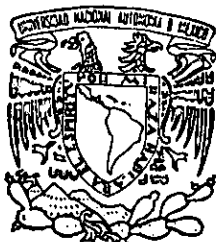


137
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

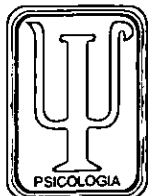
"SALUD MENTAL EN LA POBLACION ESTUDIANTIL
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA. UN ESTUDIO
EPIDEMIOLOGICO-DESCRIPTIVO."

263539

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA GUADALUPE JIMENEZ BECERRIL

DIRECTOR DE TESIS: LIC. ALMA MIREIA LOPEZ ARCE-CORIA

ASESOR METODOLOGICO. LIC. RAUL TENORIO



MEXICO, D.F.

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | PAGINA |
|-------------------------------------|--------|
| CAPITULO 1 | |
| INTRODUCCION..... | 1 |
| CAPITULO 2 | |
| MARCO TEORICO..... | 4 |
| 2.1 SALUD..... | 4 |
| 2.2 SALUD MENTAL..... | 6 |
| 2.3 SALUD PUBLICA..... | 8 |
| 2.4 SALUD MENTAL COMUNITARIA..... | 18 |
| 2.5 EPIDEMIOLOGIA..... | 22 |
| 2.6 TIPOS DE ESTUDIO..... | 28 |
| 2.7 ANTECEDENTES CIENTIFICOS..... | 33 |
| CAPITULO III | |
| METODO..... | 38 |
| 3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 38 |
| 3.2 OBJETIVO GENERAL..... | 38 |
| 3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 38 |
| 3.4 JUSTIFICACION..... | 38 |
| 3.5 INDICADORES..... | 39 |
| 3.6 MUESTREO..... | 41 |
| 3.7 SUJETOS..... | 41 |
| 3.8 INSTRUMENTOS..... | 41 |
| 3.9 TIPO DE ESTUDIO..... | 41 |
| 3.10 PROCEDIMIENTO..... | 42 |
| CAPITULO IV | |
| RESULTADOS..... | 44 |
| CAPITULO V | |
| CONCLUSIONES Y DISCUSION..... | 65 |
| CAPITULO VI | |
| LIMITACIONES Y SUGERENCIAS..... | 78 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 81 |
| ANEXOS | |

AGRADECER A QUIENES HAN FORMADO PARTE
EN LA CONSTRUCCION DE MI DESTINO, ES MI
ALEGRIA, POR LO TANTO NO PRETENDIENDO
OMITIR A NADIE DOY UN AGRADECIMIENTO
SINCERO A TODAS ESTAS PERSONAS QUE NO
NOMBRO TEXTUALMENTE EN ESTOS PAPELES
PERO SI EN MI MENTE Y EN MI CORAZON.
G R A C I A S A TI VIDA POR DARME LA OPORTUNIDAD
DE DEMOSTRAR MIS AGRADECIMIENTOS.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la Salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de la enfermedad o de invalidez”. Así la salud se manifiesta por el desarrollo equilibrado de las funciones fisiológicas que a su vez se expresan por el ejercicio normal de la interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente, es decir con una orientación ecológica.

Se reconoce que la salud y la enfermedad son conceptos bipolares que implican en cierta forma la buena o la mala calidad de vida. El organismo mantiene en acción diversos mecanismos que aseguran un balance positivo entre las fuerzas que generan la enfermedad y las que condicionan el equilibrio de salud biológica, física, mental y social.

Por su parte la salud mental esta entendida como parte de la salud integral que tiene raíces biológicas y sociales es decir depende de las condiciones del ambiente natural y del ambiente constituido por el hombre en respuesta a sus necesidades de habituación recreación y de trabajo. De hecho ninguna de las condiciones interpersonales y humanas que modelan el estilo de vida particular son ajenas a la salud mental. La salud mental parte de la expresión de lucha del hombre frente a los conflictos planteados buscando resolverlos adecuada y permanentemente. de aquí surge la necesidad de reconocer a un hombre sano en aquel que puede mantener un estado de bienestar no solo con su anatomía y fisiología sino también con sus afectos en su mente y su vida de relación. “La salud mental es el marco en que se estructura el equilibrio interno y la conducta del ser humano, el funcionamiento

adecuado de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino a la autorrealización y de lograr correctas relaciones interpersonales que le permitan funcionar en forma adecuada en el medio social en que se desarrolle, depende básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio armónico de sus potenciales intelectuales, afectivas y connotativas". (Calderón: 1984).

La presente investigación tuvo como finalidad realizar un análisis de tipo epidemiológico-descriptivo en una población estudiantil universitaria con el fin de determinar el tipo de población con el que se cuenta en términos de Salud Mental.

Se utilizó el marco social epidemiológico (agente-huesped-ambiente) el cuál es el modelo clásico para reconocer la frecuencia y prevalencia de la salud y enfermedad dentro de la salud pública. Ya que la epidemiología es la disciplina que se ocupa de estudiar la distribución y condiciones que determinan los diferentes estados de salud o de enfermedad en las poblaciones humanas (Vega-Franco; 1985).

El objetivo de este método permite observar un panorama general del estado de salud mental que prevalece en la población a estudiar, con el propósito de implementar medidas de prevención e intervención necesarias en el medio estudiantil universitario.

El análisis se llevó a cabo en una muestra estudiantil de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, con el fin de conocer la salud mental que prevalece en esta población, así como las condiciones sociodemográficas en que se encuentra.

El diseño básico para la selección de la muestra fue en una etapa en la que se obtuvo mediante una elección de grupos y por lo tanto mediante un muestreo no probabilístico.

Respecto al tamaño de la muestra se obtuvo mediante el criterio de incluir al 20.1% del total de la población. la cual constaba en el momento de la realización de esta investigación de 2490 alumnos por lo que la muestra estuvo constituida de 500 alumnos.

Para lograr el objetivo se realizará una encuesta por medio de la Escala de Síntomas (S.R.T) de Kellner validada en México obteniendo una confiabilidad alpha igual a .93. Esta Escala permite explorar brevemente la presencia de rasgos psicopatológicos y ha sido altamente recomendada para ser aplicada en encuestas comunitarias (Mora-Natera: 1994).

Además se aplicó una encuesta socioeconómica basada en los principios de la salud pública, con el fin de determinar en que condiciones socioeconómicas se desarrollo está comunidad estudiantil.

La Escala de Síntomas y la encuesta socioeconómica fueron aplicadas en forma anónima y grupal dentro de los salones de clases de la Facultad de Psicología de la UNAM.

MARCO TEÓRICO

SALUD

La Definición mas ambiciosa de la salud es la que propuso la Organización Mundial de la Salud en 1948: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición , aunque criticada por las dificultades que implica la definición y la medición de bienestar, sigue siendo un ideal.

Cabe sin embargo, interpretar esta definición en un sentido dinámico, considerando que la salud se manifiesta por el desarrollo equilibrado de las funciones fisiológicas que a su vez se expresan por el ejercicio normal de la interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente es decir con una orientación ecológica.

Siendo la ecología la parte de la biología que se responsabiliza del estudio de las relaciones mutuas entre los organismos y su universo, animados e inanimados , la salud colectiva puede ser enfocada dentro de este marco de referencia. La unidad de observación es en este caso la de un grupo de seres viviendo en su ambiente natural, de esta manera ha surgido como disciplina, la ecología médica (epidemiología) la cual permite explicar los procesos de salud o enfermedad como fenómenos de población que traducen el tipo de relación entre el hombre y su medio externo.

Si se admite el concepto ecológico de salud, tácitamente se interpreta la enfermedad como una desarmonía funcional del hombre con su medio ambiente que se expresa por alteraciones fisiológicas y por cambios en la interrelación e interdependencia con otros seres.

La salud y la enfermedad son conceptos bipolares que implican en cierta forma la buena o mala calidad de vida. El organismo mantiene en acción diversos mecanismos que aseguran un balance positivo entre las fuerzas que generan la enfermedad y las que condicionan el equilibrio de su salud, biológica, física, mental y social.

Como es lógico, se necesitan definiciones de salud y enfermedad más prácticas, la epidemiología se centra en aspectos de salud que son relativamente fáciles de medir y que constituyen prioridades de acción.

Las definiciones del estado de salud que utilizan los epidemiólogos tienden a ser simples por ejemplo, "presencia de enfermedad" o "ausencia de enfermedad". El desarrollo de criterios para la determinación de la presencia de una enfermedad requiere una definición de normalidad y anormalidad. Sin embargo a menudo es difícil definir lo que es normal y la distinción entre lo normal y lo anormal muchas veces no es clara. Los criterios diagnósticos suelen basarse en síntomas, signos y resultados de pruebas complementarias.

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal: la salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida irreparable están inexorablemente ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades. (M. Costa . E. López 1986)

SALUD MENTAL

Uno de los primeros conceptos de salud mental que se definieron, fue el que emitió en su Segundo informe el Comité de Expertos de la OMS y que esencialmente dice: "la salud mental implica la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos".

Se considera de éste modo a la salud mental como: "La expresión de lucha frente a los conflictos planteados sin temor y buscando resolverlos adecuada y permanentemente", abre la perspectiva de un nuevo diálogo, a otros conflictos o a la búsqueda de nuevas soluciones. De aquí, surge la necesidad de reconocer a un hombre sano, en aquél que puede mantener un estado de bienestar, no sólo en su anatomía y fisiología, sin también en sus afectos, en su mente y en su vida de relación.

Otro de los conceptos de salud mental los señala E. Fromm en uno de sus libros y que en su parte fundamental dice: La salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de sí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y razón.

Por su parte, el Dr. Calderón Narváez nos dice que, "La salud mental es el marco en el que se estructura el equilibrio interior y la conducta del ser humano, el funcionamiento de todos sus aparatos y sistemas, la posibilidad de encontrar el camino a la felicidad y lograr

correctas relaciones interpersonales, que le permitan funcionar de manera adecuada como una de las piezas del complejo engranaje que constituye el medio social en que nace, se desarrolla y muere, depende básicamente de su capacidad para lograr un equilibrio armónico de sus funciones intelectuales, afectivas y connotativas “. (Calderón Narváez, 1984).

SALUD PUBLICA

La definición de Salud Pública propuesta por Winslow es la más conocida y ampliamente aceptada. Menciona que la Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia mediante, el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

En esta definición el autor hace énfasis en que las metas de prevenir la enfermedad, fomentar la salud y prolongar la vida sólo son alcanzables mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.

Según H. San Martín 1984, el concepto actual de salud implica que la "Salud Pública" deba referirse 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 importancia práctica de la Salud Pública reside en la posición final de toda ciencia: la intervención humana en la dirección del proceso para conseguir un fin determinado, que en esta ciencia es la promoción de la salud de las colectividades humanas para una vida más rica, productiva y satisfactoria.

Históricamente, el modelo de SALUD MENTAL COMUNITARIA dentro de la salud pública, se desvía del tratamiento individual y señala la importancia de factores socioambientales, tanto en la aparición de los problemas de salud como en los métodos de intervención y administración de los servicios.

Propuesto inicialmente por Mann en 1978, el modelo de salud mental, toma prestados muchos de sus conceptos de las áreas clínicas de la psicología, así como del campo de la Salud Pública (Calderón, 1984).

Las bases teóricas de la salud pública en el ámbito de la salud mental tiene como uno de sus objetivos la intervención comunitaria, y sus metas son:

- a) Reducir la incidencia y prevalencia de los llamados trastornos mentales mediante la prevención y el desarrollo de nuevas formas de tratamiento.
- b) Promover el desarrollo sano y la salud mental tanto del individuo como de la comunidad.

Dentro de la Salud Pública, la PREVENCIÓN, es uno de los conceptos fundamentales en el modelo de salud mental y uno de los principales dentro de la psicología comunitaria, así como uno de los más difíciles de delimitar.

Uno de los primeros en tocar el tema de la prevención a principios de siglo fue Adolph Meyer, quien se interesó por educar al público en lo relativo a la naturaleza de los hospitales psiquiátricos; es también uno de los primeros que se refiere al cuidado posterior a la hospitalización.

Por su parte Sullivan en 1931, refiere que "la alteración mental puede prevenirse ampliamente y limitarse de alguna forma mediante el control de factores psicosociales, ya que son problemas en los que interviene una gama de factores etiológicos" (Vega, 1976).

Una breve revisión de la literatura médica nos demuestra que la prevención ha sido, en el desarrollo histórico de la medicina, más significativa que el tratamiento en los que se refiere a la reducción de las enfermedades. Una de las dificultades con las que se enfrenta la prevención es que en la mayoría de los casos sus efectos no son visibles a corto plazo, sino que se aprecian hasta después de mucho tiempo. Sin embargo algunas enfermedades han desaparecido virtualmente debido al desarrollo de la medicina preventiva (Caplan, 1985).

Al discutir la prevención de las alteraciones mentales, Bloom (1981) señala que para estudiar el desarrollo de cualquier alteración o enfermedad, resulta útil considerar tres componentes que combinados explican su proceso:

- a) El individuo vulnerable.
- b) El entorno y
- c) El agente.

a) **EL INDIVIDUO VULNERABLE:** Es necesario entender sus características más importantes, su estado general de salud, su historia, su dotación genética, su vitalidad, su fatigabilidad, etc. Aunque Bloom se refiere a un individuo vulnerable en el estudio del proceso de desarrollo de una alteración que afecte mas personas, se habla de la importancia de conocer las características de los grupos vulnerables, que en la literatura especializada se conocen como grupos de alto riesgo.

b) **EL ENTORNO:** Se identifican las características importantes del medio ambiente, como por ejemplo sus fuentes de tensión y amenaza psicológica o física. Es importante en éste

punto el apoyo de algún modelo ecológico como los desarrollados por Rappaport en 1977 y Mann en 1978.

c) EL AGENTE: Identifica aquello que de alguna forma pueda señalarse como la causa, o al menos, como un componente importante de la enfermedad o alteración. En el campo de los trastornos mentales, conocemos más de los factores ambientales causales o precipitantes, que de los agentes a nivel genético o físico.

Según este planteamiento, los esfuerzos preventivos pueden encaminarse a: Fortalecer a la persona o grupos vulnerables, a modificar el entorno y , a destruir o modificar la influencia del agente.

La elección del nivel de intervención se relaciona con el tipo de prevención, pueden identificarse tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad:

- PRIMARIA
- SECUNDARIA
- TERCIAIA

Todos son importantes y complementarios, sin embargo, la prevención primaria es la que más ha contribuido a la salud y al bienestar de la población en su conjunto.

PREVENCIÓN PRIMARIA:

El propósito de la prevención primaria es limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

La prevención primaria implica dos estrategias a menudo complementarias y que reflejan dos puntos de vista sobre la etiología . Puede enfocarse a toda la población con objeto de

reducir el riesgo medio (estrategia poblacional) o sobre las personas cuyo riesgo de enfermar es alto por exposiciones particulares (estrategias de grupo de riesgo). Los estudios epidemiológicos han mostrado que las estrategias de grupo de riesgo dirigidas a proteger a los individuos susceptibles son más eficientes para las personas que tienen mayor riesgo de sufrir una determinada enfermedad. no obstante, estas personas pueden contribuir en escasa medida a la carga global de enfermedad en la población.

La ventaja principal de la estrategia poblacional es que no requiere la delectación del grupo de alto riesgo. Su principal inconveniente es que ofrece escaso beneficio a cada persona individual, puesto que el riesgo absoluto de enfermedad es muy bajo.

En un primer momento se orienta a la aplicación de medidas que atienden a la colectividad, para que dichas medidas sean eficaces, es necesario tomar en cuenta a que tipo de población se dirigen.

En el área de salud mental, Caplan (1985) al proponer su modelo conceptual de la prevención primaria, señala que ante todo es un concepto comunitario y que la atención al individuo dentro de un programa de prevención primaria supone que éste representa a un grupo, como ya se mencionó y, que su tratamiento debe contemplar no sólo sus necesidades particulares sino su relación con el problema comunitario y los recursos disponibles para enfrentarlo. Caplan y Grunebaum en 1972, plantean como objetivo de la prevención primaria "la reducción de la incidencia de casos nuevos de incapacidad y perturbación mental en una población". Por lo tanto, se puede afirmar que lo que se pretende, es evitar que se presente un problema, un mal o una alteración de cualquier tipo que afecte a la persona o a la comunidad, por medio de programas de intervención dirigidos a una

población determinada o a un entorno en particular, así, en el caso de la salud mental la educación es el recurso por excelencia para el logro de los objetivos de la prevención primaria y bien puede decirse que "educar es prevenir" (Sánchez, 1986).

La mayor parte de las definiciones de educación para la salud asumen dos objetivos genéricos: enseñar conocimientos adecuados sobre la salud y proporcionar conductas o comportamientos facilitados para la salud.

El comité de expertos de la OMS, en 1955 definió a la educación para la salud como "La suma de experiencias que modifican favorablemente los hábitos, las actitudes y los conocimientos relacionados con la salud individual y comunitaria". Por su parte, en el Diccionario Terminológico internacional se define como "La actividad formativa y educativa, dirigida al desarrollo de una actitud consciente y responsable por parte del hombre ante el fenómeno, conservación y restablecimiento de la salud y la capacidad de rendimiento".

En 1982 H. San Martín la define como "La preparación sistemática del individuo a conocer su organismo desde el punto de vista físico y mental y a conocer su ambiente de vida desde el punto de vista ecológico y social (San Martín, 1982, citado en Costa, 1986).

Al hablar de objetivos de educación para la salud implícitamente se debe aludir también a objetivos de promoción de la salud. Estos objetivos son:

- 1) Desarrollar hábitos y costumbres en la gente.

- 2) Modificar las pautas de comportamientos de la gente cuando los hábitos o costumbres individuales y sociales son insanos o peligrosos para la salud.

3) Promover la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud.

4) Lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como un valor fundamental. Este objetivo pretende que la salud sea un patrimonio de la comunidad, y para ello ésta habrá de asumir responsabilidades y control de muchas circunstancias y condiciones que le afectan.

PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Esta persigue la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico y tratamiento precoz en individuos y poblaciones y para una intervención rápida y efectiva.

Su blanco es el período entre el comienzo de la enfermedad y el momento en que suele hacerse el diagnóstico. Su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad.

La prevención secundaria suele aplicarse a enfermedades cuya historia natural comprende un período precoz en el que son fáciles de diagnosticar y tratar y puede detenerse su progresión hacia un estado más grave. Los requisitos principales para que un programa de prevención secundaria resulte útil es que se disponga de un método seguro y exacto de detección de la enfermedad, preferiblemente en estadio preclínico y que existan métodos terapéuticos eficaces. Por lo tanto sus principales recursos son la detección temprana y el tratamiento. La prevención secundaria no pretende reducir la incidencia pero sí la cronicidad y gravedad de la enfermedad o problema.

PREVENCIÓN TERCIARIA:

La prevención terciaria tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina rehabilitadora. Consiste en medidas encaminadas a reducir las secuelas y discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud y facilitar la adaptación de los

pacientes a cuadros incurables. La prevención terciaria suele ser difícil de separar del tratamiento, ya que en las enfermedades crónicas, uno de los principales objetivos terapéuticos es la prevención de las recaídas. En esta definición queda implícito el papel crucial de los servicios de rehabilitación, los cuales permiten al expaciente funcionar a su máxima capacidad des pues de ser dado de alta de un hospital.

Podemos resumir los niveles de prevención en el siguiente cuadro:

| Nivel de prevención | Fase de la enfermedad | Población destinataria |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Primaria | Factores causales específicos | Población total, grupos seleccionados y personas sanas |
| Secundaria | Primeros estadios de la enfermedad | Pacientes |
| Terciaria | Estadios avanzados de la enfermedad (tratamiento, rehabilitación) | Pacientes |

Muñoz (1976) propone cuatro enfoques de la prevención:

- 1) El enfoque del desarrollo o del ciclo vital, que supone que todas las personas se desarrollan de manera suficientemente regular como para permitir la creación de programas que faciliten la transición de una etapa a otra.
- 2) El enfoque de las áreas funcionales, que se refiere a una propuesta que identifica doce áreas que influyen de manera poderosa en la vida diaria de una comunidad que incluyen el hogar, la escuela, el vecindario, etc. y que pueden convertirse en fuente de influencia preventiva en diferentes niveles comunitarios.
- 3) El enfoque de las alteraciones específicas que destaca la posibilidad de aprender a prevenir los trastornos mentales aún cuando no sepamos como tratarlos de manera efectiva.
- 4) el enfoque de la población específica que parte de la relación existente entre lo que se quiere prevenir y el grupo en situación de riesgo.

En el caso de los trastornos mentales que pretenden abordarse desde los diferentes modelos de la psicología comunitaria la situación es más compleja. la relación entre los programas, la población y los problemas o alteraciones que se desean evitar. no se encuentra claramente definida por relaciones causales, ya que con frecuencia una misma situación se encuentra presente como posible causa, o al menos, como elemento concomitante en otra alteración. Por ejemplo, el fenómeno de la desintegración familiar es considerado como elemento profundamente relacionado con problemas tan diversos como la esquizofrenia, la farmacodependencia o la delincuencia.

La intervención comunitaria se relaciona estrechamente con procesos de cambio que no siempre son tomados en cuenta por los que diseñan los programas. Sin embargo, la resistencia al cambio es un comportamiento natural tanto en individuos como en grupos y.

por lo tanto, debe ser tomada en consideración; de otro modo, el éxito de los programas encaminados tanto a prevención como a tratamiento se verá disminuido considerablemente.

El cambio está presente desde la superación de la resistencia hasta el logro del objetivo final de un programa de intervención. Presentándose cambios a nivel familiar, grupal, organizacional, institucional y comunitario, algunos a lo largo del proceso de intervención otros como consecuencia de éste.

Wallack y Winkleby en 1987 discuten las limitaciones de las alteraciones actuales en relación a la promoción de la Salud Mental y resaltan la necesidad de que se aborden los factores ambientales y que las enfermedades de alta prevalencia sean consideradas al planear estrategias de prevención a este respecto propone tres líneas:

- 1.- Promoción de la salud en poblaciones generalmente sanas
- 2.- Prevención de la enfermedad y
- 3.- Protección de la salud

Por su parte , Bloom aborda el tema de la capacitación para la prevención primaria en salud mental y resalta la importancia de que se efectúe en contextos comunitarios (Bloom, 1981).

SALUD MENTAL COMUNITARIA

En 1905 C. W. Beers en colaboración con un grupo de profesionales fundó la Sociedad para Higiene Mental de Connecticut E. U. A. Esta asociación encaminó sus metas en relación con la salud pública, destacando la importancia de la prevención y el tratamiento oportuno de los trastornos mentales. En 1920 esta asociación fundó la clínica de orientación infantil, que consideraba importante la prevención en la comunidad y el manejo psicológico de los niños por medio de la instrucción adecuada de los padres, maestros y de la comunidad (Calderón Narváez, 1984).

Cuando finalizó la segunda guerra mundial apareció un movimiento en todos los países del mundo llamado psiquiatría de la comunidad, el cual tuvo la tendencia a romper el aislamiento psiquiátrico tradicional. Este movimiento consideró como importante los siguientes aspectos: la transformación de los hospitales psiquiátricos con un mejor ambiente terapéutico; creación de emergencia y de internamiento parcial; la organización de centro de salud mental comunitaria, talleres y programas que se integraron a la salud pública (Malvin Zax, 1981).

Caplan G. en 1964, define a la psiquiatría comunitaria como el conjunto de conocimientos teóricos, métodos y procedimientos que los campos de servicio e investigación son requeridos por los psiquiatras que participan en los programas organizados de la comunidad para la promoción de la salud mental, la prevención y el

tratamiento de los trastornos mentales y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos en una población determinada (Calderón Narváez, ob. cit).

Dentro de la psicología, también ha habido un desarrollo revolucionario, en lo que concierne a la salud mental en general, existe una gran variedad de enfoques a los problemas conductuales y sociales que implican a la comunidad como un agente potencialmente terapéutico.

Nicholas Hobs (1979) ha descrito este desarrollo, comenta que se ha realizado "la tercera revolución mental" debido a esto se da a la psicología de la comunidad una importancia igual a la que tuvieron las reformas humanísticas en lo referente a la atención hospitalaria realizada por Pinel a fines del siglo XIII y de Sigmund Freud a fines del siglo XIX. (Malvin Zax, ob. cit.).

La idea de prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, en lugar de tratarla únicamente después de que ha aparecido, no es nueva y fue propuesta en los primeros años de 1900, por el doctor Adolfo Meyer, quien nos dice que "la salud mental no es una condición estática, sino sujeta a variaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales". Es, al igual que en el caso de la salud física, una manifestación ecológica de la relación individuo- ambiente. El concepto de salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico social y de contribuir a él de modo constructivo. Implica capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos potencialmente en conflicto, implica además que un individuo ha

logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar expresión armoniosa para realizar sus potencialidades (San Martín, 1985).

Propiamente el nacimiento de la psicología de la comunidad fue fijada por Hersch, en mayo de 1965, donde nos dice que un grupo de psicólogos, interesados en desarrollar programas de salud mental de la comunidad, se reunió en Boston bajo el patrocinio conjunto de la universidad de Boston y el Centro de Salud Mental South Shore de Quincy Massachussts, con la asistencia de los doctores Bennett, Anderson, Coopir, Hassol, Klein y Rosenblum; quienes en esta conferencia, estaban definiendo el área de la psicología de la comunidad y caracterizaron a "los psicólogos de la comunidad como agentes de cambio, analistas de sistemas de sociedades, consultores sobre asuntos de la comunidad y estudiosos en general del hombre en relación con la totalidad de sus ambientes" (Malvin Zax, ob. cit.).

Esta conferencia de Boston generó el nacimiento de la psicología de la comunidad y estimuló el establecimiento de una división de la psicología de la comunidad dentro de la asociación de la psicología norteamericana.

Posterior a la conferencia de Boston, Rieff (1969), hablo de una necesidad del psicólogo de la comunidad de desarrollar una nueva perspectiva conceptual, que le permitiera al profesional intervenir en un sistema social.

Después de hacer una breve reseña acerca de la psicología comunitaria pasemos ahora a definirla; la psicología de la comunidad es considerada como un enfoque de los problemas

de

la conducta humana que destaca las contribuciones hechas a su desarrollo por las fuerzas ambientales así como en las contribuciones potenciales por hacer con miras a su alivio mediante la utilización de éstas fuerzas (Malvin Zax, ob.cit.).

Por otro lado "la salud mental de la comunidad abarca todas las actividades que están involucradas en el descubrimiento, desarrollo y organización de cada instalación de una comunidad que efectúa todos los intentos que hace la comunidad para promover la salud mental y prevenir y controlar la enfermedad mental" (Howell, citado por Goldston, 1965).

La psicología de la comunidad ha emergido dentro de un contexto en que todas las profesiones de la salud mental han manifestado considerable interés por lo que concierne al papel de las fuerzas ambientales en la creación de los problemas conductuales (Malvin Zax, Ibid.).

En México, el doctor Calderón Narváez en su libro sobre salud mental comunitaria, plantea que el departamento de psicología clínica tiene por objetivo llevar a cabo labores de carácter preventivo, de identificación, orientación y tratamiento en el campo de las alteraciones y deficiencias conductuales y de ajuste al medio ambiente.

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es considerada como la ciencia básica de la prevención, y se ha definido como "el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud y la enfermedad en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios" (Iast, 1988). Esta definición subraya el hecho de que los epidemiólogos no solo estudian la muerte, la enfermedad y la discapacidad, sino que también se ocupan de los estados sanitarios más positivos y de los medios para mejorar la salud. La epidemiología es una ciencia médica básica cuyo objetivo es la mejora de la salud de las poblaciones.

El objeto de estudio epidemiológico es una población humana. Una población puede definirse en términos geográficos o de otra naturaleza. La población más utilizada en epidemiología es la que se encuentra en una zona o país en un momento determinado. Esta población es la base para definir subgrupos según sexo, edad, grupo étnico etc. El análisis epidemiológico ha de tener en cuenta ese tipo de variaciones.

A menudo se utiliza la epidemiología para describir el estado de salud de los grupos de población. El conocimiento de la carga de enfermedad en las distintas poblaciones es

esencial para las autoridades sanitarias, que han de buscar la forma de utilizar recursos limitados para lograr el mejor efecto posible, lo que les obliga a identificar programas sanitarios prioritarios de prevención y de asistencia.

Como ya se menciona la epidemiología ha sido ampliamente reconocida como la ciencia básica de la medicina preventiva. El método de la epidemiología es la observación de los fenómenos de la salud y enfermedad bajo condiciones naturales en la población. Su objeto, pues es la colectividad humana. La característica peculiar de la epidemiología no es tanto el método si no la unidad de observación: la población. Una población específica a través de la interacción de sus miembros tiene características físicas y mentales capaces de ser definidas como las de las personas. La contribución peculiar de la epidemiología tiene el sentido de una comprensión más clara de los determinantes de enfermedad en la masa, los factores que afectan sus manifestaciones en la población.

La frecuencia con que ocurren las distintas enfermedades en distintas porciones de la población se estudia en términos de lugar y tiempo: ¿Dónde ocurrió?, ¿Cuándo ocurrió?. A la vez que se investigan las personas afectadas y se orienta la exploración en términos de edad, sexo, raza etc., hasta inclusive ocupación y estatus socioeconómico-social, sin estos conocimientos no se pueden dar los pasos efectivos para la prevención y control de enfermedades. (De Govia 1987).

Además para comprender y estudiar la epidemiología se debe aludir a algunos conceptos importantes como son: la tríada epidemiológica: agente, huésped y medio ambiente. El agente, es la bacteria, microbio o sustancia capaz de actuar sobre el organismo y enfermarlo. El huésped, es el organismo en que vive una bacteria, virus o sustancia

parasitándolo; mientras que Ambiente es el grupo de factores externos potencialmente capaces de influir en un organismo.

Por su parte Mac Mahon, Pugh e Ipsen en De Govia, 1993, mencionan que es importante distinguir dos tipos de epidemiología: descriptiva y analítica.

EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA: Es el estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud y enfermedad en una población dada; se interesa por los aspectos cuantitativos: incidencia, prevalencia, síntomas etc.

EPIDEMIOLOGÍA ANALÍTICA: Esta se preocupa por la búsqueda de los determinantes de la frecuencia y distribución de los fenómenos de enfermedad y salud en la población. Maneja preferentemente aspectos cualitativos y estudia los contextos causales: naturaleza de la enfermedad y naturaleza de la población.

De Govia propone que en el campo de la salud mental se utilice el término "PSICOEPIDEMIOLOGA" mencionando que al poner el prefijo "psico" al vocablo "epidemiología" se hace con la intención de señalar un objeto específico de estudio, como lo es la "Ecología Social".

La psicoepidemiología la define como: "EL estudio de la frecuencia y distribución de los grupos humanos normales y patológicos en la comunidad y de las condiciones y procesos que determinan esa distribución y frecuencia", cuyo objeto de estudio es la ecología social. De Govia, conceptualiza la psicoepidemiología como una aproximación organizada a la ecología social por medio de la observación y el análisis científico. Trata de las relaciones

mutuas entre los hombres y percibe la enfermedad y la salud como aspectos particulares del proceso de socialización.

También la psicoepidemiología se divide en descriptiva y a analítica.

La PSICOEPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA. Estudia la distribución y frecuencia de los grupos humanos normales y patológicas en la comunidad. "Un grupo humano esta constituido por una pluralidad de personas que interaccionan unas con otras en un contexto dado" nos dice Sprott . Es la clasificación de este contexto dado la que nos va a dar el marco de referencia para la distribución de los grupos. Se consideran cinco áreas y contextos de interacción: "Siguiendo el desarrollo de las personas, es en la familia en donde inicialmente satisface todas sus necesidades, por lo tanto, nuestra primer gran área será la familia. Posteriormente se relacionan de manera que el aprendizaje de la convivencia y de otras realidades constituyen la base de las interacciones, de ahí que nuestra segunda gran área será la educativa. Inmediatamente siguen, en el deber de la personalidad las relaciones interpersonales laborales, por eso, la otra gran área será la laboral. Como interacción sine que no se encuentran las relaciones interpersonales que se realizan por el puro placer de la compañía, es decir, las relaciones amistosas o recreativas y cívicas que podemos categorizar como relaciones de libertad y políticas y que señalamos como nuestra cuarta gran área. Finalmente las relaciones amorosas y sexuales constituyen nuestra quinta gran área o ámbito como las llamaría Bleger" (De Govia).

La PSICOEPIDEMIOLOGIA ANALÍTICA estudia los procesos de grupo que condicionan la distribución y frecuencia de los grupos humanos normales y patológicos en la comunidad.

Al hablar de epidemiología entran en juego otros conceptos muy importante que son la prevalencia y la incidencia.

La PREVALENCIA de una enfermedad es el número de casos de la misma en una población y en un momento dado, mientras que su INCIDENCIA es el número de casos nuevos que se producen durante un período determinado en una población especificada.

La medición de la prevalencia y la incidencia implica básicamente el recuento de casos en poblaciones definidas expuestas al riesgo . El número de casos, por sí mismo y sin referencia a la población expuesta al riesgo, puede dar en ocasiones cierta idea de la magnitud global de un problema sanitario o su tendencia a corto plazo en una población, por ejemplo, durante una epidemia.

En el Weekly Epidemiological record de la OMS se notifican los datos de incidencia en forma de número de casos. A pesar de ser datos en bruto, pueden dar información útil sobre el desarrollo de epidemias.

Los datos de prevalencia e incidencia adquieren una utilidad muy superior si se convierten en tasa . Una tasa se calcula dividiendo el número de casos por el número correspondiente de personas de la población expuesta al riesgo y se expresa como casos por 10n personas.

TASA DE PREVALENCIA:

La tasa de prevalencia (P) de una enfermedad se calcula de la forma siguiente:

$$p = \frac{\text{Número de personas con la enfermedad o proceso en un momento dado}}{\text{Numero de personas de la población expuesta al riesgo en un momento dado.}} \quad (\times 10n)$$

A menudo, la tasa de prevalencia se expresa como casos por 1000 o por 100 habitantes. En ese caso, P ha de multiplicarse por el factor 10n adecuado. Si los datos se han recogido en un momento o punto temporal dado, P, es la "tasa de prevalencia puntual". A veces resulta más conveniente la "tasa de prevalencia periodo", calculada como número total de personas que se sabe presentan la enfermedad o atributo en cualquier momento a lo largo de un periodo determinado, dividido por la población expuesta al riesgo de tener la enfermedad o el atributo en un punto intermedio al periodo.

TASA DE INCIDENCIA

En el cálculo de la tasa de incidencia, el numerador es el recuento de episodios nuevos que se producen en un periodo temporal definido y el denominador es la población expuesta al riesgo de sufrir episodios durante dicho periodo. La forma más exacta de calcular la tasa de incidencia consiste en calcular lo que Last (1988) llama "tasa de incidencia por personas-tiempo". Cada persona de la población en estudio contribuye un año-persona al denominador por cada año de observación hasta que se inicia la enfermedad o se deja de tener constancia de la evolución de la persona (pérdida de seguimiento).

La tasa de incidencia (Y) se calcula de la forma siguiente:

$$Y = \frac{\text{Número de personas que contraen la enfermedad en un periodo determinado}}{\text{Suma de los periodos durante los que cada persona de la población está expuesta al riesgo}} (X10n)$$

El numerador solo se refiere a los primeros episodio de la enfermedad. Las unidades de la tasa de incidencia deben incluir siempre una dimensión de tiempo (día, mes, año, etc.).

TIPOS DE ESTUDIO

Los estudios epidemiológicos pueden clasificarse como de observación o de experimentación .

Los estudios observacionales dejan que la naturaleza siga su curso: el investigador mide pero no interviene. Estos estudios pueden ser de dos tipos, descriptivos y analíticos. Un estudio descriptivo se limita a una descripción de la frecuencia de una enfermedad en una población y a menudo es la primera etapa de una investigación epidemiológica. Un estudio analítico va más allá y analiza las relaciones entre el estado de salud y otras variables.

Los estudios experimentales o de intervención implican un intento activo de cambiar un determinante de la enfermedad, como una exposición, una conducta, o el progreso de la enfermedad, mediante su tratamiento y son similares en cuanto a diseño a los experimentos realizados en otros campos de la ciencia. Sin embargo, están sujetos a limitaciones adicionales , ya que la salud de las personas del grupo de estudio pueden correr peligro. El principal diseño de estudio experimental es el ensayo controlado aleatorizado, en el que se utilizan pacientes como sujetos del estudio. Los ensayos de campo y los ensayos comunitarios son también diseños experimentales en los que los participantes son, respectivamente personas y comunidades sanas.

En todos los estudios epidemiológicos es esencial contar con una definición clara de "caso" la enfermedad que se va a investigar, es decir, los síntomas, signos y demás características que indican que una persona sufre una enfermedad. También es necesario disponer de una definición clara de persona expuesta al factor que se estudia.

EPIDEMIOLOGÍA OBSERVACIONAL

ESTUDIOS DESCRIPTIVOS:

Una descripción sencilla del estado de salud de una comunidad, basada en los datos habitualmente disponibles u obtenidos en encuestas especiales, suele ser el primer paso de una investigación epidemiológica. En muchos países existe un centro nacional encargado de las estadísticas sanitarias que hace este tipo de estudios. Los estudios descriptivos intentan analizar los vínculos entre exposición y efecto.

ESTUDIOS TRANSVERSALES:

Los estudios transversales miden la prevalencia de una enfermedad y con frecuencia reciben el nombre de estudios de prevalencia. En un estudio transversal las mediciones de la exposición y de su efecto corresponden al mismo momento.

Los estudios transversales son relativamente fáciles económicos y resultan útiles para investigar exposiciones que constituyen características fijas de los individuos, como el grupo étnico, el nivel socioeconómico o el grupo sanguíneo.

Diversos países llevan a cabo en muestras representativas de sus poblaciones estudios transversales periódicos, de características personales o demográficas y hábitos relacionados con la salud y la enfermedad. Se estudia de esta manera la frecuencia de

enfermedad en distintos sexos, edades y grupos étnicos, los datos obtenidos en los estudios transversales ayudan a valorar las necesidades de asistencia sanitaria de esas poblaciones.

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES:

Los estudios de casos y controles (o de casos y testigos) son relativamente sencillos y económicos y cada vez más se usan para investigar las causas de la enfermedad, en especial enfermedades raras. En este tipo de investigación se estudian un grupo de personas con la enfermedad u otro resultado final y un grupo de "controles" o "testigos" adecuados (grupo control, testigo, de comparación o de referencia) que no tiene la enfermedad o el resultado final que se quiere estudiar. Se compara la frecuencia con la que una posible causa se dio entre los casos por una parte y entre controles por otra. Los datos que se utilizan corresponden a varios puntos temporales. Los estudios de casos y controles son, pues, longitudinales no transversales. Se han llamado también retrospectivos ya que el investigador busca "hacia atrás", a partir de una enfermedad, la posible causa de la misma. Un estudio de casos y controles puede ser tanto retrospectivo, cuando todos los datos se toman del pasado, como prospecto, cuando la recogida de datos continua a medida que el tiempo va pasando.

ESTUDIOS DE COHORTE:

Los estudios de cohorte, también llamados de seguimiento o de incidencia, se inician con un grupo de personas (una cohorte) sanas, que se clasifican en subgrupos según la exposición a una causa potencial de enfermedad u otro resultado final. Se especifican y se miden las variables de interés y se sigue la evolución de la totalidad de la cohorte para ver

como la aparición posterior de nuevos casos de enfermedad (o el resultado estudiado) difiere entre los grupos con y sin exposición. Como los datos recogidos hacen referencia a distintos puntos temporales los estudios de cohortes, al igual que los de casos y controles son longitudinales.

EPIDEMIOLOGÍA EXPERIMENTAL:

Una intervención, ensayo o experimento implica el intento de cambiar una variable en uno o más grupos de personas.

Este tipo de estudios puede ser de tres clases:

- Ensayo controlado aleatorizado.
- Ensayo de campo;
- Ensayo comunitario o de comunidades

ENSAYOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS:

Un ensayo controlado aleatorizado (o ensayo clínico aleatorizado) es una investigación experimental epidemiológica destinada a estudiar un nuevo protocolo preventivo o terapéutico. Las personas de una población se asignan de forma aleatoria a uno de dos grupos, llamados generalmente "de tratamiento y de control". Los resultados se valoran comparando la evolución en los dos o más grupos que se hayan formado. El resultado final que se estudia puede ser la reaparición de enfermedad o la recuperación de una enfermedad ya establecida.

ENSAYOS DE CAMPO:

A diferencia de los ensayos clínicos, en los ensayos de campo participan personas sanas que se suponen expuestas al riesgo de contraer una enfermedad la recogida de datos se hace

“en el campo” o “sobre el terreno” generalmente entre personas de la población general no ingresadas en instituciones.. como son personas sanas y el objeto del estudio es prevenir la aparición de enfermedades que pueden ocurrir con una frecuencia relativamente baja.

ENSAYOS COMUNITARIOS O DE COMUNIDADES:

En esta forma de experimentación los grupos de tratamiento son, en lugar de personas, comunidades. Este método resulta especialmente adecuado para investigar las enfermedades que tienen su origen en condiciones sociales, sobre las que resulta más fácil intervenir de forma directa, tanto si se trata de la conducta de grupos como si corresponde a la de individuos.

ANTECEDENTE CIENTÍFICOS

El desarrollo de la psicología y la salud mental en el horizonte de las especialidades médicas es muy reciente prácticamente desde la segunda mitad de este siglo, en el que los avances en la psicofarmacología permitieron el tratamiento de distintos estados y entidades psicopatológicas. En la actualidad siguen influyendo en su conceptualización, hipótesis etiológicas y medidas preventivas. La aplicación de la epidemiología al campo de los trastornos mentales es aún más reciente. El aspecto central de esta disciplina lo constituye la definición de "caso" y en este sentido, hasta hace pocos años no se contaba con definiciones operacionales que aseguraran la confiabilidad, validez y comparabilidad entre los resultados de los estudios. Asimismo, los estudios han trascendido de la mera enunciación de la existencia de "casos" probables a la estimación de la frecuencia con la que aparecen los trastornos específicos en la población.

En nuestro país son escasos los estudios acerca de la epidemiología de los trastornos mentales en la comunidad, y reflejan las limitaciones y los avances metodológicos de acuerdo a la época en que se hicieron.

En 1960 se hizo en México la Primera Investigación Nacional sobre trastornos neuropsiquiátricos, que fue un trabajo pionero en este campo. Sin embargo, no se entrevistó a las personas en la comunidad, si no que se procedió a enviar cuestionarios a los

médicos y a los centros hospitalarios. El estudio dio una prevalencia de 4.43% de la población como afectada por alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica. Cabe resaltar que este resultado fue referencia fundamental, a la demanda atendida, incluyendo por lo tanto, la patología más conspicua. Las tasas de psicosis y neurosis fueron similares: 4.6 x 100 habitantes.

Posteriormente, en 1964, se hizo la primera investigación a manera de encuesta de una muestra de trabajadores al servicio del estado de la República Mexicana. Para este estudio se diseñó un cuestionario de 28 preguntas, que inquirían acerca de los síntomas típicos de los trastornos mentales más frecuentes. Tanto de la población infantil como de la adulta, y estableció reglas con una combinación de síntomas para delimitar las probables áreas en la Zona Militar de la Ciudad de México. La prevalencia de trastornos encontrada por medio de esta metodología fue considerablemente superior a la indicada en 1960: 33 y 23% en los estudios respectivos.

En 1985, tras los terremotos que afectaron a la ciudad de México, se desarrolló un estudio para determinar las necesidades de atención psiquiátrica en la población damnificada que vivían en los albergues. Con este fin, se diseñó una entrevista siguiendo los criterios del DSM-III sobre un número reducido de entidades, incluyendo el estrés postraumático, que era el interés principal del estudio: La prevalencia que se encontró con el DSM-III para las categorías diagnósticas de crisis de angustia, ansiedad generalizada y depresión fue de 6.4%.

En 1988 se realizó la Encuesta Nacional de Adicciones en una muestra representativa de la población urbana del país. Asimismo, en una submuestra de 2,025

personas adultas con edades entre 18 y 65 años, se aplicó la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM). Este estudio es el primero en su género que ha intentado estimar la prevalencia de los trastornos mentales específicos en México. Entre los hallazgos reportados por el estudio, se encontró una prevalencia general entre 15 y el 18% considerando sólo aquellas clases diagnósticas con mayor certeza de definición y de mayor severidad.

Los trastornos afectivos bipolares constituyeron el 0.6% y predominaron en los hombres; los trastornos depresivos más severos alcanzaron el 3.2% y mostraron una ligera tendencia a ser más frecuentes en edades mayores. Por otra parte, los trastornos depresivos menores representaron el 10.3% predominando la neurosis depresiva en las mujeres tanto jóvenes como en la edad madura.

En las clases diagnósticas relativas a psicosis, se estimó una prevalencia de 0.7% para la sugestiva de un trastorno esquizofrénico, las cuales afectan por igual a hombres y a mujeres, predominando en el grupo más joven. La psicosis inespecífica representó un 0.9% y se apreció un incremento con la edad y efecto por igual a ambos géneros.

Los trastornos obsesivos se estimaron en 2.9%, afectaron principalmente a mujeres en edad media. Los trastornos de ansiedad representaron el 0.7% siendo más frecuentes en las mujeres y en el grupo de edad más joven.

Finalmente, la epilepsia se estimó en un 3.7% y afectó por igual a hombres y a mujeres, reportando una mayor frecuencia en el grupo de más edad.

La estimación global y los trastornos específicos son similares a los reportados en estudios recientes.

Otros hallazgos del estudio señalaron que el 7% del total de la población estudiada manifestó haber estado incapacitado para asistir al trabajo o a la escuela o para realizar actividades diarias a causa de este tipo de padecimientos. Asimismo, cerca del 70% reportó que ante la presencia de este tipo de problemas acuden con familiares, amigos o se automedican, sugiriendo una utilización de los servicios.

En ese mismo estudio, además de los trastornos mentales en el individuo adulto, se consideró pertinente obtener información acerca de probables trastornos en niños de 12 años y menores, empleando el Cuestionario de Reporte para niños RQC; como instrumento de tamizaje. En 1.243 viviendas con adultos incluidos el 61.3% en la ENSA, informaron tener algún niño en el periodo de edad considerado.

La estimación de la prevalencia arrojó una cifra de 15.6% entre los niños de 3 a 12 años de edad, equiparable a la reportada en estudios recientes en la literatura internacional. El interés despertado por los resultados y la sencillez del instrumento ha conducido a su empleo reciente, en un estudio acerca de la salud de los escolares del primer años de primaria en las escuelas públicas de la delegación política de la ciudad de México. Los resultados han señalado una prevalencia de 13% de los trastornos de estos niños, mismos que canalizaron a los centros de salud mental del área para su atención, iniciándose un programa de seguimiento.

Por otro lado en el año de 1995 se realizó una tesis de investigación titulada "La farmacodependencia en estudiantes de la facultad de psicología en la U.A.M."; esta investigación fue de tipo epidemiológico-descriptiva sobre la prevalencia de la farmacodependencia que existe en la población estudiantil de la facultad de psicología, los

resultados encontrados sobre la tasa de morbilidad de farmacodependencia fue de 2.3%. por lo que respecta a la prevalencia se encontró que 20.5% han consumido alguna vez en la vida algún tipo de droga.. En lo que se refiere al sexo, en general el porcentaje de consumo es ligeramente mayor para los hombres (54.8%) que para las mujeres (45.2%).

Por su parte la Universidad Iberoamericana en 1995 realizó un estudio descriptivo sobre la salud mental en profesionales de la salud en el cual la negativa a participar en la investigación por parte de la población objeto de estudio se hizo presente. La encuesta efectuada nos da resultados acerca de opiniones relativas al área laboral, familiar, personal, de tiempo libre y de salud de los profesionales de la salud mental. Dentro de las principales diferencias se encontró que los hombres, en contraste con las mujeres, trabajan con menos tensión y ansiedad; además de que se da mayor satisfacción en profesionales en práctica privada que en los que trabajan en instituciones públicas.

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presente investigación tiene como finalidad conocer:

¿Cuál es la salud mental que prevalece en la población estudiantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México?.

OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general de esta investigación es:

Establecer en base a un estudio epidemiológico-descriptivo cual es el estado de Salud Mental que prevalece en los estudiantes de la Facultad de psicología de la UNAM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Los objetivos específicos se enmarcan mediante las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la Salud Mental que prevalece en la comunidad estudiantil de la Facultad de Psicología inscrita en el periodo 97/2 en la Univeridad Nacional Autonoma de México?.

¿Que características sociodemograficas presenta esta población ?.

JUSTIFICACIÓN.

Muchas veces se ha cuestionado sobre el estado de Salud Mental que existe en los estudiantes y profesionistas de la Psicología. sin embargo en la actualidad no existe nada claro sobre este asunto. Mediante esta investigación se podrá partir de datos reales y concretos para darnos una idea sobre la salud mental que prevalece en los estudiantes de la carrera de psicología y estos resultados podrán constituir la base para planear programas preventivos y terapéuticos necesarios de brindar a los estudiantes de esta facultad que se investiga.

Sabemos que la calidad de vida de un individuo depende en gran medida de su estado de salud mental y los estudiantes de la psicología se preparan para poder participar dentro del establecimiento de una calidad de vida buena en la población. pero los estudiantes de la psicología somos parte de esa población por lo que las demandas sobre nuestra salud mental debemos reconocerlas para poder actuar en favor de una buena salud integral con la observación también de que esto contribuye a poder ofrecer un mejor y adecuado servicio psicológico a la población demandante. dentro de los lineamientos que la psicología establece.

INDICADORES

DEFINICIÓN DE INDICADORES:

FACTORES DE DEMOGRAFICOS: La base de la demografía es el conocimiento de la población. Se relaciona con los problemas de salud y bienestar de la comunidad. la cantidad de la población y su distribución en cuanto a edad, sexo, ocupación y nivel escolar: la frecuencia de la salud y la enfermedad; las influencias del trabajo, la raza, nivel educacional, nivel económico, etc. sobre la salud.

FACTORES ECONÓMICO SOCIALES: Son indicadores que miden el desarrollo económico y social de la comunidad, como son salarios e índices del costo de vida, alfabetismo y escolaridad en los distintos niveles de la educación, porcentaje de población activa, etc.

NIVEL DE SALUD: Factores que se refieren al estado de salud de las personas y de los grupos de población que viven en una región (encuestas de nutrición, desarrollo físico, etc.). Así las condiciones sanitarias de ambiente son indicadores que se refieren a las condiciones del medio que pueden influir de manera más o menos directa sobre el estado de salud de la población (saneamiento, vivienda, trabajo, etc.).

TRASTORNO MENTAL: Se entiende como perturbación de una sistema, antes que como pérdida de funciones sueltas. Existe dificultad para establecer relaciones armoniosas y para ajustarse al medio físico y social. Incapacidad de disfrutar de un universo integrado y congruente en el marco cultural que le toque vivir al sujeto.

INADECUACION SOCIAL: Kellenr y Sheffiel define a la inadecuación social refiriéndose a los síntomas relacionados con los sentimientos de inferioridad, a la presencia de síntomas cognoscitivos tales como falta de concentración, poca memoria y dificultades para pensar, así como también la incapacidad para funcionar adecuadamente en situaciones sociales.

SOMATIZACIÓN: Este trastorno se caracteriza por múltiples síntomas físicos que recurren durante un periodo de varios años, no referibles a una alteración física identificable o de manera general, cuando hay exceso de manifestaciones físicas. Los síntomas pueden ser muy intensos y persistentes al punto de incapacitar a la persona o de alterar sus relaciones de trabajo e interpersonales.

ANSIEDAD: Estado disfórico o desagradable semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta de peligro. Es una situación de aprensión, anticipación o temor al posible peligro. La ansiedad se define a veces por el estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora.

DEPRESIÓN: La alteración fundamental en este tipo de trastornos es una alteración del humor o de la afectividad. En los episodios depresivos típicos en cada una de sus formas, leve moderada o grave por lo general el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, teniendo muchas otras manifestaciones.

MUESTREO:

EL tipo de muestreo que se utilizó fue de tipo no probabilístico intencional.

De acuerdo a la cantidad de sujetos que conforman la población a estudiar se obtuvo un total de la muestra mediante el criterio de incluir al 20.1% (500 alumnos) de la población.

Posteriormente se realizó una elección de los grupos que están conformados dentro de la facultad de psicología, tomando en cuenta turnos, semestre y salón hasta completar el total de alumnos que indica la muestra.

SUJETOS:

El total de la población estudiantil de la Facultad de Psicología inscrita en el sistema escolarizado durante el periodo 97/2 constaba de 2490 alumnos, mediante la selección de la muestra se incluyó al 20.1% de la población, siendo el total de la muestra de 500 alumnos.

INSTRUMENTOS:

Se utilizaron los siguientes instrumentos :

- Escala de síntomas (SRT) de Kellner validada en México por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Natera, Mora; 1994) obteniendo una confiabilidad alpha de .93. La escala consta de 30 reactivos que permiten explorar brevemente la presencia de rasgos psicopatológicos mediante la evaluación de síntomas relacionados con las siguientes áreas: Inadecuación social, ansiedad, somatización y depresión.

- Encuesta socioeconómica; elaborada por el Departamento de Investigación educativa del Cecyt "Narciso Bassols" y esta basada en los principios de Salud Pública. Este cuestionario intenta explorar los factores demográficos, nivel de salud, alimentación, calidad de vida, tipo de vivienda, bienes y servicios y algunos aspectos económico-sociales de la población en estudio.

TIPO DE ESTUDIO:

Se llevo a cabo una investigación dentro del marco epidemiológico-descriptivo, de tipo transversal, observacional de la población estudiantil de la Facultad de Psicología de la UNAM a través de una encuesta en el medio natural de los sujetos por lo que se trata de una investigación de campo.

PROCEDIMIENTO:

Los instrumentos fueron aplicados en los salones de clases correspondientes a cada grupo seleccionado para participar en la investigación, las aplicaciones fueron en forma colectiva,

solicitando de antemano la colaboración del profesor en turno para que permitiera la realización de la encuesta.

Se solicito a los alumnos su cooperación voluntaria explicándoles el motivo y finalidad de la encuesta. Se repartían los instrumentos y se procedía a dar lectura a las instrucciones, mencionando además que las respuestas deberían ser contestadas individualmente y que estas serían confidenciales. se daba la indicación de comenzar a contestar sus respectivos cuestionarios comenzando con la encuesta socioeconómica.

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a extraer los datos proporcionados en estos. Posteriormente se realizó un análisis de frecuencias y la obtención de las tasas de prevalencia mediante la formula:

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{Total de casos identificados}}{\text{Total de la población}} \times 100$$

Los resultados serán representados mediante tablas y gráficas para su mayor objetividad.

RESULTADOS

Esta investigación se llevo a cabo durante el periodo escolar 97/2 de la facultad de psicología, incluyendo a alumnos de 2º, 4º, 6º y 8º; semestre de los dos turnos matutino y vespertino. La población incluida en el estudio fue de 500 alumnos abarcando un 20.1% de la población total (2490 alumnos).

La distribución de la población por semestre estuvo constituida por 153 alumnos (30.6%) de segundo semestre; 99 (19.8%) del cuarto semestre; 123 (24.6%) del sexto semestre y 124 (24.8%) del octavo semestre (tabla 1).

TABLA No 1
SEMESTRE

| SEMESTRE | F | % |
|----------|-----|------|
| 2º | 153 | 30.6 |
| 4º | 99 | 19.8 |
| 6º | 124 | 24.8 |
| 8º | 124 | 24.8 |
| TOTAL | 500 | 100 |

La mayoría de la población estudiada es de sexo femenino 85.8% (428 alumnos), siendo el 14.2% (70 alumnos) del sexo masculino (tabla 2).

TABLA No.2
SEXO

| SEXO | F | % |
|-----------|-----|------|
| MASCULINO | 71 | 14.2 |
| FEMENINO | 429 | 85.8 |
| TOTAL | 100 | 100 |

En cuanto a la edad, fluctúan entre 17 y 30 años o más distribuyéndose de la siguiente forma: de 17 a 20 años esta el 48.4% (224); de 21 a 25 años el 45.2% (226); de 26 a 30 años el 3.8% (19) y de 30 años en adelante 2.6% (13); siendo el promedio de edad de 21.12 años (tabla 3).

TABLA No3
EDAD

| EDAD | F | % |
|---------|-----|------|
| 17 -20 | 242 | 48.4 |
| 21-25 | 226 | 45.2 |
| 26-30 | 19 | 3.8 |
| 32-47 | 13 | 2.6 |
| TOTALES | 500 | 100 |

El 72.0% (360 alumnos) no trabaja y el 28.0% (140 alumnos) trabajan además de estudiar (tabla 4).

TABLA No4
TRABAJA

| TRABAJA | F | % |
|---------|-----|------|
| SI | 140 | 28.0 |
| NO | 360 | 72.0 |
| TOTAL | 500 | 500 |

En cuanto al estado civil la mayoría son solteros 92.4% (462), casados 6.2% (31); el .8% (4) viven en unión libre y el .6% (3) son divorciados (tabla 5).

TABLA No.5
ESTADO CIVIL

| ESTADO CIVIL | F | % |
|--------------|-----|------|
| SOLTERO | 462 | 92.4 |
| CASADO | 31 | 6.2 |
| UNIÓN LIBRE | 4 | .8 |
| DIVORCIADO | 3 | .6 |
| TOTAL | 500 | 100 |

Se obtuvieron también algunos datos familiares los cuales son:

El 68.2% (341) tiene familias completas, esto es con madre y padre, el 19% (95) de los alumnos no tiene padre, y el 4% (20) sin madre; y el 7.8% (39) vive sin ambos; mientras que el 1.0% (5) vive con padrastro (tabla 6).

TABLA No 6
TIPO DE FAMILIA

| TIPO DE FAMILIA | F | % |
|-----------------|-----|-------|
| COMPLETA | 341 | 68.2 |
| SIN PADRE | 95 | 19.0 |
| SIN MADRE | 20 | 4.0 |
| SIN AMBOS | 39 | 7.8 |
| PADRASTRO | 5 | 1.0 |
| TOTAL | 500 | 100.0 |

Viven con un promedio de miembros por familia.

La edad del padre de la población estudiada fluctúa entre 34 y 82 años, distribuidos de la siguiente manera: de 34 a 40 años esta el 4.43%; de 41 a 50 años el 49.86%; de 51 a 60 el 36.84%; de 61 a 70 años el 7.75% y de 71 a 82 el 1.10% (tabla 7).

TABLA No7
EDAD DE LOS PADRES

| EDAD | F | % |
|-------|-----|-------|
| 34-40 | 16 | 4.43 |
| 41-50 | 180 | 49.86 |
| 51-60 | 133 | 36.84 |
| 61-70 | 28 | 7.75 |
| 71-82 | 4 | 1.10 |
| TOTAL | 361 | 99.98 |

La edad de la madre se encuentra entre 34 y 69 años, distribuidos de la forma siguiente: de 34 a 40 años esta el 14.73%; de 41 a 50 el 54.19%; de 51 a 60 años el 27.21%; y de 61 a 69 el 3.85% (tabla 8).

TABLA No8
EDAD DE LAS MADRES

| EDAD | F | % |
|-------|-----|-------|
| 34-40 | 65 | 14.73 |
| 41-50 | 239 | 54.19 |
| 51-60 | 120 | 27.21 |
| 61-70 | 17 | 3.85 |
| TOTAL | 441 | 99.98 |

En cuanto al estado civil del padre encontramos que la mayoría son casados 92.5% ; siendo los viudos el .83% ; divorciados 2.21% ; solteros .27% ; separados .55% ; viven en unión libre 1.66% (tabla 9).

TABLA No9
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

| ESTADO CIVIL | F | % |
|--------------|-----|------|
| SEPARADO | 2 | .55 |
| DIVORCIADO | 8 | 2.21 |
| SOLTERO | 1 | .27 |
| UNIÓN LIBRE | 6 | 1.66 |
| VIUDO | 3 | .83 |
| CASADO | 334 | 92.5 |
| SAN DATOS | 7 | 1.93 |

En lo referente a el estado civil de la madre tenemos que también la mayoría son casadas 78.0% ; el 7.25% son viudas ; el 7.70% son divorciadas ; el 2.26% viven en unión libre ; el 2.04 son solteras y el 1.13 son separadas (tabla 10).

TABLA No10
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

| ESTADO CIVIL | F | % |
|--------------|-----|-------|
| SEPARADA | 5 | 1.13 |
| DIVORCIADA | 34 | 7.70 |
| SOLTERA | 9 | 2.04 |
| UNIÓN LIBRE | 10 | 2.26 |
| VIUDA | 32 | 7.25 |
| CASADA | 344 | 78.00 |
| SIN DATOS | 7 | 1.58 |

En lo referente a la escolaridad del padre, tenemos que estudiaron hasta el nivel de primaria el 26.86%; secundaria 15.51%; nivel medio superior 11.91%; superior 32.40%; maestría 3.87%; doctorado 2.21%; nivel técnico 5.54%; normal .83% ninguna .83% (tabla 11).

TABLA No11
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

| ESCOLARIDAD | F | % |
|--------------|-----|-------|
| NORMAL | 3 | .83 |
| NINGUNA | 3 | .83 |
| PRIMARIA | 97 | 26.86 |
| SECUNDARIA | 56 | 15.51 |
| PREPARATORIA | 43 | 11.91 |
| UNIVERSIDAD | 117 | 32.40 |
| MAESTRÍA | 14 | 3.87 |
| DOCTORADO | 8 | 2.21 |
| TÉCNICA | 20 | 5.54 |

En cuanto a la escolaridad de la madre tenemos: primaria 33.10%; secundaria 14.05%; nivel medio superior 8.61%; superior 13.60%; maestría 1.81%; doctorado 1.13%; nivel técnico 21.54%; normal 2.94; ninguna 1.36%; sin datos 1.81% (tabla 12)

TABLA No12
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES

| ESCOLARIDAD | F | % |
|--------------|-----|-------|
| NORMAL | 13 | 2.94 |
| NINGUNA | 6 | 1.36 |
| PRIMARIA | 146 | 33.10 |
| SECUNDARIA | 62 | 14.05 |
| PREPARATORIA | 38 | 8.61 |
| UNIVERSIDAD | 60 | 13.60 |
| MAESTRÍA | 8 | 1.81 |
| DOCTORADO | 5 | 1.13 |
| TÉCNICA | 95 | 21.54 |
| SIN DATOS | 8 | 1.81 |

Por lo que se refiere a la ocupación del padre, encontramos que el .55% se dedican al hogar; el 35.18% son empleados; el 3.60% son obreros; el 16.89% son comerciantes; el 3.60% son obreros calificados; el 21.32% son profesionistas; el 8.31% son jubilados; el 5.54% trabaja por su cuenta; y el 1.10 son desempleados; y el 3.87% sin respuesta (tabla 13).

TABLA No13
OCUPACIÓN DE LOS PADRES

| OCUPACIÓN | F | % |
|-----------------------|-----|-------|
| HOGAR | 2 | .55 |
| OBRERO | 13 | 3.60 |
| EMPLEADO | 127 | 35.18 |
| COMERCIANTE | 61 | 16.89 |
| PROFESIONISTA | 77 | 21.32 |
| OBRERO CALIF. | 13 | 3.60 |
| JUBILADO | 30 | 8.31 |
| DESEMPLEADO | 4 | 1.10 |
| TRABAJA POR SU CUENTA | 20 | 5.54 |
| SIN DATOS | 14 | 3.87 |

Respecto a la ocupación de la madre tenemos que la mayoría son amas de casa 53.28%; empleadas son el 15.87 % ; obreras .90% ; comerciantes 8.61% ; profesionistas 17.0%; obreras calificadas 1.36 % : trabajadoras por su cuenta .45%; jubiladas 2.49 % (Tabla 14).

TABLA No14
OCUPACIÓN DE LAS MADRES

| OCUPACIÓN | F | % |
|-----------------------|-----|-------|
| AMA DE CASA | 235 | 53.28 |
| OBRERA | 4 | .90 |
| EMPLEADA | 70 | 15.87 |
| COMERCIANTE | 38 | 8.61 |
| PROFESIONISTA | 75 | 17.00 |
| OBRERO CALIF. | 6 | 1.36 |
| JUBILADO | 11 | 2.49 |
| TRABAJA POR SU CUENTA | 2 | .45 |

El promedio de hermanos que tienen los alumnos encuestados es de: 2

Otros datos que obtubimos fueron en cuanto a el tipo de vivienda de la población en estudio encontrando que el 73.8% (369) viven en casa, el 25.0% (125) viven en departamento y el 1.0% (5) viven en cuarto, y el .2 % (1) viven en otro (tabla 15).

TABLA No15
TIPO DE VIVIENDA

| VIVIENDA | F | % |
|----------|-----|-------|
| CASA | 369 | 73.8 |
| CUARTO | 5 | 1.0 |
| DEPTO. | 125 | 25.0 |
| OTRO | 1 | .2 |
| TOTAL | 500 | 100.0 |

En cuanto a la calidad de vivienda , tenemos que estan construidas con tabique el 92.6% (463); de asbesto el 1.0% (5); de lámina el .8% (4), de otros el 5.6% (28) (tabla 16).

TABLA No16
CALIDAD DE VIVIENDA
MATERIAL DE CONSTRUCCION DE LAS PAREDES

| PAREDES DE: | F | % |
|---------------|-----|-------|
| TABIQUE | 463 | 92.6 |
| ASBESTO | 5 | 1.0 |
| LAMINA | 4 | .8 |
| OTROS | 28 | 5.6 |
| SIN CONTESTAR | 1 | .2 |
| TOTAL | 500 | 100.0 |

El 93.4% (467) tienen techo de concreto; el 3.4% (17) es de lámina; el .4% (2) de cartón, el 2.6% (13) de asbesto (tabla 17).

TABLA No 17
CALIDAD DE VIVIENDA
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL TECHO

| TECHO DE: | F | % |
|-----------|-----|-------|
| LAMINA | 17 | 3.4 |
| CARTÓN | 2 | .4 |
| ASBESTO | 13 | 2.6 |
| CONCRETO | 467 | 93.4 |
| SIN DATOS | 1 | .2 |
| TOTAL | 500 | 100.0 |

Cuenta con piso de concreto el 56.4% (282); de tierra el 1.0% (5), de otros 42.6% (213) (tabla 18).

TABLA No18
CALIDAD DE VIVIENDA
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DEL PISO

| PISO DE: | F | % |
|----------|-----|-------|
| TIERRA | 5 | 1.0 |
| CEMENTO | 282 | 56.4 |
| OTROS | 213 | 42.6 |
| TOTAL | 500 | 100.0 |

Cuentan con baño propio el 98.0% (490); común 1.4% (7), y fosa séptica el .6% (3) (tabla 19).

TABLA No19
CALIDAD DE VIVIENDA

| W.C. | F | % |
|--------------|-----|-------|
| PROPIO | 490 | 98.0 |
| COMÚN | 7 | 1.4 |
| FOSA SÉPTICA | 3 | .6 |
| TOTAL | 500 | 100.0 |

En lo referente al número de cuartos (sin contar cocina y baño), cuentan con un sólo cuarto 2.6% (13); con 2 cuartos 11.4% (57); con 3 cuartos 26.6% (133); con 4 cuartos 19.4% (97); con 5 cuartos 16.4% (82); con 6 cuartos 10.8 (54); con 7 o más cuartos 12.2% (61); y sin datos .6% (3), siendo el promedio de 4.2 cuartos por vivienda (tabla 20).

TABLA No20
CALIDAD DE VIVIENDA

| No DE CUARTOS | F | % |
|---------------|-----|-------|
| 1 | 13 | 2.6 |
| 2 | 57 | 11.4 |
| 3 | 133 | 26.6 |
| 4 | 97 | 19.4 |
| 5 | 82 | 16.4 |
| 6 | 54 | 10.8 |
| 7 | 29 | 5.8 |
| 8 | 16 | 3.2 |
| 9 | 16 | 3.2 |
| SIN DATOS | 3 | .6 |
| TOTAL | 500 | 100.0 |

Los servicios públicos con los que cuentan son:
Drenaje 96.6%; luz 99.8%; agua potable 96.0% (tabla 21).

TABLA No21
SERVICIOS PÚBLICOS CON QUE SE CUENTAN

| DIAGNOSTICO | F | % |
|--------------|-----|------|
| DRENAJE | 483 | 96.6 |
| LUZ | 499 | 99.8 |
| AGUA POTABLE | 480 | 96.0 |

Los medios de comunicación con los que cuentan y utilizan frecuentemente son:
teléfono 96.6% y correo 33.8% (tabla 22).

TABLA No22
MEDIOS DE COMUNICACIÓN

| MEDIO DE COMUNICACIÓN | F | % |
|-----------------------|-----|------|
| TELÉFONO | 483 | 96. |
| CORREO | 169 | 33.8 |

Los medios de transporte con los que cuentan y utilizan frecuentemente los estudiantes son: camión 54.6%: bicicleta 12.4%: colectivo 89.4%: trolebús 28.2%: correo 33.8%: taxi 40.2%: metro 69.6%: carro propio 44.8% (tabla 23).

TABLA # 23
MEDIOS DE TRANSPORTE

| MEDIO DE COM. Y TRANSPORTE | F | % |
|----------------------------|-----|------|
| CAMIÑO | 273 | 54.6 |
| BICICLETA | 621 | 12.4 |
| COLECTIVO | 447 | 89.4 |
| TROLEBÚS | 141 | 28.2 |
| CORREO | 169 | 33.8 |
| TAXI | 201 | 40.2 |
| METRO | 348 | 69.6 |
| CARRO PROPIO | 224 | 44.8 |

La mayoría de la población cuenta con aparatos eléctricos como son : televisión 99.0%. modular 96.2%, videocassetera 85.4% refrigerador 96.2%, lavadora 53.8%, y solo el 23.6% cuenta con microondas y el 8.6% cuenta con computadora (tabla 24).

TABLA No24
APARATOS ELÉCTRICOS

| APARATOS ELÉCTRICO | F | % |
|--------------------|-----|------|
| T.V. | 495 | 99.0 |
| MODULAR | 481 | 96.2 |
| VIDEOCAS. | 427 | 85.4 |
| REFRIGERADOR | 481 | 96.2 |
| COMPUTADORA | 43 | 8.6 |
| MICROONDAS | 118 | 23.6 |
| LAVADORA | 269 | 53.8 |

Con respecto a los servicios de salud a los que acude la población estudiada son: al IMSS acude el 32.0%; al ISSSTE acude el 14.6%; a un dispensario acude el 4.0%; al medico particular acude el 60.4%; a otro el 11.6% (tabla 25).

TABLA No25
SERVICIOS DE SALUD

| TIPO DE SERVICIO | F | % |
|------------------|-----|------|
| I.M.S.S | 160 | 32.0 |
| I.S.S.S.T.E. | 73 | 14.6 |
| DISPENSARIO | 20 | 4.0 |
| MEDICO PART. | 302 | 60.4 |
| OTRO | 58 | 11.6 |

En cuanto a la alimentación de los estudiantes se encontró que el 2.0% no consume carne. la consume 1 día por semana el 6.2%; 2 días por semana el 12.4%; 3 días por semana el 23.0%; 4 idas por semana el 14.6%; 5 días por semana 18.0%; 6 días por semana 9.2% y 7 días por semana el 13.2%; sin respuesta tenemos al 1.4%.

El 2.6% no consume leche; el 3.8% la consume 1 vez por semana; el 4.6% 2 veces por semana; el 5.0% 3 veces por semana; el 3.8% 4 veces por semana; el 11.0% 5 veces por semana; el 4.8% 6 veces por semana; el 6.8% 7 veces por semana; sin respuesta el 1.4%

No consume huevo el 2.6%; el 16.0% lo consume 1 vez por semana; el 23.8% 2 veces por semana; el 21.6% 3 veces por semana; el 10.2% 4 veces por semana; el 9.6% 5 veces por semana; el 3.0% 6 veces por semana y el 11.6% 7 veces por semana; sin respuesta 1.6%.

El 9.8% no consume cereal; el 12.4% la consume 1 vez por semana; el 17.2% 2 veces por semana; el 14.2% 3 veces por semana; el 7.8% 4 veces por semana; el 11.2% 5 veces por semana; el 3.4% 6 veces por semana; el 22.4% 7 veces por semana; y el 1.6% no dio respuesta.

En cuanto a la verdura el 1.0% no la consume, la consume 1 vez por semana el 1.4%; 2 veces por semana el 7.4%; 3 veces por semana el 10.0%; 4 veces por semana 11.0%; 5 veces por semana 16.8%; 6 veces por semana 8.0%; 7 veces por semana 42.2%; no dio respuesta el 2.2%.

La fruta no la consume el .6%; la consume una vez por semana el 3.6%; 2 veces por semana 6.2%; 3 veces por semana 9.2%; 4 veces por semana 10.0%; 5 veces por semana 17.2%; 6 veces por semana 8.4%; 7 veces por semana 43.0%; sin respuesta 1.8%.

El 22.4% no consume pescado; el 52.4% lo consume 1 vez por semana; 2 veces por semana los consume el 17.2%; 3 veces por semana el 3.6%; 4 veces por semana el 2.2%; 5 veces por semana el .4%; 6 y 7 veces por semana 0%; sin datos el 1.8% (tabla 26).

TABLA No 26
ALIMENTACIÓN

| VECES/ SEMANA | CARNE | | LECHE | | HUEVO | | CEREAL | | VERDURA | | FRUTA | | PESCADO | |
|------------------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|---------|------|-------|------|---------|------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 0 | 10 | 2.0 | 13 | 2.6 | 13 | 2.6 | 49 | 9.8 | 5 | 1.0 | 3 | .6 | 112 | 22.4 |
| 1 | 31 | 6.2 | 19 | 3.8 | 80 | 16.0 | 62 | 12.4 | 7 | 1.4 | 18 | 3.6 | 262 | 52.4 |
| 2 | 62 | 12.4 | 23 | 4.6 | 119 | 23.8 | 86 | 17.2 | 37 | 7.4 | 31 | 6.2 | 86 | 17.2 |
| 3 | 115 | 23.0 | 25 | 5.0 | 108 | 21.6 | 71 | 14.2 | 50 | 10.0 | 46 | 9.2 | 18 | 3.6 |
| 4 | 73 | 14.6 | 19 | 3.8 | 51 | 10.2 | 39 | 7.8 | 55 | 11.0 | 50 | 10.0 | 11 | 2.2 |
| 5 | 90 | 18.0 | 55 | 11.0 | 48 | 9.6 | 56 | 11.2 | 84 | 16.8 | 86 | 17.2 | 2 | .4 |
| 6 | 46 | 9.2 | 24 | 4.8 | 15 | 3.0 | 17 | 3.4 | 40 | 8.0 | 42 | 8.4 | 2 | .4 |
| 7 | 66 | 13.2 | 309 | 6.8 | 58 | 11.6 | 112 | 22.4 | 211 | 42.2 | 215 | 43.0 | 1 | .2 |
| SIN DATOS | 7 | 1.4 | 13 | 2.6 | 8 | 1.6 | 8 | 1.6 | 11 | 2.2 | 9 | 1.8 | 6 | 1.2 |

Con lo que respecta al nivel de salud mental de la población en estudio; se observó mediante la aplicación de la escala de síntomas (SRT) de Kellner la cual obtuvo una confiabilidad de .92; esta escala consta de 30 reactivos que explora brevemente la presencia de rasgos psicopatológicos mediante la evaluación de síntomas relacionados con las siguientes áreas: Inadecuación social, ansiedad, somatización y depresión; así mismo maneja la agrupación de los síntomas en psicológicos y síntomas físicos. Los resultados encontrados fueron los siguientes.

En cuanto a los síntomas relacionados con la depresión se encontró que el 44.6% nunca los tiene; el 43.7% casi nunca; el 10.7% casi siempre y el .92% siempre. (Tabla No.27)

TABLA No 27
DEPRESIÓN

| ÍTEMS | NUNCA | | CASI NUNCA | | CASI SIEMPRE | | SIEMPRE | |
|------------------------------|-------|------|------------|------|--------------|------|---------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| CANSADO O SIN ENERGÍA | 63 | 12.6 | 327 | 65.4 | 108 | 21.6 | 2 | .4 |
| POCO APETITO | 233 | 46.6 | 227 | 45.4 | 35 | 7.0 | 5 | 1.0 |
| DESCONTENTO O DEPRIMIDO | 123 | 24.6 | 281 | 56.2 | 86 | 17.2 | 10 | 2.0 |
| SENTIMIENTOS DE CULPA | 261 | 52.2 | 192 | 38.4 | 44 | 8.8 | 3 | .6 |
| SENTIMIENTOS DE POCA VALÍA | 276 | 55.2 | 173 | 34.6 | 49 | 9.8 | 2 | .4 |
| SENTIMIENTOS DESESPERANZA | 292 | 58.4 | 175 | 35.0 | 33 | 6.6 | 0 | 0 |
| PERDIDA DE INTERÉS | 246 | 49.2 | 220 | 44.0 | 32 | 6.4 | 2 | .4 |
| DESPIERTA DEMASIADO TEMPRANO | 290 | 58.0 | 154 | 30.8 | 42 | 8.4 | 13 | 2.6 |
| PREVALENCIA | 190.3 | 44.6 | 218.6 | 43.6 | 53.6 | 10.7 | 4.6 | .92 |

Por lo que se refiere a síntomas relacionados con la inadecuación social el 35.3% respondió que nunca los siente; el 47.2% casi nunca; mientras que el 15.9% casi siempre y el 1.4% siempre. (Tabla No. 28).

TABLA #28
INADECUACIÓN SOCIAL

| ÍTEMS | NUNCA | | CASI NUNCA | | CASI SIEMPRE | | SIEMPRE | |
|---------------------------------------|-------|------|------------|------|--------------|------|---------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| SIN CONCENTRACIÓN | 160 | 32.0 | 271 | 54.2 | 65 | 13.0 | 4 | .8 |
| IRRITABILIDAD | 88 | 17.6 | 287 | 57.4 | 116 | 23.2 | 9 | 1.8 |
| DIFICULTADES PARA PENSAR | 195 | 39.0 | 273 | 47.4 | 67 | 13.4 | 1 | .2 |
| PREOCUPADO | 57 | 11.4 | 257 | 51.4 | 167 | 33.4 | 19 | 3.8 |
| POCA MEMORIA | 166 | 33.2 | 266 | 53.2 | 59 | 11.8 | 9 | 1.8 |
| SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD | 304 | 60.8 | 156 | 31.2 | 33 | 6.6 | 7 | 1.4 |
| SENTIMIENTOS DE QUE PIENSAN MAL DE MI | 268 | 53.6 | 179 | 35.8 | 51 | 10.2 | 2 | .4 |
| PREVALENCIA | 192.4 | 35.3 | 236.1 | 47.2 | 79.7 | 15.9 | 7.2 | 1.4 |

En los síntomas relacionados con la somatización se encontro que nunca los presenta el 42.8%; casi nunca el 41.3% casi siempre el 11.2% y siempre el 1.05%. (Cuadro No 29).

TABLA No 29
SOMATIZACION

| ITEMS | NUNCA | | CASI NUNCA | | CASI SIEMPRE | | SIEMPRE | |
|------------------------|--------|-------|------------|------|--------------|------|---------|------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| MAREADO O DEBIL | 117 | 23.4 | 320 | 64.0 | 62 | 12.4 | 1 | .2 |
| PRESION EN LA CABEZA | 141 | 28.2 | 222 | 44.4 | 130 | 26.0 | 7 | 1.4 |
| PALPITACIONES RAPIDAS | 330 | 66.0 | 142 | 28.4 | 24 | 4.8 | 4 | .8 |
| DOLORES EN EL PECHO | 329 | 65.8 | 145 | 29.0 | 24 | 4.8 | 2 | .4 |
| PENSAMIENTOS FIJOS | 171 | 34.2 | 218 | 43.6 | 96 | 19.2 | 15 | 3.0 |
| DOLORES MUSCULARES | 246 | 49.2 | 201 | 40.2 | 47 | 9.4 | 6 | 1.2 |
| SENSACION DE COSQUILLO | 307 | 61.4 | 157 | 31.4 | 32 | 6.4 | 4 | .8 |
| SENSACION DE DEBILIDAD | 269 | 53.8 | 195 | 39.0 | 33 | 6.6 | 3 | .6 |
| PREVALENCIA | 214.25 | 42.87 | 206.8 | 41.3 | 71.1 | 11.2 | 7.25 | 1.05 |

Por su parte los síntomas relacionados con la ansiedad nos demuestra que el 46.6% nunca los presenta; el 38.8% casi nunca; el 13.3% casi siempre y el 1.2% siempre. (Cuadro No.30).

TABLA No 30
ANSIEDAD

| ITEMS | NUNCA | | CASI NUNCA | | CASI SIEMPRE | | SIEMPRE | |
|--------------------------|-------|------|------------|------|--------------|------|---------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| NERVIOSISMO | 56 | 11.2 | 264 | 52.8 | 160 | 32.0 | 20 | 4.0 |
| TEMORES O MIEDOS | 177 | 35.4 | 242 | 48.4 | 73 | 14.6 | 8 | 1.6 |
| INQUIETO O ASUSTADIZO | 233 | 46.6 | 218 | 43.6 | 47 | 9.4 | 2 | .4 |
| TEMBLORES | 381 | 76.2 | 101 | 20.2 | 18 | 3.6 | 0 | 0 |
| TENSO | 144 | 28.8 | 238 | 47.6 | 109 | 21.8 | 8 | 1.6 |
| ATAQUES DE PANICO | 397 | 79.4 | 88 | 17.6 | 14 | 2.8 | 1 | .2 |
| DIFICULTADES PARA DORMIR | 243 | 48.6 | 209 | 41.8 | 45 | 9.0 | 3 | .6 |
| PREVALENCIA | 233 | 46.6 | 194.2 | 38.8 | 66.5 | 13.3 | 6 | 1.2 |

La escala de síntomas empleada como instrumento en esta investigación, también nos arroja datos dividiéndola en dos subescalas como lo propone Matson, 1992 y en las que podemos observar los siguientes datos: En la subescala de síntomas físicos o somáticos tenemos que el 46.72% menciona nunca tenerlos; el 41.33% casi nunca; el 11.01% casi siempre y el .90 siempre (Tabla # 31).

TABLA No 31
SINTOMAS FISICOS

| SINTAMOS FISICOS | NUNCA | | CASI NUNCA | | CASI SIEMPRE | | SIEMPRE | |
|------------------------------|--------|------|------------|-------|--------------|-------|---------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| IRRITABILIDAD | 88 | 17.6 | 287 | 57.4 | 116 | 23.2 | 9 | 1.8 |
| DEBILIDAD EN EL CUERPO | 269 | 53.8 | 195 | 39.0 | 33 | 6.6 | 3 | .6 |
| DOLORES EN EL PECHO | 329 | 65.8 | 145 | 29.0 | 24 | 4.8 | 2 | .4 |
| POCO APETITO | 233 | 46.6 | 227 | 45.4 | 35 | 7.0 | 5 | 1.0 |
| SENSACIÓN DE COSQUILLO | 307 | 61.4 | 157 | 31.4 | 32 | 6.4 | 4 | .8 |
| MAREADO | 117 | 23.4 | 320 | 64.0 | 62 | 12.4 | 1 | .2 |
| CASADO O SIN ENERGÍA | 63 | 12.6 | 327 | 65.4 | 108 | 21.6 | 2 | .4 |
| PALPITACIONES RÁPIDAS | 330 | 66.0 | 142 | 28.4 | 24 | 4.8 | 4 | .8 |
| DIFICULTADES PARA DORMIR | 243 | 48.6 | 209 | 41.8 | 45 | 9.0 | 3 | .6 |
| DOLORES MUSCULARES | 246 | 49.2 | 201 | 40.2 | 47 | 9.4 | 6 | 1.2 |
| DESPIERTA DEMASIADO TEMPRANO | 290 | 58.0 | 154 | 30.8 | 42 | 8.4 | 13 | 2.6 |
| PRESIÓN EN LA CABEZA | 141 | 28.2 | 222 | 44.4 | 130 | 26.0 | 7 | 1.4 |
| TEMBLORES | 381 | 76.2 | 101 | 20.2 | 18 | 3.6 | 0 | 0 |
| PREVALENCIA | 233.61 | 46.2 | 206.69 | 41.33 | 55.07 | 11.01 | 4.5 | .90 |

En cuanto a subescala de síntomas psicológicos encontramos que nunca los tienen el 41.4%, casi nunca el 43.23%, casi siempre el 13.94% y siempre el 1.32% (tabla # 32).

TABLA No32

SINTOMAS PSICOLOGICOS

| SINTOMAS PSICOLOGICOS | NUNCA | | CASI NUNCA | | CASI SIEMPRE | | SIEMPRE | |
|---------------------------------------|-------|-------|------------|-------|--------------|-------|---------|------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| SENTIMIENTOS DE POCA VALIA | 276 | 55.2 | 173 | 34.6 | 49 | 9.8 | 2 | .4 |
| SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD | 304 | 60.8 | 156 | 31.2 | 33 | 6.6 | 7 | 1.4 |
| DIFICULTADES PARA PENSAR | 195 | 39.0 | 237 | 47.4 | 67 | 13.4 | 1 | .2 |
| TENSO | 144 | 28.8 | 238 | 47.6 | 109 | 21.8 | 8 | 1.6 |
| SENTIMIENTOS DE QUE PIENSAN MAL DE MI | 268 | 53.6 | 179 | 35.8 | 51 | 10.2 | 2 | .4 |
| SENTIMIENTOS DE CULPA | 261 | 52.2 | 192 | 38.4 | 44 | 8.8 | 3 | .6 |
| SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA | 292 | 58.4 | 175 | 35.0 | 33 | 6.6 | 0 | 0 |
| PREOCUPADO | 57 | 11.4 | 257 | 51.4 | 167 | 33.4 | 19 | 3.8 |
| DESCONTENTO O DEPRIMIDO | 123 | 24.6 | 281 | 56.2 | 86 | 17.2 | 10 | 2.0 |
| PERDIDA DE INTERES | 246 | 49.2 | 220 | 44.0 | 32 | 6.4 | 2 | .4 |
| PENSAMIENTOS FIJOS | 171 | 34.2 | 218 | 43.6 | 96 | 19.2 | 15 | 3.0 |
| SIN CONCENTRACION | 160 | 32.0 | 271 | 54.2 | 65 | 13.0 | 4 | .8 |
| INQUIETO O ASUSTADIZO | 233 | 46.6 | 218 | 43.6 | 47 | 9.4 | 2 | .4 |
| TEMORES O MIEDOS | 177 | 35.4 | 242 | 48.4 | 73 | 14.6 | 8 | 1.6 |
| POCA MEMORIA | 166 | 33.2 | 266 | 53.2 | 59 | 11.8 | 9 | 1.8 |
| NERVIOSISMO | 56 | 11.2 | 264 | 52.8 | 160 | 32.0 | 20 | 4.0 |
| ATAQUES DE PANICO | 397 | 79.4 | 88 | 17.6 | 14 | 2.8 | 1 | .2 |
| PREVALENCIA | 207.4 | 41.48 | 216.1 | 43.23 | 69.7 | 13.94 | 6.6 | 1.32 |

El coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach para la escala global del SRT fue de .92.

Mientras que para cada cubescala tenemos que el área de somatización obtuvo una confiabilidad de .7422; la de depresión .7432; la de ansiedad .8287 y la de inadecuación social .7208.

De lo anterior se resumen las prevalencias generales encontradas que indican la presencia de síntomas psicopatológicos de la muestra en estudio, obteniéndose estas de la suma de las opciones de respuesta casi siempre y siempre. Para la subescala de

somatización encontramos una prevalencia de 12.25%. mientras que para la subescala de ansiedad se encontró un 14.51%. en la subescala de depresión la prevalencia fue de 11.64% y para la subescala de Inadecuación el 17.39% fue la prevalencia encontrada. Por lo tanto la tasa de prevalencia total encontrada que nos indica la presencia de rasgos psicopatológicos en esta muestra estudiada es de 13.94 como se demuestra en la tabla # 33 .

TABLA # 33
PREVALENCIAS GENERALES

| SUBESCALA | PREVALENCIA |
|---------------------|-------------|
| SOMATIZACIÓN | 12.25 |
| ANSIEDAD | 14.51 |
| DEPRESIÓN | 11.64 |
| INADECUACIÓN SOCIAL | 17.39 |
| TOTAL | 13.94 |

Por otro lado se obtuvieron las tasas de prevalencia total para cada subescala según contestaron los alumnos por semestre. en donde se observó que para la subescala de depresión los alumnos del 4° semestre reportaron la prevalencia de siendo de 16.16%, mientras que para el 6° y 8° semestre fue de 10.87% y de 10.72% para el 2° semestre.

En la subescala de somatización las variaciones fueron mínimas para los cuatro semestre encuestados, estas fueron: 2° semestre 12.51%, 4° semestre 11.85%, 6° semestre 12.6 y 8° semestre de 11.78%.

Para la subescala de ansiedad el 4° semestre reporto una prevalencia de 15.85%. similar a la reportada por los alumnos de 2° semestre 15.38%, para el 6° semestre fue de 14.51% y ligeramente mas baja para el 8° semestre 13.82%.

En el área de Inadecuación social los alumnos del 4° semestre obtuvieron una prevalencia del 19.95%. los del 2° semestre de 18.11, los del 8° semestre de 17.41% y mas baja los de 6° semestre 15.31%.

Siendo las tasas de prevalencia totales, encontradas para cada semestre las siguientes: 2° semestre obtuvo una tasa de prevalencia de 14.18, 4° semestre de 16.06, 6° semestre 13.32 y 8° semestre de 13.39, pudiéndose observar que los alumnos del cuarto semestre reportaron la tasa de prevalencia mas alta. (tabla # 34).

TABLA # 34
TASAS DE PREVALENCIA POR SEMESTRE

| SUBESCALA | SEGUNDO SEMESTRE | CUARTO SEMESTRE | SEXTO SEMESTRE | OCTAVO SEMESTRE |
|---------------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| DEPRESIÓN | 10.72 | 16.16 | 10.87 | 10.87 |
| SOMATIZACIÓN | 12.51 | 11.85 | 12.6 | 11.78 |
| ANSIEDAD | 15.38 | 15.85 | 14.51 | 13.82 |
| INADECUACION SOCIAL | 18.11 | 19.95 | 15.31 | 17.41 |
| TOTAL | 14.18 | 16.06 | 13.32 | 13.39 |

También se obtuvieron tasas de prevalencia por género en la cual dentro de la subescala de depresión no se encontraron variaciones significativas entre los dos sexos ya que el sexo masculino reporto una prevalencia de 11.25% y el sexo femenino de 11.72%. Dentro de el área de somatización se obtuvieron prevalencias de 10.17% para el sexo masculino y 12.38% para el femenino., encontrándose también una ligera variación dentro del área de inadecuación social entre los dos sexos mujeres 17.6%, hombres 16.1%. En el área de ansiedad reportaron una prevalencia más altas las mujeres 14.74 que los hombres 11.8: siendo la prevalencia total reportado por los hombres de 12.33% mientras que para las mujeres fue de 14.1. (tabla #35).

TABLA # 35
TASAS DE PREVALENCIA POR SEXO

| SEXO | FEMENINO | MASCULINO |
|---------------------|----------|-----------|
| DEPRESIÓN | 11.72 | 11.25 |
| SOMATIZACIÓN | 12.38 | 10.17 |
| INADECUACIÓN SOCIAL | 17.6 | 16.1 |
| ANSIEDAD | 14.7 | 11.8 |
| TOTAL | 14.1 | 12.33 |

Tratándose del estado civil de los alumnos los que indicaron ser solteros reportaron una prevalencia de 11.56% en el área que mide síntomas relacionados con la depresión, mientras que los alumnos casados reportaron un 12.9%, dentro del área que mide síntomas relacionados con la somatización los solteros presentaron una prevalencia del 12.25% y los casados de 13.32%; se encontró que los alumnos que son casados reportaron un 21.67% de prevalencia de síntomas dentro del área de Inadecuación social y los solteros un 11.12%; se encontró una variación mínima entre solteros y casados (14.45% y 15.67% respectivamente) dentro del área de ansiedad. La prevalencia total para los alumnos solteros es de 12.39% y para los alumnos casados es de 15.89%. (tabla #36).

TABLA #36
TASAS DE PREVALENCIA POR ESTADO CIVIL

| ESTADO CIVIL | SOLTERO | CASADO |
|---------------------|---------|--------|
| DEPRESION | 11.56 | 12.91 |
| SOMATIZACIÓN | 12.25 | 13.32 |
| INADECUACION SOCIAL | 11.12 | 21.67 |
| ANSIEDAD | 14.45 | 15.67 |
| TOTAL | 12.39 | 15.89 |

Los alumnos encuestados de 17 a 20 años de edad obtuvieron una prevalencia dentro de la subescala de depresión de 11.3% mientras que para los alumnos de 21 a 25 años de edad fue de 11.57%, de 13.82% para los alumnos de 26 a 30 años de edad y para los alumnos de 30 años en adelante fue de 14.27%.

Así mismo dentro de la subescala de somatización se encontraron las siguientes prevalencias: para los alumnos de 17 a 20 años de edad fue de 12.32%, alumnos de 21 a 25 años de 12.05, de 26 a 30 años fue de 13.85% y alumnos de 30 años en adelante fue de 13.36%.

Las tasas de prevalencia reportadas dentro de los síntomas relacionados con la inadecuación social para las distintas edades de la muestra encuestada son: de 17 a 20 años es de 17.04%, de 21 a 25 años es de 17.3%, de 26 a 30 años es de 15.77, siendo mas alta para los alumnos de 30 años de edad en adelante 25.5%.

En la subescala de ansiedad tenemos los siguientes datos: alumnos de 17 a 20 años de edad reportan una prevalencia de 14.62%, alumnos de 21 a 25 años 13.9%, alumnos de 26 a 30 años 14.17 y 14.25% para los alumnos de 30 años de edad en adelante.

Siendo así la prevalencia total de 13.82% para los alumnos de 17 a 20 años de edad, de 13.71% para los alumnos de 20 a 25 años de edad, de 14.39% para los alumnos de 26 a 30 años de edad y de 16.84% para los alumnos de 30 años de edad en adelante. (cuadro #37).

TABLA # 37
TASAS DE PREVALENCIA POR EDAD

| EDAD/ AÑOS | 17 A 20 | 20 A 25 | 26 A 30 | 30 O MAS |
|---------------------|---------|---------|---------|----------|
| DEPRESIÓN | 11.3 | 11.57 | 13.82 | 14.27 |
| SOMATIZACIÓN | 12.32 | 12.05 | 13.82 | 13.36 |
| INADECUACION SOCIAL | 17.04 | 17.35 | 15.77 | 25.5 |
| ANSIEDAD | 14.62 | 13.9 | 14.17 | 14.25 |
| TOTAL | 13.82 | 13.71 | 14.39 | 16.84 |

Los alumnos que no trabajan que solo se dedican al estudio reportaron una prevalencia dentro del área que evalúa síntomas relacionados con la depresión de 11.65%, similar a la reportada por los alumnos que además de estudiar trabajan 11.68%.

De igual forma para el área que evalúa síntomas relacionados con la somatización los alumnos que no trabajan obtuvieron una prevalencia de 12.25 y de 12.08 los alumnos que si trabajan.

Dentro de la subescala de síntomas relacionados con la inadecuacion social se obtuvo una pequeña variación entre los alumnos que trabajan y los que no trabajan 18.74% y 16.85% respectivamente.

Por ultimo en el área de síntomas que miden ansiedad los alumnos que no trabajan obtuvieron una prevalencia de 16.85% y los alumnos que si trabajan obtuvieron una

prevalencia del 18.74%. Siendo las prevalencias totales reportadas de 14.03% para los que no trabajan y de 14.20% para los que si trabajan. (Tabla # 38).

TABLA #38.
PREVALENCIAS PARA ALUMNOS QUE SI TRABAJAN Y NO TRABAJAN.

| TRABAJA | SI | NO |
|--------------|-------|-------|
| DEPRESIÓN | 11.68 | 11.65 |
| SOMATIZACIÓN | 12.08 | 12.25 |
| INADECUACION | 18.74 | 16.85 |
| ANSIEDAD | 14.31 | 15.38 |
| TOTAL | 14.20 | 14.03 |

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

En lo referente a las características generales de la población sujeta a estudio, se observó que dentro de esta población predomina el sexo femenino con 85.8%, en relación al masculino 14.2%, lo cual es característico de la población estudiantil de la licenciatura en Psicología.

La media de edad de los alumnos es de 21.12 años y por lo que respecta al estado civil la mayoría son solteros. A si mismo la mayoría no trabaja, solo estudia.

En lo que respecta a las familias del alumnado se observó que la mayoría, tiene una familia completa 68.2%, mientras que el 19.0% vive sin padre, dato que nos indica que 1 de cada 5 estudiantes no tiene padre lo que podría significar una falta significativa en la vida de los estudiantes y esto obliga a las madres o a ellos mismos a trabajar, en el caso de las madres esta presente el esfuerzo por apoyar a sus hijos y en el caso de los alumnos el esfuerzo por superarse. Por otro lado de acuerdo al número de miembros por familia, el promedio es de 4.

Con respecto a las edades de los padres, se establecieron de la siguiente manera: un poco mas de la tercera parte 49.86%, de padres varones fluctúa entre 41 y 50 años: otra tercera parte, 36.84% entre 51 y 60 años de edad. En lo referente a las madres se encontró que un poco mas de la mitad 54.17% tiene de 41 a 50 años.

En cuanto al estado civil de los padres la mayoría son casados 92.5%, en cuanto a lo que a las madres respecta los datos resultaron mas variados que los de los padres la mayoría son casadas 78.0%, el 7.25% son viudas, el 2.64 solteras y el 7.7% divorciadas.

Por lo que respecta a la escolaridad de los padres, tenemos que mas de la cuarta parte 26.86% estudiaron hasta el nivel de primaria, siendo esto que 1 de cada 4 estudiantes sus padres solo estudiaron hasta la primaria esto nos demuestra como estos alumnos desean superar a sus padres dándose así la movilidad social, además de el esfuerzo que existe por concluir una carrera profesional pues el trabajo que podrían tener los padres nos sugiere un ingreso económico bajo o medio ya que mas de la tercera parte de ellos son empleados por lo tanto esto facilita la preocupación, inseguridad y temores etc., de los estudiantes hacia su futuro profesional y por lo tanto personal, estos síntomas psicopatologicos aislados se han presentado en mas de la tercera parte del alumnado de la facultad de psicología, como más adelante se describirán. Continuando con la escolaridad de los padres el 32.40% estudio el nivel superior y el 11.91 la preparatoria. Observando que la mayoría de los padres cuenta con el nivel básico de estudios (primaria y secundaria) y más (nivel medio superior y nivel superior).

Por lo que toca a la escolaridad de las madres encontramos datos más variados que los de los padres ya que observamos que mas de la tercera parte 33.10% estudiaron hasta el nivel de primaria siendo mayor que en los padres; solo un poco mas de la décima parte 13.60% estudiaron hasta la universidad siendo el 50% menor que en los padres, mientras que un 21.50 % termino una carrera técnica, el 14.05% secundaria y el 8.61% la preparatoria.

Lo anterior nos lleva de la mano a los datos que reportan los alumnos acerca de la ocupación de sus madres teniendo que más de la mitad son amas de casa 53.28% siguiendo el rol tradicional de la familia; mientras que las profesionistas ocupan el 17% y las empleadas el 15.87%. Si estos datos los relacionamos con que la mayoría de los estudiantes

de esta profesión son mujeres nos demuestra el interés de las estudiantes de romper con el rol tradicional de la mujer, ya que al estudiar una carrera profesional las expectativas de mujer van mas allá de ser solo ama de casa, de tener solo estudios de primaria o de nivel técnico como sus madres, es la inquietud y el esfuerzo de superación familiar.

En lo que toca a la ocupación de los padres varones un poco mas de la tercera parte 35.4% son empleados, otro poco mas de la tercera parte engloba a los comerciantes y profesionistas 16.89% y 21.32% respectivamente.

Analizando el tipo de vivienda, se encontró que la mayoría, 73.8% cuanta con casa propia: según el material de construcción con el que están hechas las viviendas, la mayoría 92.6% son de materiales resistentes, de tabique y cemento. Casi todas tienen techo de concreto 93.4%, y pocas con otro tipo de material: así también cuentan con piso de cemento y otros materiales 99.0% y sólo un 1.0% es de tierra: la mayoría tiene W:C: privado 98.7% y sólo el .6 fosa séptica.

Por lo que se refiere al numero de cuartos con los que cuentan sus viviendas, mas de la mitad 58.8%, cuentan con vivienda que tiene 4 o mas cuartos y solo el 2.6% cuenta con un sólo cuarto, sin incluir cocina y baño: observándose un promedio de 4 cuartos por vivienda. Dados los promedios de miembros por familia y de cuartos por vivienda, es evidente la ausencia de hacinamiento en esta población estudiada, de acuerdo al criterio de Raúl Rojas Soriano (1984). El cual considera que el hacinamiento es el fenómeno que se presenta cuando existe un numero excesivo de personas que comparten la misma habitación o lugar de trabajo careciendo de la ventilación y luz natural suficiente.

En cuanto a los servicios con los que cuentan las viviendas observamos que casi la gran totalidad cuenta con ellos: drenaje 96.6%, con agua potable 96.6%, y 99.8% con luz.

Respecto a servicios públicos de comunicación y transporte, la mayoría del alumnado utiliza y cuenta con el teléfono y correo, así como con medios de transporte variados como son: camiones, colectivos, metro, taxi, auto propio, por lo que se observa que estos estudiantes cuentan con los servicios públicos y de comunicación necesarios.

Por lo que se refiere a los servicios de salud se observa que mas de la mitad de la población estudiada acude al medico particular siendo esta el 60.4% y acuden al IMSS y al ISSSTE el 32.0% y el 14.6% respectivamente. Aunque a los estudiantes de la Facultad de psicología de la U.N.A.M. se les proporciona el servicio del Seguro Social (IMSS) observamos que la mayoría de la población prefiere acudir al medico particular pudiendo solventar los gastos que esto requiere.

Si observamos los resultados que se reportan en cuanto al tipo de alimentación que tiene esta población estudiantil se concluye que es balanceada ya que 4 o mas días consume: verdura el 78%, carne el 54%, huevo 34.4%, cereal 45.2% fruta 68.6% y sólo un 2.6% consume por 4 o mas días a la semana el pescado.

Por lo que se refiere a los aparatos eléctricos del hogar, la gran mayoría cuentan con los suficientes para la vida actual como son: televisión, lavadora, refrigerador y videocassetera. Se sabe que los estudios de licenciatura son más costosos que los de la secundaria y preparatoria, por lo que para ingresar y sobre todo para continuar con estos estudios, se requiere de solvencia económica suficiente como para cubrir las necesidades básicas y los gastos propios de la carrera, por lo tanto lo que se observa en los resultados de la encuesta

socioeconómica anteriormente descritos es que la mayoría de la población estudiada cuenta con esta solvencia económica que le puede permitir continuar sus estudios.

Al evaluar el nivel de Salud Mental de la muestra estudiada a través de la Escala de Síntomas (SRT) de Kellner encontramos una prevalencia total de 13.94% de alumnos que presentan síntomas psicopatológicos que afectan su Salud Mental.

Dentro de la Esca de síntomas la subarea de Inadecuación Social presentó una prevalencia del 17.39% siendo la mayor en comparación con las otras subareas. encontrando dentro de esta área síntomas con una prevalencia alta como son el ítems que describe a la persona como PREOCUPADO con una carga del 37.2% y el de IRRITADO con el 25%. siendo estos síntomas pertenecientes a esta área como los mas elevados. En esta escala de Síntomas la subescala de inadecuación social indica sentimientos de inferioridad y de un cierto desajuste para funcionar adecuadamente en situaciones sociales.

La subárea de ansiedad ocupó el segundo lugar con una prevalencia del 14.51%. encontrando dentro de esta área que los síntomas que más puntaje obtuvieron fueron los de "NERVIOSO" 36% y "CON SENTIMIENTOS DE TENSIÓN" 23.4%.

El tercer lugar lo ocupa el área de somatización con un 12.25% de prevalencia, los síntomas más elevados dentro de esta área fueron los reactivos que miden: " SENSACIÓN DE PRESIÓN O TENSIÓN EN LA CABEZA" con un 27.4% y " PENSAMIENTOS QUE NO SE ME PUEDEN QUITAR DE LA CABEZA" 22.2%.

La subárea de depresión ocupó el cuarto lugar con una prevalencia del 11.64% y para esta subárea los síntomas que mas alto porcentaje obtuvieron fueron los de "CANSADO O SIN ENERGÍA" con un 22% y "DESCONTENTO Y DEPRIMIDO" con un 19.2%.

Posteriormente se interpretaron los resultados de la Escala de Síntomas , estableciendo las tasas de prevalencia por género, encontrándose una ligera diferencia entre los hombres y las mujeres al considerar las cuatro áreas de la escala ya que las mujeres reportaron una prevalencia del 14.1% siendo ligeramente mayor la presencia de sintomatología que la de los hombres (12.33%). Así como en las investigaciones realizadas en México en población adolescente encontraron mayores índices de psicopatología en el grupo de mujeres que en el de hombre (Mariño, Medina, Chaparro y Gonzalez-Forteza, 1993).

En esta investigación las diferencias entre los hombres y las mujeres no fue muy grande , sin embargo Natera y Mora mencionan que una posible explicación respecto a las diferencias que se encuentran entre ambos sexos radica en un mayor grado de preocupación de la mujer hacia la salud desde la adolescencia. lo que lleva a admitir la presencia de síntomas: mientras que en los hombres el reconocimiento de los síntomas podría ser considerado como una forma de debilidad. La literatura ha reportado que las conductas agresivas y el uso de sustancias psicoactivas son socialmente más permisibles en el hombre que en la mujer y en muchos casos quien sobrelleva las consecuencias del consumo de tales sustancias es la mujer. En este sentido, en el grupo de mujeres adolescentes, se observa al igual que en la población adulta una vulnerabilidad a enfrentarse a las presiones sociales que se derivan de la definición de su rol sexual (Natera y Mora 1993).

En las subescalas que reportaron mayor sintomatología las mujeres fueron Ansiedad en particular en los síntomas de "Nerviosa" con un 36.6% y "Con sentimientos de tensión" con un 23.7% y dentro de la subescala de somatización en el síntoma "Con sentimientos de

tensión o presión en la cabeza" 21.2%; sin embargo este síntoma también se mantuvo alto para los hombre 28.2%.

Respecto a la subescala de Inadecuación Social, la mujeres y hombres obtuvieron puntajes altos en síntomas como "Preocupado" (M=37.5%; H=35.22%) e "Irritable" (M=24.4%; H=28.2%). Las mujeres obtuvieron puntajes mas altos que los hombres en los síntomas "La gente me considera menos o piensa mal de mi" (M=11.4%; H=5.6%) y "Sin capacidad de concentración" (M= 14.4%, H=9.9%).

Por lo que se refiere a la subescala de Depresión, el grupo de mujeres tubo mayores prevalencias en lo relativo a el síntoma "Cansado o sin energía". sin embargo los hombres manifestaron mayor puntaje en síntomas como "Sentimientos de poca valía o fracaso y "descontento o deprimido".

También se analizaron los resultados de la Escala de Síntomas en relación al semestre que cursaban los alumnos, los semestres que se encuestaron en el momento de la realización de esta investigación fueron segundo, cuarto, sexto y octavo., reportando mayor sintomatología los alumnos del cuarto semestre con una tasa de prevalencia de 16.06%, especialmente en la subescala de Depresión con una prevalencia de 16.6% y en particular en los síntomas como "Cansado o sin energía" (25.3%), "Con poco apetito" (18.2%), "Descontento o deprimido" 26.3% y "Con sentimientos de culpa" 14.1%. Es importante considerar que durante este cuarto semestre en la licenciatura en Psicología se cursan materias que se consideran un tanto complicadas, además se puede considerar como la entrada a la mitad de la carrera que indique tal vez una reflexión sobre la identidad que el alumnos desea obtener.

También se mantuvo un poco mas elevada la subescala de Inadecuación social con una prevalencia de 19.95% y en particular en los síntomas de "preocupado" con un 43.4%.e Irritable 28.2%.

Dentro de la subescala de ansiedad se obtuvieron puntajes similares entre los alumnos del cuarto semestre y los alumnos del segundo semestre aproximadamente del 15%, siendo el síntomas mas alto para los dos semestre el de "Nervioso" ya que los alumnos de cuarto semestre reportaron un 43.4% de presencia de este síntoma y los alumnos de segundo semestre obtuvieron un 40.4%.

Las tasas de prevalencia para los alumnos de segundo, sexto y octavo semestre se reportaron similares, sin embargo existen importantes síntomas que se mantuvieron altos dentro los diferentes semestres y subescalas. Para los alumnos del segundo semestre la tasa de prevalencia registrada fue de 14.18%; dentro de la subescala de somatización se reportaron puntajes mas altos para el síntoma de "Con sensación de presión o tensión en la cabeza" (30.7%) y dentro de la subescala de ansiedad el síntoma de "consentimientos de tensión" 26.1%.

Para los alumnos del sexto semestre se obtuvo una tasa de prevalencia de 13.32% siendo la mas baja junto con el octavo semestre 13.39%. Sin embargo para los alumnos de sexto semestre el sintoma de "con pensamientos que no se me pueden quitar de la cabeza se mantuvo mas elevado en este semestre con una prevalencia del 25% siendo esto la cuarta parte de la población, mientras que los alumnos de octavo semestre mostraron puntaje mas altos pero similares a los reportados en otros semestres en los síntomas como "nervioso", "Con sensación de presión o tensión en la cabeza" e "Irritable".

También se realizaron los análisis de frecuencias para la escala de Síntomas en los alumnos que son casados y los que son solteros encontrando que las respuestas manifestadas por estos en la prevalencia total no presentan diferencias muy grandes. Los alumnos que son casados mostraron una tasa de prevalencia un poco mas alta (15.8%) que los solteros (12.39%). Se observaron calificaciones similares en las subescalas de depresión, somatización y ansiedad para los dos tipos de alumnos: sin embargo, no fue así para la subescala de inadecuación social donde los alumnos que son casados reportaron mayor sintomatología (21.67%) que los alumnos que son solteros (11.12%) y en particular en los síntomas de "preocupado" (42%), "sin capacidad de concentración" (25.8%) y "con poca memoria" (19.4%). Esto podría deberse a las obligaciones y responsabilidades que se adquieren al estar casado y el estar estudiando una licenciatura al mismo tiempo, lo cuál puede generar estados de preocupación y tensión.

Posteriormente se interpretaron los resultados de la escala de síntomas en base a la edad de los alumnos. Esta interpretación se realizó en base a 4 grupos de edades: de 17 a 20 años de edad, de 21 a 25 años, de 26 a 30 años, en los cuales las tasas de prevalencia se mantuvieron similares 13.82%, 13.71% y 14.39% respectivamente: no siendo así para el grupo de alumnos de 31 años en adelante, los cuales reportaron una prevalencia de 16.84%. Encontrándose sintomatología mas elevada para esta edad en la subescala de inadecuación social (25.5%) especialmente en los síntomas de "Preocupado" donde mostraron una prevalencia del 50% y en síntoma de "Irritable" 42.9%, como anteriormente se menciono el área de Inadecuación social indica sentimientos de inferioridad y cierto desajuste para funcionar adecuadamente en situaciones sociales por lo tanto si estos datos los

relacionamos con la media de edad de esta población estudiada que es de 21 años se observa un desfase de edad y esto puede estar facilitando la presencia de estos síntomas; además podríamos decir que estos alumnos se muestran mas preocupados e irritables tal vez por la presión que requiere a esta edad de tener un empleo, quizá una familia y además cumplir con las obligaciones que se requieren para concluir una carrera profesional.

Por último los resultados de la Escala de Síntomas también fueron interpretados en los alumnos que tienen un empleo y los alumnos que no lo tienen, no se encontraron diferencias significativas entre estos dos tipos de alumnos en la prevalencia encontrada en toda la escala; sin embargo en algunos síntomas aislados se encontraron algunas diferencias como son: los alumnos que trabajan mostraron mas elevación en los síntomas de "Cansado o sin energía" (24.3%), "Con poco apetito" (12.8%), "Sin capacidad de concentración" (17.1%); mientras que los alumnos que no trabajan reportaron mayor sintomatología en "Irritable" (26.1%) y "Con pensamientos que no se me pueden quitar de la cabeza" (23.4%).

Dentro de esta investigación el objetivo fue dar una aproximación en base a un estudio epidemiológico sobre salud mental en estudiantes de la facultad de psicología, lo cual en tasas de prevalencia se ha indicado ya; sin embargo la experiencia a la que me enfrente en el momento de la realización de esta investigación me indica datos que pueden ser importantes en un momento dado ya que todos los alumnos de esta facultad y profesores con los que se compartió el objetivo de la presente investigación mostraron una expresión de sorpresa y de cierto temor (en especial de los alumnos) a ser sujetos de observación dentro de un tema como es la Salud Mental, este temor es justificable en términos de el rol

que se predetermina para un profesional de la Salud Mental como una persona libre de problemas psicológicos porque es su área y por lo tanto si los tuviera debería ser capaz por si solo de darles la solución adecuada. Esta investigación se realizo en forma anónima en cuanto se mencionaba esto antes de la aplicación del instrumento en los grupos se mostraba en los alumnos una tranquilidad y un deseo de cooperación lo cual me lleva a preguntarme que hubiera pasado si en el cuestionario se hubiera solicitado el nombre de la persona. queda la duda si hubiera sucedido lo que paso en el estudio realizado por la Universidad Iberoamericana en 1995 en la que se pretendió realizar un estudio descriptivo sobre salud mental en profesionistas de la salud en el cual se tenia una población objeto de estudio de 300 personas de los cuales de estos 300 cuestionarios posibles de aplicación y que se les dio seguimiento personal, sólo pudieron recuperar 45 lo cual signífico que sólo un 15% de la población total quiso participar. Los demás esgrimían argumentos contundentes- aunque no necesariamente validos- de su negativa a participar.

El ser humano ha manifestado su deseo de orden, control y dominio sobre el universo. de manera que el miedo al desorden y a la pérdida de ese control particularmente el que involucra a su propia vida, lo pueden inclinar con facilidad a rechazar la noción de la enfermedad mental, trátese de su propia enfermedad o la de sus familiares. (Tena-Suck y Vírveda, 1995).

Por lo tanto vemos que resulta difícil estudiar un fenómeno cuando se es parte de él. Sin embargo, los Psicólogos y todo profesionista de la salud son personas antes que profesionistas de la salud, por lo que resulta de primordial interés conocer el proceso de

desarrollo y adquisición de una identidad profesional que se da en la persona a lo largo de su formación como personal de la salud mental.

Considero que la presente investigación cumplió con sus objetivos, en una primera parte, se describió la situación socioeconómica que presentan los estudiantes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y la salud mental que prevalece en estos, mediante tasas de prevalencia, por lo que se puede pretender que apartir de estos resultados sean previsores para proponer acciones de Salud Pública y de psicología comunitaria en sus distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria para promover la salud mental de los estudiantes conservando la salud mental y disminuyendo los trastornos mentales en esta población.

En base a todo lo anterior nos remitimos a Calderón Nárvaez que en su libro sobre Salud mental comunitaria plantea que el departamento de psicología clínica tiene entre sus objetivos llevar acabo labores de carácter preventivo, de identificación orientación y tratamiento en el campo de las alteraciones y deficiencias conductuales y de ajuste al medio ambiente, por lo que la psicología esta comprometida con estas actividades y porque no realizarlas dentro de su población estudiantil proyectando las labores de prevención de las alteraciones mentales a los futuros profesionistas de la psicología.

Los estudios de la prevalencia de los trastornos mentales en la población que estudia y la que ya ejerce dentro del área de la Salud Mental y la intervención para reducir la incidencia y prevalencia de los llamados trastornos mentales mediante la prevención y desarrollo de formas de tratamiento, promueve el desarrollo sano y la salud mental tanto del individuo como de la comunidad.

A través de esta profundización se puede pretender fomentar la identidad personal y profesional del psicólogo, a fin de que no sólo se preocupe de los problemas de otros si no que sea capaces de reconocer los propios y enfrentarlos (Erikson. 1980).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En México existen pocos estudios sobre epidemiología de la salud mental, lo cual dificulto un poco la búsqueda de la información para este estudio, así como de un instrumento que estuviera en las posibilidades de ser empleado en esta investigación. El Instituto Mexicano de Psiquiatría por medio del departamento de Investigaciones Epidemiológicas y sociales mantiene una línea de investigación orientada al desarrollo de estudios epidemiológicos acerca de los trastornos mentales y de la conducta que aquejan a la población de nuestro país: sin embargo muchos de sus instrumentos que utilizan para la elaboración de encuestas comunitarias a menudo son muy largos y su aplicación requiere de mucho tiempo, lo cual los hizo inaccesibles para este tipo de estudio ya que también para utilizar algunos de estos instrumentos se requiere de una capacitación previa. Sin embargo pienso que los resultados que se podrían obtener de estos nos demostrarían más claramente cual es la salud mental que prevalece en esta población investigada.

Esta investigación fue de tipo exploratorio, epidemiológica, transversal, observacional y descriptiva, por lo que su objetivo consistió solamente en describir la Salud Mental de los estudiantes de la facultad de psicología y en que condiciones sociodemográficas se encuentran, sin embargo considero que existen otras cuestiones cualitativas que nos llevan a determinar más certeramente a la salud mental. Así este es un primer trabajo que podría arrancar nuevas investigaciones de su tipo y en este sentido también queda abierta la posibilidad de realizar una investigación donde se puedan correlacionar los datos de Salud mental y los factores sociodemográficos obtenidos en el estudio, para conocer aquellos que inciden en ella.

La descripción de la salud mental es un prisma de muchas caras y matices jamás se pretendió agotarlos, por lo que es necesario seguir investigando y sustentando empíricamente bajo estudios más controlados cuales son los factores que determinan la salud mental en los estudiantes y profesionistas de la salud.

Pienso que resultaría de mucho interés que se realicen este tipo de investigaciones a profesionistas de la salud mental: por otro lado si dichas encuestas se extendieran a nivel universitario, se podrían hacer comparaciones sumamente interesantes para conocer que disciplinas presentan mayor frecuencia de problemas en salud mental.

Una de las principales sugerencias giran entorno a proponer la puesta en marcha de programas preventivos sobre salud mental en sus tres niveles de intervención dentro de la facultad de psicología.

Pienso que algunas de las labores del departamento de psicología clínica sería las de sensibilizar a la población estudiantil coordinando la elaboración de programas preventivos, así como posibilitar la aparición de la demanda por los mismos interesados. Así también creo que resultaría de mucha utilidad la formación de promotores de la salud mental con programas específicos, tratando de integrar en estos a toda la comunidad escolar, como personal docente y no docente debido a su relación con los alumnos, puesto que llevando acabo este tipo de programas se fomenta la formación de la identidad del psicólogo como un ser capaz de sentir y de enfermarse, capaz de solicitar ayuda cuando se requiera y con la confianza de poder ayudar a los demás, esto es saber dar ayuda y saber pedirla.

Un aspecto que me parece muy importante y que no se considero en esta investigación debido a que no se contemplo en los objetivos, es el factor actitudinal respecto a acudir a un

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

servicio de psicoterapia por parte de los estudiantes, esto es la búsqueda de la atención, lo que hubiera sido de mucha utilidad ya que de sus resultados se podrían hacer conclusiones sobre la búsqueda de atención a la que están dispuestos los estudiantes cuando esto se requiera y esto encaminaría más directamente los programas preventivos para esta población.

Esto es importante ya que el retraso en la búsqueda de atención facilitaría la progresión de patologías a las que se suman desventajas, incapacidades y complicaciones tanto medicas como sociales. Prevenir que estas condiciones se sigan repitiendo es el reto de la atención y para ello es menester tanto educar a la población para la atención oportuna como hacer disponibles y accesibles los servicios para la misma.

Considero que sería de mucha utilidad que las autoridades correspondientes incluyeran dentro de los requisitos de inscripción la aplicación de cuestionarios que nos ayuden a determinar la Salud mental de los alumnos y así realizar acciones preventivas necesarias.

Por ultimo dentro de la encuesta sociodemografica sería conveniente incluir preguntas acerca del ingreso mensual que se percibe en la casa y si esta es propia o rentada, esto con el fin de completar datos sobre la situación económica.

BIBLIOGRAFÍA

- Beaglene R. Bonita R. Epidemiología básica. Ed. Organización panamericana de la salud, México. 1994.
- Buitrón Villamar Norma A. La farmacodependencia en estudiantes de la Facultad de Psicología en la U.N.A.M. Tesis. Facultad de Psicología en la UNAM. México. 1995.
- Cabildo M. Hector. Salud mental. enfoque preventivo; México D.F., 1991.
- Calderón Nárvaez Guillermo. Salud mental comunitaria. Ed. trillas: México. D.F. 1984.
- Caplan Gerald. aspectos preventivos en Salud mental: ed. Paidós. Barcelona. 1993.
- Caraveo Anduaga Jorge. Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. Salud mental V.5 No.1. 1982.
- Caraveo-Anduaga. Medina-Mora. Rascón M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta den México. Salud mental V.19. No.3. septiembre. 1996.
- Caraveo Anduaga Jorge. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en población mexicana. estado actual y perspectivas. Salud mental V.19. suplemento abril. 1996.
- CIE10. Trastornos mentales y del comportamiento. Organización mundial de la salud. Madrid. 1992.
- Cochran William G. Técnicas de muestreo. Compañía editorial continental. S.A. segunda edición en español. México 1980.
- Cohen De Govia Guillermo. La psicología de la Salud Publica. Ed. textos extemporáneos. tercera edición. 1983.
- Costa- López. Salud comunitaria. Ed. Martínez Roca; México, 1986.
- Erikson.. E. identidad. juventud y crisis. Madrid: taurus; 1980.

- Goldman Howard. *Psiquiatría General*. 4ª edición. Ed. Manual moderno México. D.F. 1992.
- Gómez Tagle Valdés M., Vallejo Ramírez A., Zayas Monroy S. Estudio epidemiológico sobre salud mental de la población estudiantil de la escuela superior de ingeniería química e industrias extractivas del Instituto Politécnico Nacional. Tesis. Facultad de psicología UNAM., México. 1993.
- Ibañes Brambila. *Manual para la elaboración de tesis*. Ed. Trillas. México. 1990.
- Instituto Mexicano de psiquiatría. Dirección General de Epidemiología: Encuesta Nacional de Adicciones. México, 1988.
- Lilienfeld Adson-Wesley. *Fundamentos de epidemiología*. Ed. Iberoamericana: México. 1987.
- López Palacios a., Vega Ramos M.L. Estudios epidemiológico sobre salud mental en una muestra representativa de un plantel de nivel medio superior. Tesis. Facultad de Psicología UNAM., México. 1987.
- Mantrajt Miguel. *La salud mental pública*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos; México 1992.
- Mariño. Medina-Mora. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescente mexicanos. *Revista mexicana de psicología*. V.10. No.2, 141-145. 1993.
- McMahon Pugh. *Principios de epidemiología*. La prensa medica mexicana S.A. de C.V.. México 10a reimpresión 1988.
- Mora J; Natera, G. Andrade-Palos. Escala de Síntomas (Symptom Rating Test" (SRT) en estudiantes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental* V.17 No.3 pp. 15-23, septiembre 1994.
- Pastor Vicente. *Salud comunitaria: teoría y práctica*. Ed. La prensa médica; México 1987.
- Pucheu RC, Caraveo AJ: *Epidemiología de los trastornos mentales*. Ed. médica panamericana. Buenos aires, 1986.
- Rincón L., Segni s. *problemas del campo de la salud mental*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1991.

- San Martín Ferrar Hernan. Salud y Enfermedad. Ed. La prensa medica panamericana. México. 1981.
- Souza M. y Machorro. Educación en la salud mental para maestros. Ed. manual moderno; México. 1989.
- Tena-Suck. A. Viseda, J.A. Salud mental en profesionistas de las salud: Un estudio descriptivo. Revista mexicana de psicología, V.12. No1. 63-69. 1995.
- Terris Miltón. La revolución Epidemiológica. de. Siglo XXI. México. 1982.
- Vega Franco Leopoldo. Bases esenciales de la salud pública. La prensa médica mexicana. México: 1979.
- Wayne W. Daniel. Bioestadística: Bases para el análisis de las ciencias de la salud. Ed. Limusa. 3ª edición; México. 1992.
- Zax Melvin. Introducción a la psicología de la comunidad. Ed. Manual moderno. México. D.F. 1979.

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

ESTE CUESTIONARIO ES PARTE DE UNA INVESTIGACIÓN QUE SE ESTA REALIZANDO CON LA FINALIDAD DE CONOCER CIERTAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DE ESTA FACULTAD POR LO QUE SOLICITAMOS TU AMABLE COOPERACIÓN.

PARA QUE ESTE ESTUDIO SEA PROVECHOSO ES MUY IMPORTANTE QUE CONTESTES A TODAS LAS PREGUNTAS CON EL MAYOR CUIDADO Y SINCERIDAD POSIBLES. TODAS LAS RESPUESTAS SERÁN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y NINGUNA PERSONA PODRÁ SER IDENTIFICADA. ES POR ESO QUE NO PREGUNTAMOS TU NOMBRE.

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN.

DATOS GENERALES

GRUPO _____

ESTADO CIVIL _____

EDAD _____

SEXO _____

TRABAJAS _____

PERSONAS CON LAS QUE VIVES

EDAD SEXO PARENTESCO ESCOLARIDAD OCUPACIÓN EDO. CIVIL

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-
- 11.-
- 12.-

ALIMENTACIÓN: VECES POR SEMANA

CARNE _____

LECHE _____

HUEVO _____

CEREAL _____

VERDURA _____

FRUTA _____

PESCADO _____

SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE

ACUDE CON MAS FRECUENCIA:

IMSS _____

ISSTE _____

DISPENSARIO _____

MEDICO PARTICULAR _____

OTRO _____

LA CASA DONDE VIVES TIENE:

Drenaje: si _____ no _____

Luz: si _____ no _____

Tienes animales en tu casa: si _____ no _____

Vives en: casa _____ cuarto _____ Dpto. _____ otro _____

La cocina es independiente de los demás cuartos: si _____ no _____

Tienes agua potable: dentro _____ fuera _____ de la casa

En tu casa utilizan W:C: propio _____ común _____ letrina _____

Número de cuartos: _____ (sin contar cocina y baño).

Las paredes de tu casa son de:

Tabique _____

Asbesto _____

otro _____

El techo de tu casa es de:

Lámina _____

Cartón _____

Asbesto _____

Concreto _____

El piso de tu casa es de:

Tierra _____

Cemento _____

Otros _____

Aparatos eléctricos con los que
cuentas en casa:

T.V. si _____ no _____

Modular si _____ no _____

Videocassetera si _____ no _____

Refrigerado si _____ no _____

Computadora si _____ no _____

Microondas si _____ no _____

Lavadora si _____ no _____

Los medios de comunicación que utilizas normalmente son:

Teléfono _____

Correo _____

Camión _____

Taxi _____

Bicicleta _____

Metro _____

Colectivo _____

Carro propio _____

Trolebus _____

CUESTIONARIO S.R.T.

INSTRUCCIONES

DESEAMOS SABER COMO TE HAS SENTIDO EN LOS ÚLTIMOS MESES.

FAVOR DE NO HACER NINGUNA ANOTACIÓN EN ESTE CUADERNILLO. UTILIZA LA HOJA DE RESPUESTAS ANEXA. PONIENDO UNA "X" EN LA OPCIÓN QUE MEJOR EXPRESE COMO TE HAS SENTIDO.

RECUERDA QUE ESTA INFORMACIÓN SERÁ TRATADA CON ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD. POR LO QUE TU DEBERÁS CONTESTAR HONESTAMENTE.

ME HE SENTIDO:

1. MAREADO O DÉBIL.
2. CASADO O SIN ENERGÍA.
3. NERVIOSO (A).
4. CON SENSACIÓN DE PRESIÓN O TENSIÓN EN LA CABEZA.
5. CON TEMORES O MIEDOS.
6. CON POCO APETITO.
7. CON PALPITACIONES RÁPIDAS O FUERTES SIN RAZÓN APARENTE.
8. CON SENTIMIENTOS DE QUE NO HAY ESPERANZA.
9. INQUIETO (A) O ASUSTADIZO (A).
10. CON POCAS MEMORIA.
11. CON DOLORES EN EL PECHO.
12. CON SENTIMIENTOS DE CULPA.
13. PREOCUPADO.
14. CON DOLORES MUSCULARES O REUMATISMO.
15. CON SENTIMIENTOS DE QUE LA GENTE ME CONSIDERA MENOS O PIENSA MAL DE MI.
16. CON TEMBLORES O SACUDIMIENTO.
17. CON DIFICULTADES PARA PENSAR CLARAMENTE O TOMAR DECISIONES.
18. CON SENTIMIENTOS DE TENSIÓN.
19. CON SENTIMIENTOS DE POCAS VALÍA O FRACASO.
20. CON SENTIMIENTOS DE SER INFERIOR A OTRAS PERSONAS.
21. CON SENSACIÓN DE COSQUILLEO O ADORMECIMIENTO DE PARTES DE MI CUERPO.

- 22. IRRITABLE
- 23. CON PENSAMIENTOS QUE NO DE ME PUEDEN QUITAR DE LA CABEZA.
- 24. CON PERDIDA DE INTERÉS EN CASI TODAS LAS COSAS.
- 25. DESCONTENTO O DEPRIMIDO.
- 26. CON ATAQUES DE PÁNICO.
- 27. CON SENSACIÓN DE DEBILIDAD EN PARTES DEL CUERPO.
- 28. SIN CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN.
- 29. CON DIFICULTADES PARA CONCILIAR EL SUEÑO O CON PESADILLAS.
- 30. QUE NO PUEDO CONCILIAR EL SUEÑO OTRA VEZ CUANDO ME DESPIERTO DEMASIADO TEMPRANO.

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

HOJA DE RESPUESTAS

- | | | | |
|-----------------|------------------|--------------------|---------------|
| 1. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 2. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 3. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 4. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 5. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 6. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 7. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 8. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 9. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 10. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 11. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 12. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 13. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 14. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 15. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 16. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 17. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 18. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 19. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 20. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 21. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 22. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 23. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 24. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 25. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 26. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 27. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 28. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 29. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |
| 30. NUNCA _____ | CASI NUNCA _____ | CASI SIEMPRE _____ | SIEMPRE _____ |