

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES  
QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL,  
EN TRES HOSPITALES GENERALES DE LA CIUDAD DE  
MAZATLAN, SINALOA”**

**TESIS QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
PRESENTA**

**ESPERANZA PATRICIA SIERRA AGUILAR**

**DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ  
TUTOR TEORICO**

**DRA CLAUDIA FOUILLOUX  
TUTOR METODOLOGICO**

**DR. JESUS GUTIERREZ AGUILAR  
TUTOR METODOLOGICO**



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.

**Dedicado a:**

A mis padres y hermana, por su cariño incondicional.

A mi esposo Francisco e hijos Odette y Francisco.

A mis maestros: Dr. Alejandro Díaz M., Dra. Claudia Fouilloux, Dr. Jesús Gutiérrez.

# INDICE

## TEMA

Dedicatorias

Indice

1. Introducción

2. Justificación

3. Objetivos

4. Material y Métodos

5. Resultados

6. Discusión

7. Bibliografía

Palabras clave: : trastornos mentales, M.I.N.I., pacientes, salud, mental, psiquiátricos, servicios, problemas, prevalencia

## 1. INTRODUCCION

La psiquiatría es una especialidad médica que se encuentra en constante evolución, el desarrollo de metodología que integra su marco teórico ha permitido de manera importante su avance. Es innegable que el avance científico en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales ha permitido ofrecer a los pacientes cada vez mejoría continua en su calidad de vida.

La dicotomización entre soma y psique es un tema que no guarda ya ninguna razón de existir, las enfermedades mentales deben ser reconocidas como otro grupo simplemente de las enfermedades que la medicina debe de tratar, y aunque el avance es cada vez más notorio, persiste tanto en la población general como en la comunidad médica una tendencia a ignorarlas y no detectar a las enfermedades mentales.

La salud mental se caracteriza por ser parte de un proceso cuya génesis se da en buena parte, como consecuencia de la interacción naturaleza humana-sociedad, y es donde el equilibrio dialéctico entre las mismas, y no el predominio de una sobre la otra ha sido necesariamente el origen y punto final, al mismo tiempo de una salud mental. La objetividad y la razón, son o debieran ser, entre otras, algunas de las principales estructuras de cohesión, convergencias y diáspora de la infinidad de fuerzas y energías que dan lugar y son parte de la complejidad humana.

El conocimiento integral de las sociedades sobre las formas en que estas se organizan en su economía, su política y su educación, ha permitido el diseño de programas mas eficientes en los niveles de prevención, tratamiento, rehabilitación, enseñanza e investigación en el área de la salud mental. La importancia de lo anterior radica en que facilita la implementación de políticas de la salud mental, de acuerdo con los patrones socioculturales de los diversos grupos humanos que dan forma a la estructura social.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, América Latina, al igual que el resto del mundo, se enfrenta a una pandemia de trastornos psiquiátricos, según lo señalado por las encuestas comunitarias llevadas a cabo en varios países de la región. A estos trastornos se agregan otros de gran magnitud y gravedad: los de naturaleza social que rara vez se registran en ese tipo de encuestas. Entre éstos sobresalen la conducta violenta y la mortalidad derivada de ella, para lo cual no se han aportado soluciones determinantes. La propia OPS estimó que en el año 2000, alrededor de 88 millones de personas en América Latina manifestarían algún tipo de trastorno mental, lo cual estaría estrechamente relacionado con los problemas económicos de la mayoría de las naciones del continente.

Los trastornos mentales producen en quienes los padecen diversos grados de discapacidad, y el déficit adaptativo consecutivo en uno o más ámbitos de su actividad y de su desarrollo, el evidente malestar subjetivo y el deterioro de su calidad de vida, influyen notablemente en la forma en que perciben su estado de salud.

Es bien sabido que las enfermedades mentales tienen una alta prevalencia en la población general como lo revelan diversos estudios. En México, según el programa de Acción de Salud Mental, las demencias, el consumo de alcohol y los trastornos depresivos se encuentran entre las quince principales causas de pérdida de años de vida saludables. La prevalencia de trastornos psiquiátricos infantiles es de aproximadamente 15%. Del mismo modo, se estima que por lo menos una quinta parte de la población sufrirá en el curso de su vida algún trastorno mental.

A pesar de la evidencia de que los problemas de salud mental en nuestro país son de una magnitud considerable, es el área en la que se dan las mayores disparidades en cuanto a disponibilidad y acceso de los servicios. Es el área de mayor rezago del sistema de salud mexicano. Este retraso se debe en gran medida a que el sufrimiento por estas enfermedades en buena parte es invisible al

no derivar en altas tasas de mortalidad, y también por el desconocimiento de la existencia de tratamientos efectivos.

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en hospitales generales es elevada. Muchos de estos son el resultado del estrés ocasionado por la discapacidad física; en otras ocasiones los síntomas somáticos son causados por la ansiedad o la depresión, en estos casos los pacientes son referidos a especialistas diversos, encontrándose la mayoría de las veces que no existe una base orgánica para dichos trastornos; o bien, una neurosis puede coexistir con una enfermedad médica ocasionando en el paciente una mayor incomodidad ya que esta comorbilidad puede complicar la presentación clínica de la enfermedad o, condicionar una menor respuesta al tratamiento lo que ocasiona que muchas veces se soliciten interconsultas innecesarias a otros servicios, lo que redundaría en un incremento de la utilización de los servicios médicos.

A través de los últimos años hemos podido observar como las características diferenciales fundadas sobre la edad, el sexo, el estrato socio económico, la cultura y la religión han llevado a las sociedades a incrementar el estrés, y además donde las relaciones humanas se someten cada vez más a la influencia de la tecnología reduciendo así el contacto directo.

Numerosos estudios epidemiológicos han mostrado que entre los pacientes médicamente enfermos, como los servicios de atención primaria, clínicas de atención ambulatoria u hospitales generales, la prevalencia de trastornos mentales es alta (63%). Es común que en muchos lugares, los trastornos mentales no sean reconocidos, y por lo tanto permanezcan sin tratamiento. Esta ignorancia de la patología mental, afecta la evolución de la enfermedad, las consecuencias médicas, familiares y sociales son mayores, y general grandes costos para los sistemas de salud. Un mejor manejo de los trastornos mentales comórbidos, nos daría una mejoría en la salud, en la calidad de vida, y una notable reducción en el uso de recursos médicos.

En nuestro país, se han hecho estudios para evaluar las demandas y necesidades de atención en los diferentes niveles de atención. Se ha detectado que la presencia de trastornos psiquiátricos en población que acude a consulta médica general es variable: 34% en población de nivel socioeconómico medio y medio alto que acude a consulta externa de un hospital general, 43% en personas que asisten a una unidad de medicina familiar del IMSS y 51% en población que asiste a un centro comunitario perteneciente a la Secretaría de Salud. Los trastornos que con mayor frecuencia se presentaron fueron los depresivos y de ansiedad. En otro dos estudios realizados con personas mayores de 65 años se observaron altos índices de padecimientos mentales. La prevalencia estimada para esta población fue de 50.7% y los diagnósticos más frecuentes fueron neurosis, síndromes cerebrales orgánicos y trastornos afectivos.

Por otro lado, el abuso de alcohol representa uno de los problemas mas preocupantes de la salud pública en México. La ingesta de alcohol está relacionada con cinco de las diez principales causas de defunción y se ha estimado que el abuso de alcohol por si solo representa el 9% del peso total de la enfermedad en México.

Caraveo y cols. reportaron que del total de personas diagnosticadas con trastornos depresivos, el 26.5% solicitó ayuda, de estos, el 20.1% eran hombres y el 79.9% eran mujeres. En cuanto a la distimia el 21.5% solicitó ayuda, y de estos los porcentajes fueron de 7.4% y 92.6% para hombres y mujeres respectivamente. En muchos de estos casos la solicitud de ayuda fue dirigida a médicos generales no especializados.

En estudios posteriores se ha observado que la población se dirige en su primera solicitud de ayuda al médico general, que por factores mencionados previamente, un alto porcentaje de casos no son detectados, y muchos menos referidos a tiempo, lo que eleva el costo de la atención. Esto va en detrimento de la calidad de la atención, además de la falta de capacitación de los médicos

generales en problemas mentales, lo que además redundaría en una administración de medicamentos poco específica.

En el presente estudio se buscó establecer la prevalencia de trastornos mentales en tres poblaciones de pacientes que acuden a consulta externa, a clínicas que pertenecen a la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE en la ciudad de Mazatlán Sinaloa.

## **2. JUSTIFICACION**

Como se ha mencionado existe una alta prevalencia de trastornos mentales en pacientes que asisten al servicio de medicina general, por lo que el primer nivel de atención ha sido considerado como idóneo para la atención de ciertos trastornos mentales. Esta medida está siendo analizada, sin embargo para la adecuada atención en este nivel se requiere no solo mayor disponibilidad y accesibilidad, sino medidas que involucren cambios en la organización de los servicios, actualización de los médicos y personal paramédico, quienes requieren, entre otras cosas contar con intervenciones de probada eficiencia.

En términos generales el estudio describe la frecuencia de los principales trastornos mentales utilizando la escala M.I.N.I., como un primer acercamiento en la evaluación de la prevalencia de los trastornos mentales en población que asiste a consulta externa de medicina general en la ciudad de Mazatlán

### **3. OBJETIVOS**

1.-Determinar la frecuencia de trastornos mentales detectados por la M.I.N.I. en pacientes ambulatorios que acuden a consulta de medicina general en los hospitales "Héctor González Guevara" del IMSS, "Dr. Martiniano Carvajal" de la Secretaria de Salud, y el Hospital General de Zona del ISSSTE, de la ciudad de Mazatlán Sinaloa.

2.-Determinar la comorbilidad de los trastornos mentales en esta misma población.

3.- Identificar la correlación entre los trastornos mentales y algunas variables demográficas.

#### **4. MATERIAL Y METODOS**

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional, en el que participaron 100 pacientes del hospital “Héctor González Guevara” del IMSS, de los cuales 75 eran mujeres y 25 hombres, 100 pacientes del hospital “Dr. Martiniano Carvajal” de la Secretaria de Salud, de los cuales 29 eran mujeres y 71 eran hombres, y 100 pacientes del Hospital General de Zona del ISSSTE de los cuales 83 eran mujeres y 17 eran hombres.

Los pacientes fueron seleccionados al azar de el servicio de consulta externa de medicina general, de cada una de las instituciones, deberían ser mayores de 18 años y aceptar participar en el estudio.

El estudio se realizó durante 2 meses en cada una de las instituciones, en el servicio de consulta externa. Se realizó una entrevista estructurada utilizando la escala M.I.N.I en su versión computarizada, previo llenado de una hija con datos socio-demográficos.

##### **Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)**

Con el advenimiento de nuevos modelos biopsicosociales aplicables al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades médicas, surgió la necesidad de crear nuevas herramientas que permitieran apoyar los diagnósticos obtenidos a través de la clínica, dentro de estos instrumentos contamos con el Sistema Diagnóstico de Detección de Síntomas (SDDS), la Evaluación del Estado Actual (PSE), la Evaluación de los Trastornos Mentales en el Primer Nivel (PRIME-MD), y más recientemente la M.I.N.I.

La MINI ni intenta reemplazar a los psiquiatras ni ser como una prueba de laboratorio, sino que fue diseñada para capturar información de rutina, con el fin de mejorar la eficacia de la consulta médica y dejar tiempo para otros temas críticos.

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de corta duración con un promedio de 18.7 minutos, consta de 120 preguntas que exploran los 17 principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV. Fue desarrollada en Francia y E.U., está estructurada para ser administrada por entrevistadores clínicos después de una corta formación.

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo, excepto el de trastornos psicóticos se presentan una o varias preguntas filtro correspondientes a los criterios principales del trastorno, y al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico clasificar el trastorno.

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente que esta se va a realizar de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van hacer preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que las respuestas esperadas son si o no.

Cubre un rango mayor de diagnóstico que otras entrevistas cortas estructuradas como la SDDS y la PRIME-MD, es mas corta que la SCID-P, puede ser utilizada para la psiquiatría clínica o para la investigación académica, para la selección rápida de poblaciones homogéneas en ensayos clínicos y estudios epidemiológicos, y para la validación de criterios diagnósticos en estudios longitudinales.

En la practica clínica puede ser utilizada como un examen complementario para permitir la recolección sistematizada de información necesaria, para el establecimiento o confirmación de hipótesis diagnósticas siguiendo criterios precisos, o como un instrumento para mejorar un diagnóstico preciso y una adecuada evaluación terapéutica en la atención primaria.

Así mismo puede ser utilizada para generar una base de datos clínicos y diagnósticos, que sirvan para el planteamiento y utilización de programas de atención a la salud mental.

La escala MINI tiene una aceptación amplia de parte de los pacientes, la mayoría considera que la MINI cubre todos los síntomas, y al mismo tiempo no es muy larga, no refieren problemas en la comprensión de la estructura de la pregunta, ni refieren incomodidad con el formato de la entrevista ya que las preguntas son muy específicas y les ayudan a recordar algunos de sus síntomas-

La MINI es una entrevista de diagnóstico de rápida administración y un buen instrumento para detectar comorbilidad, que puede ser usada en poblaciones de atención primaria y ayudar a los médicos en la elección de estrategias para un tratamiento adecuado.

#### Análisis de Datos

Se realizaron estadísticas descriptivas de los datos socio-demográficos y de diagnósticos obtenidos por la MINI, para la población total, por institución y por sexo.

Se realizaron correlaciones no paramétricas entre los diagnósticos y las variables socio-demográficas para la población total, por institución y por sexo.

Finalmente se realizaron análisis de contraste de proporciones entre los pacientes por cada una de las instituciones.

## 5. RESULTADOS

### Variables sociodemográficas

#### Estado Civil

Del total de la muestra 67 eran solteros, de estos 19 pertenecían al ISSSTE, 28 al Hospital general y 20 al IMSS. Un total de 134 casados, de estos 66 pertenecían al ISSTE, 7 al Hospital general y 61 al IMSS. Un total de 8 divorciados, de estos 5 pertenecían al ISSSTE, 1 al Hospital General y 2 al IMSS. En Unión Libre un total de 30, de estos 2 pertenecían al ISSSTE, 18 al Hospital General y 10 al IMSS. Un total de 21 viudos, 8 pertenecían al ISSSTE, 6 al Hospital General y 7 al IMSS.

#### Escolaridad

Del total de pacientes 14 no presentaban ninguna escolaridad, 3 pertenecían al ISSSTE, 8 al Hospital General y 3 al IMSS. Primaria con un total de 64 pacientes de estos 17, 43 y 34 pertenecían a cada institución respectivamente. Secundaria con un total de 54 de estos 6, 22 y 26 para cada institución respectivamente. Un total de 54 para bachillerato de estos 14, 18 y 22 de cada institución respectivamente. Técnica con un total de 32, de estos 25, 4, 3 respectivamente y para Universitaria un total de 40, de estos 33, 5 y 12 pertenecían a cada institución respectivamente.

#### Ocupación

Del total de la muestra 5 estaban desempleados, de estos 1 pertenecía al ISSSTE, 2 al Hospital General y 2 al IMSS. Empleados con un total de 147, de estos 55, 40 y 52 respectivamente. Un total de 21 eran estudiantes con 5, 11 y 5 respectivamente. Un total de 115 que se dedicaban al hogar de estos 32, 47 y 36 respectivamente. Con un total de 12 Jubilados 7, 0 y 5 perteneciendo a sus respectivas dependencias.

### Residencia

Un total de 269 pertenecían al área Urbana de estos 92 al ISSSTE, 85 al Hospital General y 92 al IMSS. Un total de 31 radicaban en el área rural, y de estos 8, 15 y 8 respectivamente.

### Nivel Socioeconómico

Un total de la muestra de 146 pertenecían al nivel bajo, de estos 29 eran del ISSSTE, 68 del Hospital General y 49 del IMSS. Un total de 99 pertenecían al nivel medio, de estos 63,32 y 4 a cada dependencia respectivamente. Un total de 15 pertenecían al nivel alto y de estos 8, 0 y 15 respectivamente.

### Trastorno depresivo

Del total de pacientes entrevistados, el 71.3% no presentaba episodio depresivo actual, el 16.6 % presentaba episodio depresivo mayor actual, el 2% episodio depresivo mayor sin rasgos melancólicos, y el 10% episodio depresivo mayor con rasgos melancólicos. Para el Hospital General los porcentajes fueron 64%, 24%, 4% y 8% respectivamente, para el IMSS 74%, 14%, 2% y 10%, para el ISSSTE 76%, 12%, 0 y 12% respectivamente.

### Distimia

El porcentaje de distimia fue de 3% para el grupo total, 4% en la SSA, 4% en el IMSS y 1% en el ISSSTE.

### Riesgo de suicidio

Para la muestra total el 18% presentaba riesgo de suicidio ligero, el 2.6% moderado y el 5.3% alto, para la SSA los porcentajes fueron de 21, 4 y 8, para el IMSS de 19, 3 y 5, y para el ISSSTE 14, 1 y 3 respectivamente.

### Episodios hipomaniacos y maniacos

Para el total de la muestra el 3% presentaba episodio hipomaniaco actual, el 2.6% episodio hipomaniaco pasado, el 2.6% episodio maniaco actual y el 4.6% episodio maniaco pasado, para la SSA los porcentajes fueron de 4, 2, 5 y 6, para el IMSS 3, 2, 2 y 6, y para el ISSSTE de 2, 4, 1 y 2 respectivamente.

### Trastorno por angustia y agorafobia

Para el total de la muestra el 18.3% presentaba agorafobia, el 0.3% ataques de angustia con agorafobia, el 2.6% trastorno por angustia a lo largo de la vida, el 2.3 % trastorno por angustia a lo largo de la vida con agorafobia, el 2% trastorno por angustia actual, y el 2.6% trastorno por angustia actual con agorafobia. Los porcentajes para la SSA fueron de 16, 1, 3, 5, 1 y 2 %, para el IMSS 19, 0, 3, 2, 4 y 5, y para el ISSSTE de 20, 0, 2, 0, 1 y 1 respectivamente.

### Fobia Social

El 13% de la muestra total presentaba fobia social, de la SSA el 15%, del IMSS el 17% y del ISSSTE el 7%.

### Trastorno Obsesivo Compulsivo

El 4% de la muestra total presentaba TOC, de la SSA el 4%, del IMSS el 6% y del ISSSTE el 2%.

### Trastorno por Estrés Postraumático

El 3.8% de la muestra total presentaba trastorno por estrés postraumático, de la SSA el 4%, del IMSS el 5% y del ISSSTE el 2%.

### Alcohol

El 1.3% del total presentaba abuso de alcohol y el 4.7% dependencia, para la SSA fue el 2 y el 5, para el IMSS el 1 y el 8, y para el ISSSTE el 1 y el 1 respectivamente.

### Trastornos psicóticos

El 4% de la muestra presentaba trastorno psicótico actual, el 3.3% pasado, el 1.3% trastorno del humor con rasgos psicóticos, para la SSA los porcentajes fueron del 5, 7 y 2, para el IMSS 5, 0 y 2, y para el ISSSTE 2, 3 y 0 respectivamente.

### Bulimia

El 4% de la muestra presentaba bulimia, el 2% de la SSA, el 4% del IMSS y el 6% del ISSSTE.

### Ansiedad generalizada

El 24% del total presentaba ansiedad generalizada, el 29% de la SSA, el 28% del IMSS y el 15% del ISSSTE.

### Personalidad antisocial

El 10.6% de la muestra presentaba personalidad antisocial, el 15% de la SSA, el 11% del IMSS y el 6% del ISSSTE.

## 6. DISCUSION

Como ya se ha mencionado, numerosos estudios han demostrado que la prevalencia de trastornos mentales en la población médica general, es alta, consume numerosos recursos de salud, y frecuentemente no son reconocidos, ni por los médicos ni por los pacientes, en buena medida debido a la poca cultura de educación de la salud que existe en la población general.

Además, el rezago en el desarrollo de infraestructura es el mayor en el área de la salud mental, respecto a otras áreas de la medicina, y en particular en ciertas regiones no se cuenta o se cuenta con pocos especialistas en el área y menos aún con instituciones dedicadas a la atención de la salud mental, tal es el caso de la ciudad de Mazatlán.

En el presente estudio se hizo un muestreo de 100 pacientes en cada una de las instituciones de salud pública, para un total de 300, con el fin de obtener una muestra más representativa de la población general de la ciudad, para obtener un panorama un poco más representativo de la problemática de la salud mental en esta ciudad.

Del total de pacientes en el presente estudio 113 (37.66%), no presentaron ningún tipo de patología, 55 (18.33%) presentaron un diagnóstico y el resto 132 (44%) presentaron 2 o más trastornos mentales, es decir un porcentaje muy cercano al 60% presentaba algún tipo de trastorno mental, este porcentaje es discretamente superior al reportado por otros estudios en nuestro país. Es de notarse aunque no estuvo reportado como tal, que ninguno de los pacientes que participaron en el estudio reportó haber acudido a consulta por algún problema de tipo psiquiátrico, lo que es de llamar la atención dados los altos porcentajes de prevalencia que se encontraron en el presente estudio.

Entre los padecimientos que encontramos más frecuentes se encuentran los trastornos depresivos, con un 29.7% de la población estudiada, además es de notarse que un 8% presentaba un riesgo suicida moderado o alto. Estos porcentajes están muy por encima de los reportados para la población general, y además representan un importante porcentaje pacientes que requieren atención, y que consecuentemente no están siendo atendidos adecuadamente, ya que al no acudir para atención de un trastorno mental, es altamente probable de que estos problemas no sean diagnosticados.

Otro de los trastornos más comunes que encontramos son los trastornos de ansiedad, para el caso de la ansiedad generalizada la prevalencia alcanzó el 24%, y para otros como la agorafobia porcentajes cercanos al 28%, aunque en muchos de estos casos había comorbilidad entre éstos. Es de destacarse que la fobia social alcanzó el 13%, se ha reconocido recientemente un incremento en la prevalencia de esta patología, que se ve reflejado incluso en esta muestra.

Para los trastornos psicóticos, la prevalencia del 4% la consideramos elevada, que aunque pudiera estar en relación al tipo de población, sin embargo, independientemente de las causas, es bien sabido la rigurosa necesidad de tratamiento medicamentoso que requieren este tipo de pacientes, por lo que es importante recalcar la necesidad de sensibilizar a los médicos para la detección de alteraciones mentales. Otros trastornos alcanzaron prevalencias que aunque aparentemente bajas, resultan mayores que las de la población general.

Es claro, en el presente estudio aunque la muestra no es grande, puede tomarse como representativa de la población que acude a consulta externa de medicina general en un hospital, que la prevalencia de trastornos mentales es elevada. Lo anterior refuerza parcialmente dos conceptos, uno es que aumenta la utilización de servicios de salud, y otro el hecho de que tan alta prevalencia nos refleja un subdiagnóstico de este tipo de trastornos, con el consecuente mal manejo de estos.

Una de las limitaciones metodológicas que se pueden imputar a este estudio, es su diseño transversal, esto no es apropiado para evaluar los efectos confusores de las enfermedades concurrentes o previas, sobre la salud mental. De lo que se desprende que en el presente estudio no podemos hacer conclusiones de si la alta prevalencia encontrada esta asociada a la patología médica general, ya sea secundaria a ésta, o relacionada con padecimientos somatoformes.

Finalmente es clara la necesidad de ampliar la infraestructura para la atención de este tipo de pacientes, tanto la especializada, como un aumento de la capacitación de los médicos generales, en la detección y tratamiento oportuno de los trastornos mentales, con el fin de ofrecerles a los pacientes una mejor atención con el consecuente aumento en la calidad de vida, y que probablemente redunde, además en una disminución de la carga económica y social que los pacientes con trastornos psiquiátricos representa.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1.-Jaspers Carl: Psicopatología general. Fondo de Cultura Económica, reimpresión 1996, pp. 187-8, México D.F.

2.-Duffy, James M.B. El sustrato Neuronal de la motivación. Psychiatric Annals. Enero Pp. 24-8, 1997.

3.-Cassem N. Psiquiatría de Enlace para Hospital General 2 edición, de Díaz Santos, pp. 150-67. Madrid España 1987.

4.-Manuel Camelo Martínez, Filosofía y Ciencias: Psiquiatría Humanística. Psiquiatría. Época 2, Vol.19 N 3 pp. 6-7. Sep-dic 2003.

5.-Secretaría de Salud. Programa de acción de salud Mental. Secretaría de salud, México, 2001.

6.-Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones. México, 1990.

7.-Caraveo J, Martínez NA, Rivera E, Polo A: Prevalencia en la vida de episodios Depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental, 20 (suplemento Julio), 15-23, 1997.

8.- Campillo C, Caraveo J, Medina-Mora ME, Martínez P: Confiabilidad entre clínicos utilizando la entrevista Psiquiátrica Estandarizada Goldberg en una versión Mexicana. Acta Psiquiat Psicol Amér Lat 27:44-53,1991.

9.-Castro ME, Medina-Mora ME, Martínez P: poder discriminativo de un cuestionario que detecta padecimientos emocionales entre sujetos que requieren y no requieren atención especializada con bajo nivel de escolaridad. Enseñanza e investigación en Psicología, 2 (16):229-235,1982.

10.-Medina-Mora, ME; Padilla, G; Mas C; Ezban, M; Caraveo, J; Campillo, C; Corona, J. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de Práctica médica general. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 31:53-61,1985.

11.-Padilla, P; mas, C; Ezbán, M; Medina-Mora, ME; Piláez, O: Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un Centro de Salud Mental 7 (3):72-78,1984.

12.-Medina-Mora ME, Rascón MI, Tapia R, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Gómez M; Trastornos emocionales en población urbana mexicana; resultados de un estudio Nacional. Anales. Reseña de la VII Reunión de Investigación, 48-55,1992.

13.-Medina-Mora ME, Berenzons, López EK, Solís L, Caballero MA, & González J. Uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. Salud Mental, 20 (suplemento Julio);32-38, 1997.

14.-García –Silverman S; Necesidades de atención y utilización de servicios de salud Mental,20(suplemento julio); 39-46, 1997.

15.-Caraveo J, Colmenares E, Saldivar G; Morbilidad Oosiquiátrica en la ciudad de México; prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. Salud mental,22 (Numero Especial); 62-67,1999.

16.-Gutiérrez R, Vega L; Las interpretaciones, las prácticas y las reacciones sociales del uso de solventes inhalables entre los llamados niños de la calle. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 140-145, 1995.

17.-Shoshana Berenzon Gora: Ma. Elena Medina-Mora. Icaza, MA. Asunción Lara Cantú. Servicios de Salud Mental. Vol.26, No. 5;61-72, Octubre 2003.

18.-Robins LN, Helger JE, Weissmasn MM, el al. Lifetime prevalence of specific Psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984: 140;949-58.

19.-Francisco Javier Valencia Granados, Martha Ochoa Madrigal, Angel Mauricio Soriano Pérez, perfil de morbilidad y comorbilidad en un servicio de Psiquiatría de enlace. Psiquis. Vol. 11, no. 4; 2'11, marzo-abril 2002.

20.-DV Sheehan, Y Lecrubier, K Harnerttr Sheehan, J Janavs, E Weiller, A Keskiner J Schinka, E Knapp, MF Sheehan, GC Dunbar. The validity of the Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) according to the SCId-P and its reliability. Eur Psychiatry 1997: 12;232-242. Elsevier, Paris.

21.-David V, Sheehan, MD., M;B;A;;Yves Lecrubier, M;D;;K Harnett Sheehan, Ph.D.; Patricia Amorin M; D; Ph.D.; Juris Janavs, M;D;; Emmanuelle Weiller, M.S.; Roxy Baker; and Geoffrey C. Dunbar, M.D. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), The Developmente and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10.: J Clin Psychiatry 1998; 1998;59 (suppl 20) 22-33.

22.-Narsimha R. Pinninti, Harry Madison, Erica Musser, David Rissmiller. MINI International Neuropsychiatry Schedule: clinical utility and patient acceptance. Eur Psychiatry 18 (2003) 361-364.

23.- Y. Lecubrier, DV Sheehan, E Weiller, P Amorim, Bonora, K Harnett Sheehan, J Janvs and GC Dunbar. The Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) A Short diagnostic structured interview; reliability and validity according to the CIDI; European Psychiatry, Vol. 2.), 224-231.

24.-Lecubrier Y. use of the mini-international neuropsychiatric interview to diagnose comorbid depression and anxiety. 10 European College of Neuropsychopharmacology Congress. Viena, Austria 13-17 the September 1997.

25.-Patricia Amorim, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured disgnostic Psychiatric interview. Rev Bras Psiquiat Sao Paulo. Sear 2000; 22(3):1-17.