ENTREVISTA**

SIGNOS	No. de Casos	%
Convulsiones	4	2
Debilidad	108	46
Fluct. de peso	15	6
Náuseas	111	47
Vómitos	46	5
Dolor abdominal	121	51
Diarrea	76	32
Retención urinaria	12	5
Dolor articular	22	9
Dolor en extremidades	85	36
<b>SÍNTOMAS</b>		
Disnea	20	8
Palpitaciones	34	14
Dolor precordial	24	5
Mareos	92	39
Cefaleas	189	80
Ansiedad	206	87
Fatiga	97	41
Dismenorrea	134	57
Anorgasmia	11	5
Indiferencia sexual	65	27
Siempre enfermiza	49	21
Pens. de muerte	115	49
Dolor de espalda	136	57
Dermatitis	47	20
Colitis nerviosa	38	16
Labilidad emocional	126	53
Reticencia	57	24
Desánimo	98	41
Dif. atención /concentración	122	51.5
Suspicaz	33	14
Disforia	68	29
Euforia	45	19
Insomnio	189	80
Agitación motora	57	24

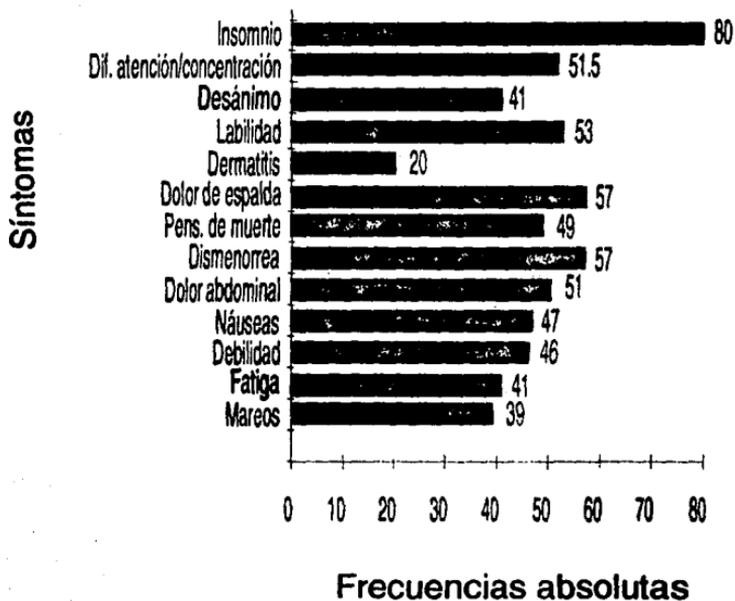
**GRÁFICA 5. FRECUENCIAS ABSOLUTAS DE SIGNOS Y SÍNTOMAS SEGÚN ENTREVISTA**



**CUADRO VI. SÍNTOMAS REPORTADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN LA ENTREVISTA**

<b>SÍNTOMAS</b>	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
Mareos	92	39
Fatiga	97	41
Debilidad	108	46
Náuseas	111	47
Dolor abdominal	121	51
Dismenorrea	134	57
Pensamientos de muerte	115	49
Dolor de espalda	136	57
Dermatitis	47	20
Labilidad emocional	16	53
Desánimo	98	41
Dif. atención/concentración	122	51.5
Insomnio	189	80

**GRÁFICA 6. FRECUENCIAS ABSOLUTAS DE SÍNTOMAS MÁS CITADOS SEGÚN ENTREVISTA**



## DATOS GENERALES

Tabla 2

WAIS

	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	NIVEL	CI VERBAL	CI EJEC	CI TOTAL	DX INTELCT	DX NOSOLOGICO
1	19	Fem	Soltera	Técnico	99	102	100	Normal	Dispareunia
2	20	Fem	Soltera	Licenciatura	108	125	117	Normal B	Sana
3	24	Fem	Casada	Técnico	95	102	98	Normal	N. de ansiedad
4	16	Fem	Soltera	Técnico	106	111	109	Normal	Sana
5	16	Fem	Soltera	Técnico	110	121	116	Normal B	Par. histriónica
6	17	Fem	Soltera	Técnico	94	107	100	Normal	Sana
7	17	Fem	Soltera	Técnico	97	107	102	Normal	Sana
8	18	Masc	Soltero	Licenciatura	110	124	117	Normal B	Sana
9	18	Fem	Soltera	Técnico	98	90	94	Normal	Sana
10	19	Fem	Casada	Técnico	108	107	108	Normal	Anorgasmia
11	16	Fem	Soltera	Técnico	104	93	106	Normal	Sana
12	19	Fem	Soltera	Técnico	102	105	103	Normal	Anorgasmia
13	16	Fem	Soltera	Técnico	91	104	96	Normal	Trast. identidad
14	17	Fem	Unión libre	Técnico	99	102	102	Normal	Sana
15	17	Fem	Soltera	Técnico	101	92	97	Normal	Sana
16	16	Fem	Soltera	Técnico	90	104	94	Normal	Sana
17	16	Fem	Soltera	Técnico	103	104	104	Normal	Trast. identidad
18	18	Fem	Casada	Técnico	90	101	94	Normal	Vaginismo
19	19	Fem	Soltera	Técnico	103	109	107	Normal	N. obsesiva
20	20	Masc	Soltero	Licenciatura	109	120	115	Normal B	Sana
21	22	Fem	Casada	Técnico	107	82	98	Normal	N. de ansiedad
22	23	Fem	Soltera	Técnico	81	86	83	Normal T	Esquizofrenia
23	21	Fem	Soltera	Técnico	100	119	108	Normal	Sana
24	16	Fem	Soltera	Técnico	92	94	92	Normal	Sana
25	17	Masc	Soltero	Técnico	102	103	103	Normal	Sana
26	18	Fem	Soltera	Técnico	93	103	97	Normal	Dispareunia
27	19	Fem	Soltera	Técnico	92	101	95	Normal	T. somatización
28	20	Fem	Soltera	Licenciatura	97	95	93	Normal	N. depresiva
29	21	Fem	Soltera	Técnico	110	99	100	Normal	Homosexualidad
30	22	Masc	Casado	Licenciatura	98	97	97	Normal	Sana
31	23	Fem	Soltera	Técnico	90	95	92	Normal	N. depresiva
32	16	Fem	Soltera	Técnico	91	89	89	Normal T	Alcoholismo
33	16	Fem	Soltera	Técnico	96	87	90	Normal	Sana
34	17	Fem	Soltera	Técnico	98	106	102	Normal	Sana
35	17	Fem	Soltera	Técnico	104	113	108	Normal	Sana
36	18	Fem	Casada	Técnico	91	110	99	Normal	Sana

## DATOS GENERALES

Tabla 2

## WAIS

	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	NIVEL	CI VERBAL	CI EJEC	CI TOTAL	DX INTELECT	DX NOSOLOGICO
37	19	Fem	Soltera	Licenciatura	101	106	103	Normal	Sana
38	20	Fem	Soltera	Licenciatura	105	99	95	Normal	Sana
39	20	Fem	Soltera	Técnico	91	87	89	Normal	N. depresiva
40	21	Fem	Separada	Licenciatura	112	115	114	Normal B	N. de ansiedad
41	15	Fem	Soltera	Técnico	82	92	85	Normal T	Sana
42	15	Fem	Soltera	Técnico	105	104	106	Normal	Sana
43	16	Fem	Soltera	Técnico	91	104	96	Normal	Sana
44	15	Fem	Soltera	Técnico	90	94	91	Normal	Sana
45	15	Fem	Soltera	Técnico	86	83	83	Normal T	Traat. identidad
46	16	Fem	Soltera	Técnico	94	90	91	Normal	Sana
47	20	Fem	Soltera	Técnico	111	115	114	Normal B	N. de ansiedad
48	18	Fem	Soltera	Técnico	101	109	104	Normal	Sana
49	16	Fem	Soltera	Técnico	90	94	91	Normal	N. histérica
50	15	Fem	Soltera	Técnico	101	100	101	Normal	Sana
51	18	Fem	Soltera	Técnico	90	86	88	Normal T	Sana
52	19	Fem	Soltera	Técnico	107	109	108	Normal	N. de ansiedad
53	23	Fem	Soltera	Licenciatura	125	115	122	Superior	Sana
54	15	Fem	Soltera	Técnico	103	93	99	Normal	Sana
55	16	Fem	Soltera	Técnico	107	102	105	Normal	Sana
56	20	Fem	Soltera	Técnico	111	115	114	Normal B	N. de ansiedad
57	18	Fem	Soltera	Técnico	106	106	106	Normal	Sana
58	26	Fem	Soltera	Técnico	91	91	91	Normal	Esquizofrenia
59	15	Fem	Soltera	Técnico	94	101	97	Normal	Sana
60	16	Fem	Soltera	Técnico	103	101	103	Normal	N. de ansiedad
61	16	Fem	Soltera	Técnico	105	111	108	Normal	Sana
62	17	Fem	Soltera	Técnico	101	101	102	Normal	Sana
63	18	Fem	Soltera	Técnico	83	86	83	Normal T	N. depresiva
64	23	Fem	Soltera	Técnico	100	107	103	Normal	Sana
65	17	Fem	Soltera	Técnico	95	91	93	Normal	Sana
66	21	Fem	Soltera	Técnico	98	106	101	Normal	Homosexualidad
67	22	Fem	Casada	Técnico	89	87	87	Normal T	Sana
68	19	Fem	Soltera	Técnico	95	97	95	Normal	Sana
69	24	Fem	Soltera	Técnico	103	102	103	Normal	Sana
70	15	Fem	Soltera	Técnico	100	97	99	Normal	Sana
71	15	Fem	Soltera	Técnico	91	99	97	Normal	Sana
72	16	Fem	Soltera	Técnico	103	108	106	Normal	Sana

## DATOS GENERALES

Tabla 2

WAIS

	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	NIVEL	CI VERBAL	CI EJEC	CI TOTAL	DX INTELECT	DX NOSOLOGICO
73	15	Fem	Soltera	Técnico	86	83	83	Normal T	N. depresiva
74	18	Fem	Soltera	Técnico	98	91	95	Normal	Sana
75	17	Fem	Soltera	Técnico	86	98	90	Normal	Sana
76	18	Masc	Soltero	Licenciatura	99	93	96	Normal	Sano
77	16	Fem	Soltera	Técnico	99	94	96	Normal	N. de ansiedad
78	16	Fem	Soltera	Técnico	98	104	101	Normal	Sana
79	17	Fem	Soltera	Técnico	92	98	94	Normal	Sana
80	16	Fem	Soltera	Técnico	87	94	89	Normal T	N. depresiva
81	15	Fem	Soltera	Técnico	95	89	91	Normal	Sana
82	15	Fem	Soltera	Técnico	101	94	98	Normal	N. de ansiedad
83	16	Fem	Soltera	Técnico	110	96	104	Normal	Sana
84	15	Fem	Soltera	Técnico	106	108	99	Normal	Trast. identidad
85	15	Fem	Soltera	Técnico	92	97	94	Normal	Sana
86	15	Fem	Soltera	Técnico	89	85	85	Normal T	Trast. identidad
87	15	Fem	Soltera	Técnico	104	113	109	Normal	Sana
88	15	Fem	Soltera	Técnico	109	104	107	Normal	Sana
89	15	Fem	Soltera	Técnico	103	100	101	Normal	N. de ansiedad
90	15	Fem	Soltera	Técnico	111	107	110	Normal B	Trast. identidad
91	17	Fem	Soltera	Técnico	99	103	101	Normal	N. de ansiedad
92	16	Fem	Soltera	Técnico	100	102	101	Normal	Sana
93	16	Fem	Soltera	Técnico	103	109	108	Normal	Sana
94	16	Fem	Soltera	Técnico	105	89	103	Normal	Trast. identidad
95	16	Fem	Soltera	Técnico	86	96	90	Normal	Sana
96	16	Fem	Soltera	Técnico	91	102	95	Normal	N. de ansiedad
97	16	Fem	Soltera	Técnico	101	104	103	Normal	Sana
98	17	Fem	Soltera	Técnico	89	83	86	Normal T	Sana
99	17	Fem	Soltera	Técnico	88	98	91	Normal	Sana
100	17	Fem	Soltera	Técnico	100	102	101	Normal	Sana
101	17	Fem	Soltera	Técnico	90	99	93	Normal	Sana
102	17	Fem	Soltera	Técnico	106	104	106	Normal	Vaginismo
103	17	Fem	Soltera	Técnico	87	95	90	Normal	Sana
104	17	Fem	Soltera	Técnico	89	87	87	Normal T	Sana
105	17	Fem	Soltera	Técnico	95	96	96	Normal	Sana
106	17	Fem	Soltera	Técnico	105	107	108	Normal	Sana
107	20	Fem	Soltera	Técnico	93	94	93	Normal	Sana
108	21	Fem	Soltera	Licenciatura	89	86	87	Normal T	N. de ansiedad

## DATOS GENERALES

Tabla 2

WAIS

	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	NIVEL	CI VERBAL	CI EJEC	CI TOTAL	DX INTELECT	DX MOSOLOGICO
109	22	Fem	Soltera	Técnico	84	83	83	Normal T	Pers. pas/agres
110	20	Fem	Soltera	Técnico	88	93	88	Normal T	Vaginismo
111	21	Fem	Soltera	Técnico	110	112	112	Normal B	N. histérica
112	22	Fem	Soltera	Técnico	96	100	98	Normal	Anorgasmia
113	20	Fem	Soltera	Técnico	100	107	103	Normal	Sana
114	21	Fem	Soltera	Técnico	105	103	104	Normal	Sana
115	19	Masc	Soltero	Licenciatura	110	107	109	Normal	Sana
116	19	Fem	Soltera	Técnico	107	101	105	Normal	N. de ansiedad
117	19	Fem	Soltera	Técnico	90	93	91	Normal	N. de ansiedad
118	19	Fem	Soltera	Técnico	103	107	105	Normal	Vaginismo
119	19	Fem	Soltera	Técnico	96	114	104	Normal	Sana
120	18	Fem	Soltera	Técnico	93	106	98	Normal	Anorgasmia
121	18	Fem	Soltera	Técnico	82	88	83	Normal	N. depresiva
122	18	Fem	Soltera	Técnico	95	89	91	Normal	N. de ansiedad
123	15	Fem	Soltera	Técnico	101	94	98	Normal	Sana
124	15	Fem	Soltera	Técnico	110	96	104	Normal	Sana
125	16	Fem	Soltera	Técnico	106	106	99	Normal	Sana
126	15	Fem	Soltera	Técnico	87	94	89	Normal T	N. depresiva
127	16	Fem	Soltera	Técnico	110	92	101	Normal	Sana
128	15	Fem	Soltera	Técnico	115	100	109	Normal	Sana
129	15	Fem	Soltera	Técnico	90	94	91	Normal	N. histérica
130	17	Fem	Soltera	Técnico	87	99	91	Normal	Sana
131	18	Fem	Soltera	Técnico	91	90	90	Normal	N. de ansiedad
132	19	Fem	Soltera	Técnico	98	101	105	Normal	Sana
133	22	Fem	Soltera	Técnico	97	98	97	Normal	Dispareunia
134	21	Fem	Soltera	Técnico	100	103	101	Normal	Sana
135	23	Fem	Soltera	Técnico	100	107	103	Normal	N. de ansiedad
136	20	Fem	Soltera	Técnico	104	103	103	Normal	Vaginismo
137	18	Fem	Soltera	Técnico	94	105	97	Normal	N. depresiva
138	17	Fem	Soltera	Técnico	101	104	103	Normal	Sana
139	16	Fem	Soltera	Técnico	92	98	92	Normal	Sana
140	15	Fem	Soltera	Técnico	94	101	97	Normal	Sana
141	17	Fem	Soltera	Técnico	92	98	94	Normal	Sana
142	18	Fem	Soltera	Técnico	93	100	96	Normal	Sana
143	19	Fem	Soltera	Técnico	98	100	99	Normal	Sana
144	21	Fem	Soltera	Licenciatura	101	102	100	Normal	Sana

## DATOS GENERALES

Tabla 2

WAIS

	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	NIVEL	CI VERBAL	CI EJEC	CI TOTAL	DX INTELECT	DX NOSOLOGICO
145	25	Fem	Soltera	Técnico	91	102	95	Normal	N. depresiva
146	24	Fem	Soltera	Técnico	95	102	98	Normal	N. de ansiedad
147	23	Fem	Soltera	Técnico	90	95	92	Normal	N. histérica
148	18	Fem	Soltera	Técnico	91	90	90	Normal	N. depresiva
149	18	Fem	Soltera	Técnico	101	106	103	Normal	Sana
150	19	Fem	Soltera	Técnico	105	107	106	Normal	Sana
151	18	Fem	Soltera	Técnico	90	98	94	Normal	Sana
152	22	Fem	Soltera	Licenciatura	100	107	103	Normal	Pers. pas/agres
153	15	Fem	Soltera	Técnico	101	100	101	Normal	Sana
154	16	Fem	Soltera	Técnico	94	90	91	Normal	Sana
155	15	Fem	Soltera	Técnico	95	90	92	Normal	Sana
156	18	Fem	Soltera	Técnico	93	106	98	Normal	Sana
157	17	Fem	Soltera	Técnico	99	101	101	Normal	N. de ansiedad
158	15	Fem	Soltera	Técnico	91	99	97	Normal	N. depresiva
159	16	Fem	Soltera	Técnico	94	90	91	Normal	Sana
160	19	Masc	Soltero	Técnico	107	109	108	Normal	Pers. paranoide
161	19	Fem	Soltera	Técnico	96	100	106	Normal	Sana
162	20	Masc	Soltero	Técnico	109	105	104	Normal	N. de ansiedad
163	22	Fem	Casada	Técnico	98	97	97	Normal	Sana
164	23	Fem	Casada	Técnico	90	95	92	Normal	N. histérica
165	24	Fem	Soltera	Técnico	95	102	98	Normal	Pers. pas/agres
166	21	Fem	Soltera	Técnico	104	103	104	Normal	N. depresiva
167	19	Fem	Soltera	Técnico	101	105	102	Normal	Sana
168	21	Fem	Soltera	Técnico	100	100	100	Normal	Pers. histriónica
169	17	Fem	Soltera	Técnico	90	99	93	Normal	Dispareunia
170	17	Fem	Soltera	Técnico	90	97	91	Normal	Sana
171	16	Fem	Soltera	Técnico	100	102	101	Normal	Sana
172	16	Fem	Soltera	Técnico	92	94	93	Normal	Sana
173	15	Masc	Soltero	Técnico	95	90	91	Normal	Sana
174	17	Fem	Soltera	Técnico	102	103	103	Normal	Sana
175	17	Fem	Soltera	Técnico	94	105	100	Normal	Sana
176	18	Fem	Soltera	Técnico	96	90	92	Normal	Sana
177	19	Fem	Soltera	Técnico	102	104	103	Normal	N. obsesiva
178	21	Fem	Soltera	Técnico	90	95	92	Normal	Sana
179	22	Fem	Soltera	Técnico	97	95	93	Normal	Dispareunia
180	15	Fem	Soltera	Técnico	100	94	97	Normal	Trast. identidad

## DATOS GENERALES

Tabla 2

WAIS

	EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	NIVEL	CI VERBAL	CI EJEC	CI TOTAL	DX INTELECT	DX NOSOLOGICO
181	16	Fem	Soltera	Técnico	90	94	92	Normal	Sana
182	25	Fem	Casada	Técnico	95	102	98	Normal	Sana
183	26	Fem	Soltera	Técnico	90	95	92	Normal	Pers. esquizoide
184	24	Fem	Casada	Licenciatura	110	101	105	Normal	Sana
185	23	Fem	Separada	Licenciatura	104	99	98	Normal	Anorgasmia
186	23	Fem	Soltera	Técnico	90	94	92	Normal	Sana
187	21	Fem	Soltera	Técnico	95	97	93	Normal	Sana
188	18	Fem	Soltera	Técnico	90	100	94	Normal	Sana
189	17	Fem	Soltera	Técnico	94	106	100	Normal	Sana
190	15	Fem	Soltera	Técnico	95	90	91	Normal	Sana
191	16	Fem	Soltera	Técnico	101	100	101	Normal	N. de ansiedad
192	16	Fem	Soltera	Técnico	88	92	88	Normal T	Sana
193	18	Fem	Soltera	Técnico	105	104	105	Normal	N. histórica
194	19	Fem	Soltera	Técnico	102	102	102	Normal	Dispareunia
195	20	Fem	Soltera	Técnico	103	93	99	Normal	Sana
196	21	Fem	Soltera	Licenciatura	97	105	100	Normal	Sana
197	17	Fem	Soltera	Técnico	101	100	100	Normal	Sana
198	17	Fem	Soltera	Técnico	92	92	92	Normal	Dispareunia
199	18	Fem	Soltera	Técnico	101	110	102	Normal	Anorgasmia
200	15	Fem	Soltera	Técnico	92	91	90	Normal	Sana
201	16	Fem	Soltera	Técnico	105	104	105	Normal	Trast. identidad
202	16	Fem	Soltera	Técnico	100	97	99	Normal	Sana
203	15	Fem	Soltera	Técnico	95	97	95	Normal	N. de ansiedad
204	16	Fem	Soltera	Técnico	90	94	91	Normal	Trast. identidad
205	18	Fem	Soltera	Técnico	101	103	102	Normal	Sana
206	19	Masc	Soltero	Técnico	103	102	103	Normal	N. depresiva
207	19	Fem	Casada	Licenciatura	95	96	95	Normal	Sana
208	18	Fem	Soltera	Técnico	96	90	93	Normal	N. de ansiedad
209	17	Fem	Soltera	Técnico	92	92	92	Normal	Sana
210	20	Fem	Soltera	Técnico	105	99	98	Normal	Sana
211	21	Fem	Soltera	Técnico	100	102	101	Normal	Sana
212	22	Fem	Soltera	Técnico	107	108	108	Normal	N. histórica
213	21	Fem	Soltera	Técnico	105	99	98	Normal	Sana
214	21	Fem	Soltera	Técnico	100	107	103	Normal	Vaginismo
215	15	Masc	Soltero	Técnico	95	89	91	Normal	Sano
216	16	Fem	Soltera	Técnico	91	102	95	Normal	Sana

## DATOS GENERALES

Tabla 2

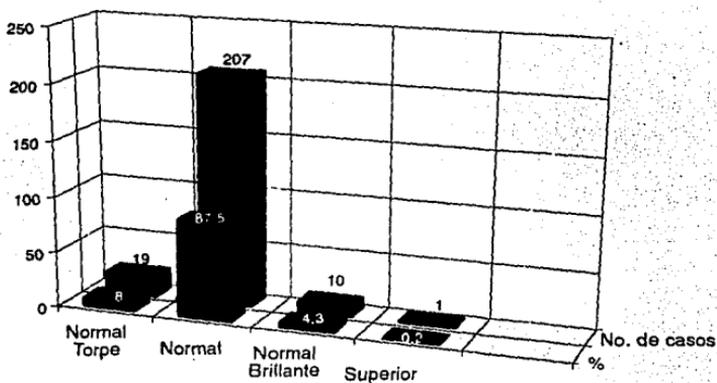
WAIS

EDAD	SEXO	EDO. CIVIL	NIVEL	CI VERBAL	CI EJEC	CI TOTAL	DX INTELECT	DX NOSOLOGICO
217	17	Fem	Soltera	Técnico	90	97	92	Normal N. depresiva
218	18	Fem	Soltera	Técnico	101	106	103	Normal Sana
219	17	Fem	Soltera	Técnico	92	96	93	Normal N. de ansiedad
220	16	Fem	Soltera	Técnico	90	94	91	Normal Sana
221	15	Fem	Soltera	Técnico	92	97	94	Normal Sana
222	18	Fem	Soltera	Técnico	93	94	94	Normal N. histérica
223	16	Fem	Soltera	Técnico	91	100	92	Normal Sana
224	18	Fem	Soltera	Técnico	99	93	96	Normal Esquizofrenia
225	15	Fem	Soltera	Técnico	84	94	86	Normal T Sana
226	17	Fem	Soltera	Técnico	86	98	90	Normal Sana
227	16	Fem	Soltera	Técnico	98	104	101	Normal Sana
228	18	Fem	Soltera	Técnico	102	101	101	Normal N. histérica
229	16	Fem	Soltera	Técnico	91	89	89	Normal T Sana
230	16	Fem	Soltera	Técnico	91	100	104	Normal Trast. identidad
231	17	Fem	Soltera	Técnico	88	96	90	Normal Sana
232	16	Fem	Soltera	Técnico	100	102	101	Normal Sana
233	17	Fem	Soltera	Técnico	91	95	93	Normal Sana
234	18	Fem	Soltera	Técnico	91	110	105	Normal Sana
235	19	Fem	Soltera	Técnico	105	104	104	Normal Sana
236	20	Fem	Soltera	Licenciatura	111	113	112	Normal B Para. histriónica
237	23	Masc	Soltero	Técnico	98	97	97	Normal Sano

**CUADRO VII. DIAGNÓSTICO INTELECTUAL**

DIAGNÓSTICO INTELECTUAL	No. de Casos	%
Superior	1	0.2
Normal Brillante	10	4.3
Normal	207	87.5
Normal Torpe	19	8
Total	237	100

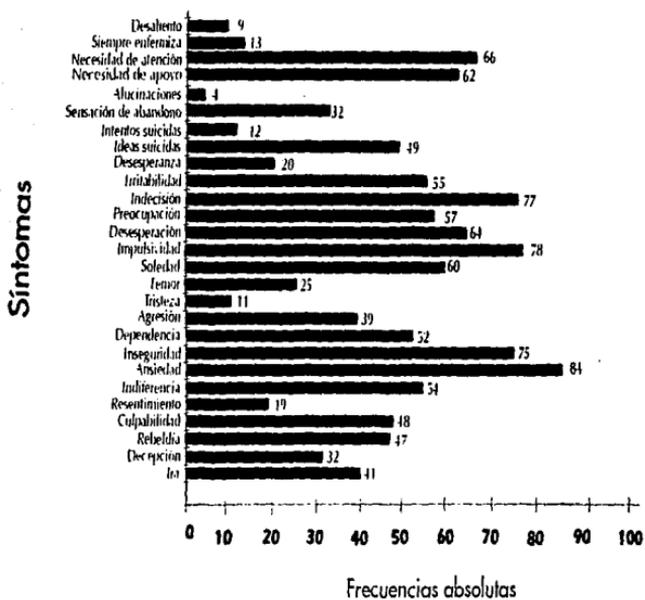
**GRÁFICA 7. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN DIAGNÓSTICO INTELECTUAL**



**CUADRO VIII. SÍNTOMAS REPORTADOS SEGÚN AUTOBIOGRAFÍA**

SINTOMAS	No. de Casos	%
Ira	98	41
Decepción	76	32
Rebeldía	112	47
Culpabilidad	113	48
Resentimiento	45	19
Indiferencia	129	54
Ansiedad	199	84
Inseguridad	177	75
Dependencia	123	52
Agresión	92	39
Tristeza	27	11
Temor	58	25
Soledad	142	60
Impulsividad	184	78
Desesperación	152	64
Preocupación	136	57
Indecisión	183	77
Irritabilidad	110	55
Desesperanza	48	20
Ideas suicidas	115	49
Alucinaciones	10	4
Necesidad de apoyo	147	62
Siempre enfermiza	30	13
Desaliento	21	9

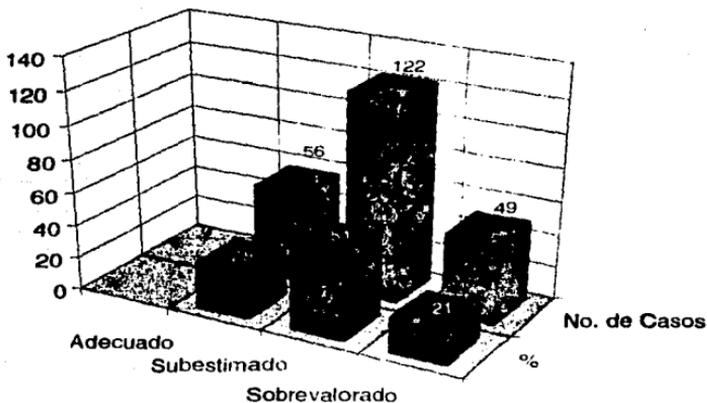
**GRÁFICA 8. FRECUENCIAS ABSOLUTAS SEGÚN AUTOBIOGRAFÍA**



**CUADRO IX. AUTOCONCEPTO**

AUTOCONCEPTO	No. de Casos	%
Adecuado	56	28
Subestimado	122	51
Sobrevalorado	49	21
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

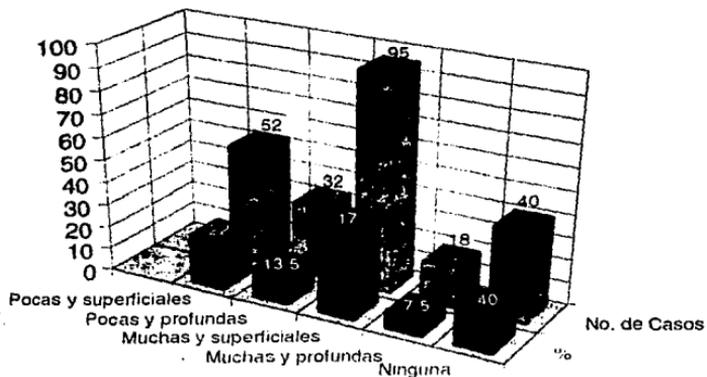
**GRÁFICA 9. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN AUTOCONCEPTO**



**CUADRO X. RELACIONES INTERPERSONALES**

RELACIONES INTERPERSONALES	No. de Casos	%
Pocas y superficiales	52	22
Pocas y profundas	32	13.5
Muchas y superficiales	95	40
Muchas y profundas	18	7.5
Ninguna	40	17
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

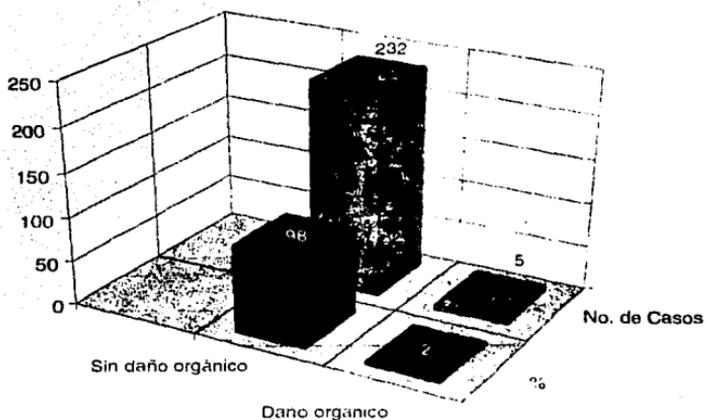
**GRÁFICA 10. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN RELACIONES INTERPERSONALES**



**CUADRO XI. SIGNOS REPORTADOS EN EL TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE BENDER**

SIGNOS	No. de Casos	%
Sin daño orgánico	232	98
Daño orgánico	5	2
<b>Total</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

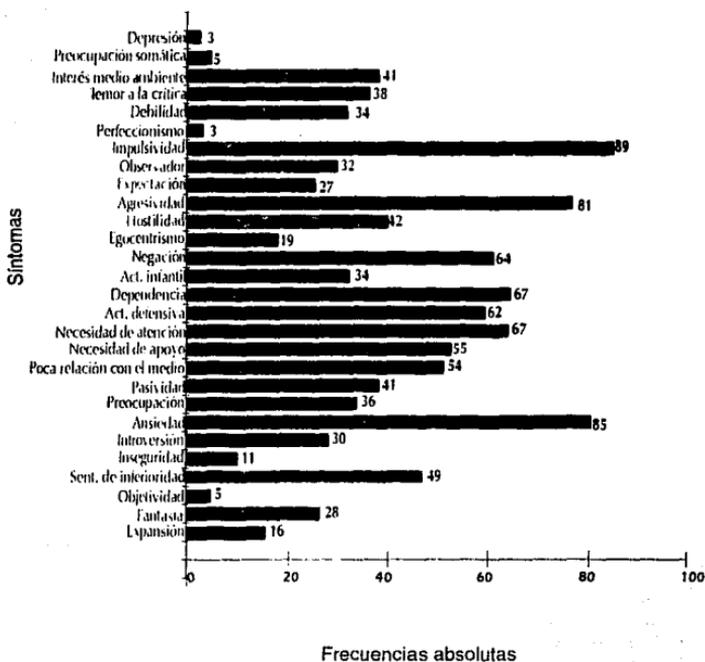
**GRÁFICA 11. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN BENDER**



**CUADRO XII. SÍNTOMAS REPORTADOS EN EL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER**

SÍNTOMAS	No. de Casos	%
Expansión	39	16
Fantasia	66	28
Objetividad	12	5
Sent. de inferioridad	117	49
Inseguridad	26	11
Introversión	71	30
Ansiedad	201	85
Preocupación	85	36
Pasividad	96	41
Poca relación con el medio	127	54
Necesidad de apoyo	131	55
Necesidad de atención	159	67
Actitud defensiva	148	62
Dependencia	160	67
Actitud infantil	81	34
Negación	152	64
Egocentrismo	45	19
Hostilidad	100	42
Agresividad	191	81
Expectación	64	27
Observador	75	32
Impulsividad	211	89
Perfeccionismo	8	3
Debilidad	80	34
Temor a la crítica	91	38
Interés medio ambiente	96	41
Preocupación somática	12	5
Depresión	7	3

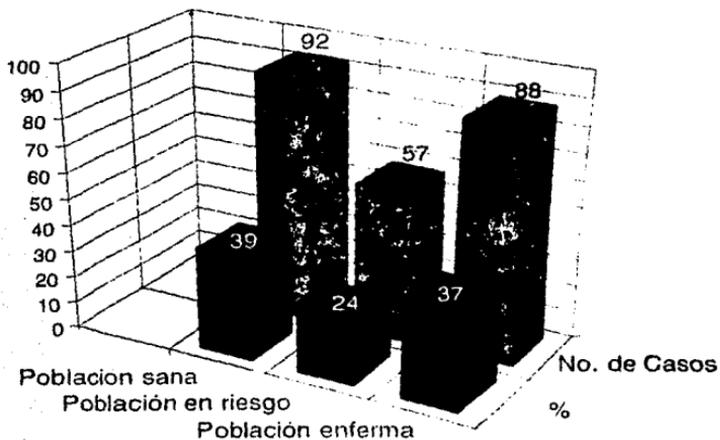
**GRÁFICA 12. FRECUENCIAS ABSOLUTAS SEGÚN EL MACHOVER**



**CUADRO XIII. DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN**

DIAGNÓSTICO	No. de Casos	%
Población sana	92	39
Población en riesgo	119	50
Población enferma	26	11
Total	237	100

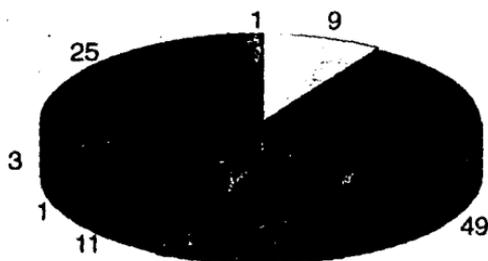
**GRÁFICA 13. FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN**



**CUADRO XIV. TASAS DE PREVALENCIA Y MORBILIDAD**

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PREVALENCIA	MORBILIDAD
Neurosis de ansiedad	20	23	84
Neurosis histérica	7	8	30
Neurosis obsesiva	1	1	4
Neurosis depresiva	15	17	63
Personalidad esquizoide	1	1	4
Pers. histriónica	3	3	13
Pers. pasivo-agresiva	3	3	13
Pers. paranoide	1	1	4
Esquizofrenia paranoide	3	3	13
Alcoholismo	1	1	4
Homosexualidad	2	2	8
Vaginismo	5	6	21
Dispareunia	7	8	30
Anorgasmia	8	9	34

GRÁFICA 14. TASAS DE PREVALENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO MENTAL

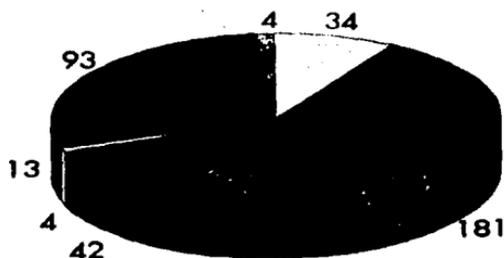


- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad        | <input checked="" type="checkbox"/> Esquizofrenia            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Neurosis               | <input checked="" type="checkbox"/> Trastornos psicosexuales |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno de identidad | <input checked="" type="checkbox"/> Alcoholismo              |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de somatización         |  |

**CUADRO XV. TASAS DE PREVALENCIA Y MORBILIDAD**

	FRECUENCIA	PREVALENCIA	MORBILIDAD*
<b>DIAGNOSTICO</b>			
Trastornos de personalidad	8	9	34
Neurosis	43	49	181
Trastorno de identidad	10	11	42
Trastorno de somatización	1	1	4
Esquizofrenia	3	3	13
Trastornos psicosexuales	22	25	93
Alcoholismo	1	1	4
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>99</b>	<b>371</b>
*Tasa de morbilidad obtenida por cada 1000 estudiantes			

**GRÁFICA 15. TASAS DE MORBILIDAD SEGÚN DIAGNÓSTICO MENTAL**



☐ Trastornos de personalidad

■ Esquizofrenia

■ Neurosis

■ Trastornos psicosexuales

■ Trastorno de identidad

■ Alcoholismo

☐ Trastorno de somatización