



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL IMSS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
GUERRERO REYES EUCEBIO
OLGUIN FUENTES ELVIA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA CLAUDETTE DUDET LIONS
ASESOR ESTADISTICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ



FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES DE LA
CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL IMSS.**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**ALUMNOS: GUERRERO REYES EUCEBIO
OLGUIN FUENTES ELVIA**

**DIRECTORA DE TESIS: MTRA. CLAUDETTE DUDET LIONS.
ASESOR ESTADISTICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ**

MÉXICO, D.F

2002

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la **MTRA. CLAUDETTE DUDET LIONS**, directora de tesis, por su Colaboración en este trabajo para que llegara hasta su culminación.

Agradezco a la **LIC. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA** por su apoyo y colaboración en la elaboración de esta tesis. Por su disposición, amabilidad y entusiasmo para el avance de este trabajo.

Al **LIC. RAÚL TENORIO RAMÍREZ** por su asesoría y revisión metodológica, estadística y análisis de resultados. Por su buena disposición, por su amabilidad y comprensión para la terminación de este trabajo.

A la **DRA. VIRGINIA MONTAÑO ÁNGELES** por su apoyo y confianza para la elaboración de este trabajo, a la **PSIC. ELIZABETH MALDONADO DOMÍNGUEZ**, al **PSIC. LUIS ANDRÉS VANSOIT**, por su valiosa colaboración, y por enriquecer el proceso de mi formación como profesionista. Así como a todos los que laboran en el módulo de salud mental, de la **U.M.F No. 14** del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESUMEN

La siguiente investigación es un estudio epidemiológico, y que surge ante los altos índices de padecimientos mentales que presentan los pacientes, que asisten a la consulta externa del primer nivel de atención, en la unidad de medicina familiar No. 14 en el módulo de salud mental del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Ubicada al noreste del Distrito Federal. Este estudio es de tipo retrospectivo y descriptivo. El objetivo de este estudio es evaluar cuáles son los trastornos mentales más frecuentes que afectan a la población de derecho habientes de consulta externa del primer nivel de atención de la zona noreste del D. F., en el IMSS. La investigación se llevó a cabo con una muestra de 205 expedientes de los cuales son 81 hombres y 124 mujeres con edades de 3 a 87 años. De los pacientes registrados en el módulo de Salud Mental, y se seleccionaron bajo los siguientes criterios de inclusión: pacientes de consulta externa del primer nivel de atención en el IMSS, con edad mínima de 3 años y una máxima de 87 años, de ambos sexos y cuyo estudio registrara al menos una consulta subsecuente para su recuperación y/o atención. Dentro de los resultados estadísticos obtenidos en esta investigación se encontraron los siguientes Trastornos Mentales, de acuerdo a la clasificación del CIE-10, en un 38.0% se encontró a los Trastornos Neuróticos Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos; siguiéndole con el 14.0% los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto; posteriormente con un 13.0% la Esquizofrenia, Trastornos Esquizotípicos y de Ideas Delirantes; y finalmente los Trastornos del Comportamiento y de las Emociones del Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia con un 10.0%.

La información obtenida nos permite concluir que un gran porcentaje de la población de pacientes que acuden a la clínica del IMSS. presentan trastornos de tipo emocional, así como trastornos orgánicos en menor número, los cuales pueden influir en el desarrollo individual, familiar, social, escolar, laboral. etc. de los pacientes y de sus familiares que los padecen.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los trastornos mentales en la vida del ser humano ha constituido un factor de vital importancia en su desarrollo durante largos años. Esto ha sido preocupante y durante los últimos años del siglo pasado se han venido realizando algunas investigaciones en diferentes áreas dedicadas a la salud mental, con el fin de encontrar respuestas al origen de estos padecimientos que tanto afectan a la humanidad. (Lorentzen , 1986).

Actualmente existen en nuestro país diversas instituciones tanto públicas como privadas dedicadas a atender este tipo de problemas pero, aún así, estos trastornos no han sido atendidos en forma adecuada y eficiente para la recuperación total del enfermo.

De la Fuente (1982), menciona que la atención a los trastornos mentales no se debe a la falta de recursos ni a la prioridad de otros problemas de salud, si no, a problemas que se relacionan con la ignorancia, los temores y los prejuicios arraigados en nuestra cultura en relación con los trastornos mentales y hacia quien los padece. Por otro lado también se debe a la opinión expedita, pero que en buena parte justificada, aún no se cuenta con conocimientos suficientes acerca de las causas que son indispensables para prevenirlos y corregirlos.

Silberman (1993) señala que existe un problema muy importante que se debe tomar en cuenta al realizar estudios epidemiológicos y sociales en el campo de los trastornos mentales, en este caso es la dificultad para definir adecuadamente los conceptos a estudiar, ya que los especialistas dedicados al estudio y tratamiento de estos trastornos, persiste una gran divergencia de las opiniones que van desde la definición del trastorno mental hasta sus causas y tratamiento.

Y en consecuencia es importante también saber cómo percibe y define la población a las enfermedades mentales, con el fin de construir adecuadamente los instrumentos capaces de ofrecer índices válidos de prevalencia, tomando en cuenta que las investigaciones sistemáticas relacionadas con la percepción de los trastornos mentales en México es muy escasa.

Celis (1982) indica que a pesar de que en los últimos años se han dado muchos avances terapéuticos, una gran parte de la población que sufre de trastornos mentales aún sigue sin recibir una atención adecuada debido a que estos trastornos son tan diversos como los individuos que los padecen y la forma en que éstos se presentan, esta determinada por patrones estructurales y funcionales inherentes al organismo humano.

Tal diversidad es el resultado de una combinación de causas en las que participan factores orgánicos, como efectos del medio ambiente. De ahí que siempre exista una interacción entre factores psicológicos, biológicos y sociales en la manifestación de un trastorno mental.

La revisión del panorama epidemiológico de los trastornos mentales en nuestro país, ha señalado una gran magnitud y trascendencia de estos mismos, requiriéndose de acciones sistemáticas y programadas con fines tanto preventivos como curativos.

La prevención es uno de los métodos más significativos dentro de la ayuda médica psicológica en lo que a reducción de trastornos mentales se refiere. Ciencias como la Epidemiología, la Salud pública, la Salud mental han sido de gran utilidad a los investigadores de las áreas interdisciplinarias para prevenir y reducir los trastornos mentales

ANTECEDENTES

En nuestro país, en términos absolutos y relativos, la salud mental de la población ha sido desatendida. Ha ocurrido que los recursos son insuficientes, estos han sido usados para hacer frente a otros problemas de salud como son: las enfermedades infecciosas y la desnutrición. Sin embargo, ni la escasez de recursos ni la magnitud de otras necesidades justifican este abandono, ya que los desórdenes y las desviaciones mentales representan grandes sufrimientos para las personas afectadas y una grave pérdida económica y social para el país. Las causas del abandono son comprensibles, pero no son aceptables, De la Fuente, (1982).

Por otro lado la estructura y funcionamiento de la sociedad en que vivimos facilita el desarrollo y la transmisión de las alteraciones psicosociales incluso los padecimientos más individuales como es la neurosis, que actúan provocando una reacción de tensión en el medio que nos rodea.

Así también se dice que los trastornos mentales son la resultante de la condición biológica con que nace el individuo, la situación familiar que vive y la condición sociocultural existente, sin olvidar los problemas pre y post-natales, el estado de nutrición, las infecciones, los traumatismos, etc.

Parra y Lartigue (citados por García, 1993), afirman que la forma en que los miembros del grupo conciben la enfermedad mental, puede determinar la forma en que un individuo experimente este tipo de problemas, los reconozca y decida buscar ayuda para resolverlos. El uso adecuado y oportuno de los servicios de atención a la salud mental depende en gran medida de ello.

Se plantea incluso que muchos desórdenes mentales se podrían evitar si la población contara con una información clara y accesible sobre sus problemas de salud, esto permitiría detectar los problemas desde su inicio y así acudir

oportunamente a recibir la atención adecuada a sus molestias existentes que impiden el desarrollo adecuado del individuo mismo.

Ante esta situación, se puede decir que la información y la educación pueden contribuir a un cambio positivo de actitudes por parte de la población en general, como diversos sectores específicamente relacionados con los problemas mentales y que esta modificación de las actitudes a su vez puede generar una mayor eficiencia en la atención de tales problemas, tomando en cuenta la detección temprana de los trastornos y la utilización adecuada y oportuna de los recursos disponibles para tal efecto (De la Fuente, 1982).

Fuerbringer y Cols. (citados por Lara y Acevedo,1996) indican que las relaciones que tiene el personal encargado de la salud con sus pacientes en países menos desarrollados son particularmente complejas por situaciones de tipo económico y sociales. A demás el exceso de trabajo, la falta de recursos para la investigación y las condiciones de pobreza de la población que atienden, hace que este sea un trabajo difícil.

Por otro lado Caraveo y Cols. (mencionados por Lara y Acevedo,1996) señalan que las tasas de solicitud y uso de servicios de salud mental en el primer nivel de atención son bajas, debido a que la mayoría de personas que solicitan los servicios de salud mental, lo hacen directamente a otros niveles sin pasar por el primer nivel de atención.

Así mismo mencionan que las razones más importantes por las cuales las personas no solicitan ayuda tempranamente para la prevención de sus problemas se debe a ciertos aspectos personales, esto tiene que ver con los prejuicios y con el desconocimiento del servicio especializado de salud mental.

En cuanto a la atención que se da a la comunidad predomina el uso de psicofarmacos, en algunos casos los consejos y en mínimo número se practica la psicoterapia. Entre otros estudios realizados por Lara y Cols, (1996), encontraron

que las mujeres buscan más ayuda profesional que los varones. Debido a que estos prefieren la ayuda de amigos y familiares con el fin de ahorrar tiempo y dinero en su trabajo.

Por otro lado, Srole y Cols. (mencionados por García,1982), realizaron estudios en nuestro país y en Inglaterra, en el primero encontraron que un 23% de la población en general padecía al menos un trastorno mental y en el segundo encontraron un 53% de incidencias sobre los trastornos mentales en la población en general.

Sheperd y Cols. (Citados por García, 1982) han realizado durante algún tiempo estudios más profundos acerca de esta problemática en donde especifican además del diagnóstico, la edad, sexo, nivel socioeconómico etc. con el fin de proporcionar una base para estudios epidemiológicos, de los trastornos mentales.

De la Fuente, (1985), menciona que este tipo de investigaciones debe prever información básica para lograr éxito en la realización de estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales, los cuales son muy necesarios en nuestro país.

A pesar de la importancia de determinar la extensión y magnitud de la salud mental en México, hasta el momento no se han realizado investigaciones epidemiológicas referentes a la distribución de la enfermedad mental a nivel nacional, debido entre otras razones a que existen problemas conceptuales que obstaculizan el logro de este objetivo fundamental, dificultades específicamente relacionadas con el concepto de trastornos o enfermedad mental, así como con su detección y manejo en la práctica medica general.

En un análisis de los diferentes enfoques utilizados para definir la salud y la enfermedad mental (Ruíz, 1976), concluye que es prácticamente posible lograr un acuerdo sobre lo que debe entenderse por cada uno de estos conceptos, siendo así, no extraño que algunos estudios relacionados con las opiniones y actitudes hacia los trastornos mentales, hayan encontrado confusión y nociones inciertas sobre su naturaleza (Yung, 1989; De la Serna, 1982; León y Micklin 1971; Nunnally, 1961).

Rocavado, (1995) señala que todas las acciones de salud tienen en última instancia, una función de prevención; se previene la aparición de las enfermedades, se atenúa o controla el efecto de las mismas o se impide la aparición de secuelas. Ello ha venido a sistematizarse en los llamados niveles de prevención sobre los cuales existe un consenso casi universal. Estos niveles se clasifican o se dividen en: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. Todos los niveles son importantes en la prevención de los trastornos mentales principalmente aquel que se encarga de la prevención primaria en donde en el caso de las enfermedades mentales se ve obstaculizada por el desconocimiento, En la mayoría de los casos, de agentes causales específicos; Como alternativa se han diseñado estrategias orientadas a atacar los factores de riesgo que más influyen, algunos de ellos por las acciones de salud o de otros sectores.

Entre las medidas de prevención primaria pertenecientes al sector salud, se encuentran las relacionadas a fortalecer aquellas condiciones y conductas que favorecen a la salud, se detectan oportunamente las cargas excesivas y las manifestaciones iniciales del daño, así como el deterioro, esto para modificar o tratar a tiempo a la población y las relacionadas con los cuidados de la madre y el niño, los programas de educación para la salud y el trabajo con los padres.

Estas medidas involucran la participación de enfermeras, trabajadores de la salud y la cooperación con el sistema educativo en general. El control de otros factores de riesgo más amplios, tales como la pobreza, la migración y la urbanización, entre otros; es propio del dominio más amplio de las políticas sociales que engloba a otros sectores.

Por otro lado América Latina, con sus grandes tasas de desigualdad interna, muestra crudamente estrecha relación que existe en las violaciones sistemáticas a los derechos humanos y la presencia de condiciones sociales desfavorables para grandes sectores de la población las que unidas a un sistema asistencial deficiente,

favorecen la prevalencia de patología mental y otras condiciones sanitarias adversas. La magnitud y la trascendencia de los problemas en salud mental, es amplia e importante por lo que se requiere de acciones sistemáticas y programadas con fines tanto preventivos como curativos. Al mismo tiempo, precisa una adecuada administración de los recursos tanto físicos como humanos especializados como no especializados, para atender las necesidades de la población y prevenir riesgos.

Asimismo Rocabado (1995) menciona que dentro de los problemas de salud mental, se estima que el 15% y el 20% de la población padecen alguna forma de trastorno mental en algún momento de su vida. Sin embargo solo una quinta parte de estos son tratado por profesionales de la salud mental, en Canadá específicamente en Quebec, se estima que tres cuartas partes de la población se encuentran psicológicamente saludables, habiéndose comprobado que el bienestar psicológico depende del ingreso familiar, del nivel de salud global y del hecho de que se pueda evitar la acumulación de acontecimientos estresantes, depende también de las condiciones sociales; así se ha comprobado que los grupos vulnerables están formados por las personas solas, las que están poco escolarizadas, las que trabajan en su domicilio, los ancianos aislados, los refugiados, los inmigrantes que han perdido su soporte social de origen etc.

En cierto número y Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 45 millones de personas sufren en el mundo de enfermedades mentales severas y unos 260 millones presentan problemas psico-sociales serios, incluyendo el alcoholismo y la adicción a las drogas.

En cuanto a números globales, se estima que las tasas de prevalencia de la depresión o ansiedad en la población adulta es de 12%, y 15% la demencia senil a la edad de los 65 años afecta al 5% de la población, a los 75 años afecta al 10% y a los 85 años afecta al 20% de la población. Se han dado cifras que en esta edad la epilepsia puede alcanzar hasta un 47%. Este es un problema de salud pública importante en los países en desarrollo, en donde las tasas varían entre el 20 y 50 por

cada mil habitantes; en los países industrializados son menores y oscilan entre 3 y 5 por cada mil habitantes. La esquizofrenia es tal vez el único problema de salud mental cuya frecuencia no varía notoriamente en los diversos países desarrollados industrialmente o en vías de desarrollo, dicha frecuencia se encuentra al rededor del 1%. No obstante pareciera que el curso y resultado favorable es mejor en estos últimos países (Rocabado, 1995).

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

La razón de tales diferencias observadas tanto en colectivos clínicos como no clínicos, no puede ser adjudicada a las discrepancias existentes en las definiciones de los cuadros psiquiátricos, sino que ellas parecen depender de manera importante de factores socioeconómicos, de normas culturales y de estructuras de atención psicosocial históricamente condicionadas. (Rojas, 1984).

El desconocimiento o el olvido del papel que juegan los factores antes mencionados, hacen que a pesar de los avances notables en el campo de la medicina general, e incluso en el de la psiquiatría, que hace posible la aplicación de procedimientos preventivos, terapéuticos y rehabilitativos más eficaces, el impacto de la atención médica en la población no se traduzca en una elevación correspondientemente significativa de la salud individual.

Por otra parte el déficit de especialistas en América Latina y en los denominados países subdesarrollados obliga muchas veces a los especialistas de salud mental a asumir responsabilidades en la formulación, dirección y supervisión de programas de salud mental, situación en la que todavía es más necesario el manejo de aspectos

epidemiológicos de la patología psiquiátrica con el fin de lograr optimizar la utilización de los recursos disponibles, que a través del tiempo han sido insuficientes en estos países.

Por último existe además una justificación ética para demandar un mayor impulso en el terreno de la psicología y la epidemiología así, el hecho de haber observado que en ciertas comunidades la evolución de algunas psicosis es más favorable que otras, debería estimular a los clínicos y a los epidemiológicos a intentar dilucidar la razón de tal fenómeno con miras a introducir las modificaciones respectivas en la comunidad donde el pronóstico sea menos favorable, aún desconociendo las causas últimas de las enfermedades de referencia.

Autores como Medina-Mora, Padilla, Pélaes, Caraveo y Cols. (1984) realizaron estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos mentales en el primer nivel de atención en tres poblaciones diferentes, en donde se encontró que las principales causas de movilidad fueron: las neurosis y las reacciones de adaptación.

Los trastornos emocionales tuvieron una frecuencia entre el 35% y 50%, la frecuencia corregida para las tres poblaciones se estimaron en 40%. Respecto al sexo, las mujeres presentaron mayor prevalencia, y respecto al grupo etario la patología mental fue más frecuente se da en las personas mayores de 42 años.

Entre otras conclusiones que se podrían derivar de este trabajo podría ser, que la detección de los trastornos emocionales por el médico general de pacientes clasificados, como casos es inferior a la detectada por profesionistas (Martínez, Medina, Mora y Campillo, 1996), evaluaron los costos de los servicios de pacientes que requieren de atención especializada y que asisten a la consulta médica general, encontraron que estos son altos, sin que la persona reciba beneficio respecto a su condición patológica.

Por otro lado Caraveo y Cols. Citados por Lara y Acevedo (1996), hicieron

investigaciones en el IMSS en 1983, y encontraron que los trastornos neuróticos se registraron como uno de los principales motivos de consulta. Este estudio también recabó datos sobre las principales alteraciones mentales por demanda de consulta externa en 11 hospitales de salud mental de la Secretaria de Salubridad, en donde la epilepsia en hombres fue de 17.7% y en mujeres 19.4%, la esquizofrenia en hombres fue de 15.4% y en mujeres 15.2%, la neurosis en hombres 14.8% y en mujeres 28.0%, y el retardo mental en hombres es del 12.7%, y en mujeres 10.9%, las principales alteraciones por internamiento son: por esquizofrenia en hombres es de 10.4% y en mujeres 14.0%, en los hombres el alcoholismo es de 13% y la adicción a las drogas en hombres es del 10%, y en mujeres el retardo mental es del 9.6% y las psicosis no específicas en mujeres es del 8.1%.

Entre los estudios que se realizaron en 1985 a raíz de los terremotos ocurridos en la ciudad de México, son reportados algunos estudios para determinar las necesidades de atención en la población damnificada de los albergues de este país, en esta investigación se exploró la prevalencia, la exacerbación e incidencia de los estados de ansiedad, depresión, ataques de pánico y estrés postraumático.

Posteriormente Caraveo y Col. (1988), realizaron otra investigación con la intención de conocer la prevalencia de los trastornos mentales específicos en nuestra ciudad. Entre los hallazgos reportados por este estudio se encontró una prevalencia general entre el 15 y 18%, considerando solo aquellas clases diagnosticas con mayor certeza y severidad de estos males.

Por otro lado se encontró que los trastornos afectivos bipolares constituyen el 0.6% predominando estos en los hombres, y en menor frecuencia en edades mayores. Asimismo los trastornos depresivos alcanzaron el 10%, en lo que predominó la neurosis depresiva en las mujeres tanto jóvenes como en las de edad madura. Dentro de las clases diagnosticas relativas a psicosis se encontró una prevalencia de 0.7%, los trastornos obsesivos alcanzaron 2.9%, afectando principalmente a mujeres de edad media. Así también los trastornos de ansiedad representaron un 0.7%,

siendo más frecuente en las mujeres jóvenes. Finalmente la epilepsia marca un 3.7%, en donde afecta por igual tanto a hombres como a mujeres afectando principalmente al grupo de mayor edad.

Es un hecho conocido que en nuestro país los servicios de salud mental presentan grandes limitaciones. Parte del sistema general de salud se insertan en una red estratificada (IMSS, ISSSTE y SA) en la que persiste una gran desigualdad en cuanto sus recursos y la calidad de sus servicios Frenk (1992). Por lo general, la población no derecho habiente es relegada a servicios de menor calidad. Por esto a la desigualdad en la distribución social de la enfermedad, hay que agregar una desigualdad en materia de servicios. (Lara y Acevedo, 1996).

Se hace hincapié en que los problemas de salud mental más frecuentes en la actualidad son aquellos que podríamos englobar como del desarrollo, neuróticos y de adaptación, y no lo constituyen las personas severamente perturbadas, como ocurría en el pasado. De la Fuente (1991).

Asimismo Lara (1996) menciona que de acuerdo a los datos nacionales de (Padilla y Pelaéz, 1985; Caraveo, González, Ramos y Mendoza, 1986) e internacionales como los de Hankin (1990) muestran que las mujeres acuden con mayor frecuencia que los hombres a los servicios de salud del primer nivel de atención, ya sea por problemas de salud general o por problemas de índole emocional.

Por otro lado Hankin, 1990; Medina, Mora, Padilla, Mas, Ezbán, Caraveo, Campillo, y Corona, 1985) también han observado de manera muy consistente diferencias en la distribución de las patologías por sexo: en las mujeres es más frecuente la depresión y los intentos de suicidio, mientras que en los hombres es más común la dependencia a sustancias. (Saltijeral y Terroba, 1987).

Tomando en cuenta estos tres aspectos, la deficiencia de los servicios de salud mental, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva entre las mujeres y su

mayor demanda de ayuda. El interés de este trabajo fue de profundizar en la utilización de los servicios de salud mental por la población femenina. Con este fin se revisaron los resultados de tres estudios: el primero se llevó a cabo en una muestra en la que se compara el uso que las mujeres hacen de los servicios en relación con los hombres; en segundo incluye un grupo de mujeres de zona urbana, y el último a un grupo de zona rural.

El primer estudio confirma los datos previamente reportados respecto a la mayor frecuencia con que se presentan los síntomas depresivos y los intentos de suicidio entre las mujeres.

En cuanto a la solicitud de ayuda, hombres y mujeres (con depresión severa y moderada) tuvieron muchos comportamientos similares, caracterizados por no acudir a las instancias formales de ayuda, sino a familiares y amigos, recurrir a la auto medicación y a los sacerdotes, en este orden. Entre las diferencias importantes entre hombres y mujeres, en los casos de depresión severa encontramos que las mujeres buscan más la ayuda formal y menos la de los amigos o familiares que los hombres.

En algunos trabajos se ha planteado que a los hombres les cuesta más trabajo reconocer sus problemas de salud y solicitar ayuda que a las mujeres (Hankin, 1990). En los casos de depresión moderada, las mujeres acuden a algún servicio de salud mental de la seguridad social, mientras los varones acuden a los especialistas privados y a los centros de salud mental especializados. Es posible que los hombres acudan a las instancias que dan mejor servicio por tener un mejor estatus (económico y ocupacional) que las mujeres, lo que les facilita acceder a ellas. (Lara y Acevedo, 1996).

También hubo diferencias en las razones que dieron para no solicitar ayuda, a los hombres (con depresión severa) les preocupa perder dinero por dejar de trabajar y piensan que alguna otra persona los puede ayudar. Es claro que su papel principal de proveedor se ve amenazado y, por otro lado no les resulta fácil acercarse a pedir

ayuda formal. Las mujeres (con depresión moderada) manifiestan que no solicitan ayuda por vergüenza, por que nadie podría ayudarlas ni nadie entendería sus problemas. Estos datos sugieren que cuando la depresión no es severa, las mujeres la viven como un defecto personal y temen no ser comprendidas por los demás o ser juzgadas.

Otras de las razones que dan las mujeres para no solicitar ayuda son las siguientes: por pensar que otra persona puede ayudarlas, por no disponer de los servicios por no tener quién les cuide a los niños. Estos dos últimos aspectos tocan el problema medular de la carencia de servicios de salud mental, pero a la vez hacen patente que, aun en el caso de existir, las mujeres necesitan de ayuda adicional para que les cuiden a sus hijos, a fin de poder acudir a estos servicios.

En cuanto al intento de suicidio, aunque el número de casos es pequeño se observa una mayor tendencia en los varones a buscar ayuda informal, y en las mujeres a automedicarse o a asistir a instituciones de seguridad.

En las mujeres encontramos de nuevo la vergüenza y duda que alguien pueda comprender su problema, y no sabe a donde ir, como razones para no solicitar ayuda.

El número de personas que recibe tratamiento es muy pequeño pero es importante hacer notar que a las mujeres se les prescribe más fármacos ya sea por depresión severa o moderada. El problema del excesivo uso de medicamentos para tratar la depresión en las mujeres ha sido abordado en muchos trabajos (Burin, Moncarz y Velázquez, 1990), entre otros queremos hacer notar que este proceder refleja una visión biologista sobre la enfermedad mental de las mujeres, muy prevaleciente en el ámbito médico. (Lara y Acevedo, 1986).

Las comparaciones por el nivel de escolaridad permitieron detectar que las mujeres con depresión moderada y poca escolaridad se pueden considerar como de alto riesgo, ya que sus circunstancias y comportamientos hacen poco probable que reciban atención adecuada.

Estas mujeres solicitan menos ayuda de familiares y amigos, acuden más a los servicios no especializados, como los dispensarios, perciben más a menudo que los servicios no están disponibles y temen esperar mucho; sienten que nadie puede ayudarles, cuentan con menos ayuda para el cuidado de sus hijos, y la ayuda formal que reciben es casi siempre farmacológica. Los varones que entran en esta categoría diagnóstica y tienen baja escolaridad no solicitan ayuda por no saber a donde acudir y por que creen que cuesta mucho.

El segundo estudio, sobre el uso de los servicios de las mujeres de la zona urbana para ellas y para sus hijos, mostró que, pese a que un número importante de ellas había experimentado síntomas de depresión, poco más de la tercera parte solicitó ayuda, y de éstas casi la mitad recurrió a sus familiares. Es interesante que ninguna haya mencionado haber acudido a sacerdotes o utilizar remedios caseros, como en los casos anteriores; esto puede deberse a que en este caso se uso un cuestionario abierto y a que las mujeres del estudio tenían un nivel más alto de escolaridad.

En segundo lugar se solicito la ayuda de una institución especializada, lo que se puede deber ha que la mitad de las mujeres de la muestra son enfermeras, lo que les permite tener más información de las instituciones de salud. Un alto porcentaje de ellas sintió que esta ayuda les había servido y solo el 14% indicó que el trato recibido de la institución de salud no había sido satisfactorio.

Al rededor de la mitad de las mujeres indicó que alguno de sus hijos había presentado problemas, y un poco más de la tercera parte había solicitado ayuda. Ninguna mencionó haber solicitado ayuda informal, como cuando ellas tenían problemas, si no que recurrieron a instituciones especializadas y especialistas.

Esto es congruente con lo que la sociedad espera de las madres y el papel que ellas mismas asumen; preocuparse más por la salud de sus hijos que por la de ellas mismas. En otro rubro, sólo una de las mujeres menciona insatisfacción con la ayuda

recibida. Las razones para no solicitarla son similares a las mencionadas en el caso anterior la lejanía del servicio, no saber a donde ir y no tener con quién dejar a sus hijos.

Respecto a las mujeres de la población rural se observó la presencia de malestar emocional como sintomatología depresiva. Sin embargo, la carencia de servicios especializados en sus comunidades fue un factor importante que limitó sus posibilidades de obtener un tratamiento adecuado. El uso generalizado de servicios alternativos, como la ayuda de amigos, el apoyo del sacerdote y la utilización de remedios caseros, aparecieron como las únicas soluciones posibles a sus problemas.

Una característica muy particular del grupo de mujeres rurales es que la interpretación cultural de su padecimiento emocional, que atribuye a causas no relacionadas con el problema real al que se enfrentan, las lleva a buscar ayuda por medio de métodos alternativos. Llama la atención el gran número de mujeres que habiendo solicitado ayuda, de alguna manera les fue negada; esto es, no fue satisfactoria, sobre todo en el caso de las que acudieron al DIF y a los centros médicos.

En conjunto estos estudios nos llevan a palpar las consecuencias de las limitaciones de los servicios de salud mental y de la falta de información sobre ellos. Se requiere de grandes esfuerzos para multiplicarlos, mejorarlos e informar al público sobre estos servicios.

De manera más específica, los resultados muestran que hay poblaciones en las que estas necesidades son más imperiosas, como en las de las mujeres de zonas rurales y en la de mujeres de zonas urbanas con baja escolaridad, y de éstas últimas, las que presentan sintomatología depresiva moderada (Lara y Acevedo, 1996).

Para planear los servicios de salud habrá que tomar en cuenta los roles sociales del hombre y de la mujer que los limita para asistir al tratamiento, ya que se observó que

los varones no acuden a tratamientos por no poner en riesgo su rol de proveedor, mientras que las mujeres, por su rol de cuidadoras, toman más en cuenta los problemas y las necesidades de los demás que las de ellas mismas, y necesitan que alguien les cuide sus hijos para que puedan asistir a consulta.

Por último, se requiere del diseño de estrategias terapéuticas psicosociales de bajo costo que permitan un uso más racional de los psicofármacos en el tratamiento de la depresión de las mujeres.

SALUD PÚBLICA

Describir el desarrollo de la salud pública a través del tiempo, es reconocer la grandeza del ingenio del ser humano, en la solución de los diferentes problemas que el medio ambiente le ha planteado durante su supervivencia y que gracias a sus esfuerzos ha podido vivir cada día mucho mejor (Guerra, 1975).

Por otro lado define a la salud pública como: el arte y la ciencia y a la vez busca el bienestar físico, mental y social del individuo; la protección de las enfermedades prevenibles, la prolongación de la vida; para obtener una vejez útil, mediante el esfuerzo armónico y organizado de la comunidad. Y no es solo la ausencia de la enfermedad.

Para Winslow, (1972), La salud pública es la intervención técnica planificada sobre el ambiente ecológico social de la vida de la población humana y sobre la población misma. Con el objetivo de eliminar riesgos para la salud. Así mismo promover la salud, prevenir la enfermedad, curar la enfermedad cuando se ha producido, así como sus consecuencias y sus esfuerzos por hacer educación para la salud.

Calles (1979) define que la salud pública puede entenderse en un doble significado de describir las diferentes condiciones de salud y enfermedad que vive un pueblo y de señalar las acciones que ese pueblo organizado debe realizar para superar la transformación de su ambiente y la formación de su cultura.

Para Pérez, (1991) la salud pública se ocupa del bienestar del individuo como fenómeno de grupo, no de forma individual excepto cuando la salud de un individuo afecta de manera importante el equilibrio del grupo. Aprende a lograr el más alto bienestar del ser humano a través de un sistema organizado, pero es producto de la voluntad del mismo grupo.

La Salud Pública como ciencia, como patrimonio valorable de la comunidad y como responsabilidad de los gobiernos, apenas tiene poco más de un siglo de existencia. Pero como manifestación del Instituto de Conservación de los pueblos, existe probablemente desde los comienzos de la humanidad. (Salleras, 1990).

La Salud Pública se refiere a la salud de la colectividad. Aquí el interés se centra en la salud de la población, no en la del individuo en particular.

La Salud Pública es el conjunto de ciencias y artes encaminadas a prevenir y combatir las enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia de los individuos a través del esfuerzo organizado de la comunidad mediante:

- * El saneamiento
- * El control o erradicación de las enfermedades
- * La educación para la salud
- * La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz de las enfermedades

El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud organizando estos beneficios de tal modo que el ser humano se encuentre en condiciones de disfrutar de su derecho natural a la salud y a la longevidad

La Salud Pública tiene por objetivo general lograr el mas alto nivel de salud de la población y comprende un conjunto de ciencias y habilidades para promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de la colectividad mediante su participación activa y organizada.

En la definición de Winslow destaca la necesidad de que la comunidad participe en forma organizada, lo que es conveniente mantener como principio fundamental, porque frecuentemente los integrantes del equipo de salud no toman en consideración esta condición, que se requiere para lograr cambios y progresos duraderos en la situación de salud.

Un aspecto trascendente en la definición de Winslow y que pocas veces se insiste lo suficientemente, es lo relativo al establecimiento de un mecanismo social que asegure a cada individuo un nivel de vida adecuada para la conservación de la salud de la población, porque mientras se propicie la desigualdad social y grandes sectores carezcan de lo estricto, no será factible esa elevación, y esto no sólo se refiere a que esos grupos no tengan acceso a los servicios médicos, sino sobre todo, se refiere al desempleo, mala alimentación, carencia de servicios de abastecimiento de agua y de la eliminación sanitaria de desechos, viviendas inadecuadas; problemas que desbordan el campo de la salud pública pero que están muy relacionadas con esta misma.

Aunque la salud pública no comprenda acciones específicas contra la pobreza y la desigualdad social, es imprescindible considerar y tener presente que en los países llamados del tercer mundo es la pobreza la que ocasiona el mayor número de casos de enfermedad y de muerte prematura. (Sánchez, 1991).

FUNCIONES DE LA SALUD PUBLICA

La salud pública tiene funciones directas e indirectas. Las primeras se refieren a las labores que se dirigen a la población y las segundas, aunque están relacionadas con dichas labores, no se realizan o no benefician a la población en forma inmediata.

En la salud pública no solo interviene la medicina con sus diversas ramas, sino que son también importantes la ingeniería, la sociología, el trabajo social, la antropología, la estadística, la geología, la demografía, la administración, la psicología etc.

Aun cuando el médico constituye sin duda el eje, el equipo de la salud se integra con diferentes profesionales, técnicos y auxiliares de áreas muy diversas como las mencionadas anteriormente. Por lo tanto la salud pública no se concreta a las funciones específicas del médico y de la enfermera, sino que comprende las distintas acciones mencionadas, donde también tienen cabida profesionales, técnicos y auxiliares de diversas disciplinas, cuyas acciones se relacionan con la salud.

Así también se dice que la solución de los problemas de la salud están mas allá de las funciones de la salud pública, porque en ella influyen en forma importante, además de las medidas preventivas y curativas específicas, otras de carácter extra sectorial, relacionadas directa o indirectamente con la salud, pero que pueden tener mas trascendencia que las de tipo médico.

Salud pública se caracteriza por dirigir sus acciones de salud a las comunidades, el saneamiento ambiental y la educación higiénica son sus principales campos de actividad (Barquin, 1979).

La salud pública ha sido históricamente una de las fuerzas vitales que han conducido el progreso colectivo en torno al bienestar del individuo. La salud pública ha desarrollado mucho de los conceptos centrales que orientaron la revolución sanitaria de este siglo, la cual permitió descensos espectaculares en la mortalidad del ser humano. Brenk, (1993).

En años recientes la salud pública ha creado nuevas instituciones, así también se han multiplicado programas educativos, la ampliación de la base de conocimientos a través de la investigación multidisciplinaria, se han intensificado la cooperación internacional para enfrentar la creciente globalización de los problemas de salud. Brenk, (1993).

La Salud Pública es una responsabilidad de los gobiernos, a quienes les corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la población.

La salud es un bien social que obedece a las condiciones de las circunstancias en que se da la convivencia humana y se conceptualiza como un bien básico indispensable para desarrollarse, reproducirse, y producir estando determinado por una serie de factores relacionados con la calidad de vida de la sociedad, en donde la salud no es un fin en sí misma, sino no va acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar y de su contribución productiva al progreso social.

Para abordar el estudio de la salud y la enfermedad como proceso, así como de los diferentes factores que inciden en el mismo, la medicina y las ciencias de la salud han tenido que auxiliarse cada día más de las ciencias sociales según su relevancia como son: la demografía, estadística, ecología, economía, administración, sociología, psicología, y educación las que en conjunto actúan para mejorar la adaptación entre el hombre y su ambiente.

La atención primaria de salud tiene el propósito de ampliar y elevar la calidad de la prestación de servicios de salud, lo cual comprende un conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud en la población.

La atención primaria es considerada como una estrategia de desarrollo, por que

además de las acciones propias de la atención primaria se contemplan acciones de salud pública, desarrollo social y económico.

La prestación de servicios y atención a la salud se da o se divide por niveles de acuerdo a lo complejo de la enfermedad. La organización de servicios de salud por niveles es bastante antigua, sin embargo el verdadero potencial ha sido parcialmente explotado en la mayoría de las situaciones.

Estos niveles son considerados como un instrumento de implementación que tienen el propósito de racionalizar los servicios y otorgar la prestación de los mismos en forma escalonada, a través de la identificación de los recursos, necesidades y aspiraciones de la población de una región o comunidad.

El primer nivel se caracteriza por ocuparse de la población sana, protegiendo y promoviendo su salud, por atender problemas de salud comunes e inespecíficos y de cierto tipo de padecimientos crónicos. Estos servicios están orientados hacia la protección de la salud, el fomento de la salud, el diagnóstico, tratamiento oportuno de los padecimientos, el control del embarazo normal, la vigilancia del niño sano, inmunizaciones y el otorgamiento de atención de urgencias de carácter general.

El estudio de las enfermedades mentales está basado en los siguientes objetivos (Fuentes, M. 1990).

- Evaluar la frecuencia, prevalencia, letalidad y mortalidad de las enfermedades mentales para la prevención de la misma.

- * Identificar la relación entre las características de la población y el medio ambiente para descubrir el origen de las enfermedades mentales.

- * Verificar las hipótesis hechas sobre la etiología de las enfermedades mentales.

- * Identificar a la población en riesgo de enfermedad mental.

* Debido a lo complejo de este tipo de padecimientos, en estudios realizados sobre el proceso de las enfermedades mentales se ha visto obstaculizado por varios factores que a continuación se mencionan:

- Imprecisión sobre el origen del fenómeno psiquiátrico

* Variabilidad en la graduación de los trastornos mentales, problemas en la clasificación de los trastornos mentales, problemas en la clasificación de los diagnósticos, variabilidad de los síntomas y de los factores asociados.

- Falta de comparabilidad de los estudios clínicos y diagnósticos tratamientos y técnicas usadas.
- Insuficiente información estadística.

* El factor genético, es importante porque aunque se sabe la influencia de algunas enfermedades se desconoce el de otra gran parte.

SALUD MENTAL

La OMS define a la salud mental como un estado completo de bienestar físico, mental, social y no solamente como ausencia de enfermedad o invalidez. Por tanto la salud es única en el individuo y el trabajo clínico nos comprueba diariamente que los factores psicológicos afectan a la salud física generando toda la patología llamada psicósomática.

Matraj (1992) indica que la Salud Mental es el completo desarrollo de las potencialidades incluyendo la capacidad de gozar el máximo conocimiento de determinaciones, tanto propias como de los procesos circundantes; es la plena integración dialéctica al medio con capacidad de trasformarlo y transformarse así mismo.

Por otro lado los problemas de la Salud Mental no son comprensibles del todo si no se les examina en términos de relación del hombre con el ambiente, debido a que no solo la salud, sino la supervivencia misma de la especie depende de la adaptación a ese ambiente que contiene elementos de la naturaleza y elementos introducidos por el hombre mismo. De la Fuente; Medina Mora; Caraveo (1999)

Dobo (1999) citado por De la Fuente ; Medina Mora; Caraveo (1999) señala que las personas se adaptan a un ambiente insalubre, a las carencias alimentarias crónicas, al ruido excesivo, a las grandes distancias, a la inseguridad y a la incomunicación personal, pero al hacerlo sufren en su salud y pierden en forma progresiva atributos que son la esencia de su condición humana.

Así mismo menciona que la causa de muchos problemas de Salud Mental se encuentran no solo en el conflicto entre el organismo humano y la naturaleza, si no entre la dotación biológica, la estructura y la organización de la sociedad en que se

desenvuelve. Pocas son las enfermedades producidas por el clima y en cambio muchas y graves las que en gran parte provienen de la falta de higiene ambiental, la mala calidad de la vivienda, la alimentación inadecuada, la pobreza y las condiciones arraigadas en la forma de vida colectiva.

Otros factores ambientales que hacen vulnerable a la población, poniendo de relieve sus efectos en salud mental son; la contaminación ambiental y explosión demográfica o sobre población urbana las cuales producen una serie de trastornos mentales en la población más carente de servicios de salud, dando como resultado problemas que por si mismo constituyen una amenaza real para la existencia del ser humano.

Cabe señalar que la Salud Mental para conocer mejor este tipo de problemas, cuenta con objetivos principales como son: la promoción del desarrollo normal de la personalidad, la prevención de los padecimientos mentales, la atención oportuna y adecuada de tales padecimientos. Alvarez, (1991).

Para abordar el tema de Salud Mental es preciso recordar que por mucho tiempo las enfermedades mentales fueron atribuidas a causas sobrenaturales como obras del demonio que poseía a los enfermos, a hechizos, brujerías, y a espíritus malignos que dominaban la mente de los enfermos dejando a estos fuera de la medicina, para ser tratados solo por curanderos, brujos, hechiceros y sacerdotes.

Asimismo, los procedimientos que se utilizaban para el tratamiento de estos enfermos eran variables ya que estos iban desde la crueldad de los antiguos manicomios hasta el olvido o indiferencia de ciertos casos. Sánchez, (1983).

Es hasta este siglo, cuando la ciencia de la personalidad y la conducta humana evolucionaron lo necesario como para permitir la iniciación de un movimiento científico pendiente a evitar los desordenes mentales y a promover el mejor desenvolvimiento de la personalidad. Cabildo, (1991).

No obstante y a pesar de la importancia que tiene la salud mental en el bienestar de la población, de la frecuencia y magnitud de la enfermedad de este tipo, esta no ha tenido la atención que amerita por la prioridad de los padecimientos transmisibles, la ignorancia sobre las causas y mecanismos de los trastornos mentales, y la dificultad y costo de su tratamiento.

Es por eso que aun existen muchos aspectos fundamentales de esos padecimientos que se desconocen y que se requieren mayores investigaciones en este campo, sobre todo de tipo epidemiológico y bioquímico para aclarar y describir lo que permanece oscuro, principalmente en cuanto a causas y susceptibilidad, prevención y tratamiento de los trastornos mentales. Sánchez, (1983).

Por otro lado los problemas relacionados con la salud mental han ido en aumento y probablemente seguirán incrementándose por múltiples factores que directa o indirectamente inciden en ellos como son: la desorganización de la familia, las condiciones económicas y políticas por las que atraviesan muchas naciones, la tendencia migratoria del campo a la ciudad y de un país a otro.

A estos factores se les agregan otros que son causa o consecuencia de los anteriores tales como: el alcoholismo, la drogadicción y el suicidio. Álvarez, (1991).

En México a partir de que la ciencia médica se hizo responsable de la atención de los enfermos con trastornos mentales se crearon los primeros hospitales y clínicas destinados al servicio y cuidado de estos mismos, con el objeto de encontrar y mejorar su Salud Mental.

Es por eso que para abordar los problemas referentes a la salud en nuestro país, es necesario señalar los aspectos históricos más importantes: como es la valoración epidemiológica de los trastornos mentales más frecuentes, las características de la asistencia proporcionadas en las instituciones y organismos públicos y privados, así

como la coordinación entre los mismos; los recursos humanos que existen en el campo de la salud mental y la forma en que se les capacita; los programas y actividades llevadas a cabo para la prevención de los trastornos mentales en los 3 niveles y programas educativos vigentes. Así como la forma en que se realiza la investigación y las áreas más importantes de ésta.

Uno de los factores importantes que facilita el conocimiento de las causas de los trastornos mentales, podría ser la preparación y estimulación adecuada al personal dedicado a la área de salud mental, ya que generalmente ha mostrado poco interés para ocuparse de estos problemas, en este caso ya sea por exceso de trabajo o insuficiente preparación pero se ha dado. En tal caso se propone al personal calificado tanto a los psicólogos como psiquiatras, enfermeras y trabajadoras involucradas en la problemática de la salud mental su participación en la capacitación del personal del primer nivel, con el fin de que lleguen a constituirse en colaboradores útiles en la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales.

Los objetivos de la salud mental son principalmente la promoción del desarrollo normal de la personalidad, la prevención de los padecimientos mentales, la atención oportuna y adecuada de tales padecimientos Álvarez, (1991).

Existen diversos factores que se conjugan en diferente proporción que favorecen en mayor o menor grado, la frecuencia de los trastornos mentales como son: escasa vivienda, hacinamiento, insuficiencia de servicios públicos, reducción del espacio en donde se encierra el hombre, reducción de áreas o espacios verdes, migración de grupos campesinos a las ciudades sin tener ninguna preparación: cultural, social, económica, y de salud mental para la vida cotidiana, así como la desintegración de la vida familiar, los largos viajes para llegar al trabajo, la competencia permanente, el tránsito congestionado y ruidoso, el libertinaje, la corrupción. Por otro lado el consumo inmoderado de alcohol, el aumento de la fármaco-dependencia como el consumo de marihuana, thiner, cemento, anfetaminas, psicoanalepticos, morfina etc. Sánchez (1983).

Por otro lado también se menciona que los padecimientos mentales tienen su origen en la infancia, lo que resulta verdaderamente importante el papel de los padres de familia y de todos los que conviven al rededor del niño. De su correcta actitud en su educación y el medio que le brinden al pequeño, depende en gran parte su salud mental en el futuro.

Otros factores que también afectan a la salud mental son: la excitación permanente de los sentidos, a través de los grandes medios de difusión, un alto porcentaje del tiempo principalmente de los niños, dedicados a ver televisión que proyecta programas excitantes, violentos y destructivos, el aumento de madres solteras, e hijos sin padres, desempleos, miseria, pandillerismo etc. Estos desequilibrios y contradicciones sociales influyen negativamente en la salud mental de la población.

En las sociedades desarrolladas, que deberían llamarse mal desarrolladas, la ambición desmedida, el ansia de poder y de dominio, el aumento de la expectativa de la vida, la falta de afecto y atención, y el consumismo son también factores que influyen en la frecuencia de los trastornos mentales.

Como puede verse las medidas para el control de estas enfermedades aún no son muy efectivas, habrá que desarrollar mejores técnicas para su diagnóstico temprano y tratamiento precoz; así como impulsar las acciones preventivas, sobre todo la orientación a los padres y maestros en cuanto al trato que requieren los niños para favorecer el desarrollo y madurez de la personalidad; la prevención de enfermedades somáticas que afectan al sistema nervioso central, es decir las infecciones, intoxicaciones, mala alimentación, trastornos hormonales, para evitar que el niño presente alteraciones mentales a través de su desarrollo y pueda llegar a ser un individuo sano dentro de la sociedad (Sánchez, 1983)

Los trastornos mentales ocupan un lugar importante, tanto en el sufrimiento y la

carga social que representan como por el reto para su prevención y control se plantean dispositivos de asistencia sanitaria. En consecuencia, y desde hace ya algún tiempo, todas las definiciones de salud incluyen el componente mental, bien de manera implícita o bien como una categoría especialmente diferenciada. (J. L. González de Rivera, Revueltas, Rodríguez, Sierra,1993)

Todo esto hace que los trastornos mentales representan una prioridad sanitaria en los países desarrollados, donde ocupan el cuarto o quinto lugar por orden de frecuencia. Son así mismo uno de los diez primeros motivos de consulta en medicina primaria.

Se sabe que de las enfermedades mentales sobre vienen sin causa aparente conocida u objetable, pero muchas de ellas son la consecuencia de una desventaja biológica o social, teniendo como componentes posibles en su inicio o desarrollo problemas orgánicos, de situación social, de estrés o de factores endógenos, por lo general hereditario.

De la necesidad imperiosa de profundizar en el conocimiento de la salud mental, surge la aplicación cada vez más intensa, del método epidemiológico, con el objetivo de llegar a definir la magnitud de los problemas de salud mental, estudiar la evolución de la misma comunidad y promover la aplicación y evaluación de programas preventivos y terapéuticos. (J. L. González de Rivera, Revueltas, Rodríguez, Sierra. 1993)

Algo que debe decirse acerca de la salud mental es que no puede ser únicamente la responsabilidad de una instancia. A demás de los organismos relacionados con la salud y con el bienestar social, otros como los correspondientes al sistema educacional y a los asentamientos humanos, deben estar implicados en su cuidado y en su promoción. De la Fuente, (1980)

Hay quienes piensan que toda la labor preventiva en el campo de la salud mental es

ilusoria y que solamente podrá ser elevada a niveles aceptables mediante la transformación profunda de la sociedad De la Fuente (1980).

Es importante que el término salud mental no debe ser considerado en ningún caso dentro de una perspectiva de liberación de una enfermedad, y menos de un padecimiento biológico. Debe concebirse como la realización del ser humano como ser social. Gómez (1983)

Por otra parte de acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que existen algunos criterios esenciales de salud mental en el individuo como: el conocimiento y aceptación de sí mismo, la correcta percepción del ambiente así como la aptitud para la integración, que le permita hacer frente a las necesidades y dificultades de la existencia, tanto en los periodos de crisis como ante los continuos esfuerzos de adaptación que exige la vida cotidiana. (J. L. González de Rivera y Revueltas Rodríguez Sierra, 1993)

(Sánchez, 1983) menciona que aún existen muchos aspectos fundamentales de estos padecimientos que se desconocen y que se requieren mayores investigaciones en este campo, sobre todo de tipo epidemiológico y bioquímico para aclarar y descubrir lo que permanece oscuro principalmente en cuanto a las causas susceptibilidad, prevención y tratamiento de estos trastornos.

EPIDEMIOLOGIA

CONTEXTO HISTORICO

La epidemiología tiene su origen en la idea, expresada por primera vez hace más de 2000 años por Hipócrates y otros, de que los factores ambientales pueden influir en la aparición de enfermedad. Sin embargo, hasta el siglo, XIX empezó a ser relativamente frecuente que se midiera la distribución de la enfermedad en grupos determinados de la población. Estos trabajos no sólo marcaron el comienzo formal de la epidemiología, sino que constituyen también algunos de sus logros más importantes. Los estudios de Snow fueron unos de los aspectos de una amplia gama de investigaciones en las que se estudiaron diversos procesos físicos, químicos, biológicos, sociológicos, psicológicos, y políticos (Cameron y Jones, citados por Beaglehole, 1995).

El trabajo de Snow sigue recordándonos que medidas de salud pública, como la mejora del suministro de agua y de los sistemas de alcantarillado, han contribuido mucho en la salud de las poblaciones. En muchos casos, a partir de 1850, fueron los estudios epidemiológicos los que indicaron las medidas que habían de tomarse. Se demostró que este método es una poderosa herramienta para revelar asociaciones entre condiciones o agentes ambientales y enfermedades específicas.

Definición y campo de la epidemiología

La epidemiología se ha definido como "EL estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios". (Last, citado por Beaglehole 1991).

El objeto del estudio epidemiológico es una población humana. Una población puede definirse en términos geográficos o de otra naturaleza; por ejemplo, un grupo específico de pacientes hospitalizados o de trabajadores de una industria puede ser una unidad de estudio. 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. Las estructuras de las poblaciones varían según la zona geográfica y el momento histórico. El análisis epidemiológico ha de tener en cuenta este tipo de variaciones.

En el extenso campo de la salud pública, la epidemiología se utiliza de muchas formas. Los primeros estudios epidemiológicos trataban de las causas (etiología) de las enfermedades, trabajo que sigue siendo fundamental, *ya que puede conducir a la identificación de métodos preventivos.*

En este sentido, la epidemiología es una ciencia médica básica cuyo objetivo es la mejora de la salud de las poblaciones.

La causa de algunas enfermedades puede depender únicamente de factores genéticos, como es el caso de la fenilcetonuria, pero es mucho más frecuente que dependa de la interacción entre factores genéticos y ambientales. En este contexto, el ambiente se define en su sentido más amplio e incluye cualquier factor biológico, químico, físico, psicológico o de otro tipo que pueda afectar a la salud. El comportamiento y el modo de vida tienen una gran importancia a este respecto y la epidemiología se utiliza cada vez más para estudiar tanto sus influencias como la intervención preventiva encaminada a la promoción de la salud.

La epidemiología estudia también la evolución y el resultado final natural de las enfermedades en personas y grupos. La aplicación de los principios y métodos epidemiológicos a los problemas de los distintos pacientes que se encuentran en la práctica de la medicina, ha dado lugar al desarrollo de la epidemiología clínica. Por tanto, la epidemiología presta un fuerte apoyo tanto a la medicina preventiva como a la medicina clínica.

La epidemiología aplicada al campo de la salud mental puede definirse como el "método científico aplicado a estudiar los fenómenos de salud y enfermedad mental en las poblaciones, así como las condiciones, causas y circunstancias por las que se distribuyen en los distintos grupos sociales (Beaglehole ,1995).

La investigación epidemiológica constituye el principal campo de aplicación de la estadística correlacional en psicopatología y posiblemente, como han sugerido algunos autores como: Carson, Butcher y Coleman (1988). Constituye el área más prometedora de los estudios correlacionales. Tradicionalmente la epidemiología ha sido definida como: "Aquella disciplina que versa sobre el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en diversas poblaciones".

La epidemiología aplicada al campo de la salud mental puede definirse como: "el método científico aplicado a estudiar los fenómenos de salud y enfermedad mental de las poblaciones, así como las condiciones, causas y circunstancias por las que se distribuyen en los distintos grupos sociales".

Uno de los estudios epidemiológicos mas ampliamente reconocidos en el contexto psicopatologico ha sido llevado a cabo por el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos de América durante el periodo de 1980 a 1984. Fue diseñado con la finalidad de establecer la prevalencia de los trastornos mentales en la población general e identificar los factores o correlatos etiológicos de riesgo.

La epidemiología, tiene como objeto medir el riesgo de enfermar, el origen y el modo de distribución de la enfermedad mental, así como planear el tratamiento, prevención y control (Kaplan, citado por Fuentes 1990). Dice que el método epidemiológico se puede utilizar siempre que los datos sean cuantificables.

TASA DE MORBILIDAD Y PREVALENCIA

Para medir el riesgo de que ocurra un evento dado en una población y para poder hacer comparación válida se debe relacionar ese evento con la población, en la cual aconteció o puede acontecer. Esta relación se conoce con el nombre general de tasas. Las cuales constituyen el mejor instrumento de comparación en epidemiología.

El concepto de tasa puede aplicarse a cualquier evento epidemiológico o demográfico. Así las tasas pueden clasificarse conforme a la naturaleza del evento y pueden ser: de natalidad, morbilidad, mortalidad o prevalencia.

Para tener en cuenta las diferencias en el tamaño de la población, las frecuencias deben ser expresadas en forma de tasas y en el lenguaje epidemiológico. Una tasa es la frecuencia de una enfermedad o de una característica expresada por unidad de tamaño de la población o del grupo en que se observa la enfermedad o la característica.

En la investigación de tipo epidemiológico, las tasas de morbilidad son de gran ayuda ya que estas dan mejor claridad a las razones que justifican determinadas tendencias de morbilidad. Y aunque existen limitaciones en los datos de morbilidad recuperados sistemáticamente, muchos estudios epidemiológicos sobre morbilidad, se basan en datos medios recogidos mediante cuestionarios y métodos de detección sistemática o especialmente diseñados. Esto permite a los investigadores tener una mayor confianza en los datos y en las tasas calculadas a partir de ellos.

Los datos de prevalencia adquieren una calidad en investigaciones de tipo epidemiológico si se convierten en tasas. Es por eso que varias medidas de frecuencia de trastornos mentales se basan en los conceptos fundamentales de prevalencia, en donde la prevalencia de una enfermedad es el número de casos de esta misma en una población y en un momento dado. Lo que implica básicamente el recuento de casos en poblaciones definidas al riesgo.

La tasa de prevalencia de una enfermedad se calcula con la fórmula siguiente:

$$P = \frac{\text{Número de personas con la enfermedad o proceso en un momento determinado}}{\text{Número de personas de la misma población expuesta al riesgo en un momento determinado}} \times 10$$

Número de personas de la misma población expuesta al riesgo en un momento determinado.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Para fines de esta investigación se tomó como base la clasificación de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico CIE- 10.

Se describen brevemente aquellos padecimientos que fueron encontrados en la población estudiada.

F00-09 TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS

Incluye una serie de trastornos mentales agrupados por tener en común una etiología demostrable, enfermedad o lesión cerebral u otra afección causantes de disfunción cerebral.

Puede ser primaria, como en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo y selectivo, o secundaria como en el caso de las enfermedades sistémicas y de los trastornos que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos al cerebro.

Aunque desde un punto de vista lógico los trastornos cerebrales secundarios al consumo de alcohol y de sustancias psicotropas perteneciente a este grupo.

Por un lado, están los síndromes en los cuales son constantes y destacados los trastornos de las funciones cognoscitivas superiores, como la memoria, la inteligencia, la capacidad de aprendizaje o las alteraciones del sensorio, tales como las alteraciones de la conciencia y de la atención. Por otro lado, están los síndromes en los cuales las manifestaciones más destacadas se presentan en las áreas de la percepción (alucinaciones), de los contenidos de pensamiento (ideas delirantes) o del humor y de las emociones (depresión, euforia, ansiedad) o en la de los rasgos generales de la personalidad y formas del comportamiento mientras que las disfunciones cognoscitivas o sensoriales son mínimas o difíciles de comprobar.

Sin embargo, hay cada vez mas evidencia de que diversas enfermedades cerebrales y sistémicas tienen una relación causal con la presencia de estos síndromes, lo cual justifica que sean incluidos aquí, en una clasificación con fines clínicos.

F10-19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Incluye trastornos muy diversos, cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

La identificación de la sustancia psicotropa involucrada en estos trastornos puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc.,

Los análisis objetivos son la evidencia más fiable del consumo actual o reciente de una sustancia, pero tienen sus limitaciones a la hora de evaluar el consumo en el pasado o el grado del mismo en el presente.

Muchos de los que consumen sustancias psicotropas no se limitan a una sola. No obstante, la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, cuando sea posible, de acuerdo con las sustancias consumidas más importantes. Por ello, en caso de duda, hay que tener en cuenta la sustancia que causa el trastorno presente en el momento y aquella que se consume con más frecuencia, en especial cuando se trata de un consumo continuo o cotidiano.

Intoxicación aguda, es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Este es el diagnóstico principal sólo en los casos en los que la intoxicación se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el alcohol u otras sustancias psicótropas.

F20-29 ESQUIZOFRENIA TRASTORNO ESQUIZOTIPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vivos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos

pertinentes y adecuados para la situación.

Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos.

Un porcentaje de cosas, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

F30-39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor a de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto.

La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

Las pautas principales de clasificación de los trastornos del humor (afectivos) han sido seleccionados por razones prácticas, para permitir identificar con facilidad los trastornos clínicos más frecuentes.

Así, se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares y de otros trastornos que se presentan múltiples episodios, ya que gran parte de los enfermos tienen un solo episodio. También se ha dado importancia a la gravedad por las implicaciones que tiene para el tratamiento y la asistencia. Hay que reconocer que

los síntomas que aquí se llaman somáticos se podrían también llamar melancólicos, vitales, biológicos o endogenomorfos, y que el fundamento científico de este síndrome es cuestionable.

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vivida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maniacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia entre los 15 y 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida.

El episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma mas o menos completa. La alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y varios de los síntomas descritos en el apartado previo (en particular la logorrea, la disminución de las necesidades del sueño, las ideas de grandeza y el optimismo excesivo).

F40-49 TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFO

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. El concepto de Neurosis no se ha mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado el permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún querer considerar como neuróticos, en un sentido particular del término.

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia

primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión.

En el trastorno de ansiedad generalizada, existe una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una angustia libre flotante).

Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de *manifiesto* temores que a uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos.

Este trastorno es más frecuente en mujeres y esta a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas.

F50-59 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS

Disfunciones sexuales de origen no orgánico, abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual afectiva (por ejemplo

erección) o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo.

La respuesta sexual es un proceso psicosomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales es que estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos. Aunque en algunos casos es posible identificar inequívocamente una etiología psicógena u orgánica, lo más frecuente, en especial en problemas como la ausencia de erección o la dispareunia, es que resulte difícil estar seguro de la importancia de unos u otros. En tales casos resulta adecuado clasificar el trastorno como de etiología mixta o incierta.

La disfunción orgásmica es más frecuente en mujeres que en varones

F60- 69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultados tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estos tipos de trastornos de comportamiento abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos.

Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

Para ser un diagnóstico de trastorno de la personalidad, el clínico ha de considerar todos los aspectos funcionales de la personalidad, aunque el diagnóstico, para ser simple y eficaz, se referirá solo a aquellas dimensiones o rasgos en los que se alcancen los niveles de gravedad propuestos.

F70- 79 RETRASO MENTAL

Es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuye a nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización.

El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales.

La adaptación al ambiente está siempre afectada pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante.

La inteligencia no es una función unitaria, sino que ha de ser evaluada a partir de un gran número de capacidades más o menos específicas. Aunque la tendencia general es que esas capacidades más o menos específicas tengan en cada individuo un nivel de desarrollo equiparable, pueden presentarse discrepancias profundas, en especial en los casos en los que existe un retraso mental.

Algunos enfermos pueden presentar déficits graves en un área concreta (por ejemplo, el lenguaje) o una capacidad mayor en una área particular (por ejemplo, en tareas viso-espaciales simples), a pesar de un retraso mental profundo. Este hecho da lugar a problemas a la hora de determinar la categoría diagnóstica a la que pertenece la persona retrasada. La determinación del grado de desarrollo del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, incluyendo las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo propio al medio cultural del individuo y los hallazgos psicométricos.

F80- 89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO

En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje, el rendimiento de las funciones viso- espaciales o de coordinación de movimientos.

Lo característico es que el deterioro disminuya progresivamente a medida que los niños crecen (aunque en la vida adulta suelen persistir déficits, leves).

La historia suele ser la de un retraso o deterioro que ha estado presente desde el momento en que sus manifestaciones fueron detectadas de forma fiable y sin que haya habido un período anterior de desarrollo normal. La incidencia de la mayoría de estos trastornos es muy superior en los chicos que en las chicas. También son característicos antecedentes familiares de trastornos iguales o parecidos y en la

etiología de muchos, pero no todos los casos, se presupone que los factores genéticos juegan un papel importante.

A menudo los factores ambientales influyen en el grado de desarrollo de las funciones afectadas, pero en la mayoría de los casos no tienen mayor influencia. Sin embargo, aunque hay un acuerdo general para el conjunto de la definición de los trastornos de esta sección, en la mayoría de los casos la etiología es desconocida y aún hay mucha incertidumbre tanto para delimitarlos como para subdividirlos.

En estos trastornos las pautas normales de adquisición del lenguaje están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo. Estos trastornos no son directamente atribuibles ni a anomalías neurológicas o de los mecanismos del lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales.

Los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar suelen presentarse acompañados de otros síndromes (tales como trastornos de déficit de atención o trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje).

El retraso del rendimiento escolar de los niños puede aparecer en un estadio posterior de sus estudios (debido a una falta de interés, a una enseñanza pobre, a problemas emocionales, a un incremento o cambio del tipo de tareas encomendadas, etc.), pero estos problemas no forman parte de la definición de los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

F90-98 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tradicionalmente se ha hecho la diferenciación entre los trastornos de las emociones específicas de la infancia y la adolescencia y los trastornos neuróticos característicos del adulto.

Los afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer

principalmente ante adultos o ante compañeros . El temor se acompaña de u grado normal de dependencia selectiva de los padres o de otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado que desborda los límites normales para la edad del chico y se acompaña de una incapacidad social claramente significativa.

El trastorno de las emociones puede adoptar formas muy variadas con frecuencia se acompaña a demás de alguna regresión con pérdida de capacidades previamente adquiridas (tal como control anal o vesical) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el enfermo quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores como la alimentación. Suele haber un aumento de las confrontaciones o un comportamiento oposicionista con los padres, rabietas acompañadas de agitación y trastornos de las emociones como ansiedad, tristeza o aislamiento social. El sueño puede estar alterado y con frecuencia hay un aumento de la actividad dirigida hacia la búsqueda de atención de los padres, como en los momentos

Muchas situaciones que implican separación también traen consigo otras posibles fuentes de tensión o de ansiedad. El diagnóstico se basa en la comprobación de que el elemento común a las diversas situaciones en las que surge la ansiedad es la separación de una persona significativa. La angustia relacionada con el rechazo escolar suele ser expresión de una ansiedad de separación, aunque no siempre (en especial en la adolescencia). El rechazo escolar que aparece por primera vez en la adolescencia no debe codificarse aquí a menos que: a) sea primariamente una expresión de una ansiedad de separación y b) que la ansiedad estuviera presente en un grado anormal durante la etapa preescolar. Si no se satisface estas pautas, el síndrome debe ser codificado en otra categoría.

F98 OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Este apartado incluye un grupo heterogéneo de trastornos que comparten la

característica de su comienzo en la infancia, pero por otra parte difieren en muchos aspectos. Algunos de los trastornos incluidos en esta categoría constituyen síndromes bien definidos, pero otro no son más que complejos síntomas en los cuales no hay evidencia suficiente para su validez nosológica, pero cuya inclusión es necesaria debido a su frecuencia y a su relación con los ajustes psicosociales y por no poder ser incorporados a otros síndromes.

No existe una línea de separación clara entre las variaciones normales de la edad de adquisición del control vesical y el trastorno enurético. Sin embargo, la enuresis, por lo general, no debe diagnosticarse en niños menores de cinco años o con una edad mental inferior a cuatro años. Si la enuresis se acompaña de alguna alteración, emocional o del comportamiento, la enuresis será el primer diagnóstico sólo si la emisión involuntaria de la orina tuviese lugar al menos varias veces por semana y el resto de los síntomas presentasen variaciones a lo largo del tiempo relacionados con la intensidad de la enuresis. La enuresis se acompaña en ocasiones de encopresis.

El elemento principal del diagnóstico es la emisión inadecuada de heces, lo cual puede manifestarse de diferentes formas. En primer lugar puede ser la expresión de una enseñanza inadecuada del control de esfínteres o de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza, con antecedentes de un continuo fracaso del control de esfínteres. En segundo lugar puede ser expresión de un determinado trastorno psicológico en el cual hay un control fisiológico normal de la función, pero que por una razón hay un rechazo, resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales sobre el defecar en los lugares adecuados. En tercer lugar puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de las heces, con un desbordamiento secundario y deposición de heces en lugares no adecuadas. Esta retención puede haber tenido origen en las consecuencias de tensiones entre padres e hijos sobre el aprendizaje del control de esfínteres, de la retención de heces a causa de una defecación dolorosa (por ejemplo, como a consecuencia de una fisura anal) o por otras razones.

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de que en México existen algunas Instituciones que se dedican a la investigación de los padecimientos mentales, aun no se ha determinado satisfactoriamente la magnitud, la incidencia y las características sociodemográficas de la población que padecen trastornos mentales.

El trabajo de investigación sobre pacientes que presentan trastornos mentales, es uno de los más arduos tomando en cuenta que la existencia de estos trastornos es tan diversa como los pacientes que presentan este tipo de enfermedad.

Dentro de los programas de salud mental del IMSS, así como en cualquier hospital, es necesario abordar el problema de la detección oportuna de los trastornos mentales de esta institución con el fin de proporcionar ayuda clínica especializada, más eficaz a los casos en riesgo de los pacientes de la consulta externa de primer nivel de atención del IMSS, con él fin de proporcionar una mejor ayuda clínica y psicológica, esto nos lleva al siguiente planteamiento.

¿Cuáles son los padecimientos mentales que se dan con más frecuencia en el servicio de salud mental, en el primer nivel de atención del IMSS., así como sus características sociodemográficas de dicha población?

OBJETIVO

Determinar cual es la frecuencia de los Trastornos Mentales en pacientes de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar, del primer nivel de atención en el IMSS.

Contribuir a la planeación institucional en la elaboración de programas de intervención dirigidos al primer nivel de atención a la salud mental, con el propósito de abatir los índices de prevalencia e incidencia de los trastornos mentales.

Se considera de relevancia la siguiente investigación en virtud de que la incidencia de los trastornos mentales en nuestro país es considerable y tienden a ir en aumento. En los países en vías de desarrollo como México, se cuenta con escasa investigación clínica- epidemiológica para poder enfrentar los problemas en lo que a salud pública se refiere, para así lograr construir avances en la medicina preventiva social. Los resultados que se obtengan a través de este estudio serán de gran utilidad a los grupos multidisciplinarios que se interesen en la prevención y la atención de los principales padecimientos mentales de la población.

Así mismo se pretende con este estudio contribuir al conocimiento de la problemática que tanto afecta a los pacientes del primer nivel de atención y lograr promover con este tipo de investigación se desarrollen nuevos programas que en el futuro ayuden a disminuir la incidencia de los trastornos mentales, fortaleciendo la salud mental de los pacientes para un mejor desarrollo propio y de la población.

SUJETOS

La muestra se compone de 205 pacientes que se encuentran registrados en expedientes clínicos del departamento de archivo, del módulo de salud mental en la Unidad de Medicina Familiar Núm.14 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bajo los siguientes criterios de inclusión: pacientes de consulta externa, con edad de 3 a 87 años, de ambos sexos y que contara con una consulta subsecuente para su atención y/o recuperación. Durante los meses de mayo a diciembre de 1996.

MUESTREO

se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental o incidental, ya que los datos que se registraron en esta investigación fueron obtenidos de los expedientes de los pacientes.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se llevó a cabo en esta investigación fue descriptivo y retrospectivo. El cual tiene como objetivo describir la frecuencia de los trastornos mentales de la población que se encuentra registrada en los expedientes clínicos de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS.

INSTRUMENTO

Se utilizó como instrumento los expedientes clínicos de los pacientes que se encontraron registrados en el módulo de salud mental, los cuales contenían una historia clínica de la que se tomaron todos los datos y se realizó un vaciado de los mismos en un formato. (ver anexo 1).

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la aprobación de las autoridades de la institución para llevar a cabo esta investigación, así como también la colaboración de los psiquiatras, psicólogos y personal administrativo del módulo de salud mental de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS. Obtenida la autorización de acceso al archivo clínico de los expedientes, se procedió a revisar y seleccionar cada uno de los expedientes, que tuvieran una historia clínica elaborada, de donde se recabaron los datos.

En este lugar la información se fue recabando poco a poco de cada expediente a hojas de vaciado las cuales se mencionaron anterior mente en el instrumento y finalmente la información fue vaciada a hojas de codificación para su captura en una computadora con el programa "SPSS" y posteriormente obtener las frecuencias y porcentajes de los trastornos mentales, así como realizar un cruce de variables. Análisis necesario para entender el comportamiento de las enfermedades mentales en la muestra estudiada.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se utilizó el paquete estadístico spss y excel

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes

Y se realizo un crosstab con las variables de diagnostico y variables sociodemográficas

RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación que se llevó a cabo durante el período de mayo a diciembre de 1996, en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con una muestra de estudio de 205 expedientes, correspondientes a cada uno de los pacientes con la que se obtuvieron los siguientes resultados.

En primer lugar la muestra quedó conformada con las siguientes características De los 205 expedientes 61% fueron de pacientes del sexo femenino, y el 39 % del sexo masculino (ver gráfica 1).

Las edades oscilaron entre 3 y 87 años, el mayor porcentaje fue del 24.0% lo tuvieron el grupo de 21 a 30 años; y en segundo lugar el grupo de 31 a 40 años con el 17.0%; y por último el grupo de 41 a 50 años con el 14.0% (ver gráfica 2).

De acuerdo al estado civil el 41.0% reportó estar casado; y el 40.0% estar soltero (ver gráfica 3).

Respecto al nivel escolar el mayor porcentaje fue del 41.0%, en el nivel primaria posteriormente el de secundaria en un 29.0% (ver gráfica 4) como podemos observar el nivel escolar es bajo.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

Con relación a la ocupación el 35.0% se dedica al hogar, siguiéndole el rubro de los estudiantes con un 22.0%, y el de empleados en el 19.0%, (ver gráfica 5).

En lo que respecta a las características de distribución por sexo, el género que más predominó fue el femenino con un 61.0%, con respecto al masculino que registró el 39.0% de la población total como se puede ver en la tabla No. 1

SEXO	F	%
MASCULINO	80	39.0
FEMENINO	125	61.0
TOTAL	205	100.0

Tabla No. 1



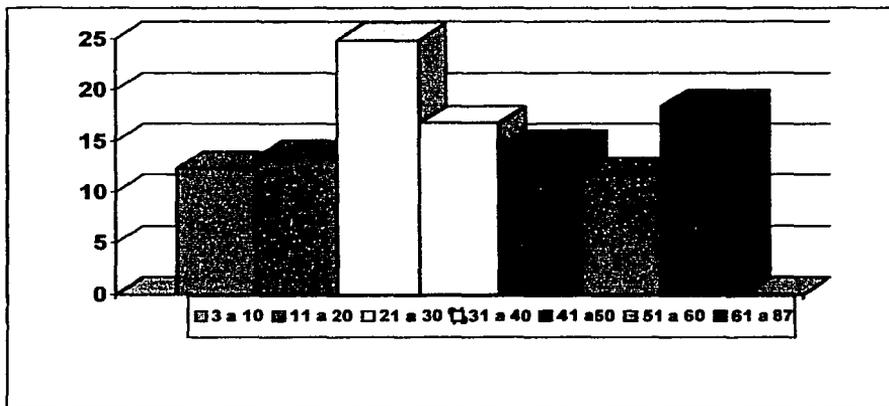
Gráfica No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD

En relación a la edad, el mayor porcentaje lo registró el grupo de 21 a 30 años de edad con un 24% (49 pacientes), siguiéndole el grupo de 31a 40 años de edad con un 17% (34 pacientes), y el tercer lugar lo registró el grupo de 41 a 50 años de edad con un 14% (29 pacientes), Lo cual nos indica que un gran porcentaje de la población investigada esta compuesta por gente adulta joven.

EDAD	F	%
3-10 AÑOS	25	12.0
11-20 AÑOS	27	13.0
21-30 AÑOS	49	24.0
31-40 AÑOS	34	17.0
41-50 AÑOS	29	14.0
51-60 AÑOS	24	12.0
61-87 AÑOS	13	6.0
SIN RESPUESTA	4	2.0
TOTAL	205	100.0

Tabla No. 2



Intervalos de Edad

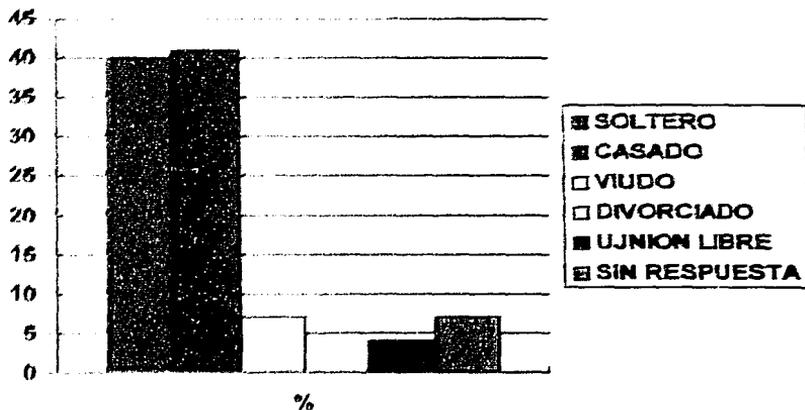
Gráfica No. 2

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil de la población el mayor porcentaje lo presentó el grupo de solteros con un 40% (85 personas) siguiendo la de los casados con un 40% (82 personas) y seguidamente el de viudos con un 7% (15 personas).

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	85	40.0
CASADO	82	40.0
VIUDO	15	7.0
DIVORCIADO	1	1.0
UNION LIBRE	8	4.0
SIN RESPUESTA	14	7.0
TOTAL	205	100.0

Tabla No. 3



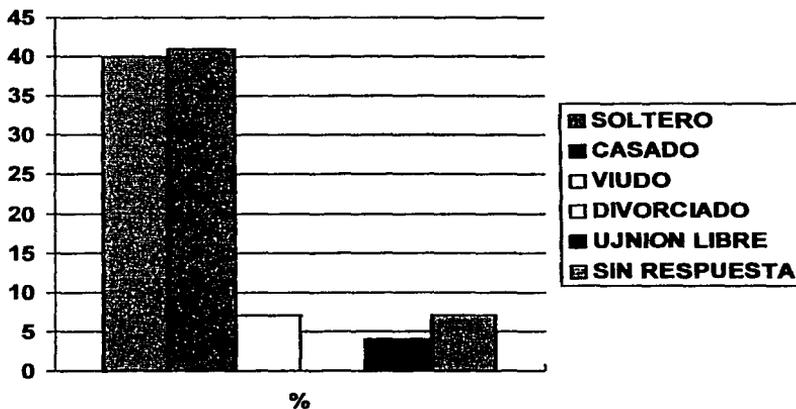
Gráfica No. 3

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL

Con respecto al estado civil de la población el mayor porcentaje lo presentó el grupo de casados con un 42% (85 pacientes) siguiendo la de los solteros con un 40% (82 pacientes), y posteriormente el de viudos con un 7% (15 pacientes).

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	82	40.0
CASADO	85	41.0
VIUDO	15	7.0
DIVORCIADO	1	1.0
UJNION LIBRE	8	4.0
SIN RESPUESTA	14	7.0
TOTAL	205	100.0

Tabla No. 3



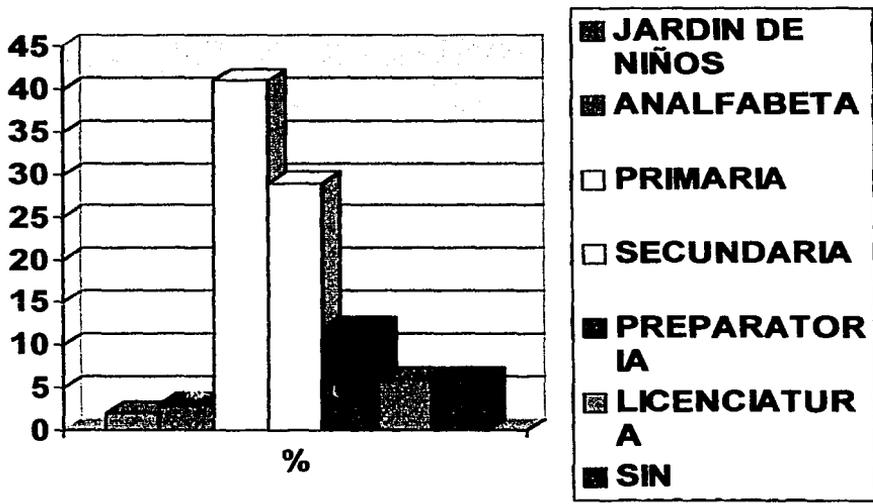
Gráfica No. 3

DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD

Con respecto a la escolaridad de la población, se encontró que el mayor porcentaje está representado por el grupo de nivel primaria con un 41.0 % (84 pacientes), seguido por el nivel de secundaria con un 29.0 % (60 pacientes), y en tercer lugar el nivel de preparatoria con un 12.0% (25 pacientes), como se puede observar la mayoría de los pacientes solo cuentan con un nivel de primaria.

NIVEL ESCOLAR	F	%
JARDIN DE NIÑOS	3	2.0
ANALFABETA	7	3.0
PRIMARIA	84	41.0
SECUNDARIA	60	29.0
PREPARATORIA	25	12.0
LICENCIATURA	13	6.0
SIN RESPUESTA	13	6.0
TOTAL	205	100.0

Tabla No. 4



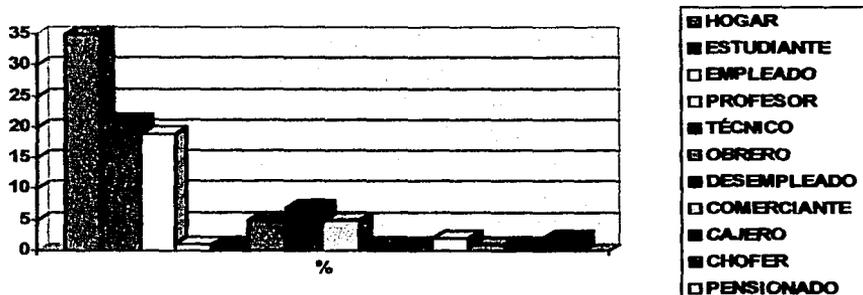
Gráfica No. 4

DISTRIBUCION POR OCUPACION

En la distribución por ocupación se encontró que el mayor porcentaje lo obtuvieron los pacientes que se dedican al hogar con un 35.0% (71pacientes), siguiendo el grupo de estudiante con un 22.0 % (44 pacientes) posteriormente los empleados con un 19.0% (38 pacientes), como se puede observar en la gráfica, la ocupación que más predominó en esta muestra de investigación es la del hogar, tomando en cuenta que es el sexo femenino el que tiene mayor porcentaje en la población estudiada. Como lo muestra la tabla No. 5

OCUPACIÓN	F	%
HOGAR	71	35.0
ESTUDIANTE	44	21.0
EMPLEADO	38	19.0
PROFESOR	2	1.0
TÉCNICO	1	1.0
OBRERO	10	5.0
DESEMPLEADO	15	7.0
COMERCIANTE	10	5.0
CAJERO	2	1.0
CHOFER	1	1.0
PENSIONADO	5	2.0
CAMPESINO	1	1.0
PROFESIONAL	2	1.0
SIN RESPUESTA	3	2.0
TOTAL	205	100.0

Tabla No. 5



Gráfica No. 5

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR VARIABLES CLINICAS

DISTRIBUCIÓN DE DIAGNOSTICOS CON MAYOR FRECUENCIA

Los diagnósticos encontrados con mayor frecuencia en esta investigación en los pacientes de acuerdo a la clasificación del CIE - 10 son:

- 1) el 38.0% en mayor porcentaje son los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- 2) posteriormente en un 14.0% los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- 3) La esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes en un 13.0%.
- 4) y por último; Los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia en un 10.0%.

Con respecto al tipo de tratamiento que los pacientes reciben se encontró que el 52.0% acude a psicoterapia, y el 28.0% acude a tratamiento farmacológico, con respecto a los pacientes que son atendidos con ambos tratamientos son el 12.0%.

TASAS DE MORBILIDAD DE ACUERDO AL CIE-10

Dentro de la distribución de los casos por diagnóstico, se encontró que el padecimiento con mayor porcentaje le corresponde al grupo de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con un 38%, siguiendo el de los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con un 14%, los del grupo de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y de ideas delirantes con 13%, posteriormente los trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia en un 10%, como puede observarse en la tabla No. 6

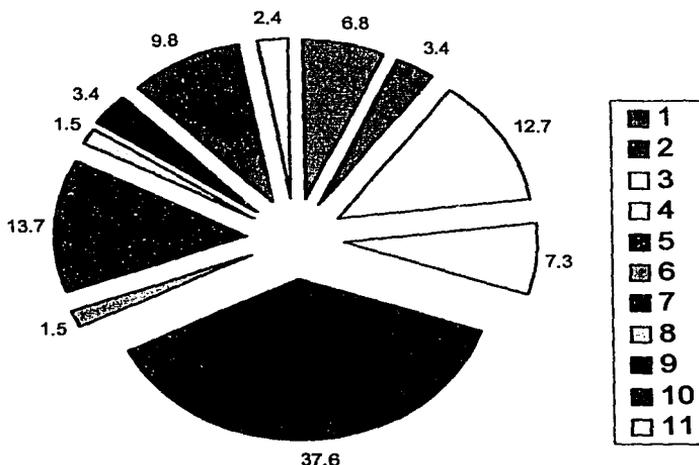
Tabla de morbilidad No. 6

TIPO DE DIAGNOSTICO	F	T
TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS	14	7
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS	7	3
ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES	26	13
TRASTORNOS DEL HUMOR (afectivos)	15	7
TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS	77	38
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS	3	2
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	28	14
RETRASO MENTAL	3	2
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO	7	3
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	20	10
OTROS TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	5	2
TOTAL	205	100

GRAFICA DE LA DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE MORBILIDAD

Dentro de la distribución de las tasas de mayor morbilidad de los trastornos mentales se encontraron, los neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en primer lugar con el número (5), los de personalidad y comportamiento del adulto con el (7), los de esquizofrenia, esquizotípicos e ideas delirantes con el (3) y trastornos de del comportamiento y emociones del comienzo habitual en la infancia y la adolescencia con el (10). Como se puede observar en la gráfica. 7

GRAFICA DE MORBILIDAD



Gráfica No. 7

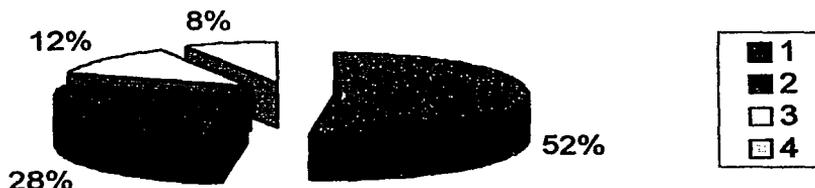
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE TRATAMIENTO

Con respecto a la distribución por el tipo de tratamiento, se encontró que el mayor porcentaje le corresponde al grupo de tratamiento en psicoterapia con un 52% siguiendo el grupo de farmacológico con un 28% y posteriormente el grupo que tiene ambos tratamientos, en un 12%, como se puede ver en la tabla. No. 8

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
PSICOTERAPIA	107	52.0
FARMACOLÓGICO	57	28.0
AMBAS	25	12.0
SIN REGISTRO	16	8.0
TOTAL	205	100.0

Tabla No. 8

FRECUENCIA



Grafica No. 8

**RESULTADOS DEL CRUCE DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
CON EL DIAGNOSTICO, DE ACUERDO AL CIE-10.**

Para obtener un mejor conocimiento sobre las características de los trastornos mentales de mayor frecuencia, se procedió a un **cruce de variables de cada uno de estos grupos con las variables sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación**. Una vez realizado el cruce de variables se puede concluir lo siguiente:

En lo que se refiere al cruce de **trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con sexo**, se encontró que de 205 pacientes de la muestra en estudio, 77 de estos presentan este tipo de padecimientos, en el cual, el sexo femenino es el más afectado en un 78.0%, como se observa en la tabla No. 9

Cruce de trastornos neuróticos con sexo

SEXO	F	%
MASCULINO	17	22.0
FEMENINO	60	78.0
TOTAL	77	100.0

Tabla No. 9

Con respecto al cruce entre **trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con rango de edad** en la población de estudio, se encontró que el rango de edad al que más afecta este tipo de trastornos es de 15 a 32 años con un 42.0%, siguiendo el de 33 a 50 años con un 40.0%, posteriormente de 51 a 68 años con un 13.0% como se observa en la tabla No. 10

Cruce de trastornos neuróticos con edad

RANGO DE EDAD	F	%
3-14 ANOS	4	5.0
15-32 ANOS	32	42.0
33-50 ANOS	31	40.0
51-68 ANOS	10	13.0
69-87 ANOS	0	0.0
TOTAL	77	100.0

Tabla No.10

En el cruce de **trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con escolaridad**, se encontró que el nivel que más trastornos neuróticos presentó, fue el nivel de secundaria con un 40%, siguiendo el de primaria con un 37.0%, y posteriormente el grupo de analfabetas con un 14.0% como se observa en la tabla No. 11

Cruce de trastornos neuróticos con nivel escolar

NIVEL ESCOLAR	F	%
JARDIN DE NIÑOS	4	5.0
ANALFABETA	11	14.0
PRIMARIA	28	37.0
SECUNDARIA	30	40.0
PREPARATORIA	0	0.0
LICENCIATURA	0	0.0
SIN RESPUESTA	3	4.0
TOTAL	76	100.0

Tabla No. 11

En lo que se refiere al cruce **entre trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con la ocupación**, se encontró que el grupo más afectado por estos trastornos fue el del hogar con un 47.0%, siguiendo el de empleados con un 28.0%, posteriormente el de estudiante con un 9.0%, como lo muestra la tabla No.12

Cruce de trastornos neuróticos con ocupación

OCUPACIÓN	F	%
HOGAR	36	47.0
ESTUDIANTE	7	9.0
EMPLEADO	21	28.0
PROFESOR	0	0.0
TECNICO	0	0.0
OBRERO	4	5.0
DESEMPLEADO	1	1.0
COMERCIANTE	3	4.0
CAJERO	1	1.0
CHOFER	1	1.0
PENSIONADO	1	1.0
CAMPESINO	1	1.0
PROFESIONAL	1	1.0
SIN RESPUESTA	0	0.0
TOTAL	77	100.0

Tabla No.12

Con respecto al cruce entre **trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con estado civil** de la población en estudio, se encontró que los sujetos con mayor prevalencia de trastornos neuróticos fueron los casados con un 54%, siguiendo los solteros con un 25.0%, como lo muestra la tabla No. 13

Cruce de trastornos neuróticos con estado civil

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	19	25.0
CASADO	41	54.0
VIUDO	5	6.0
DIVORCIADO	1	1.0
UNION LIBRE	4	5.0
SIN RESPUESTA	7	9.0
TOTAL	77	100.0

Tabla No. 13

En lo que se refiere al cruce de **trastornos neuróticos secundarios, a situaciones estresantes y somatomorfos con tipo de tratamiento**, se encontró, que el mayor porcentaje de estos trastornos neuróticos, fueron tratados con psicoterapia en un 72.0%, siguiendo el tratamiento con ambos con un 16.0%, y finalmente el farmacológico con un 12.0%. como muestra la tabla No. 14

Cruce de trastornos neuróticos con tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	F	%
PSICOTERAPIA	56	72.0
FARMACOLÓGICO	9	12.0
AMBAS	12	16.0
TOTAL	77	100.0

Tabla No. 14

En lo que se refiere al cruce de **trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con sexo**, se encontró que el sexo femenino registró un mayor porcentaje en un 64.0%, con respecto al masculino que fue de un 36.0%, como lo muestra la tabla No. 15

Cruce de trastornos de la personalidad con sexo

SEXO	F	%
MASCULINO	10	36.0
FEMENINO	18	64.0
TOTAL	28	100.0

Tabla No. 15

Dentro del cruce de **trastornos de la personalidad y del comportamiento con los intervalos de edad de la población** de esta investigación se encontró, que los trastornos de la personalidad afectan en mayor porcentaje al grupo que registra entre 15 y 32 años con un 57.0%, siguiendo los grupos de 33 a 50 años y los de 51 a 68 años de edad con un 21.0% por grupo como lo muestra la tabla No. 16

Cruce de trastornos de la personalidad con edad

RANGO DE EDAD	F	%
3-14 ANOS	0	0.0
15-32 ANOS	16	57.0
33-50 ANOS	6	21.0
51-68 ANOS	6	21.0
69-87 ANOS	0	0.0
TOTAL	28	100.0

Tabla No. 16

En lo referente al cruce de **trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con escolaridad** se encontró que el grupo más afectado con este tipo de trastornos fue el de secundaria con un 43.0%, siguiendo el de nivel primaria con un 29.0%, posteriormente el de analfabetas con un 11.0%. como lo muestra la tabla No. 17

Cruce de trastornos de la personalidad con escolaridad

NIVEL ESCOLAR	F	%
JARDIN DE NIÑOS	3	11.0
ANALFABETAS	3	11.0
PRIMARIA	8	29.0
SECUNDARIA	12	43.0
PREPARATORIA	0	0.0
LICENCIATURA	0	0.0
SIN RESPUESTA	2	6.0
TOTAL	28	100.0

Tabla No. 17

Dentro del cruce de **trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con el estado civil** de los pacientes de la muestra de estudio, se encontró que el grupo que más trastornos de la personalidad presento fue el de los casados con un 57%, siguiendo el de solteros con un 25.0%, como lo muestra la tabla No. 18

Cruce de trastornos de la personalidad con estado civil

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	7	25.0
CASADO	16	57.0
VIUDO	2	7.0
DIVORCIADO	0	0.0
UNIÓN LIBRE	1	4.0
SIN RESPUESTA	2	7.0
TOTAL	28	100.0

Tabla No. 18

De acuerdo al cruce de **trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con ocupación**, se encontró que el mayor porcentaje le corresponde al grupo que se dedica al hogar con un 39.0%, siguiendo el de empleado con un 21%, posteriormente el de comerciante y pensionado con un 11.0%, por grupo como lo muestra la tabla No. 19

Cruce de trastornos de la personalidad con ocupación

OCUPACIÓN	F	%
HOGAR	11	39.0
ESTUDIANTE	2	7.0
EMPLEADO	6	21.0
DESEMPLEADO	0	0.0
OBRAERO	0	0.0
COMERCIANTE	3	11.0
PENSIONADO	3	11.0
PROFESIONAL	1	3.0
CHOFER	1	3.0
TÉCNICO	0	0.0
CAJERO	1	3.0
CAMPESINO	0	0.0
SIN RESPUESTA	0	0.0
TOTAL	28	100.0

Tabla No. 19

Dentro del cruce de **trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto con el tipo de tratamiento**, se encontró que los trastornos de personalidad se atienden con mayor frecuencia con psicoterapia en un 58.0%, con fármacos y con ambos tratamientos se atienden con un 21.0% por cada grupo como lo muestra la tabla No. 20

Cruce de trastornos de la personalidad con tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	F	%
PSICOTERAPIA	16	58.0
FARMACOLÓGICO	6	21.0
AMBOS	6	21.0
TOTAL	28	100.0

Tabla no. 20

En lo que se refiere al cruce de **trastornos de esquizofrenia, esquizotípicos y de ideas delirantes con sexo** se encontró que el mayor porcentaje lo presentó el femenino con un 62.0%, en comparación con el masculino que registro un 38%, como lo muestra la tabla No. 21

Cruce de trastornos esquizofrénicos con sexo

SEXO	F	%
MASCULINO	10	38.0
FEMENINO	16	62.0
TOTAL	26	100.0

Tabla No. 21

En cuanto al cruce de **trastornos de esquizofrenia, esquizotípicos y de ideas delirantes con edad**, se encontró que el grupo que más presentó este tipo de trastornos fue el de 15 a 32 años con un 42.0%, siguiendo el de 33 a 50 y el de 51 a 68 con un 27.0%, por grupo como lo muestra la tabla No. 22

Cruce de Trastornos esquizofrénicos con edad

RANGOS DE EDAD	F	%
3-14 AÑOS	0	0.0
15-32 AÑOS	11	42.0
33-50 AÑOS	7	27.0
51-68 AÑOS	7	27.0
69-87 AÑOS	1	4.0
TOTAL	26	100.0

Tabla No. 22

En lo referente al cruce de trastornos de esquizofrenia, esquizotipicos y de ideas delirantes con estado civil, se pudo observar que el grupo que más presento este tipo de trastornos fue el de casados con un 39.0%, siguiendo los solteros con un 35.0%, como lo muestra la tabla No. 23

Cruce de trastornos esquizofrénicos con estado civil

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	9	35.0
CASADO	10	39.0
VIUDO	3	12.0
DIVORCIADO	0	0.0
UNIÓN LIBRE	1	4.0
SIN RESPUESTA	3	12.0
TOTAL	26	100.0

Tabla No. 23

En lo que se refiere al cruce de trastornos de esquizofrenia, esquizotipicos y de ideas delirantes con nivel escolar, se encontró que el grupo mas afectado fue el que tiene nivel de secundaria con un 31.0%, siguiendo los de preparatoria con un 23.0%, como se puede ver en la tabla No. 24

Cruce de trastornos esquizofrénicos con nivel escolar

NIVEL ESCOLAR	F	%
JARDIN DE NIÑOS	0	0.0
ANALFABETA	5	19.0
PRIMARIA	0	0.0
SECUNDARIA	8	31.0
PREPARATORIA	6	23.0
LICENCIATURA	4	15.0
SIN RESPUESTA	3	12.0
TOTAL	26	100.0

Tabla No. 24

Dentro del cruce de trastornos de esquizofrenia, esquizotipicos y de ideas delirantes con ocupación se encontró que el grupo que más trastornos de esquizofrenia registro fue el dedicado al hogar con un 46%, siguiendo el de pensionados con un 19.0%, posteriormente el de empleado con un 11.0% como lo muestra la tabla No. 25

Cruce de trastornos de esquizofrenia con ocupación

OCUPACIÓN	F	%
HOGAR	12	46.0
ESTUDIANTE	2	8.0
EMPLEADO	3	11.0
DESEMPLEADO	1	4.0
OBRAERO	0	0.0
COMERCIANTE	1	4.0
PENSIONADO	5	19.0
PROFESIONAL	1	4.0
CHOFER	0	0.0
TÉCNICO	1	4.0
CAJERO	0	0.0
CAMPESINO	0	0.0
SIN RESPUESTA	0	0.0
TOTAL	26	100.0

Tabla No. 25

En lo referente al cruce de trastornos de esquizofrenia, esquizotipicos y de ideas delirantes con tipo de tratamiento se encontró que este tipo de trastornos fue tratado con tratamiento farmacológico con un 92.0%, y con un 8.0% con ambos tratamientos como lo muestra la tabla No. 26

Cruce de trastornos de esquizofrenia con tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	F	%
PSICOTERAPIA	0	0.0
FARMACOLÓGICO	24	92.0
AMBOS	2	8.0
TOTAL	26	100.0

Tabla No. 26

En lo que respecta al cruce de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia con sexo, se pudo observar que el género masculino presentó un mayor porcentaje en este tipo de trastornos, esto es en un 65.0%, en comparación con el femenino que fue de 35.0%, como se puede observar en la tabla No. 27

Cruce de trastornos del comportamiento con sexo

SEXO	F	%
MASCULINO	13	65.0
FEMENINO	7	35.0
TOTAL	20	100.0

Tabla No. 27

Dentro del cruce de trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia con la edad de los pacientes de esta población de estudio, se encontró, que el mayor porcentaje lo registró el grupo que tiene de 3 a 14 años con un 95.0%, siguiendo el grupo de 15 a 32 con un 5.0%, como lo muestra la tabla No. 28

Cruce de trastornos del comportamiento con edad

RANGOS DE EDAD	F	%
3-14 AÑOS	19	95.0
15-32 AÑOS	1	5.0
33-50 AÑOS	0	0.0
51-68 AÑOS	0	0.0
69-87 AÑOS	0	0.0
TOTAL	20	100.0

Tabla No. 28

En lo referente al cruce de trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia con estado civil, se encontró que el mayor porcentaje de estos trastornos le corresponde al grupo de solteros con un 100.0%, en comparación con el resto de los demás grupos como lo muestra la tabla No. 29

Cruce de trastornos del comportamiento con estado civil

ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	20	100.0
CASADO	0	0.0
VIUDO	0	0.0
DIVORCIADO	0	0.0
UNIÓN LIBRE	0	0.0
SIN RESPUESTA	0	0.0
TOTAL	20	100.0

Tabla No. 29

En lo referente al cruce de trastornos del comportamiento de las emociones y del comienzo habitual en la infancia y la adolescencia con escolaridad se pudo observar que el grupo en donde se registro con mayor porcentaje los trastornos de este tipo, fue en los grupos de primaria y secundaria con 30.0% por grupo siguiendo el de preparatoria con un 25.0%, como se puede ver en la tabla No. 30

Cruce de trastornos del comportamiento con nivel escolar

NIVEL ESCOLAR	F	%
JARDÍN DE NIÑOS	0	0.0
ANALFABETA	3	15.0
PRIMARIA	6	30.0
SECUNDARIA	6	30.0
PREPARATORIA	5	25.0
LICENCIATURA	0	0.0
SIN RESPUESTA	0	0.0
TOTAL	20	100.0

Tabla No. 30

En lo que respecta al cruce de trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia con ocupación, se encontró que el grupo más afectado con este tipo trastornos fue el de estudiante con un 94.0%, como lo muestra la tabla No. 31

Cruce por trastornos del comportamiento con ocupación

OCUPACIÓN	F	%
HOGAR	0	0.0
ESTUDIANTE	16	94.0
EMPLEADO	0	0.0
DESEMPLEADO	0	0.0
OBRERO	0	0.0
COMERCIANTE	1	6.0
PROFESIONAL	0	0.0
CHOFER	0	0.0
TÉCNICO	0	0.0
CAJERO	0	0.0
CAMPESINO	0	0.0
SIN RESPUESTA	0	0.0
TOTAL	17	100.0

Tabla No 31

De acuerdo al cruce de trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia con tratamiento, se encontró que este tipo de trastornos fue tratado en un 85.0%, con psicoterapia y solo el 15.0%, fue con tratamiento farmacológico como se puede observar en la tabla No. 32

Cruce de trastornos del comportamiento con tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	F	%
PSICOTERAPIA	17	85.0
FARMACOLÓGICO	3	15.0
AMBOS	0	0.0
TOTAL	20	100.0

Tabla No. 32

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En lo referente a las características sociodemográficas de la población estudiada se observó que el sexo femenino predominó en un 61.0% (125 pacientes), en relación al sexo masculino con un 39.% (80 pacientes).

De acuerdo con lo señalado por varios autores como (Lara y Cols, 1996) en la población estudiada se encontró que las mujeres asisten con mayor frecuencia a la consulta psicológica en comparación con los hombres. Estos autores reportan que la mujer tiende mas a solicitar ayuda profesional, y los hornbres regularmente solicitan ayuda a los amigos y familiares, con el fin de ahorrar tiempo y dinero. Las mujeres acuden con mayor frecuencia que los hombres a los servicios de salud, del primer nivel de atención, ya sea por problemas de salud en general o por problemas de índole emocional.

En lo que respecta a la escolaridad de los pacientes el nivel primaria obtuvo un 41.0% en comparación con el de secundaria que fue de 29.0% observándose con esto que el nivel escolar es bajo.

La edad de los pacientes a los que más afecta este tipo de trastornos fue el rango de 21 a 30 años de edad con un porcentaje del 24.0% (53 pacientes), siguiéndole el grupo de 31 a 40 años en un 17.0% (34 pacientes), que es en la edad mas productiva de la vida, lo que representa una grave pérdida social y económica para el país.

En lo que respecta al estado civil la mayoría son casados en un 41.0% (85 pacientes), siguiendo los solteros con un 40.0% (80 pacientes), cabe mencionar que muchos llegan a la consulta del primer nivel de atención por problemas con la pareja.

Con respecto a la ocupación, la mayoría se dedica al hogar en un 35.0% (71 pacientes), siguiendo los estudiantes en un 22.0% (44 pacientes). Por lo que quizá no tienen acceso a otras fuentes de información, aparte de los medios masivos de comunicación.

Los diagnósticos encontrados con mayor frecuencia en esta investigación en los pacientes, de acuerdo a la clasificación del CIE-10 son: 1) el 38.0% en mayor porcentaje son los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos; 2) posteriormente en un 14.0% los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto; 3) La esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes en un 13.0%; 4) y por último; Los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia en un 10.0%.

Caraveo y Col. Citados por Lara y Acevedo (1996), hicieron investigaciones en el IMSS. En 1983, y encontraron que los trastornos neuróticos se registraron como uno de los principales motivos de consulta, lo cual podemos decir que de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio se obtuvo el 38.0 % esto nos indica que es un porcentaje alto, con lo que podemos observar que dicho padecimiento se sigue incrementando.

Con respecto a la esquizofrenia estos mismos autores encontraron un porcentaje del 15.0 % en dicho trastorno en su estudio y con respecto al resultado de nuestro estudio donde se encontró en un 13.0% lo cual podemos observar que es semejante.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el cruce de variables con el diagnóstico, podemos decir que el propósito de este trabajo cumplió con su objetivo, que era describir la frecuencia de los trastornos mentales en pacientes de consulta externa en el primer nivel de atención el IMSS. Ya que los trastornos encontrados en esta muestra de estudio fueron clasificados en 11 categorías según el CIE-10, de las cuales se tomaron las 4 categorías de mayor porcentaje a partir del 10.0%, con el fin de dar un mejor diagnóstico en los pacientes que padecen trastornos mentales en el primer nivel de atención.

Las cuatro categorías que registraron mayor porcentaje a partir del 10.0% fueron los Trastornos Neuróticos Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos, Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto, Trastornos Esquizofrénicos, Esquizotípicos y de Ideas Delirantes, y Trastornos del Comportamiento, de las Emociones del Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia.

Dentro del cruce de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con sexo, se encontró que de los 205 pacientes el 38.0%, (77 pacientes) presentaron este tipo de padecimientos, de este porcentaje, el 22.0% esta representado por el sexo masculino y el 78.0% por el femenino. Con la edad se encontró que la población más afectada fue la que tiene entre 15 y 32 años en un 42% y los que tienen 33 a 50 años de edad en un 40% . Con el nivel escolar los más afectados, fue la población que cuenta con un nivel medio básico en un 76.0%. En la ocupación los más afectados fueron las mujeres que se dedican al hogar con un 47.0%. Con estado civil, el grupo más afectado fue el de los casados con un 54.0%. En el tratamiento el más utilizado para este tipo de trastornos fue la psicoterapia con el 72.0%.

En el cruce de los trastornos de la personalidad con sexo, se encontró que de 205 pacientes, el 14.0 %, (28 pacientes) sufren de este tipo de padecimientos, en un 36.0%, (10 pacientes) corresponden al sexo masculino y el 64.0%, (18 pacientes) al sexo femenino. La edad de la población más afectada fue la que tienen entre 15 y 32 años con un 57.0%, (16 pacientes). En la escolaridad, se encontraron que los más afectados con estos trastornos fueron los que tienen un nivel escolar medio básico en un 43.0 %, (12 pacientes). Con estado civil se encontró que la población más afectada con estos trastornos fue la de los casados en un 57.0%, (16 pacientes). Con ocupación la población en la que más se encontró estos trastornos fue la que se dedica al hogar en un 39.0%, (11 pacientes). Con tratamiento, el 58.0%, (16 pacientes) fueron tratados con psicoterapia.

En lo que se refiere al cruce de trastornos de esquizofrenia esquizotípicos y de ideas delirantes con sexo, se encontró que de 205 pacientes el 13.0%, (26pacientes) padecen estos trastornos en el cual el 38.0%, (10 pacientes) son del sexo masculino y el 62.0%, (16 Pacientes) al femenino. Con edad, se encontró que la población más afectada con estos padecimientos es la que tiene entre 15 y 32 años de edad 42%, Con estado civil, los más afectados son los casados con un 39.0%, (10 pacientes) y los solteros con un 35.0 % (9 pacientes). Con nivel escolar, los más afectados son los que tienen un nivel de secundaria con un 31.0%, (8 pacientes). Con ocupación, el grupo más afectado con estos problemas es el que se dedica al hogar con un 46.0 %, (12 pacientes). Con tratamiento, el 92.0%, (24 pacientes), el más utilizado fue el farmacológico.

Con respecto al cruce de trastornos del comportamiento y de las emociones del comienzo habitual en la infancia y adolescencia con el sexo, se encontró que de 205 pacientes el 10.0%,(20 pacientes) presentan este tipo de trastorno, en donde el 65.0%, (13 pacientes), esta representado por el sexo masculino y el 35.0%, (7 pacientes) por el sexo femenino. Con la edad la población más afectada fue la que tiene entre 3 y 14 años aproximadamente. Con estado civil se encontró que los solteros son los más afectados con un 95.0%, (19 pacientes). Con nivel escolar, el grupo más afectado fueron los que tienen nivel de primaria y secundaria con un 30.0%, (6 pacientes) por grupo. Con ocupación, el grupo más afectado fue el de los estudiantes con un 94.0%, (16 estudiantes). Con tratamiento, el 85.0%, (17 pacientes), fueron tratados con psicoterapia.

Al finalizar este estudio, se encontró que los trastornos que más afectaron a la muestra de estudio, fueron los trastornos neuróticos y sobre todo en las mujeres jóvenes entre 15 y 32 años, que son casadas, dedicadas al hogar y que además tienen un nivel escolar medio básico lo que podría ser el motivo por el cual las mujeres solicitan más ayuda profesional al módulos de salud mental del IMSS.

Con respecto al tipo de tratamiento que los pacientes reciben se encontró que el 52.0% acude a psicoterapia, cabe mencionar que esta es ejercida por psicólogos, y

el 28.0% acude a tratamiento farmacológico, este porcentaje de pacientes es atendido por los médicos psiquiatras, con respecto a los pacientes que son atendidos con ambos tratamientos son el 12.0%, como podemos observar en la consulta del primer nivel de atención en este tipo de instituciones la mayoría de los pacientes son atendidos por psicólogos.

Concientizar a los médicos familiares del primer nivel de atención sobre los porcentajes altos de este estudio, con la finalidad de dar diagnósticos que sean oportunos, ya que la prevención es uno de los métodos más significativos dentro de la ayuda médica psicológica en lo que a reducción de trastornos mentales se refiere. Con esto podríamos disminuir los desordenes y desviaciones mentales los cuales representan grandes sufrimientos para las personas que los padecen.

(Sánchez, 1983), menciona que aun existen muchos aspectos fundamentales de estos padecimientos que se desconocen y que se requieren mayores investigaciones en este campo, sobre todo de tipo epidemiológico y bioquímico, para aclarar y descubrir lo que permanece oscuro, principalmente en cuanto a las causas, susceptibilidad, prevención y tratamiento de estos trastornos.

Porque es en la familia en donde se forman los seres humanos. Se proporcionan valores y principalmente afecto, y con esto salud mental. Si se dan estos elementos de manera apropiada se podría de cierta forma garantizar un desarrollo de personalidad apropiada, lo cual llevaría a disminuir problemas emocionales, como son los trastornos por ansiedad y los trastornos de conducta entre otros.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Es evidente que en nuestro país se ha dado poco interés a la investigación sobre trastornos mentales, lo cual sería muy importante para entender más sobre ellos y así poder encontrar mejores métodos para lograr disminuir este tipo de alteraciones en poblaciones como la actual, lo que posiblemente permitiría tener una mejor armonía familiar, un mejor rendimiento escolar y laboral.

Dentro de las sugerencias para este trabajo, podemos decir que es importante la existencia de un mayor número de estudios o investigaciones de tipo epidemiológico los cuales nos permitan tener una mejor información para poder determinar con mayor claridad cada uno de los trastornos mentales que afectan al ser humano tanto en su nivel social como escolar y laboral.

Y por otro lado nos ayuden a establecer con mayor claridad cada uno de los síntomas que presentan los pacientes de consulta externa en el primer nivel de atención de esta población con el fin de dar un diagnóstico más claro y acertado que ayude al paciente a tener una mejor atención y una rápida recuperación en su salud mental.

Tomando en cuenta que aún quedan cosas por investigar sobre los trastornos mentales, es importante trabajar en conjunto con otras disciplinas que permitan explicar y comprender mejor desde el punto de vista psicológico las causas y efectos de la sintomatología de estos trastornos en el mismo paciente.

Por tal motivo nuestro papel como psicólogos amerita involucrarse más ampliamente, no sólo en las patologías específicas, si no en todas aquellas que competan a

nuestro campo, para trabajar arduamente en la prevención y tratamiento psicoterapéutico, con el objeto de elevar y mejorar la calidad de vida de todos y cada uno de los pacientes de consulta externa del primer nivel de atención.

Por otro lado se sugiere que este tipo de investigaciones puedan realizarse no solamente a través de el estudio de los expedientes, si no, trabajando directamente con los pacientes.

Asimismo ampliar el número de sujetos para el estudio, visitando diferentes clínicas y hospitales, para con esto hacer comparaciones en los resultados obtenidos.

Tomando en cuenta que este estudio se realizó con sujetos de nivel bajo sociocultural, se recomienda conocer las características que se presentan en los diferentes estratos sociales para efectuar investigaciones que permitan hacer diferentes comparación entre ellos para conocer en que nivel socioeconómico prevalecen con mayor porcentaje este tipo de trastornos.

Los estudios realizados en nuestro país, son muy escasos lo que dificulta realizar amplias comparaciones inclusive con el nuestro, por lo que es importante trabajar en conjunto con otras disciplinas que permitan explicar desde el punto de vista psicológico las causas y efectos de la sintomatología de estos trastornos en el individuo mismo.

Se sugiere dar a conocer los resultados obtenidos de esta investigación para ayudar a fomentar programas preventivos en salud mental , en el sector salud para la atención de los pacientes que padecen trastornos mentales. Y dar a conocer la necesidad y la demanda de la consulta psicológica, con el fin de contribuir en los diagnósticos de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁGUILAR, S. (1995). Investigación en Salud Pública. Secretaría de salud de Tabasco. No.8.

ALVAREZ (1991) Salud Pública y Medicina Preventiva Edit. Moderno. México

ANDERS, A. ISTAFFAN, M. (1984). Fundamentos de epidemiología Edit. Siglo XX1.

BEAGLEHOLE, R. (1995). Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud

BELLOCH, A. (1996) Manual de Psicopatología. Vol. VI. Edit. Mc Graw-Hill

CABILDO, M. (1991). Salud Mental enfoque preventivo. Edit. Unión Netzahualcoyotl. México

CALDERON, G. (1992). Salud comunitaria, un nuevo enfoque de la psiquiatría. Edit. Trillas.

CALLES, M. (1979). La Salud Pública en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Vol. 13.

CAMACHO, E. (1981). Estudio Epidemiológico de padecimientos Mentales en un Servicio de Hospitalización Psiquiátrica. Tesina de Especialización en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

CARAVEO, J. (1996). La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la

Población. Salud Mental. Vol. 19.

CARAVEO, J. (1995). Epidemiología, Salud Mental y Sociedad. Psicología y Salud Mental. Salud Mental. Núm. Especial.

Celis, A. (1982). Un estudio sobre morbilidad psiquiátrica en un hospital de tercer nivel. Tesina de especialización en Psiquiatría. UNAM.

CIE-10 (1992) Trastornos Mentales y del Comportamiento Madrid España

De La FUENTE, R. (1982). Acerca de la Salud Mental en México. Salud Mental. Vol. 5. No.3.

De La FUENTE. R; MEDINA MORA; CARAVEO (1999) La Salud Mental en México

FUENTES, C. (1990). Proceso Epidemiológico de las Enfermedades Mentales. Revista de Enfermería del IMSS. Vol.3. No. 2-3.

ESCALANTE M. (1994) Estimación de Conducta Inteligente en Niños de la Calle, Mediante Programas de Reforzamiento Tesis de licenciatura UNAM. Facultad de Psicología.

GARCIA, E. (1982) Padecimientos más Frecuentes en un Hospital Psiquiátrico. Tesina de Especialización en Psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

GARCIA, S. (1993) El significado psicológico y social de la salud y enfermedad mental. Tesis de pos grado. UNAM. Facultad de Psicología.

GUERRA (1975) Introducción a la Salud Pública. Edit. Méndez. México.

LARA y ACEVEDO (1996) Patrones de utilización de los servicios de la salud

Mental. Salud Mental. Vol.19.

LARTIGUE, M. (1985). Una aproximación al diagnóstico del estudio actual de la salud mental en México, Revista mexicana de Psicología

LOPEZ, A. (1987). Estudio Epidemiológico Sobre Salud Mental en una Muestra Representativa en un Plantel de Nivel Superior. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología.

LOPEZ, J. (1995). Percepción de la Enfermedad Mental en Pacientes de Consulta Médica General. Salud Mental. Vol. 2.

LOPEZ, M. (1979). La Salud Pública en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. No.13

LORENTZEN, I. (1986). Descripción evacuatoria del trabajo realizado en el centro de servicios psicológicos. Tesis de pos grado. UNAM, Facultad de psicología.

MATRAJT, M. (1992). Salud Mental Pública. Universidad Autónoma de Morelos. México. Edit.

MUSQUIZ, A. (1987). La asistencia social del paciente psiquiátrico en México. Tesis de especialización en psiquiatría. Facultad de Medicina. UNAM.

PÉREZ (1991) Salud pública. Metodología de la investigación. Edit. Trillas México.

RICO, H; LOZANO, I. (1995). Contaminación Ambiental y Salud Mental. Psiquis

ROCABADO (1995) Políticas de la Organización panamericana de la salud en materia de salud mental. Psicología y Salud Mental. Núm. Especial.

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

ROMANA, S. (1989). Estudio Epidemiológico Descriptivo de las Características y Síntomas de la Depresión en una Población Infantil. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología.

ROMERO, M. (1985). Una Versión Breve del Cuestionario General de Salud (Su Estructura Factorial de Una Muestra de Estudiantes Universitarios). Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología.

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

SALLERAS (1990) Salud pública. Edit. Díaz de Santos. Madrid.

SANCHEZ (1983). Elementos de Salud Pública. Salud Mental. Edit. Méndez Editores. México

SÁNCHEZ (1991). Elementos de Salud Pública. Edit. Cervantes. México.

SOBERON, G. (1987). La Protección de La Salud en México. Edit. Porrúa.

VEGA, F. (1992). Bases esenciales de la Salud Pública. México. Edit. La Prensa Médica.

ZURNO, M. CANO, J. (1991). Manual de Atención Primaria. Edit. Doyma.

ANEXO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MODULO DE SALUD MENTAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

NUMERO DE AFILIACIÓN ----- EDAD----- SEXO-----

ESTADO CIVIL-----LUGAR DE NACIMIENTO-----

GRADO ESCOLAR-----OCUPACIÓN-----

A QUE EDAD EMPEZÓ A TRABAJAR-----CUANTOS HERMANOS TIENE

-----QUE NUMERO DE HERMANO ES-----A QUE EDAD SE CASO-----

SU PAREJA ES: A) MAYOR B) MENOR C) DE LA MISMA EDAD

SU RENDIMIENTO ESCOLAR FUE: A) BUENO B) REGULAR C) BAJO

ANTECEDENTES FAMILIARES CON ENFERMEDAD MENTAL, DEABETES,
CÁNCER, HIPERTENSIÓN, QUE LES DEN ATAQUES, ETC. OTROS -----

-----LAS RELACIONES FAMILIARES SON: A) ARMÓNICAS

B) INARMÓNICA. FUMA: SI () NO () A QUE EDAD EMPEZÓ A FUMAR-----

-----CUANTOS CIGARRILLOS FUMA AL DIA-----

TOMA: SI () NO () A QUE EDAD EMPEZÓ A BEBER-----

CON QUE FRECUENCIA BEBE-----

CONSUME ALGÚN TIPO DE DROGAS O INHALANTES: SI () NO ()

DE QUE TIPO -----CON QUE FRECUENCIA-----

DIAGNOSTICO DE ENVIÓ DEL MEDICO FAMILIAR-----

DIAGNOSTICO DE INGRESO AL MODULO DE SALUD MENTAL -----

TIPO DE TRATAMIENTO: A) FARMACOLÓGICO B)PSICOTERAPIA C) AMBOS.