



Universidad Nacional Autónoma de México

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PODER DISCRIMINATIVO DE LOS REACTIVOS DEL
CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD PARA
DIFERENCIAR CASOS Y NO CASOS DE UNA MUESTRA
DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.**

T E S I S

**QUE POR OPTAR AL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A**

Mtra. Alejandra Irene Rustrian Azamar

SINODALES:

Director de Tesis-

Mtra. María Elena Medina Mora
Mtro. Alberto Segrera Miranda
Dra. María Blanca Moctezuma Yano
Dra. Teresa Guerra Tejada
Dr. Rafael Núñez Obando



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Sist. 87518

PS1 298

1962
R8



NOMBRE DEL ALUMNO

ALEJANDRA IRENE RUSTRIAN AZAMAR

TITULO DE LA TESIS

PODER DISCRIMINATIVO DE LOS REACTIVOS DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

RESUMEN

El Cuestionario General de Salud, es un instrumento que pretende identificar casos potenciales, dejando que los casos reales sean confirmados por una entrevista -- Psiquiátrica. Pretende evaluar la severidad del desorden en el momento actual, los reactivos consisten en síntomas tales como sentimientos anormales y aspectos de la conducta observada.

El propósito de esta investigación es presentar los resultados sobre el poder - discriminativo de cada uno de los reactivos del Cuestionario General de Salud con el fin de obtener la detección de casos potenciales en una muestra de estudiantes universitarios, determinando la validez del Cuestionario General de Salud, utilizando como criterio externo la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

En el presente estudio se tomó como población a los estudiantes universitarios de los primeros semestres de una Facultad de la U. N. A. M.

Este estudio se llevó a cabo en una población de 295 alumnos de ambos sexos del turno vespertino, quienes contestaron en forma autoaplicable el Cuestionario y cuya edad promedio fué de 20 años. La tasa de no respuesta en esta fase del estudio fué de 1.4 %.

La muestra estuvo constituida por un total de 112 alumnos, 83 mujeres y 29 hombres. Cada alumno fué entrevistado independientemente a través de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada. No se encontraron diferencias significativas entre la muestra y la población en cuanto a edad, sexo y nivel educacional.

Se llevó a cabo el análisis de los reactivos del Cuestionario que discriminan entre sujetos " casos " y " no casos " y se compararon los puntos obtenidos en ambos grupos por medio del gradiente correspondiente. Se presenta el análisis de χ^2 , para determinar la significación de las diferencias entre las dos muestras independientes. Asimismo, se presentan los resultados en relación a la correlación Biserial y Correlación de Pearson, reactivo por reactivo, con el fin de definir la contribución sintomatológica que posee cada reactivo para la calificación Global.

Estos análisis muestran diferencias significativas entre ambos grupos. Las correlaciones entre la Entrevista y el Cuestionario, por tanto proporcionan suficiente validez del Cuestionario General de Salud.

Antes de pasar al contenido de la Tesis, me voy a permitir manifestar mi más profundo agradecimiento a la Mtra. MA. ELENA MEDINA MORA, quien me incentivó de principio a fin en la elaboración de esta investigación; ofreciéndome un apoyo in finatamente paciente, cercano y constante en la realización del trabajo de campo y en la revisión bibliográfica.

Asimismo agradezco la valiosa participación del grupo de psicólogas investigadoras formado por: Mtra. Martha P. Romero M., Lic. Martha Noverola M. y Lic. Adela Cicilia C.

A ustedes:

M U C H A S G R A C I A S

A mi esposo JOSE ANTONIO

A mis hijas ALEJANDRA
y
KARINA

A mis padres y hermanos FANNY, ALFREDO Y RAUL

INDICE

CAPITULO I		Página
1.0	INTRODUCCION	2
1.1	Problema	10
1.2	Objetivos	10
1.3	Hipótesis	11
1.4	Definición de términos	11
1.5	Definición de Instrumentos	17
1.5.1.	Cuestionario General de Salud	17
1.5.2.	Entrevista Psiquiátrica Estandarizada	25
1.6	Características Demográficas de la Población estudiada	10
1.7	Alcances y Limitaciones	35
1.7.1.	Alcances	35
1.7.2.	Limitaciones	36
CAPITULO II		
INTRODUCCION DEL MARCO CONCEPTUAL E INVESTIGACIONES RELACIONADAS.		
2.0	Introducción	39
2.1	Concepto y evolución de la Epidemiología	40
2.1.1.	Principios fundamentales de la Epidemiología	41
2.1.2.	Areas principales de la Epidemiología.	42
2.1.3.	Características de la Epidemiología	42
2.1.4.	Relaciones de la Epidemiología con otras disciplinas de la Medicina y de la Salud Pública	43
2.1.5.	Uso de la Epidemiología	44

2.2	Definición de casos	47
2.2.1.	En la Epidemiología Médica	47
2.2.2.	En la relación Clínica	48
2.3.	Métodos para la identificación de un caso Psiquiátrico	52
2.3.1.	Entrevista por un Psiquiatra	52
2.3.2.	Por asistentes de investigación	53
2.3.3.	Por una entrevista estructurada o prueba validada	55
2.3.4.	Por practicantes generales	67
2.3.5.	Por cuestionarios autoaplicables	68
2.4.	Investigaciones relacionadas con el GHQ y su relación con otros instrumentos de medida	70

CAPITULO III

METODO Y PROCEDIMIENTO

3.0.	Tipo de Estudio	90
3.1.	Antecedentes	90
3.2.	Curso de entrenamiento a clínicos	96
3.3.	Confiabilidad	97
3.4.	Diseño de la muestra y método de selección (trabajo de campo)	97
3.5.	Personal de Investigación	101

CAPITULO IV

RESULTADOS SOBRE EL MANEJO DEL ESTUDIO

4.1.	Características de la población estudiada y tasa de no respuesta	104
4.1.1.	Cuestionario General de Salud	104
4.1.2.	Entrevista Psiquiátrica Estandarizada	104
4.2	Características de la muestra obtenida	109

4.3.	Ponderación de los datos muestrales	114
4.4.	Estimación de la varianza y de los intervalos de confianza	115

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

5.0.	Introducción	
5.1.	Antecedentes	
5.1.1.	Sensibilidad y Especificidad	122
5.1.2.	Prevalencia Global del Cuestionario General de Salud y por subgrupos afectados	125
5.2.	Poder discriminativo del Cuestionario General de Salud, definición de las estadísticas utilizadas para el análisis	136
5.2.1.	Comparación de las puntuaciones obtenidas en la entrevista psiquiátrica y el Cuestionario General de Salud	138
5.2.2.	Gradiente, Análisis de X^2 y correlación Biserial	139

CAPITULO VI

CONCLUSIONES	145
--------------	-----

BIBLIOGRAFIA	149
--------------	-----

CAPITULO I

1.0

INTRODUCCION

1.1 Problema

1.2 Objetivos

1.3 Hipótesis

1.4 Definición de Términos

1.5 Definición de Instrumentos

1.5.1. Cuestionario General de Salud

1.5.2. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada

1.6 Características Demográficas de la población estudiada

1.7 Alcances y Limitaciones

1.7.1. Alcances

1.7.2. Limitaciones

1.0 INTRODUCCION.

La Psicología Clínica, que incluye la Higiene Mental, se ocupa de los problemas de adaptación psicológica del individuo; es decir, de la determinación y valoración de las capacidades y características relacionadas con la adaptación, y del estudio y aplicación de las técnicas psicológicas para el mejoramiento de esa adaptación. (Schakow, 1971).

En la Higiene Mental el énfasis radica en la prevención. La prevención significa, en su sentido más amplio, tanto el establecimiento de aquellas condiciones que van a propiciar la vida emocional normal como el tratamiento de los trastornos leves de conducta, con objeto de que las perturbaciones mentales serias puedan evitarse. (Carrol, 1972).

Se acepta como realidad fundamental que la salud constituye un derecho y una necesidad de todos los seres humanos y que para su logro es un imperativo el esfuerzo organizado y el impulso decidido de la comunidad. Así en la actualidad existe un creciente interés hacia los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de desórdenes mentales en la población.

Si bién es cierto, que en un principio la Epidemiología estuvo ligada a las enfermedades infecto-contagiosas, posteriormente se ha aplicado a las enfermedades crónicas como las cardiopatías o el cáncer con el mismo éxito con que se ha caracterizado este método. No ha sido sino hasta fechas recientes que se ha considerado a la Epidemiología, como ciencia básica de la Salud Pública que abarca en su territorio toda la morbilidad¹.

¹Morbilidad: la distribución de una enfermedad en una población expresada por tasas (general y específicas), calculadas en base a los reportes de enfermedades no notificables, de registros de hospitales y de servicios de primer contacto y por medio de estudios específicos (Mauner y Bahum, 3-4, Friedman, 21-22; Lilienfeld, 116-117; Macmahon y Pugh, 53-55).

Dentro del campo de la psiquiatría a la vez, surgió la psiquiatría comunitaria, dando lugar a una rama antes no considerada, La Epidemiología Psiquiátrica. El nacimiento del movimiento obedeció entre otras muchas razones a una reacción contra los antiguos hospitales cuyo funcionamiento estaba más en la línea de la reclusión que de la curación; a que como resultado de la nueva farmacoterapia, se redujo el número de enfermos en los hospitales mentales y aumentó en la comunidad, a que en los programas de salud se dió mayor énfasis a la prevención de las enfermedades que a su tratamiento; y a una necesidad práctica, en el sentido de que se observó que era más comodo para los pacientes y sus familiares, que se les diera atención en los consultorios de primer nivel y más económico para la sociedad, en lugar de los hospitales especializados.

Es decir, la Psiquiatría cambió su enfoque puramente curativo hacia aspectos preventivos; amplió su perspectiva del individuo a la sociedad; ensanchó su medio de acción, de los pacientes más gravemente enfermos hacia otros con menor grado de patología, incluyó dentro de los objetivos del tratamiento, no sólo la remisión de la sintomatología sino también el funcionamiento social y -- principalmente aunó sus esfuerzos y la responsabilidad en el cuidado de los enfermos con profesionistas como psicólogos, trabajadores sociales y otros; todo logrado a través de la infraestructura de la salud (Campillo Serrano, C. 1981).

No obstante la importancia de este movimiento, los estudios epidemiológicos sobre transtornos mentales realizados en nuestro país son unos cuantos, (SSA, 1960; Cabildo, 1967; Ayuso y Cols., 1968; Lara Tapia y Cols., 1975) y los resultados obtenidos son contradictorios, ya que la ausencia de un criterio común y las diferencias metodológicas han dificultado la comparación de las cifras.

Esta evidencia sugiere la necesidad de contar en nuestro medio con instrumentos estandarizados que permitan la estimación de la prevalencia de este

tipo de trastornos, a fin de poder hacer una planeación de servicios con bases más reales a la vez de canalizar oportunamente a los casos potenciales a tratamiento, realizando así una labor preventiva.

La nueva ciencia del hombre, la psicología, se encuentra en un momento de avance en su aproximación al ser humano, toda vez que se han desarrollado los medios científicos de investigación sistemática en todos sus campos y en cada uno de los aspectos que abarca. Sin embargo, en el campo de estudio de la psicopatología la investigación se enfoca hacia problemas psicóticos y no a patologías menores lo cual conlleva la limitación de que no están dirigidas hacia medidas preventivas, sino a la obtención de diagnósticos y a la asignación de tratamientos, la mayoría de las veces con pocas probabilidades de mejorías.

Entre los métodos sugeridos para hacer este tipo de investigaciones destaca el propuesto por Blum (1962) que se lleva a cabo en dos etapas:

1. Hacer una detección de casos probables (método dos de " screening ").
2. Confirmación de diagnóstico.

"Screening": La identificación presuntiva de trastornos mentales no reconocidos o declarados mediante la aplicación de pruebas, exámenes y otros procedimientos apropiados a muestras definitivas de población. Los procedimientos de screening distinguen a aquellos miembros de la población que probablemente tengan alteraciones emocionales o mentales significativas de aquellos que no las presentan. Este tipo de pruebas no pretenden ser diagnósticos. Las personas con manifestaciones positivas o sospechosas requerirán exámenes más intensivos para su precisa identificación y diagnóstico (Cooper y Cols., 1973).

El Cuestionario General de Salud de Goldberg CGS (GHQ, 1972) mide trastornos de salud y psicológicos, se ha aplicado en Inglaterra -- (Tarnopolsky y Cols. , 1977), Australia (Tennant, 1977), con resultados satisfactorios en cuanto a especificidad, sensibilidad y validez. Por su comprobada eficacia al detectar oportunamente casos de patología menores (no de Psicosis, alcoholismo, demencias y oligofrenias) es un instrumento que permite la detección de casos incidentes (personas que actualmente tienen síntomas y sufren por ellos y la prevención de dichas patologías menores por medio de la canalización de estos casos a las instituciones correspondientes).

El interés suscitado por los padecimientos psiquiátricos menores, nos ha despertado la inquietud de estudiar la población adolescente, en -- donde un gran porcentaje no tiene a su alcance un servicio de tratamiento psicológico, por lo que no se les detecta ni se les envía oportunamente a los servicios adecuados.

La adolescencia es un período de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social. Siguiendo las ideas de Aberastury, el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

- a) El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia.
- b) El duelo por el rol y la identidad infantiles que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.
- c) El duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan.

Esta situación del adolescente frente a su realización evolutiva buscada en las relaciones interpersonales de su infancia, a la que deberá abandonar, lo conduce a la inestabilidad que lo caracteriza.

Spranger dice: en ninguna edad de la vida tiene el hombre una necesidad tan fuerte de ser comprendido, como en la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de crecimiento emocional que no puede ser pasada por alto, si se ha de alcanzar la edad adulta. Puede prolongarse a causa de la incapacidad del individuo para encontrar una solución ya sea sana o neurótica a sus conflictos.

Estas consideraciones nos han planteado la necesidad de llevar a cabo una investigación sobre la frecuencia con que se presentan los trasornos mentales en jóvenes que ingresan al ambiente universitario.

Cabe mencionar que la presente investigación se realizó por un grupo de trabajo de cuatro psicólogas clínicas, con el fin de elaborar sus respectivas tesis basadas en un material en común y abordando en forma adicional, diferentes temas específicos en cada una de ellas.

Los nombres de las psicólogas que integraron el equipo de trabajo y los temas de tesis fueron:

Marta Noverola M.: " Confiabilidad de los reactivos de la Entrevista Psiquiátrica de Goldberg " .

Adela Sicilia C. : " Prevalencia de síntomas por variable demográfica" .

Marta P. Romero : " Una versión breve del cuestionario General de Salud: su estructura factorial en una muestra de estudiantes universitarios " .

Alejandra I. Rustrián: " Poder discriminativo del GHQ, para diferen-
ciar caso y no caso en una muestra de estudiantes universitarios.

Es necesario señalar, que la psicóloga Marta P. Romero presentó su exámen de grado en octubre de 1985.

Como antecedentes del presente estudio, se tienen investigaciones previas, realizadas en México, en los cuales se probaron los instrumentos cuya utilización estuvo en la presente investigación.

Campillo y cols. (1978), estudiaron la confiabilidad de la entrevista psiquiátrica Estandarizada (Goldberg, 1970) en pacientes con diferentes grados de Patología y diferente Sintomatología, en una consulta externa especializada. El grado de acuerdo entre los especialistas, en cuanto a ausencia, presencia y severidad de síntomas, osciló entre un coeficiente de correlación de .90 y .93.

En 1979, estos mismos autores probaron el poder discriminativo del Cuestionario General de Salud (CGS) y de cada uno de sus reactivos para sujetos "casos" y "no casos" en un estudio realizado en nuestro país en dos poblaciones con diferentes grados de escolaridad: la primera, con seis a nueve años y la segunda, con cero a tres. Ambos grupos estaban compuestos por mujeres (20 - 40 años) que residían en colonias suburbanas y que tenían un ingreso mensual inferior al salario mínimo. En ambos estudios las calificaciones obtenidas en el CGS por "casos" y "no casos" mostraron diferencias significativas, sin embargo en el grupo de escolaridad baja, la discriminación fué significativa sólo en el 70% de los reactivos; lo cual sugirió que a pesar de que el instrumento es útil en la población de bajo nivel de escolaridad, se necesita revisar el lenguaje para asegurar un nivel de comprensión mejor (Castro R. , 1980).

La sensibilidad y especificidad del Cuestionario General de Salud, se probó en una población de 18 a 64 años, que asistió a la consulta externa de un Hospital General. Como criterio de validez externa se utilizó la entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE), y se encontró una frecuencia de trastornos mentales de 34 % para esta población, siendo mayor para las mu-

jeros (38%) que para los hombres (26 %) (Medina Mora y cols., 1982).

Posteriormente, a través de un análisis de factores de los datos obtenidos en el estudio anterior, los mismos autores desarrollaron dos versiones breves y escaladas del Cuestionario General de Salud, una con seis escalas y treinta reactivos, y otra con cuatro escalas y veintiocho reactivos.

La correlación de éstas formas abreviadas con la versión de sesenta reactivos fué de .97 y .94, respectivamente. Al analizar la sensibilidad y la especificidad, se encontró que no había diferencias significativas (Medina M. y cols. 1983).

La validez del Cuestionario General de Salud, también demostró en un estudio realizado en un Centro de Salud con una muestra de 501 pacientes utilizando como criterio de validez externa la valoración Psiquiátrica (EPE), y se encontró una frecuencia total de 51 %, en la población de pacientes que asisten a la consulta general, los diagnósticos más frecuentes fueron las reacciones de adaptación (29.1%) y diferentes tipos de neurósis (13.4%) (Padilla y cols., 1984).

La serie de investigaciones mencionadas con anterioridad, permitieron a los autores de las mismas validar y estandarizar una versión del CGS-60 que detecta a pacientes con algún grado de desorden emocional.

Posteriormente las mismas investigaciones, utilizaron la técnica de análisis factorial, con lo que obtuvieron 30 reactivos de mayor peso. (En el capítulo III se amplía la información de este estudio).

Otra investigación que efectuó también una versión breve del Cuestionario General de Salud y un análisis factorial, fué la realizada con una muestra de alumnos universitarios. En este estudio se obtuvo una correlación de

+ 0.90 entre la versión breve de 28 reactivos y la de 60 del CGS. En los capítulos III y V se detalla la información sobre la misma. (Romero M., 1985)

En la actualidad el CGS 30 se emplea en un proyecto en el que se detectan trastornos afectivos en mujeres con embarazo de alto riesgo (Ezban B. M. 1986).

También se encuentran en proceso de validación con pacientes que asisten al 2o. nivel de atención médica (Padilla y cols., 1986).

1.1 PROBLEMA

- A) Establecer la validez del Golderberg GHQ como instrumento diagnóstico para estudiantes universitarios .
- B) Determinar el poder discriminativo de los reactivos del Cuestionario General de salud entre sujetos que requieren atención Psiquiátrica "casos" y sujetos que no la requieren " no casos ".

1.2 OBJETIVOS

- A) Probar que el instrumento es válido para detectar trastornos mentales no psicóticos en una población de estudiantes universitarios
- B) La validez del cuestionario, se obtendrá por medio del análisis de los reactivos del GHQ que discriminan entre los siguientes grupos de sujetos:
 - Sujetos " casos "
 - Sujetos " no casos "

1.3 HIPOTESIS

H1: El (GHQ) versión probada en México en mujeres de nivel socioeconómico bajo y práctica médica general, puede ser válido para detectar trastornos psicológicos no psicóticos en una población de estudiantes universitarios.

Esta hipótesis se comprobará si los reactivos del GHQ discriminan entre los " casos " y los " no casos ", los reactivos van a calificar significativamente más alto los " casos " que en los " no casos ".

1.4 DEFINICION DE TERMINOS

Caso

Se considera caso al sujeto de estudio que presenta síntomas y sufre por ellos, persona que tiene alteración mental que amerita tratamiento y que obtiene en el cuestionario una puntuación igual o superior al punto de corte determinado.

Caso Actual

Se considerarán casos actuales a los así confirmados por una entrevista psiquiátrica.

Caso Potencial

Se considerarán casos potenciales a los sujetos que detectan el cuestionario con alta probabilidad de requerir tratamiento en el presente. Sujetos que presentan síntomas y sufren por ellos, y que obtengan una puntuación en el cuestionario igual o superior al punto de corte óptimo determinado para esta población. (Por la manera en que esta constituido el cuestionario, no detecta sujetos crónicos ya que estos están habituados en sus síntomas y en el presente no sufren por ellos).

Coefficiente de Correlación.

Una de las medidas de asociación útiles es el coeficiente de correlación que indica el grado en que un conjunto de observaciones sigue una relación lineal. Este coeficiente a menudo representado por la letra r , puede variar entre $+1$ y -1 . Si $r = +1$, hay una relación lineal perfecta en la cual una variable varía directamente con la otra. Si $r = 0$, no hay asociación entre las variables. Si $r = -1$, existe también una asociación perfecta, pero una de las variables varía inversamente con la otra (Friedman, p 151).

Confiabilidad de un Instrumento.

Grado en el cual una prueba mide consistentemente la seguridad de una medición (Hinsie y Campbell, 1970)

Confiabilidad entre Clínicos

Juicio clínico que emiten varios puntuadores en forma independiente sobre un mismo sujeto, obteniéndose así un índice de confiabilidad entre los entrevistadores que utilizan un instrumento con reglas definidas en cuanto a calificación y habilidad para detectar aspectos de psicopatología contemplados en el instrumento.

Especificidad.

Es una de las medidas de validez de cualquier observación.

Se define como: La capacidad para identificar correctamente a quienes no padecen la enfermedad (Mausner y Bahn, 1977 p. 226; Friedman 1974 p. 192; Lilienfeld 1976 p. 131 a 134).

	verdaderos	verdaderos
Especificidad	= <u>negativos</u>	= <u>negativos</u>
	verdaderos	todos aquellos
	negativos	sin enfermedad
	más falsos	
	positivos	

En este estudio es la proporción de personas normales correctamente identificadas al mismo tiempo (Tarnopolosky, 1969).

Falso Positivo

Són aquellos sujetos que en el cuestionario son considerados como casos y en la entrevista como no casos.

Falso Negativo

Son aquellos sujetos que en el cuestionario se consideran no casos y en la entrevista como casos.

Incidencia

El número de casos nuevos de una enfermedad que ocurren en una población determinada durante un período específico (Lilienfeld 1976, p.117; Friedman, 1974, p.9; Macmahon y Pugh, 1976, p.53; Omarn. 1974, p.37; Mausner y Bahn 1977 p.116)

Muestra

Una muestra es aquella porción de la población de la que se obtiene la información,oralmente, una muestra debe ser obtenida al azar, lo cual le da a cada individuo de la población la misma oportunidad de ser captado en la muestra.

El uso de números aleatorios permite dicho proceso. Si existen grupos dentro de dicha población con características específicas puede ser ventajoso dividir la población en dichos grupos y posteriormente obtener una muestra de cada uno de ellos, como fue el caso de esta investigación (Bahn 1972 p.9; Bradford-Hill 1977, p.21; Swinscow 1977, p.16).

No Caso

En el presente estudio se considerará no caso al sujeto normal, estable o sin enfermedad física o con un grado subclínico de disturbio emocional (Tarnopolsky, 1977). La consideración

de no caso se establece de acuerdo al punto de corte determinado en cada población

No Caso Potencial

Sujeto que obtenga una puntuación en el cuestionario inferior al punto de corte óptimo.

No Caso Confirmado

Sujeto confirmado sin trastorno mental por la entrevista psiquiátrica estandarizada y que no requiere tratamiento especializado.

Población

En epidemiología la población o universo se refiere al total del cual se debe obtener la información

Tres variables determinan la población de una área definida: los nacimientos, las muertes y la migración. La relación entre las tres determinará si una población aumenta, disminuye o permanece estable en su número y composición (Mausner y Bahn 1977p.198-216; Bahn, 1972 p.2; Macmahon y Pugh 1976 p.93).

Prevalencia Activa o Actual

Número de casos existentes en un momento determinado dentro de una población de tamaño conocido (O M S, inf. tecn., 1973).

Prevalencia Periódica

Número de casos existentes durante un período de observación que se expresa en relación con una población de tamaño conocido (O M S, inf. Tec., 1973).

Prevención

La prevención significa interrumpir la historia natural de la enfermedad en cualquiera de sus fases. Un aspecto muy importante de la prevención es la capacidad de anticipar los eventos que tienen cierta probabilidad de ocurrir y adoptar las medidas pertinentes para evitarlos (Rodríguez Domínguez y cols. 1974, - p.25).

Prueba Piloto

Prueba de métodos y técnicas que proponen utilizar en investigaciones posteriores.

Punto de Corte

El número de síntomas presentes con el cual se determina que un sujeto sea considerado como "caso" o "no caso".

Para determinar el punto se busca el mejor equilibrio entre sensibilidad especificidad y la menor tasa de clasificación errónea.

Punto de Corte Óptimo

Número de síntomas presentes en base a las variables sexo para determinar cuando un sujeto es considerado "caso" y "no caso".

Sensibilidad

Es una de las medidas de validez de cualquier observación y se define como: la capacidad para identificar correctamente a quienes si padecen la enfermedad (Mausner y Bahn, 1977, p.226; Friedman, 1974, p.192).

	Verdaderos		Verdaderos
Sensibilidad =	positivos	=	positivos
	verdaderos		todos aquellos
	positivos		con la enfermedad
	más falsos		
	negativos		

La proporción de casos correctamente identificados por una prueba (Tarnopolsky 1979).

Validez

Grado en el cual una prueba mide lo que se supone que debe medir (Hinsie y Campbell 1970).

Validez de Contenido

Se refiere al contenido del cuestionario es decir, que el contenido de sus reactivos sea relevante a la variable que se está queriendo medir (Goldberg 1972).

Validez Concurrente

Se refiere a la capacidad del cuestionario para dar datos que sean comparables a algún criterio externo (Goldberg 1972).

En el presente estudio la validez concurrente del GHQ, se considerará tomando como criterio externo la entrevista psiquiátrica.

1.5 DEFINICION DE INSTRUMENTOS

1.5.1. Cuestionario General de Salud (GHQ) (Goldberg, 1972)

El cuestionario es un instrumento que pretende identificar casos potenciales dejando que los casos actuales sean confirmados por la entrevista psiquiátrica. Está constituido por 60 reactivos, cada uno formado por una pregunta y cuatro opciones de respuesta.

Debido a que se pretende evaluar la severidad del desorden en el momento actual, los reactivos consistirán en síntomas tales como sentimientos anormales y aspectos de la conducta observada.

Se pide a los respondientes que comparen la extensión en la cual experimentan cada reactivo en el presente, con la extensión en la cual ellos usualmente lo experimentan. O sea, la medida en la cual su estado actual difiere de su estado usual.

El cuestionario evalúa el desorden psiquiátrico en el momento en que es contestado. Esto es, proporciona información solamente del estado mental actual, de manera que el punto es alto si el cuestionario es contestado durante un período de enfermedad, pero es bajo si es contestado en un período de salud. Por lo tanto, el cuestionario no puede ser una medida de atributos duraderos, ni evalúa la probabilidad de recaer en el futuro.

Las primeras preguntas tratan con síntomas físicos y continúa con síntomas psiquiátricos cada vez más abiertos. Además, está constituido de tal manera que la respuesta afirmativa en ocasiones indica enfermedad y en otras salud.

La enfermedad que intenta detectar el cuestionario ha sido escrita como no psicótica, más que neurótica por una variedad de razones, entre las que encontramos una falta de criterio definido de lo que es una neurosis, los diferentes usos que se dan a esta palabra etc.

El principio estipulado del estudio es obtener una medida en la cual el cuestionario sea corto y fácil de administrar, tan buena como aceptable, y que sea muy conveniente para mantenerlo tan simple como sea posible.

Origen de los reactivos.

Antecedentes:

Gurin Veroff y Feld (1960) y Veriff Feld y Gurin (1962) estudiaron una muestra más pequeña de 542 mujeres y 255 hombres, fueron entrevistados exclusivamente en cada una de las áreas que comprensivamente cubrían todos los aspectos de ajuste y "tensión experimentada" (Felt Distress).

Por medio de un análisis factorial se obtuvieron cuatro factores para ambos sexos:

1. Malestares psicológicos experimentados.
2. Infelicidad.
3. Inadecuación social.
4. Ausencia de identidad.

Sólo para hombres, se encontró además otro factor que fue la angustia fisiológica, se obtuvieron reactivos desarrollados por estos autores que se incluyeron en el cuestionario Goldberg.

Además Abrahanson y asociados (1965) formularon "diez preguntas clave" (Ten Key questions) que fueron reescritas para ser incluidas en el cuestionario. De acuerdo con la definición entre síntomas y signos de enfermedad y rasgos de personalidad, se seleccionaron reactivos que reforzaron los aspectos cambiantes de la enfermedad.

Se incluyeron además, reactivos que miden aspectos de esta conducta y que son observables para otros. La idea a seguir al incluir estos reactivos fue que pudieran ser usados después en un cuestionario del informante.

En base al trabajo discutido arriba y a la experiencia clínica de varios psiquiatras, con quienes fue discutido el proyecto, se eligieron cuatro áreas principales en las cuales se localizan los reactivos, las cuales són:

1. **Depresión:** incluyó reactivos que cubren "infelicidad" en el sentido que le dan Veroff y colaboradores, así como reactivos adaptados de la escala "N" del CMI (que es la subescala que mide depresión)
2. **Ansiedad y malestares psicológicos experimentados:** algunos reactivos que trataban la ansiedad y la irritabilidad paranoide fueron sugeridos por los reactivos del CMI, mientras que la sección de malestares psicológicos experimentados, no solamente incluyó los reactivos sugeridos por Veroff y colaboradores, sino que se extendió para incluir la noción de ausencia de satisfacción de rol. Esta noción es discutida por Fried y Linderman (1961), quienes atribuyen la idea a Talcott Parsons (1959), y los reactivos que se refieren a éste, fueron especialmente escritos para el cuestionario.
3. **Comportamiento observado objetivamente:** consiste en reactivos que pudieran ser respondidos ya sea por el paciente o por otro informante. Se incluyeron reactivos de deterioro social, además de los de Veroff y sus asociados sobre inadecuación social.
4. **Hipocondriasis:** abarca una amplia variedad de reactivos superficialmente orgánicos, muchos de los cuales fueron adaptados al CMI.

Una vez decididas las áreas de estudio, se realizó una búsqueda extensiva de tantos reactivos como fuera posible.

Además de las escalas y de las investigaciones ya mencionadas, se obtuvieron ideas para reactivos de:

- La Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (Taylor's, Manifest Anxiety Scale).
- Inventario de la personalidad de Maudsley y de Eysenck (Eysenck's -- Maudsley Personality Inventory).
- Inventario multifasético de la personalidad Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Los reactivos fueron reescritos para adaptarlos a la forma del cuestionario. -- Igualmente, fueron reescritos especialmente para el cuestionario cerca de 30 reactivos que no habían sido sugeridos por ninguna escala o inventario.

Selección y distribución final de los reactivos.

En la selección de los reactivos para el cuestionario, el campo no fué limitado solamente por la exclusión de rasgos de la personalidad, sino que también fué severamente limitado por el hecho de que todos los reactivos tienen que ser aplicables para la población total. Esto era esencial pero fué la restricción más fuerte del estudio. Muchas áreas, obviamente relevantes fueron recortadas a causa de estas consideraciones.

Cuando estos procedimientos se llevaron a cabo, restaron 140 reactivos divididos casi equitativamente entre las cuatro áreas. Esta separación se hizo solicitando a varios sujetos para que separaran los reactivos en gru-

pos diferentes según su similitud se agruparon así, en 7 grupos de aproximadamente 20 reactivos cada uno.

Lo anterior se realizó por 2 razones: Disminuir la fatiga, y que no garantizaba el hecho de imponer nociones preconcebidas que se habrían dado en la distribución de los reactivos en las cuatro áreas.

Los siete grupos encontrados fueron los siguientes:

- a) Salud general y sistema nervioso central (17 reactivos).
- b) Cardiovascular, neuromuscular y gastrointestinal (18 reactivos).
- c) Sueño e insomnio (19 reactivos).
- d) Conducta observable - conducta personal (22 reactivos).
- e) Conducta observable - relaciones con otros (20 reactivos).
- f) Sentimientos subjetivos - inadecuación, tensión, mal carácter etc. (25 reactivos).
- g) Sentimientos subjetivos - depresión y ansiedad principalmente (19 reactivos).

Debe enfatizarse que estos grupos no son de ninguna manera subescalas de la prueba, y los reactivos podrían repartirse en formas diferentes.

Características Principales del Instrumento

- 1) Consta sólo de preguntas que pueden mostrar discriminación entre grupos de sujetos con diferentes grados de severidad en su enfermedad, habiéndose logrado lo anterior a través de calibrar el instrumento con 3 grupos de perso_

nas (Goldberg, 1972)

- a) Severamente enfermos (hospitalizados)
- b) Moderadamente enfermos (consulta externa)
- c) Normales (de acuerdo con criterios estrictos)

- 2) Cada pregunta investiga la situación actual del sujeto y no la del proyecto de su vida, por lo cual el cuestionario consta de preguntas acerca de sentimientos, pensamientos y conducta en los que se inquiriere sobre lo usual de dichas experiencias, o sea, compara el estado actual con el habitual del sujeto.
- 3) Fué diseñada para detectar signos y síntomas que aparecen en enfermedades no psicóticas en la población Inglesa, y para aplicarla a nuestro medio existen antecedentes de estudios de calibración, validez y confiabilidad realizados en México por Campillo y cols; (1979) y Castro y cols.(1980) los cuales probaron el nivel de discriminación de los reactivos, sensibilidad y especificidad del instrumento, utilizando como criterio externo la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg (1970), en mujeres que asisten a práctica Médica General de diferentes niveles S.E.
- 4) Las alternativas de respuesta a las preguntas no són sólo una afirmación o negación; las posibilidades presentadas al sujeto són:
 - 1. mejor de lo que acostumbro.
 - 2. igual de lo que acostumbro.
 - 3. peor de lo que acostumbro.
 - 4. mucho peor de lo que acostumbro.
- 5) El contenido de las preguntas fué derivado del análisis de trabajos de Gurin, Veroff y Feld (1960 y 1962) que estudiaron el material de 2460 sujetos representativos de la población no hospitalizada en los Estados Unidos; las 10 preguntas clave de la escala de cornell que ha sido más

extensamente empleada para fines de detección hasta la fecha y finalmente, ideas del material de las entrevistas de Taylor, Eysenk's y Minnesota. Así como algunas preguntas especialmente diseñadas para el cuestionario.

- 6) Se eligieron como áreas del cuestionario a la angustia, depresión, hipocondriasis y conducta objetiva apreciable, tanto para el sujeto como para el informante.
- 7) La calificación de la prueba además del método tradicional de Likert, que consiste en asignar una puntuación de 1, 2, 3, 4, se diseñó en forma particular para este cuestionario. a saber: 0, 0, 1, 1,. Esta forma de calificar elimina los errores derivados de las tendencias medias y extremas de los sujetos que són entrevistados en este tipo de cuestionarios. Por otra parte, si se piensa que esta última forma nos hace perder información, está la posibilidad de utilizar ambos tipos de calificación y con ello, agudizar la impresión resultante de la prueba.
- 8) Se estructuró un cuestionario inicial de 140 preguntas que sujetas a calibración, derivó a una forma final de 60 preguntas que resultaron ser las más apropiadas para detectar y apreciar severidad en los desórdenes no psicóticos de la población. El cuestionario ha sido sujeto a pruebas de validez y confiabilidad estrictas en la que han sido comprobadas éstas.
- 9) En los estudios realizados en Inglaterra mostró una sensibilidad del 95.7% y una especificidad del 87.8%. En el estudio realizado en Estados Unidos utilizando sólo 30 preguntas del cuestionario, mostró una sensibilidad del 85% y una especificidad del 79.5% y resultó ser mejor prueba de identificación de casos que el inventario de síntomas especialmente diseñado para la población Americana.

- 10) Finalmente, los estudios de seguimiento evidenciaron que los resultados del cuestionario permanecían constantes en pacientes cuya condición clínica no se modificaba y en cambio, variaba de acuerdo a la evolución ya fuera hacia la mejoría o hacía el agravamiento por lo que puede ser útil para averiguar cambios en el tiempo.

1.5.2 Entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg 1972)

Esta entrevista fué hecha para cumplir con los siguientes requisitos:

1. La evaluación psiquiátrica debería ser hecha por un psiquiatra con experiencia en un escenario clínico real.
2. La entrevista deberá ser aceptada por individuos que no se considerarán así mismos como enfermos psiquiátricos.
3. El contenido de la entrevista debe ser apropiado para el tipo de desórdenes encontrados comunmente en la comunidad.
4. La entrevista deberá generar información acerca de los signos y síntomas individuales y una evaluación diagnóstica global.
5. Debe discriminar claramente entre enfermos con desórdenes mentales e individuos normales y entre pacientes con diferente grado de desorden psiquiátrico.
6. Debe ser relativamente económica en tiempo, de manera que pueda ser incluido un amplio número de pacientes.
7. Las evaluaciones psiquiátricas y las calificaciones clínicas deben ser confiables en el sentido de ser reproducibles por diferentes observadores entrenados.

Este instrumento ha sido seleccionado debido a que por los puntos anteriormente expuestos, cumple con las necesidades del proyecto.

La entrevista esta dividida en cuatro secciones.

La primera no está estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar en forma breve la historia médica pasada y presente del sujeto. Esta parte de la entrevista que normalmente toma solo pocos minutos es utilizada para establecer rapport y relaja al paciente.

La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más de tallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado en la semana precedente. Los síntomas están organizados en diez grupos que son administrados al paciente en el siguiente orden:

- síntomas somaticos
- fatiga
- alteraciones en el sueño
- irritabilidad
- disminución de la concentración
- ánimo depresivo
- ansiedad y preocupación
- fobias
- obsesiones y compulsiones
- despersonalización

El ordenamiento de los síntomas fué diseñado de manera progresiva desde aquellos que son comunmente encontrados en la

vida de todos los días (dolores menores, fatiga, pérdida del sueño): hasta llegar a aquellos fenómenos mentales más claramente mórbidos.

El entrevistador no pregunta acerca de delirios y alucinaciones a menos que las respuestas del paciente u otras preguntas lo lleven a sospechar de trastornos psicóticos, de la misma forma la prueba cognoscitiva y de la memoria es solamente aplicada cuando existe una razón para sospechar incapacidad intelectual. El entrevistado es libre para hacer preguntas adicionales que puedan ser indicadas en un caso dado, siendo su objetivo establecer la frecuencia, duración o intensidad de cada síntoma durante la semana anterior.

Existen reglas simples en relación con la frecuencia e intensidad de cada síntoma para valorarla en una escala de cinco puntos (4, 3, 2, 1, 0).

La tercera sección de ésta, es no estructurada y permite al entrevistador obtener tanta información como sea necesaria sobre la historia personal y familiar del sujeto entrevistado para hacer una evaluación clínica.

Después de la entrevista el entrevistador completa la cuarta y la última sección del instrumento en donde califica las anomalías observadas durante la entrevista en doce escalas de cinco puntos.

Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador

acerca de las anomalías manifiestas que ha observado en la entrevista y que son distintas de los síntomas del paciente que han sido calificadas en la segunda parte de la entrevista. Existen tres escalas para anomalías en la conducta, cuatro para estados de ánimo anormales y cinco para anomalías perceptuales y cognitivas:

- lentitud y carencia de espontaneidad
- suspicaz, defensivo
- histriónico
- deprimido
- ansioso, agitado, tenso
- exaltado, eufórico
- aplanado incongruente
- delirios, trastornos del pensamiento, falsas interpretaciones
- alucinaciones
- alteraciones del intelecto y daño orgánico

Estos reactivos fueron agrupados en esta forma ya que se asume que distintos fenómenos clínicos que se sobreponen pueden ser calificadas en una sola escala, por ejemplo: la agitación psicótica es puntuada en la misma escala que la tensión neurótica.

El entrevistador califica veintidos reactivos, diez para síntomas reportados la semana anterior y doce que se presentaron durante la entrevista.

Cada puntuación se hace en una escala de cinco puntos, cada síntoma tiene indicaciones específicas para su evaluación. En términos

generales, cero indica ausencia de síntomas, uno indica un rasgo habitual o un síntoma límite que no causa tensión significativa ni requiere tratamiento dos, tres, cuatro indican respectivamente grados leves, moderados y severos de la severidad clínica de un síntoma definitivamente mórbido.

La entrevista se acompaña de un manual que contiene una guía general para conducir la entrevista, la forma de utilizar la escala de cinco puntos para cada síntoma, y la definición detallada de cada reactivo. Finalmente el entrevistador escribe una breve formulación diagnóstica.

Campillo y Cols. (realizaron una prueba de confiabilidad entre clínicos en el manejo de la entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg 1970). Dicho instrumento fué probado en 30 pacientes de consulta externa especializada. Todos los casos fueron mujeres entre 20 y 40 años de edad, de nivel ingreso per cápita inferior al Salario Mínimo, escolaridad secundaria y atendidas por primera vez antes de recibir medicación. Los pacientes fueron vistas por una pareja de clínicos, quienes alternaban el papel de entrevistador - observador, las calificaciones fueron dadas en forma independiente.

Se hicieron análisis de confiabilidad entre observador - entrevistador y entre psiquiatra - psicólogo. Asimismo, se midió el grado de acuerdo entre clínicos cuando el síntoma está presente y cuando está ausente. Se realizaron análisis de varian- tes con el fin de probar la homogeneidad del criterio de los clínicos a pesar de las diferencias entre reactivos. En el análisis de varian- zas no se detectaron diferen- cias significativas en el juicio de los clínicos. Los resultados también indican la aplicabilidad del instrumento por parte de psicólogos entrenados.

1.6 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA

En la presente investigación se tomó como población de estudio a los estudiantes de los primeros semestres (primer y tercer semestres) de la carrera de Psicología de una universidad mexicana.

El estudio se llevó a cabo en una población de 295 alumnos de ambos sexos, del turno vespertino asistentes a dos materias obligatorias.

El trabajo de campo se realizó de noviembre de 1980, a marzo de 1981 lapso durante el cual se atravesó un periodo de exámenes (marzo, 1981) y una temporada de vacaciones (diciembre de 1980).

La edad promedio de la población fue de 20 años, predominando las mujeres (69.15%) sobre los hombres (30.84%). La mayoría tiene como estado civil la soltería (87.76%), trabajan y estudian a la vez (59.66%) y ocupan puestos de un tercer nivel, es decir, empleados bancarios, burócratas, dueños de un comercio pequeño, agentes viajeros, profesor de primaria, contador privado, secretarias y recepcionistas (50.51%).

En su generalidad muestran una continuidad en los estudios (82.03%) y un promedio de mas de 13 años escolares cursados (65.42%)

Una pequeña porción de los sujetos son autosuficientes económicamente (12.27%), en orden decreciente dependen del padre (50.85%), de otras personas (27.27%) y por último de la madre (10.23%).

En relación al lugar de origen se observa poca movilidad geográfica, dado que solamente el 1.69% proviene de zonas rurales, el resto de la población en su mayoría es originario de la zona metropolitana del D.F. (77.96%) y un pequeño porcentaje (11.86%) proviene de otra zona urbana.

TABLA I CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA

N = 295

EDAD	% POBLACION N = 295
17 a 19 años	25.76 %
20 a 22 años	45.08 %
23 a 25 años	17.28 %
26 a 29 años	7.79 %
30 a 33 años	2.03 %
34 a 37 años	1.01 %
38 a 41 años	1.01 %
SEXO	
MASCULINO	30.84 %
FEMENINO	69.15 %
ESTADO CIVIL	
SOLTERO	85.76 %
CASADO	9.49 %
DIVORCIADO	1.35 %
VIUVO	0.34 %
UNION LIBRE	2.03 %

¿ TRABAJA USTED ?	% POBLACION N = 295
TRABAJA Y ESTUDIA	59.66 %
ESTUDIA	40.00 %
OCUPACION	
1 PROFESIONAL: MEDICO, ABOGADO, ETC. MAGNATE, INDUSTRIAL O DE NEGOCIOS, MINISTROS Y SUBSECRETARIOS DE GOBIERNO.	1.35 %
2 INDUSTRIAL (TERMINO MEDIO) HOMBRE DE NEGOCIOS, FUNCIONARIOS BANCARIOS, RELACIONES PUBLICAS, AUDITOR, CONTADOR PUBLICO, DIRECTOR DE ALGUNA OFICINA.	2.03 %
3 EMPLEADO BANCARIO, BUROCRATA EN OFICINA, DUEÑO DE UNA TIENDA PEQUEÑA, AGENTE VIAJERO, PROFESOR DE PRIMARIA, CONTADOR PRIVADO, SECRETARIA Y RECEPCIONISTA.	50.51 %
4 CARPINTERO, MECANICO, SASTRE, ELECTRICISTA, PLOMERO, POLICIA BANCARIO, AGENTE DE TRANSITO.	3.72 %
5 OBRERO NO CALIFICADO, MESERO, TAXISTA, PELUQUERO, POLICIA.	1.01 %
6 BARRENDERO, BOLERO, PORTERO, SOLDADO RASO.	0.34 %
0 NO TRABAJA.	41.01 %
¿ ESTUDIO EL AÑO ANTERIOR?	
SI	82.03 %
NO	16.95 %

ESTUDIOS QUE HA REALIZADO	% POBLACION N = 295
PREPARATORIA	34.67 %
UNIVERSITARIOS	65.42 %
QUIEN SOSTIENE EL HOGAR	
SUJETO	12.62 %
SU PADRE	50.85 %
SU MADRE	10.23 %
OTROS	26.27 %
LUGAR DE ORIGEN	
ZONA METROPOLITANA DEL D.F.	77.96 %
OTRA ZONA URBANA	11.86 %
ZONA RURAL	1.69 %
EDO. CIVIL DE LOS PADRES	
CASADOS	69.49 %
VIUDO (A)	17.97 %
DIVORCIADOS	8.47 %
UNION LIBRE	1.69 %
SOLTERO (A)	1.02 %

¿HA ESTADO EN ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO?		% POBLACION N = 295
PSICOTERAPIA	SI	6.72 %
	NO	83.73 %
PSICOFARMACO	SI	2.37 %
	NO	84.07 %
HOSPITALIZACION	SI	1.69 %
	NO	84.41 %
NOTA.- LA TASA DE NO RESPUESTA TUVO UN PROMEDIO DE 12.32 %		

El estado civil de los padres de los sujetos de la población de estudio, es en su mayoría casados (69.49 %), y en orden decreciente viudos (17,97%), divorciados (8.47 %), unión libre (1.69 %) y soltero (1.02 %).

Al interrogársele a la población sobre un antecedente de tratamiento psicológico el 6.78 % expresó estar o haber estado en psicoterapia, el 2.37% necesitó en alguna ocasión de psicofármacos y el 1.69 % de la hospitalización. Es significativo que en este reactivo la tasa de no respuesta en promedio fué de 12.32%.

Estas características se encuentran graficadas en la tabla I .

1.71. ALCANCES

El cuestionario general de salud puede ser autoaplicable o bien computado mediante la realización de una entrevista personal. No requiere personal especializado para su aplicación, lo que reduce costos.

Este cuestionario puede ser de gran ayuda en la práctica médica general para la detección de pacientes con desórdenes mentales y favorece la oportuna canalización o tratamiento especializado.

Se puede utilizar para la detección de trastornos psiquiátricos no psicóticos en diferentes tipos de población.

Los puntajes del cuestionario pueden ser correlacionados con variables clínicas (como aquellos que maneja la entrevista psiquiátrica estandarizada) y sociales (como las de la escala SRRS) en una población dada.

Puede utilizarse como un instrumento de seguimiento para observar los cambios de trastornos no psicóticos en una población determinada constituyendo un instrumento útil para evaluar tratamiento.

El cuestionario puede determinar la prevalencia de enfermedades psiquiátricas con un porcentaje de error conocido, tanto en comunidad, como en

práctica médica. Proporciona los métodos y técnicas adecuadas para cubrir los objetivos de este estudio.

La elaboración del cuestionario permite una selección específica de sujetos considerados casos o no casos, para fines concretos de investigación.

1.7.2. LIMITACIONES

El Cuestionario General de Salud, mide la situación del momento, por lo cual no es predictivo, no posee una medida de atributos duraderos ni evalúa la probabilidad de recaer en el futuro. Dada esta limitación del instrumento, las características en que se llevo a cabo el estudio (época de crisis) nos pueden haber dado índices de enfermedad mental, que en otras circunstancias probablemente hubieran sido menores.

El Cuestionario General de Salud, no detecta enfermedades de tipo crónico debido a que estos pacientes están adaptados a su sintomatología y el instrumento está orientado a la detección de casos nuevos, a la aparición de nuevos síntomas o al incremento en la severidad de algún padecimiento, por lo cual los resultados en esta investigación probablemente no correlacionen con otros que posean la misma finalidad pero en las cuales se incluyeron instrumentos de medición que no poseían estas limitaciones, o que miden exactamente lo duradero y no lo reactivo como en este caso.

El Cuestionario General de Salud no detecta demencias, ni hipomanías. El GHQ no está diseñado para proporcionar un diagnóstico clínico específico. evalúa en forma global el grado de patología que presenta el sujeto y las áreas del problema.

Los resultados de la investigación solamente podrán ser generalizados a aquellas muestras de estudio que presenten las mismas características, sean manejadas las mismas variables y se utilicen los mismos instrumentos de medida.

CAPITULO II

INTEGRACION DEL MARCO CONCEPTUAL E INVESTIGACIONES RELACIONADAS

- 2.0. Introducción.

- 2.1. Concepto y Evolución de la Epidemiología.
 - 2.1.1. Principios fundamentales de la Epidemiología.
 - 2.1.2. Áreas principales de la Epidemiología.
 - 2.1.3. Características de la Epidemiología.
 - 2.1.4. Relaciones de la Epidemiología con otras disciplinas de la medicina y de la Salud Pública.
 - 2.1.5. Usos de la Epidemiología.

- 2.2. Definición de Caso.
 - 2.2.1. En la Epidemiología Médica.
 - 2.2.2. En la Psicología Clínica.

- 2.3. Métodos para la identificación de un Caso Psiquiátrico.
 - 2.3.1. Entrevista por un Psiquiatra.
 - 2.3.2. Por asistentes de Investigación.
 - 2.3.3. Por una entrevista estructurada o prueba validada.
 - 2.3.4. Por practicantes generales.
 - 2.3.5. Por cuestionarios auto aplicables.

- 2.4. Investigaciones realizadas con el GHQ y su relación con otros instrumentos de medida.

2.0 INTRODUCCION.

La investigación en servicios de salud parte de principios doctrinarios definidos con propósitos específicos, (Shapiro, 1984). Su interés es medir entre otros aspectos, el impacto de los programas clínicos en las personas; su aplicación se hace en cualquier nivel de la atención médica, relacionando eventos derivados de la demanda y de la oferta de servicios. Por tanto, investiga los cambios en la estructura sociodemográfica, el estilo de vida de las comunidades, las necesidades de salud de la población y los recursos disponibles. En la psiquiatría y la salud mental existen diversos aspectos que ameritan ser estudiados y evaluados por los investigadores en servicios de salud, con el fin de reportar indicadores que se puedan utilizar en las decisiones tendientes a mejorar la calidad de los servicios aprovechando los recursos en forma optima.

Es necesario destacar que en la elaboración del presente trabajo correspondiente a la integración del marco conceptual e investigaciones relacionadas, participaron dos personas (Romero M. y Rustrián A.), del grupo de investigadoras, mencionadas en el capítulo I.

2.1. CONCEPTO Y EVOLUCION DE LA EPIDEMIOLOGIA.

Etimología;

El vocablo epidemiología se deriva de las raíces griegas epi- que significa sobre, demos, pueblo, logos, estudio. Literalmente, "estudio de algo que cae sobre la gente", o expresado con mayor amplitud, "el estudio de todo aquello que afecta a la población".

De acuerdo con dicho concepto, la primera definición que aparece de la epidemiología es "ciencias de epidemias", o sea, el estudio de las enfermedades -- que de repente, de pronto caen sobre la gente. Esto concuerda con el momento histórico.

Con arreglo al tipo de enfermedades predominantes y al progreso de las ciencias biomédicas, la definición de epidemiología ha ido cambiando. Solo comentaremos aquellas definiciones mas representativas y que reflejen a su vez, la etapa de evolución de la historia de las enfermedades de la humanidad.

Hirsch (1978): "La epidemiología es la ciencia que se ocupa de la fre--- cuencia, distribución y tipo de las nefermedades infecciosas en diferentes puntos -- de la tierra y en diversas épocas y que al mismo tiempo estudia las relaciones del --- hombre y del medio ambiente que lo rodea".

Análisis: circunscribe el concepto de epidemiología a las enfermedades -- infecciosas, de acuerdo al momento histórico y destaca la importancia del medio am-- biente en la ocurrencia de dichas enfermedades.

Macxy (1978): "Epidemiología es la rama de la ciencia médica que estu-- dia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que deter^uminan la frecuen^ucia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico, en una comunidad humana.

Análisis: acentúa primordialmente el concepto de multiplicidad causal y plantea la enfermedad como fenómeno de masa. Este concepto se acerca bastante a la idea actual de epidemiología.

En resumen, la epidemiología empezó estudiando las epidemias, después las enfermedades infecciosas en forma no epidémica y posteriormente las no infecciosas, o sea, las enfermedades degenerativas, crónicas, accidentes, abortos, etc., en fin, todas aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la salud de un grupo o comunidad. Hay que hacer notar que la variedad de definiciones demuestra el desarrollo a que está sometida esta nueva rama de la Medicina, por lo que es de preveer la aparición de nuevas definiciones. Todas parecen limitadas y cada vez mas difícil encontrar una adecuada y completa. Ya Frost en 1921 declaró que la ciencia que se ocupa de la enfermedad como fenómeno de masa es la epidemiología. Igualmente en la actualidad se afirma que el objeto de la epidemiología es el estudio de los problemas médicos, salud y enfermedad, relacionados con la población en su conjunto, como fenómeno de masas.

2.1.1. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA EPIDEMIOLOGIA.

Entre los principios mas importantes de la epidemiología merecen destacarse:

- El concepto ecológico: la acción recíproca del hombre y su medio, es decir, el conjunto dinámica de acciones y reacciones de los factores ambientales entre sí por una parte, y por otra, las acciones de éstos sobre los grupos humanos. En otras palabras, la participación de los diversos componentes del ambiente físico, biológico, social, económico y cultural, en el origen, mantenimiento o desaparición de la enfermedad o la salud.

- La noción de causalidad múltiple: se puede afirmar que ninguna enfermedad tiene una causa única; en el origen de todas, intervienen multiplicidad de factores. La epidemiología tiene por misión descubrir, identificar y estimar la importancia de esa multiplicidad de factores causales de enfermedad y una vez conocidos, recomendar los medios adecuados para evitar que se inicie el proceso patológico. Así pues, mientras que la epidemiología

logía trata de averiguar las causas de la enfermedad, las otras ramas de la medicina se ocupan mas de los mecanismos y reacciones de la propia enfermedad. Para poner en práctica los principios mencionados, la epidemiología cuenta con un método para estudiar las situaciones que atañen a los grupos humanos, y con un cuerpo de conocimientos apropiados.

2.1.2. AREAS PRINCIPALES DE LA EPIDEMIOLOGIA.

- Epidemiología descriptiva:

Estudia la distribución de la salud y la enfermedad con relación a ciertas características de las personas afectadas, como edad, sexo y raza, entre otras; del tiempo en que fueron afectadas, del lugar, etc.

- Epidemiología analítica:

Estudia los posibles factores causales que determinaron la distribución de la enfermedad y trata de interpretarlos.

- Epidemiología experimental:

Se ocupa de realizar estudios en animales de laboratorio y estudios experimentales con poblaciones humanas.

2.1.3. CARACTERISTICAS DE LA EPIDEMIOLOGIA.

Es una ciencia aplicada que persigue solucionar los problemas prácticos inmediatos, primordialmente los que afectan la salud de la comunidad, para lo cual primero descubre y después conoce los recursos humanos y naturales con que cuenta la colectividad para resolver dichos problemas. Es una ciencia de observación mas que de experimentación, debido a que los métodos de laboratorio no son adecuados para aislar el fenómeno, sino que son necesarios otros que permiten comparar los hechos observados en dos poblaciones que difieren en cuanto al hecho bajo estudio.

Fácilmente se comprende, de acuerdo a las características expuestas, que la epidemiología necesita utilizar los métodos y conocimientos de otras ciencias para cumplir su misión.

2.1.4. RELACIONES DE LA EPIDEMIOLOGIA CON OTRAS DISCIPLINAS DE LA MEDICINA Y DE LA SALUD PUBLICA.

La epidemiología necesita de las ciencias biológicas, matemáticas y sociales.

- Estadística: Los procedimientos estadísticos permiten manejar y procesar los numerosos datos que se obtienen de las comunidades y hacen posible conocer lo que ocurre en esa población o grupo. Además, mediante la utilización de índices, tasas y otros parámetros, contribuye a explicar el fenómeno de masa.

- Microbiología, parasitología, zoología, etc.: Estas ciencias suministran información sobre los agentes vivos causales de enfermedad, sus diversas especies, clases, tipos y características, fuentes de infección, reservorios, modos de transmisión, etc., que interesa conocer para entender el origen y propagación de la enfermedad en un grupo humano.

- Física, química, nutrición: Estas ciencias y otras afines, informan sobre los agentes causales no vivos productores de enfermedad.

- Ecología: Facilita los conocimientos sobre los factores del medio ambiente que influyen sobre la salud del hombre.

- Inmunología: Proporciona conocimientos sobre la resistencia y otros mecanismos de respuesta del hospedero a los agentes causales de la enfermedad.

- Clínica: Provee los recursos necesarios para el diagnóstico de la enfermedad y, una vez establecida como entidad clínica, poder instituir la posteriormente como entidad epidemiológica. Esto permitirá conocer la distribución de la enfermedad en un grupo o colectividad.

- Ciencias Sociales en general: Permiten conocer los hábitos, costumbres, comportamiento y otras características sociales y culturales de los grupos humanos.

- Historia de la Medicina: Nos da información sobre los problemas de salud en el pasado, el comportamiento de las enfermedades, etc., para así poder conocer o suponer lo que ocurrirá en el futuro.

- Genética, meteorología, ingeniería sanitaria y cualquier otra que tenga relación directa o indirecta con la salud del grupo humano: Son ciencias de apoyo para la epidemiología.

2.1.5. USOS DE LA EPIDEMIOLOGIA.

Morris (1978), ha descrito los diversos usos de la epidemiología que presentamos a continuación en forma resumida:

- Para el estudio histórico de la salud de la comunidad, que permite conocer el ascenso y descenso de las enfermedades, su comportamiento y las tendencias futuras.

- Para el diagnóstico de la salud de la comunidad, planteando los problemas de salud y enfermedad de la población en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad, tomando en consideración que la sociedad es dinámica y por tanto sus cambios se reflejan creando nuevos problemas de salud.

- Para estudiar el funcionamiento de los servicios de salud determinando las necesidades, recursos, la demanda, su utilización y por último, evaluándolos para así indicar soluciones y planes para el futuro.

- Para estimar los riesgos individuales de enfermedad, basándose en la experiencia del grupo.

- Para completar el cuadro clínico y describir la historia natural de la enfermedad mediante la inclusión proporcionada de todos los tipos de casos, relacionando la enfermedad clínica con las formas subclínicas y descubriendo precozmente las enfermedades.

- Para identificar síndromes describiendo la distribución, asociación y no asociación de los fenómenos clínicos en la comunidad.

- Para investigar las causas de la salud y de la enfermedad, estudiando la incidencia en distintos grupos de población tomando en cuenta su composición, herencia, modo de vida, ambiente, etc.

En resumen, la epidemiología se ocupa del estudio de la salud y la enfermedad en la población o grupo, como fenómeno de masa. Así, mientras que para el clínico la unidad de trabajo

es el individuo, para la epidemiología es la población o grupo social. Aquél, intenta el diagnóstico del paciente obteniendo una buena historia clínica (método clínico), examina al paciente (semiología), establece la etiología (diagnóstico clínico) y trata la enfermedad (terapéutica). En epidemiología, como el paciente es la comunidad o grupo, se estudia la frecuencia de la enfermedad en la colectividad con el fin de establecer la naturaleza del proceso; por tanto, se obtendrá una cuidadosa historia de la comunidad y sus antecedentes sobre la experiencia previa con dicha enfermedad u otras relacionadas, así como las características de la misma (método epidemiológico); se examinará la distribución del espacio, el número y las características de las personas enfermas, como edad, sexo, etc., en la comunidad (estadística y bioestadística); se establecerá la causa principal y la vía correspondiente, es decir, las medidas de control de la enfermedad en la comunidad (programas de salud pública utilizando las técnicas y procedimientos de la administración sanitaria). A continuación se presenta un cuadro resumen que aclara la comparación expuesta:

COMPARACION ENTRE LA MEDICINA INDIVIDUAL Y LA MEDICINA COLECTIVA

METODO	Clínico	Epidemiológico
TENDENCIA	Curativa	Preventiva
(tendencia actual)	Integral	
METODO DE EXAMEN	Semiología	Metodología estadística y bioestadística
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Diagnóstico clínico	Diagnóstico epidemiológico
SOLUCION DEL PROBLEMA	Terapéutica	Administración sanitaria (Terapéutica social)

Por consiguiente, en clínica al examinar un paciente (un solo individuo), no puede llegarse a ninguna conclusión con respecto al grupo específico al cual ataca la enfermedad. En epidemiología, al observar al grupo humano, no solamente se busca cuantos individuos están afectados por la enfermedad, sino que grupos de edad han sido más atacados, que sexo, que profesión, oficio; si lo que el grupo bebe o come está relacionado con dicha enfermedad, etc. Así pues, en epidemiología, el conjunto de casos con una característica común, bien sea edad, sexo, ocupación, etc., da una idea no solamente de la causa de la enfermedad, sino también de la forma de controlarla.

Estas asociaciones no están al alcance de la clínica debido a que su atención se centra en el individuo y descuida al grupo en sí. Por lo tanto, la clínica se ocupa de los casos en sí mismos y la epidemiología, de los casos en la medida en que ocurren en un grupo humano o colectividad.

La condición indispensable es conocer la población en la que ocurren los casos de enfermedad, las muertes o cualquier otro tipo de problemas relacionados con la salud. Siempre se establece una relación entre todos los casos y la población en que ocurren comenzando por averiguar primero los casos para referirlos después a la población o viceversa, determinar el grupo humano para descubrir luego los casos que han ocurrido en el mismo.

2.2. DEFINICION DE CASO.

La mayoría de los investigadores de la prevalencia y distribución del desorden psiquiátrico, han estado conscientes de que la admisión a tratamiento, operacionalmente la definición mas clara y precisa de un "caso", es una de las mas limitadas (Dunham, 1961; Felix y Bowers, 1958; Greenberg, 1955; Mishler y Woxler, 1963). Por tal motivo, surgió la necesidad de planear una pequeña revisión de lo que define a una persona como "caso".

2.2.1. LA DEFINICION DE "CASO" EN LA EPIDEMIOLOGIA MEDICA.

Siguiendo lo expuesto por MacMahon y Pugh (1970), nos damos cuenta que existen dos tipos de criterios que son utilizados para categorizar a las personas enfermas en grupos (o entidades de enfermedad):

a) Criterio Manifiesto: En este criterio, las personas enfermas son agrupadas de acuerdo a su similitud con respecto a síntomas, signos, cambios en los fluidos corporales o tejidos, función fisiológica, conducta, prognosis o alguna combinación de estos rasgos. Ej.: Fractura de fémur, Diabetes Mellitus, Retardo mental, Esquizofrenia, Cáncer Cervical.

b) Criterio Causal: Aquí el agrupamiento depende de la similitud del individuo con respecto a una experiencia específica que se cree es la causa de la enfermedad. Ejemplo: sífilis, silicosis.

Las clasificaciones por si mismas se designan tradicionalmente como artificiales o naturales. La distinción de estos dos tipos de clasificaciones no parece estar clara. El nivel de conocimiento existente determina en gran parte, que criterio se utiliza para acomodar las cosas en grupos. Además el particular interés del observador en gran parte determina el tipo de criterio seleccionado. Así, la utilidad para un propósito particular es el mayor determinante del tipo de criterio utilizado para la clasificación de la enfermedad en la práctica médica.

En la ausencia de conocimientos sobre los factores causales, el criterio manifiesto provee la única base para tal

clasificación. Entonces, el poner límites para las entidades de enfermedad parece ser un proceso en gran parte intuitivo, teniendo como principio gobernante la suposición de que entre mayor sea la similitud de las manifestaciones de la enfermedad, mas adecuadamente estarán siendo consideradas las enfermedades de las personas que exhiben las manifestaciones.

Cuando los factores causales son identificados, algunos se utilizan para definir nuevas entidades de enfermedad.

El uso de un esquema clasificatorio no excluye el uso concurrente de otro, por ejemplo la sala de emergencias de un hospital puede categorizar a las personas heridas en grupos de síntomas como fracturas, contusiones y casos de sospecha de hemorragia interna, mientras que en un programa preventivo de accidentes sería mas útil usar criterios como accidentes de automóvil, fuego, caída o accidentes de trabajo.

Esta dualidad de necesidades es reconocida por la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 8ava. revisión, 1969).

2.2.2. DEFINICION DE "CASO" EN LA PSICOLOGIA CLINICA.

Si para el epidemiólogo la investigación de un campo constituye su principal cometido, en la práctica de la psicología clínica, los pacientes siguen siendo una fuente fundamental de conocimiento y en el hecho de que un enfermo aparezca como "caso" intervienen no solo el proceso diagnóstico, sino también toda una serie de procesos sociales que motivan el ingreso de un hombre en determinado sistema, proceso que convierte en paciente (y por lo tanto en un CASO numerable desde el punto de vista de la epidemiología) a un hombre enfermo.

El hablar de un "caso", conlleva el referirse a una conciencia científica de lo que es la salud o la enfermedad mental.

Según Foucault (1976), la incongruencia que existe en la actualidad acerca de la conciencia de la locura, determina que hoy en día no se hable mas de locura sino de enfermedad mental, para dejar a un lado los valores en los significados mezcla

dos de la patología y la filantropía y, haciendo una revisión histórica de este tipo, señala cuatro formas de conciencia de la locura.

- Conciencia crítica de la locura: Este tipo de conciencia no define sino DENUNCIA. Se apoya sobre valores formulados desde el principio de la razón. En este sentido, el compromiso de la razón es total en esta oposición sencilla y reversible a la locura; pero es total a partir de "una secreta posibilidad de zafarse completamente".

- Conciencia práctica de la locura: Aquí la separación se da como una realidad concreta que es dada en la existencia y las normas de un grupo, pero se impone como elección EN el grupo o FUERA de él. Es una conciencia DE la diferencia entre locura y razón, que es posible en la homogeneidad del grupo considerado como portador de las normas de la razón. Es social y normativa. Se reduce la locura al silencio.

- Conciencia enunciativa de la locura: No es aquí cuestión de calificar o descalificar a la locura sino solamente de indicarla. La conciencia no está al nivel de los valores, de los peligros y de los riesgos, está al nivel del SER a algo constante, simple e inmóvil. Es una aprehensión perceptiva.

- Conciencia analítica de la locura: Aquí la locura no entraña peligro, no implica separación. Esta forma de conciencia es la que funda la posibilidad de un saber objetivo de la locura

Cada una de estas formas de conciencia es a la vez suficiente en sí misma y solidaria a las demás, puesto que por objetivo que se pretenda, no existe conocimiento científico que no se base sobre una conciencia crítica. Cada una indica una o varias otras que le sirven de referencia constante de justificación o de presuposición.

Como lo afirma Foucault (1976):

"La conciencia científica o médica de la locura, aún cuando reconozca la imposibilidad de curar, siempre esta virtualmente comprometida en un sistema de operaciones que debería permitir borrar

los síntomas o dominar las causas; por otra parte, la conciencia práctica que separa y condena y hace desaparecer al loco, está necesariamente mezclada con cierta concepción política, jurídica, económica del individuo en la sociedad" (pag. 272).

Después de analizar lo anterior, deducimos que para que exista una adecuada coordinación entre la psicología clínica y la epidemiología social, es necesario aclarar dos problemas: la relación entre la situación social y el conflicto individual y la significación de la situación social para el individuo, lo que nos favorecerá para dar una definición de lo que constituye un "caso".

Fletcher y Oldham (1959) proponen tres requisitos básicos para obtener una buena definición:

1. Debe de ser apropiada para el estudio en cuestión.

Hempell (1961) señala que las definiciones que dependen en parte de una cantidad de premisas teóricas y no de fenómenos observables, son insatisfactorias a los fines.

2. Los términos de la definición deben de ser lo suficientemente precisos para que el investigador conozca con claridad los rasgos que deben presentar los pacientes y los que deben de estar ausentes y así lograr la identificación correcta del caso.

Kessel (1960) demostró que las fallas en los límites de las definiciones provocan amplias variaciones de las estimaciones de la prevalencia.

3. Las definiciones operacionales requieren igualmente de algún límite o un umbral de gravedad. Dicho umbral será mejor si está relacionado en forma directa con el grado de disminución funcional asociado a la enfermedad.

Para terminar, se podría añadir a estos requisitos, una apreciación: para llegar a enunciados válidos de lo que constituye a un sujeto como caso, es fundamental que los casos encontrados y claramente definidos hagan referencia a un denominador

rigurosamente exacto, es decir, a una población precisa y concreta.

2.3. METODOS DE IDENTIFICACION DE UN CASO CON PATOLOGIA MENTAL

Ultimamente se han realizado un gran número de estudios epidemiológicos que intentan detectar desórdenes mentales en comunidad. Algunos de ellos se basaron en registros de hospitales, lo cual no es suficiente para estimar la prevalencia del trastorno mental y muchos otros fueron realizados en base a diversos métodos, técnicas y escalas, pero difiriendo también sus conclusiones.

El presente estudio utilizó un cuestionario autoaplicable que identifica en forma válida y confiable la presencia o ausencia de enfermedad mental en comunidad y el grado de severidad. Además se aplicó una entrevista estructurada validada que permitió confirmar dicho resultado del cuestionario.

En seguida exponemos los métodos que para la identificación de un caso psiquiátrico se utilizan con mayor frecuencia en la actualidad.

2.3.1. ENTREVISTA POR UN CLINICO.

En la ausencia de cualquier criterio objetivo para lo que constituye un caso psiquiátrico, la entrevista realizada por un psiquiatra experimentado llega a ser el método básico de la identificación de caso, aunque no existe prueba de validez de este procedimiento sino mas bien de confiabilidad.

Estudios recientes han demostrado que las confiabilidades interpsicótica, neurótica e intrapsicótica, son satisfactoriamente altas, mientras que las confiabilidades intraneuróticas son bajas.

Si la entrevista por un psiquiatra o psicólogo clínico es utilizada como el método de identificación de caso en las encuestas comunitarias, la confiabilidad del procedimiento puede ser mucho mas alta, si se toman ciertas medidas para controlar el error del entrevistado, como son:

- Que los términos usados en los estudios estén definidos cuidadosamente.
- Que un estudio piloto sea realizado.

- Que un procedimiento estandarizado de entrevista sea adoptado (Goldberg, 1972).

El estudio que mejor ilustra el método de utilizar psiquiatras como únicos investigadores de caso es el iniciado por Essen Moller (1956) en Lund y realizado por Hagnell (1959-1968). La muestra estuvo constituida por 2,500 habitantes en un área rural del sur de Suecia; la entrevista fue relativamente no estructurada pero debido a que el entrevistador debía de obtener información en un número de áreas específicas en el curso de la entrevista, se podría tomar como una entrevista dirigida. En la investigación se encontró una prevalencia de tiempo de vida de 1.7% para psicosis; 5.17% para neurosis y 0.98% para oligofrenia. Una gran parte de la población presentó variaciones de personalidad y solamente el 39.6% de los hombres y el 32.8% de mujeres resultaron ser normales.

2.3.2. IDENTIFICACION DE CASO POR ASISTENTES DE INVESTIGACION

En la mayoría de los estudios comunitarios de enfermedad mental, el psiquiatra ha evaluado las notas de una entrevista realizada por otra persona en lugar de entrevistar él mismo al paciente.

Algunos investigadores han utilizado médicos, no psiquiatras para entrevistar al paciente, y otros, han capacitado a asistentes de investigación para administrar una entrevista psiquiátrica.

Cuando se han utilizado entrevistadores que no son médicos, la entrevista es estructurada de tal modo que permita incrementar la confiabilidad de las clasificaciones. Si el entrevistador es libre para hacer preguntas de manera que sean mas apropiadas o que parezcan indicadas, ésto es llamado una "entrevista dirigida", pero si el entrevistador se tiene que basar rígidamente en un formato preadaptado, será una "entrevista estructurada".

Un ejemplo del uso de una entrevista dirigida en la identificación de casos es el estudio de Gruenberg (1954 - 1959), realizado en Syracuse. Este estudio es notable por el hecho de que

reveló conocimientos sobre las limitaciones del método de selección. Se encontró que la entrevista dirigida ha tendido a subestimar la prevalencia de la enfermedad mental.

Recientemente, dos grandes estudios sobre enfermedad mental utilizaron entrevistas altamente estructuradas, administradas por asistentes de investigación y obtuvieron tasas de prevalencia mucho más altas que cualquiera reportada previamente. Estos estudios son:

1) El Midtown Manhattan de Srole y Cols. (1962), donde se utilizó una entrevista estandarizada que tomaba de 2 a 4 horas en su aplicación por entrevistadores entrenados. Estos podían anotar datos adyacentes y las cédulas fueron tasadas independientemente por dos psiquiatras, cuyos respectivos registros sobre 1660 sujetos correlacionaron con + .75 uno con otro en una escala de severidad de distribución de 7 puntos. En este estudio se encontró que no menos de 815 por 1000 tuvieron síntomas de alguna índole y que 234 de 1000 presentaban trastornos, dados sus síntomas y podrían tomarse como casos psiquiátricos.

2) En el estudio Stirling County de Leighton, Harding, Macklin, Macmillan y Leighton (1963), se reforzaron estos datos aplicando una larga entrevista estructurada por asistentes de investigación, la cual incluía el estudio Health Opinion. La cédula fue evaluada por psiquiatras y utilizaron 4 tasas. Los dos estudios principales se llamaron: Estudio "Family Life" y Estudio "Bristol Health".

El primero abarcó 1010 entrevistas de sujetos pertenecientes al condado de Stirling que fueran "Cabezas de hogar" o a sus esposas. Esto dio una tasa de prevalencia de 577 por 1000 que fueron casos psiquiátricos.

El segundo estudio consistió de solo 140 entrevistas con una muestra representativa de todos los sujetos de 18 años en el pueblo de Bristol. Se hicieron más preguntas de salud en este subestudio y la calidad de la entrevista fue mejor. Produjo 690 sujetos de 1000 como casos psiquiátricos.

2.3.3. IDENTIFICACION DE UN CASO POR UNA ENTREVISTA ESTRUCTURADA O PRUEBA VALIDADA.

Las entrevistas estandarizadas descritas son completadas por los sujetos y después analizadas por el experto o grupo de expertos.

Un procedimiento alternativo es diseñar la entrevista de modo que la persona que la aplica pueda registrar un puntaje que indique si el respondiente parece ser un caso psiquiátrico o no. Para lograr esto, la entrevista estructurada deberá estar sujeta por lo menos a un estudio de validez, en donde el puntaje generado por la entrevista estructurada, es comparado con los resultados de una distribución clínica, ciega e independiente.

Estos intentos de estandarizar, de fraccionar y así objetivar el proceso de la decisión clínica, han sido, entre otros, uno de los logros mas significativos en el psicodiagnóstico en la década pasada. Las formas estandarizadas de reporte que proveen datos iniciales para todos los sistemas de diagnóstico semiautomatizados, difieren unos de los otros en:

- a) Amplitud
- b) Enfoque
- c) El grado de estructura que imponen en la entrevista clínica de la cual, las observaciones y los juicios del clínico se derivan; y mas importante de todo,
- d) El nivel de inferencia requerido del clínico.

En uno de los extremos se encuentran los tipos mas abstractos de interpretaciones profundas encontradas en las entrevistas psicoanalíticas y, en el otro extremo está el conteo de frecuencias de conductas favorecidas por los investigadores con un enfoque de aprendizaje social.

Mac Millan (1959), reportó el estudio Health Opinion, que consiste en 75 preguntas de salud orientada, marcada con

"seguido", "algunas veces" y "nunca", como opciones de respuesta. El estudio de calibración utilizó como "normales" a sujetos de granjas del campo, mientras que los "casos" fueron residentes de los hospitales mentales locales.

El contenido de los reactivos posee un gran sesgo somático, y el método de identificación de "normales" parece cuestionarse. Esto es debido a que los resultados fueron complejos y a que tanto el cuestionario como el psiquiatra clasificaron a los sujetos como "dudosos".

El autor interpreta estos resultados mostrando solo un 14 por ciento de discrepancia entre el cuestionario y la evaluación clínica.

Este mismo estudio fue reportado después en forma mas amplia por Leighton y Cols. (1963), encontrándose que el coeficiente de correlación del test-retest para los 64 sujetos fue de mas de 0.87, aunque desafortunadamente el tiempo entre las pruebas no fue establecido. Sin embargo, C. A. León y Clement (1970), llevaron a cabo otro estudio utilizando el cuestionario del estudio Health Opinion en una muestra de la población de El Cerrito.

Se llenó una lista de confrontación por un informante, y a una sub-muestra (5 por ciento) se le aplicó la entrevista psiquiátrica. El puntaje medio del HOS no diferenció entre los sujetos perturbados mentalmente y otros; no dio una clave para el diagnóstico; y el puntaje medio de los perturbados mentales fue significativamente mas bajo que el de los que estaban bien.

La lista de confrontación identificó a una pequeña porción de individuos mentalmente enfermos, pero no informó acerca del tipo de desorden.

El segundo psiquiatra estuvo de acuerdo con el diagnóstico del primero, utilizando el mismo material en un número satisfactorio de casos, pero no estuvieron de acuerdo en las indicaciones para el tratamiento psiquiátrico. En base a esto encontramos que ni la lista de confrontación ni el HOS parecen

adecuados para el descubrimiento de casos en estudios comunitarios si el exámen psiquiátrico se toma en cuenta.

Langer (1962) realizó una entrevista estructurada de selección, con 22 reactivos tomados principalmente del Estudio Midtown Manhattan. Los reactivos tuvieron buena correlación con el juicio de salud de los psiquiatras en las 1660 entrevistas utilizadas para el Estudio. Langer utilizó 72 respondientes clasificados como "sanos" en base a una entrevista de media hora con un psiquiatra especializado, y 139 respondientes clasificados "enfermos" en base al tratamiento psiquiátrico que hubieran recibido con regularidad.

Se pudo probar que la escala de Langer discrimina casos psiquiátricos potenciales entre grupos de población extensa y determina grados de salud mental entre distintos subgrupos o categorías, pero no discrimina personas con daños cerebrales, orgánicos, retardo mental ni psicopatías.

La prueba de clasificación de síntomas (SRT) de Kellner (1967) y Kellner y Sheffiel (1967) es una entrevista semiestructurada diseñada para determinar cambios en síntomas de pacientes no psicóticos. El paciente es verbalmente presentado con una lista de síntomas con la cual tiene que hacer una serie de autoevaluaciones por medio de la intensidad, la frecuencia y la duración de los síntomas en una escala de 5 puntos.

Esta prueba se aplica mejor a pacientes bajo tratamiento que como identificadora de casos y, últimamente ha sido autoaplicable.

El inventario de síntomas y signos (SSI) formulado por Foulds (1965) consta de 80 preguntas que se responden con opciones de si o no.

Fouls señaló que muchas escalas de personalidad e inventarios de malestares distinguen entre rasgos de la personalidad y síntomas; los rasgos son ego-sintomáticos y de relativa larga duración, mientras que los signos y los síntomas son tensionantes e implican un rompimiento en la continuidad normal de

la conducta. Si la información que se busca es sobre atributos de la personalidad, se incluirán reactivos que reflejan rasgos de personalidad, pero si por el contrario, la información a obtener es de naturaleza diagnóstica o sobre severidad de la enfermedad, entonces la prueba debe consistir de signos y síntomas de enfermedad.

Este es un punto importante sobre las escalas existentes, ya que por ejemplo, la escala de neuroticismo del Inventario de Personalidad de Mandsley (MPI) contiene algunos reactivos que son realmente síntomas y el Inventario Médico de Cornell contiene muchos reactivos que son rasgos. En esta conexión es interesante notar que Ingham (1966) mostró que los puntajes de neuroticismo del MPI se tornan mas bajos en pacientes que tuvieron puntajes altos, después de una enfermedad psiquiátrica tres años después del estudio siguiente. Si la escala de medición no estuviera contaminada con síntomas, esto tal vez no hubiera ocurrido en el mismo grado.

El SSI fue diseñado no como un método de identificación de caso en epidemiología, sino como un instrumento diagnóstico, sin embargo, puede ser usado como método de identificación de caso y cuando fue probado con 263 enfermos psiquiátricos y 73 aparentemente sanos, se logró una discriminación bastante buena. Usando un umbral de calificación de 4 o mas para indicar enfermedad, y de tres o menos para indicar salud, se encontró que 89 por ciento del grupo clínicamente enfermo y 86 por ciento del grupo aparentemente normal, fueron correctamente clasificados.

El SSI provee información diagnóstica además de la información del grado o severidad de enfermedad que se obtiene del puntaje total. El SSI parece ser un instrumento de validez aceptable siendo en muchos puntos comparable al presente estudio.

Fleiss, J. L.; Gurland, B. J. y Cooper, J. E. (1979) llevaron a cabo un proyecto diagnóstico que estuvo compuesto por dos grupos de psiquiatras y otros científicos sociales, uno en Nueva York y otro en Londres. Doscientas cincuenta admisiones

consecutivas para un hospital mental de Nueva York y la misma cantidad para un hospital mental en Londres, fueron estudiadas por el proyecto; la edad de los pacientes varió de 20 a 59 años.

Para ello se utilizó una entrevista estructurada del estado mental que tenía cerca de 700 reactivos, 481 del Present State Examination (PSE) de Wing y Cols. (1977) y 197 de la Psychiatric Status Schedule (PPS) de Spitzer y Cols. (1970).

Para proveer una identificación empírica de las dimensiones de la psicopatología medidas por medio de los 700 reactivos del estado mental, se tomó un análisis de factores sobre la muestra total de 500 pacientes.

Después de las agrupaciones necesarias fue aplicado un análisis de factores Varimax a las correlaciones entre los 185 grupos de reactivos y un grupo de factores tentativos fueron extraídos.

La estructura del factor fue purificada por otro exámen de correlaciones entre cada uno de los reactivos individuales y cada uno de los factores tentativos. Finalmente un reactivo fue asignado al factor con el cual se correlacionó mas alto, estipulando que la correlación fue al menos el doble del cuadrado de la segunda correlación mas alta. Veinticinco factores resultaron del análisis y cada uno fue calificado simplemente como el número de sus reactivos tasados en dirección a la psicopatología.

Los siguientes cuadros muestran en forma resumida las diferentes entrevistas estructuradas o validadas mas recientes. Algunas de ellas incluyen sistemas de computación, otras son conocidas como listas de chequeo y existen otras que se han diseñado para realizar investigaciones con niños.

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS O VALIDADAS

ABREVIATURA	NOMBRE	AUTOR(ES)	NUMERO DE ESCALAS	SINTOMAS	TIPO DE ESTUDIO
1. B P R S	BRIEF PSY- CHIATRIC RATING SCALE	OVERALL & GORHAM (1972)	7	ausente muy leve leve moderado moderada mente se vero extremada mente se- vero	18 PATOLOGIA GENERAL
2. F C R S	FACTOR CONSTRUCT RATING SCALE	OVERALL J.E. (1971, 1972)	7	" "	17 DEPRESION PERTURBACION PENSAMIENTO EXTRAPUNITIVIDAD NEUROTICISMO AGITACION/EXCITACION
3. I M P S	INPATIENT MULTIDI- MENSIONAL PSYCHIA- TRIC SCA- LE	LORR & KLETT (1970, 1971)	9		45 PSICOTICOS
4. P S S	PSYCHIA- TRIC STA- TUS SHCE- DULE	SPITZER & ENDICOTT (1970)	4		17 SIGNOS Y SINTOMAS PSIQUIATRICOS Y DE- SEQUILIBRIO EN DIVER- SOS ROLES O ESTILOS DE VIDA (EJ.: PADRE, PAREJA)
5. P E F	PSYCHIA- TRIC EVA LUATION FORM	ENDICOTT & SPITZER (1972)	4		19 SIGNOS Y SINTOMAS PSIQUIATRICOS Y DESE QUILIBRIO EN DIVERSOS ROLES O ESTILOS DE VIDA
6. C A P P S	CURRENT AND PAST PSYCHOPA THOLOGY SCALES	ENDICOTT & SPITZER (1972)	4		18 PSICOPATOLOGIA Y ESTILOS DE VIDA. DIAGNOSTICO COMPUTA- RIZADO VIA DIAGNO II

ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS CALIFICADAS POR COMPUTADORA

I. MULTI-STATE INFORMATION SYSTEM FOR PSYCHIATRIC PATIENTS

AUTORES: SPITZER & ENDICOTT

ABREVIATURA	NOMBRE	ESCALAS	ITEMS	AÑO	ESTUDIA
1. P A S	PROBLEM APPRAI <u>S</u> SAL SCALE	5	38	1971	PROBLEMAS DE ADMISION
2. P D R F	PSYCHIATRIC DIAG <u>N</u> NOSIS RECORDING FORM	1	3	1971	ETAPA DE DIAGNOSTICO (ADMISION, PERIODICO, RE- VALORACION, FINAL)
3. M S E F	MENTAL STATUS EXAMINATION FORM	-	156	1971	SINTOMAS, ESTADO MENTAL
4. P E R	PERIODIC EVALUATION RECORD	28	45	1971	FUNCIONAMIENTO DEL PACIEN <u>T</u> TE DURANTE LA SEMANA PASA <u>D</u> DA
5. P E R C	PERIODIC EVA- LUATION RECORD COMMUNITY	28	45	1971	FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE LA SEMANA PASADA EN COMUNIDAD
6. P A R	PSYCHIATRIC ANAMNESTIC RECORD	152	226	1971	HISTORIA CLINICA DEL CASO

II. MISSOURI AUTOMATED STANDARD SYSTEMA OF PSYCHIATRY (SISTEMA MISSOURI ESTANDARIZADO Y AUTOMATIZADO DE PSIQUIATRIA)

AUTORES: SLETTE, ULETT y Asociados (1970,1973)

ABREVIATURA	NOMBRE	ESCALAS	ITEMS	AÑO	ESTUDIA
1. MAMSE	MISSOURI AUTOMATED MENTAL STATUS EXAMINATION	24	111	1970	DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO RIESGO SUICIDA ESTANCIA EN EL HOSPITAL
2. MIBS	MISSOURI INPATIENT BEHAVIOR SCALE	1	90	1970	CONDUCTA
3. CAPS	COMMUNITY ADJUSTMENT PROFILE SYSTEM	10	100	1970	FUNCIONAMIENTO SOCIAL A TRAVES DE PARIENTES Y AMIGOS
4. ----	-----	1	---		DATOS DEMOGRAFICOS
5. ----	-----	1	---		SALA DE EMERGENCIA
6. ----	-----	1	---		EXAMEN FISICO
7. ----	-----	1	---		TRABAJO SOCIAL
8. ----	-----	1	---		CUESTIONARIO SOBRE ALCOHOLISMO
9. ----	-----	1	---		REPORTE MEDICO
10. ----	-----	1	---		DATOS SOBRE MEDICAMENTOS
11. ----	-----	1	---		QUIMICA SANGUINEA
12. MMPI	MULTIPHASIC MINNESOTA PERSONALITY INVENTORY	15	566	1972	PERSONALIDAD

IMPORTANTE:

TODOS LOS SISTEMAS COMPUTARIZADOS ESTAN BASADOS EN LA UTILIZACION DE CATEGORIAS DE CODIFICACION PRE-ESPECIFICADAS. POR EJEMPLO: PREGUNTAS DE OPCION MULTIPLE.

III. THE INSTITUTE OF LIVING IN HARTFORD, CONNECCTICUT SYSTEM

Esta entrevista consta de tres partes diseñadas por tres autores:

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. DONNELLY y Cols.
(1970) | ESTUDIA: EL ESTADO MENTAL |
| 2. STROEBEL & GLUECK
(1970) | ESTUDIA: ANALISIS DEL CAMBIO
DEL PACIENTE |
| 3. GLUECK (1972) | ESTUDIA: FORMA DE ENTREVISTA
QUE PROVEE PREDIC-
TORES DE DELINCUENCIA |
-
-

LISTAS DE CHEQUEO

NOMBRE	AUTOR Y AÑO	ESTUDIA
1. NEW HAVEN SCHIZO PHRENIC INDEX (NHSI)	Astracha, B. M., 1972	DIAGNOSTICO DE ESQUIZO FRENIA
2. ANALISIS DE SIN TOMAS PSIQUIATRI COS	Hautaloma J., 1971	ANTECEDENTES, SINDRO MES Y SALIDAS DE LA PSICOSIS
3. BOSTON CITY HOS PITAL BEHAVIORAL CHECKLIST	Martorano & Nathan 1972	DIAGNOSTICO TRADICIO NAL
4. THE SYMPTON DISTRESS CHECK- LIST	Derogatis y Cols., 1970	SINDROMES DE ENFERME DAD MENTAL
5. THE DEPRESSION STATUS INVENTORY	Zung., W. W. K., 1972	IDENTIFICA Y/O CLASI FICA PACIENTES DEPRI MIDOS
6. CLASSIFICATION OF DEPRESSED PATIENTS	Paykel, E. S., 1971	IDENTIFICA Y/O CLASI FICA PACIENTES DEPRI MIDOS

INVESTIGACION CON NIÑOS

ABREVIATURA	NOMBRE	NUMERO DE REACTIVOS	AUTOR Y AÑO
P. I. C.	PERSONALITY INVENTORY FOR CHILDREN	600	Wirt y Cols., 1972
L. F. S. C.	LOUISVILLE FEAR SURVEY FOR CHILDREN	81	Miller y Cols., 1972
S. B. C. L.	SCHOOL BEHAVIOR CHECKLIST	62	Miller, 1972 Dielmn & Cattell, 1971 - 1972

2. 3. 4. IDENTIFICACION DE UN CASO POR PRACTICANTES GENERALES

El primer estudio psiquiátrico de identificación de casos realizado por practicantes generales, fue llevado a cabo por Johan Bremer (1951) quien reportó sobre una comunidad aislada de 1000 personas en el Norte de Noruega durante la Segunda Guerra Mundial, encontrando que no menos del 25 por ciento de la población eran sujetos con patología.

Desde entonces, se han reportado muchos estudios con diferentes resultados. Kellner (1963), revisó no menos de veinticinco estudios solo en Bretaña, con tasas de prevalencia sumamente variadas entre uno y otro estudio.

Sheperd y Cols., (1966) estudiaron la morbilidad psiquiátrica con 46 practicantes generales en Londres, encontrando que las estimaciones de morbilidad psiquiátrica de pacientes en riesgo hechas por los médicos, varían de 378 a 323 por 1000.

Los autores aceptaron que algunas diferencias en la prevalencia de una práctica a otra, causan estas diferencias, pero asimismo demostraron que los factores de observación son de terminantes importantes de la variación inter-práctica.

Los practicantes generales pueden ser utilizados como informantes clave en una clase particular de estudios en comunidad dirigida por un psiquiatra. Con este método, a un grupo de pacientes que estaban cerca de los 60 años, se les hizo una completa investigación sobre sus registros psiquiátricos públicos, discutiendo los datos de cada paciente en detalle con el practicante general. Este método lo creó Klemperer (1933) en Munich y fue utilizado tanto por Freming (1951) para su estudio en Bornholm, como por Helgason (1964) para su estudio sobre enfermedad mental en Islandia.

Sin embargo, este estudio presenta una limitación obvia que no ha sido mencionada por ninguno de los autores antes citados, y es que la mayoría de los pacientes que fueron tratados ya no viven y por lo tanto, no existe seguimiento y la posibilidad de recopilar mayor información.

Las prevalencias para enfermedad neurótica encontradas por estos métodos mas sistemáticos usando practicantes generales como identificadores de caso, han sido generalmente mucho mas bajos que en aquellos investigados por métodos de entrevista directa en la mayoría de los estudios que se han realizado.

Está claro que a pesar de que la práctica general es una fuente rica en potencial de información sobre enfermedad neurótica en la comunidad, existe una apremiante necesidad de un instrumento de investigación para determinar morbilidad psiquiátrica prescindiendo de estándares diferenciados de observación, siendo éste el punto de partida de la investigación.

2.3.5. DIAGNOSTICO BASADO EN DATOS DE CUESTIONARIOS AUTO-APLICABLES

Los datos de una historia clínica normalmente pueden ser codificados por observadores humanos antes de ser procesados con propósito de evaluación, y los observadores humanos se conoce somos menos fieles en la transmisión de la tarea. Diferentes bases, contextos, efectos y estereotipos nos plagan; nuestra capacidad de atención está limitada severamente y nos distraemos por el aburrimiento, la fatiga, la enfermedad así como también por una multitud de distracciones interpersonales y situacionales. En resumen, si los hombres estamos limitados, los psicometras ofrecen cuestionarios autoaplicables que intentan tratar la información directamente.

Consideraremos los datos del cuestionario como una forma codificada de comunicación interpersonal usada por una persona para evaluar, valorar, clasificar y diagnosticar a otra. El contenido dominante de la comunicación que es especificada por el evaluador, puede incluir percepciones de eventos pasados, observables, síntomas de perturbación emocional, ánimos transitorios o cualquier otras creencias, opiniones o actitudes de interés.

Por ejemplo, el Minnesota-Briggs History Record, es un intento de medir vía cuestionarios algunas de las variables

típicamente obtenidas de entrevistas. En realidad, el inventario fue desarrollado inicialmente para ser utilizado en los parientes de pacientes hospitalizados por problemas psiquiátricos y solo recientemente se ha convertido en un formato de autorreporte.

La versión nueva que contiene 127 reactivos, provee siete escalas (desunión familiar, conflicto con los padres, conciencia de salud, introversión, fallas en la escuela o el trabajo, disfunción social y quiebres o adicciones).

Así, mientras que el Minnesota Briggs fue diseñado para medir patrones permanentes en la historia del individuo, el POMS (Profile of Mood States), fue diseñado para evaluar estados afectivos altamente fluctuantes y transitorios.

El POMS consiste de 65 reactivos, la mayoría de ellos, adjetivos descriptivos de estados de ánimo, cada uno a puntuarse en una escala de cinco categorías (para nada, un poco, moderadamente, bastante y extremadamente). Un análisis de los factores de una gran parte de los reactivos, llevó al desarrollo de seis escalas altamente homogéneas que miden estados de tensión, depresión, enojo, vigor, fatiga y confusión.

Schachter (1970) ha estado intentando realizar un cuestionario autoaplicable con el objetivo de identificar la esquizofrenia entre aquellas mujeres embarazadas que son internadas para el cuidado prenatal.

Selzer (1971) desarrolló la prueba del MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) que parece trabajar muy bien para detectar aquellos que admiten beber en demasía.

2.4. INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL G H Q Y SU RELACION CON OTROS INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Como ya se mencionó anteriormente, se debe de establecer una clara distinción entre las pruebas diseñadas para detectar enfermedad y aquellas que intentan delinear la personalidad. Algunas como la escala de neurosis de de Eyseneck pueden medir un poco de ambas.

Goldberg, D. P. (1974) señaló que solamente las pruebas diseñadas para detectar enfermedad realmente se acoplan al modelo de detección y existe una gran variedad de ellas que van desde aquellas especialmente diseñadas para el screening como el G H Q y el Inventario Médico de Cornell, a las listas de chequeo de síntomas como la prueba de puntuación de síntomas (SCL) terminando en aquellas diseñadas para detectar condiciones específicas como el inventario de Beck para la depresión o la Escala Wakefield (S.A.D.), Escala de autoevaluación de la depresión.

Dado que todas ellas son baratas y fáciles de administrar, el investigador deberá discernir antes que nada, que es lo que quiere medir y luego, cómo lo va a medir. Los conceptos de "sensibilidad" y "especificidad" son significativos solamente con un modelo de binomio, dado que implican que la evaluación clínica puede dividir la población en normales y casos. La única forma satisfactoria de realizar este modelo de binomio, es el ofrecer a la vez, el test de screening y una evaluación clínica independiente, en una población que tenga individuos con un rango amplio de grados de perturbación.

Relativamente pocos psiquiatras han realizado esto (véase cuadro 1), tal vez por la falta de fe en el modelo binomial o por las dificultades con el caso borderline.

Aunque la sensibilidad y especificidad son características arregladas de una prueba de screening determinada independientemente de la prevalencia de enfermedad en la población que ha sido examinada, su probabilidad alta o la proporción de

respondientes que se encontraron como casos en una entrevista independiente, siempre depende de la prevalencia, y este porcentaje decrece cuando la prevalencia decrece.

Realizando comparaciones, el G H Q es uno de los mejores test para el screening.

El G H Q ha sido descrito como una prueba de screening para la presencia de morbilidad psiquiátrica y severidad de los síntomas; fue administrada por Sims, A. C. P. y Salmons, P. H. (1975) a una muestra secuencial de pacientes de consulta externa de tres clínicas comunitarias interrelacionadas.

Una muestra cruzada y apareada de pacientes de práctica general típica y del área psiquiátrica, respondieron el cuestionario.

CUADRO I. PRUEBAS DE SCREENING. (GOLDBERG, D. P., 1974)

TEST	NUMERO DE SUJETOS	CORRELACION CON STATUS CLINICO	SENSIBILIDAD %	ESPECIFICIDAD %
POBLACIONES				
GHQ 60 reactivos, Práctica general, Londres	200	0.80	96	88
GHQ 30 reactivos, Práctica General, Filadelfia	247	0.70	86	77
SCL 36 reactivos, Práctica General, Filadelfia	247	0.70	83.5	72
CMI de Rawsley Práctica general	76	....	74	82
HOS de MacMillan Comunidad	64	0.50	75-84	54-68
POBLACIONES NORMALES Y ENFERMAS				
SRI (Kellner)	83	....	95	77
CMI (Sheperhd)	..	0.19	70	....
SSI (FOULDS)	336	....	89	86
SAD (WAKEFIELD)	300	0.87	97	92.5

Se consideró que los resultados de este estudio prueban que el GHQ es exitoso demostrando la morbilidad psiquiátrica.

Entre el grupo psiquiátrico hubo 16 de 91 * falsos negativos * (17.6%). Los referidos de otros departamentos del hospital parecían en su mayoría, el ser sintomáticamente menos severos que los referidos por la práctica general. Solamente dos pacientes referidos por practicantes generales para el tratamiento de síntomas fallaron en puntuar dentro del rango psiquiátrico.

Entre el grupo de práctica general hubo 33 de 107 * falsos negativos * (30.9%). Este porcentaje es un poco más alto que el promedio nacional de morbilidad psiquiátrica, específicamente dentro de una población de práctica general, pero está de acuerdo con aquellos perfiles de * morbilidad psiquiátrica conspicua y escondida * descrita por Goldberg (1970).

El promedio de anormalidad psiquiátrica de 549 pacientes de práctica general valorados por un practicante general especializado en psiquiatría, fue de 180 (32.8%) de acuerdo con los presentes perfiles.

Ha sido demostrado previamente (Sims, 1973), que el referir al psiquiatra a un paciente de la práctica general por neurosis, es exitoso puesto que selecciona a aquellos pacientes con mayor desadaptación y peor pronóstico por perturbación social, morbilidad sintomática y mortalidad. Esto se confirma aun más con la utilización del GHQ en la práctica general y en la clínica psiquiátrica. Es interesante el observar que son muy altos los puntajes de los pacientes psiquiátricos. Muy rara ocasión el cuestionario no puntuó alto en pacientes con síntomas psiquiátricos.

El número pequeño de "Falsos negativos" en el grupo psiquiátrico, amplía el valor del cuestionario en la identificación de enfermedad psiquiátrica y la mayoría de estos negativos, no eran de hecho "falsos". Se encontraron puntajes bajos en pacientes externos que ya habían mejorado para el momento de

la entrevista, también en aquellos referidos solamente por un reporte sin ningún tratamiento recibido o en aquellos referidos por otros departamentos del hospital cuando la sintomatología psiquiátrica tendió a ser menor que aquellas referidas por práctica general.

Un paciente era psicótico pero no presentaba quejas.

Otros dos pacientes tenían puntajes bajos con síntomas psiquiátricos.

Los "falsos positivos" en la práctica general no son por supuesto, una falla en la detección, sino simplemente la morbilidad psiquiátrica esperada en la práctica general.

Balint (1965) ha descrito la frecuencia con la que pacientes de la práctica general con quejas somáticas, obscurecen la perturbación afectiva subyacente. Subsecuentemente, las versiones cortas del GHQ se han diseñado con 12, 20 y 30 reactivos en lugar de los 60 (Goldberg, D. P., 1972).

Esto puede resultar práctico en la medicina general. Al demostrar esta clara distinción entre práctica general y pacientes psiquiátricos en su puntaje utilizando el GHQ, el valor del cuestionario como una prueba de screening, retoma valor.

En 1976 Goldberg, D1, Rickels, Downing y P. Heshbacher realizaron una comparación entre el Cuestionario General de Salud (GHQ) y la Lista de Chequeo de Síntomas (Symptom Checklist, SCL) como pruebas de screening en proyectos de investigación de comunidad. Ambos mostraron correlacionar igualmente bien con una evaluación clínica independiente y las diferencias entre ellos principalmente residen en la forma de su respuesta a las escalas (véase cuadro 2).

El GHQ trabajó mejor como una prueba de screening dado que tiene menos falsos positivos asociados con su uso, pero pierde aquellos con padecimientos crónicos. El SCL no pierde casos crónicos y da un diagnóstico si así se requiere.

Ambos tests funcionan mejor con hombres que con mujeres y con blancos que con negros, pero ninguno se ve afectado por la clase social o la edad del respondiente. El estudio reveló una correlación alta entre los síntomas de ansiedad y depresión e indica algunas posibles diferencias entre los síntomas vistos entre negros y blancos.

El principal criterio de evaluación de status psiquiátrico es la puntuación subjetiva de cinco puntos hecha sobre la base de la entrevista (Entrevista Estandarizada de Goldberg, 1970).

Ambas pruebas correlacionaron bien $r=0.70$

El GHQ es mejor discriminador que el SCL, principalmente porque da menos falsos positivos (normales con puntajes altos) y asociado a ello, da una mejor especificidad (verdaderos positivos por 100 entre casos) de los dos cuestionarios es casi similar.

CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE SCREENING DE LOS DOS CUESTIONARIOS

	SCL	GHQ
Sensibilidad	84%	86%
Especificidad	72%	77%
Hits promedio positivo (al 35% prevalencia)	61%	67%
Tasa de clasificación errónea (al 35% de prevalencia)	24%	20%
Correlación producto momento entre puntuación cuestionario y valoración clínica	0.70%	0.70%

Las características de los falsos positivos/negativos fueron:

FALSOS POSITIVOS EN AMBOS CUESTIONARIOS (N=23)

70 se encontraban justo abajo del puntaje umbral requerido para una perturbación significativa clínicamente.

39 (9 pacientes) por puntaje objetivo sumando las 22 puntuaciones durante la entrevista.

52 (12 pacientes) por puntajes de practicantes generales

(5 pacientes) "defensivos suspicaces"

(5 pacientes) múltiples quejas físicas.

FALSOS NEGATIVOS EN AMBOS CUESTIONARIOS (N = 6)

Tres pacientes recibieron puntajes altos en conducta "suspica" en la entrevista, tres pacientes tenían mas de un año con sus síntomas; mas de 15 años en dos casos.

El GHQ tiende a perder pacientes con perturbaciones crónicas debido a la naturaleza de su escala de respuesta.

FALSOS POSITIVOS EN SCL (N= 21)

Eran pacientes que iban en visita de rutina y puntuaron alto por síntomas somáticos, 2/3 pudieron haber presentado las perturbaciones solamente en la entrevista, tres pacientes eran casos por puntajes objetivos, seis pacientes por practicante general y seis pacientes eran normales.

FALSOS NEGATIVOS EN SCL (N = 8)

Estos pacientes forman un grupo heterogéneo pero no existen dudas acerca de su adecuada valoración, ninguno de estos pacientes era borderline.

FALSOS POSITIVOS EN EL GHQ (N = 12)

Once pacientes tenían perturbaciones menores. Dos casos por puntaje objetivo y un caso detectado por practicantes generales.

FALSOS NEGATIVOS EN GHQ (N = 6)

Eran casos moderados, crónicos con una duración de meses hasta 25 años. Solamente uno fue puntuado como psiquiátricamente enfermo por el practicante general.

CUADRO 3. EFECTO DE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS EN EL SCREENING.

TASA DE CLASIFICACION ERRONEA

	n	SCL	GHQ
SEXO			
HOMBRES	80	19%	19%
MUJERES	167	28%	21%
RAZA			
BLANCOS	148	22%	18%
NEGROS	97	28%	25%
ESTADO CIVIL			
SOLTEROS Y CASADOS	48	24%	25%
VIUDOS	177	24%	18%
DIVORCIADOS Y SEPARADOS	22	35%	27%

La falla del GHQ para detectar pacientes indudablemente se debe a la cronicidad causando que el paciente conteste "igual que lo habitual" y por lo tanto, no se puntua como un caso.

Puede observarse que los cuestionarios trabajan, como ya se mencionó, mejor con hombres que con mujeres. Ambos funcionan mejor con blancos que con negros, posiblemente porque fueron contruidos para poblaciones blancas o debido a que la estructura de la sintomatología es diferente para las dos razas.

Los pacientes no clasificados por ambas pruebas, constituyen una limitación inherente a las pruebas breves, auto-administrables de papel y lápiz. Un clínico experimentado puede hacer observaciones que no se pueden dar en una prueba y siempre existirán pacientes borderline dudosos.

Charles M. Coreser y Alistair E. Philip (1978), utilizaron el GHQ para valorar el estado emocional de paciente de nuevo ingreso en una ciudad nueva. Los pacientes con puntajes altos en el cuestionario, tenían mas episodios de enfermedad, mayor número de puntajes que indicaban severidad en problemas psicológicos y estaban mas propensos a tener un diagnóstico psiquiátrico formal que en las personas que puntuaron bajo.

Una segunda encuesta un año después, confirmó la variabilidad de la respuesta al GHQ inherente a un cuestionario que mide "estado actual". Las dudas surgieron en relación a la naturaleza del problema psiquiátrico medido por el GHQ.

RESULTADOS:

Se estudió una población total de 119 personas, divididas en cinco clases sociales. El cuadro 4 muestra que un número desproporcionado de no respondientes provenían de las clases 4 y 5. En otros aspectos no difirieron los respondientes.

CUADRO 4.

CLASE	RESPONDIENTES	NO RESPONDIENTES
I	4	3
II	25	4
III	21	1
IV	70	8
V	22	9
	24	12
V	2	3
TOTAL	119	24



Combinando I con II y IV con V ($X^2 = 9.63, gl=2, P .01$)

El cuadro 5 muestra las medias y las desviaciones estándar obtenidas por los hombres y mujeres en el GHQ. Aunque las mujeres tuvieron una media mayor que los hombres, sus puntajes individuales se distribuyen mas ampliamente que en los hombres.

CUADRO 5. PUNTAJE GHQ POR SEXO

	N	MEDIA	ds
HOMBRES	56	5.62	8.56
MUJERES	63	8.62	11.14
TOTAL	119	7.21	10.08

(t = 1.63, gl= 117, NS)

Goldberg, D. P., y Blackwell (1970), llamaron a aquellas personas que puntuaron 11 o menos "Probables normales" y aquellas que puntuaban 12 o mas "casos probables". El cuadro 6 muestra el número de cada sexo que cae con tal punto de corte.

CUADRO 6.

	CASOS PROBABLES	NORMALES PROBABLES
HOMBRES	8	48
MUJERES	16	47
TOTAL	24	95

($\chi^2 = 1.62, gl = 1, NS$)

Las mujeres producen mas "casos probables" que los hombres pero la diferencia no es significativa.

El cuadro 7 muestra que los casos y los normales difieren en el número de episodios en el período estudiado. Una prueba de las diferencias entre dos distribuciones acumulativas es significativa. (Kolmogorov - Smirnov "D" = 0.339, p .025)

Es importante notar que todos, excepto uno de los casos probables consultados durante un período específico, nueve de las consultas resultaron ser diagnósticos físicos.

CUADRO 7.

EPISODIOS	CASOS PROBABLES	NORMALES PROBABLES
0	1	26
1	5	30
2	11	25
3	3	8
4	4	6
TOTAL	24	95

(K - S test, D = 0.339, P 0.25)

CUADRO 8. CLASIFICACION DEL GHQ Y SEVERIDAD EN LOS CASOS CON PROBLEMAS PSICOLOGICOS

	CASOS PROBABLES	NORMALES PROBABLES
LEVE	4	14
MODERADO	10	2
SEVERO	1 11	1 3

Combinando los puntajes de moderado y severo

($\chi^2 = 7.91$, $gl = 1$, $p.0.005$)

El cuadro 9 muestra que la mayoría de los casos probables fueron diagnosticados como depresiones reactivas o cuadros de ansiedad, mientras que los normales probables, tuvieron diagnósticos diversos, siendo el mas común "desorden situacional transitorio".

CUADRO 9.

DIAGNOSTICO	CASOS PROBABLES		NORMALES PROBABLES	
Estado de ansiedad	6		2	
Depresión reactiva	8	14	1	3
Depresión endógena	0		0	
Psicopatía	0		0	
Otros	1	1	14	14

Comparando estado ansioso y depresión reactiva con los otros diagnósticos: $X^2 = 15.42$, $gl = 1$, $p = .001$.

Goldberg y Cols., (1976) han demostrado que las personas que recurren a cirugías de práctica general, tienen mas signos de estar emocionalmente perturbados que una muestra al azar de la población general. Como un instrumento de investigación, el GHQ es útil, pero Corser y Alistair consideran que debe aclararse si lo que mide puede considerarse como enfermedad psiquiátrica o como parte del rango normal de la respuesta emocional a los cambios en el estilo de vida.

Marks, J. N., Goldberg, D. O., Hillier, V. F. (1979) realizaron un estudio de la enfermedad psiquiátrica entre 4098 pacientes que acudieron a 91 practicantes generales (70 hombres y 21 mujeres), tratando de comparar dos métodos de identificación

de casos : "morbilidad conspicua" determinada por la evaluación del propio doctor y "prevalencia probable" determinada por las respuestas de los pacientes al GHQ.

En general, el cuestionario da estimaciones mas altas que el primero, pero existe un rango muy amplio de morbilidad en ambas prácticas. La habilidad de cada practicante general para detectar la enfermedad psiquiátrica, fue medida a través de la computarización del coeficiente de correlación de Spearman entre sus evaluaciones y los puntajes en el GHQ de sus pacientes. El promedio de coeficiente de correlación fue de + 0.36, pero el rango fue muy amplio (+0.09 + 0.60) .

La primera parte del trabajo estudió las características demográficas de los pacientes que están asociados a puntajes altos de detección de casos psiquiátricos y comparó las evaluaciones hechas por los practicantes generales con aquellas realizadas por el GHQ.

La segunda parte mide la habilidad del practicante general para detectar la enfermedad psiquiátrica comparando su evaluación (hombre-mujer) con los puntajes del GHQ del paciente y trató de explicar la varianza entre los doctores en relación a sus personalidades, actitudes y técnicas de entrevista. Por ser de interés para la presente investigación, solamente analizaremos la primera parte del estudio.

RESULTADOS GLOBALES

91 PRACTICANTES GENERALES	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	PORCENTAJE
Morbilidad conspicua	31.3%	14.2	3 - 77 %
Prevalencia Probable	39.6%	11.4	15 - 64 %
Identificación por ambos métodos	19.0%	8.9	2.6 - 50.2 %
Coeficiente de correlación de Spearman	.39	0.15	0.09 - 0.66
INDICE DE IDENTIFICACION	0.54	0.19	0.08 - 1.05

Es de interés que de todo el grupo de 91 doctores, la correlación entre el coeficiente de Spearman y la morbilidad conspicua, es tan baja como + 0.08, mientras que el coeficiente de Spearman y la prevalencia probalbes es de + 0.03. Esto significa que la habilidad del doctor para puntuar congruentemente a sus pacientes no es predecible ni por sus propias percepciones del NIVEL de desórdenes entre sus pacientes o por la estimación de la prevalencia hecha por el GHQ. Por otro lado, existe una modesta relación significativa de + 0.40 entre el coeficiente de Spearman y el índice de identificación que indica que, existe cierta tendencia en la habilidad de un doctor a realizar puntajes congruentes para predecir su habilidad en identificar verdaderos positivos entre sus pacientes.

El índice de identificación expresa el número de casos identificados por ambos métodos como una proporción del número estimado de verdaderos positivos; el 0.54 de la tabla indica que de todo el grupo de doctores, 54% del estimado número de "verdaderos positivos" fueron identificados como casos.

Sexo: Se pudo observar que los médicos perciben mayor enfermedad entre pacientes femeninos, independientemente del sexo del doctor que realiza las evaluaciones. El GHQ confirmó que existe mayor enfermedad psiquiátrica entre las mujeres, pero esto es válido solamente para pacientes que asisten con médicos hombres. Esto se debe a un reclutamiento selectivo de hombres sintomáticos a médicos mujeres, dado que pacientes masculinos que consultan médicos mujeres, tienen una prevalencia probable mayor que aquellos que consultan doctores hombres. ($\chi^2 = 8.38$, p.0.01).

Edad: Ambos métodos de identificación de casos confirma que la morbilidad psiquiátrica alcanza su punto mas alto entre las edades de 40 y 60. La tendencia del GHQ a identificar mas pacientes que el practicante, puede ocurrir a través de todo el ciclo vital, pero especialmente marcado en grupos de edad de 15 a 24 años.

Estado Civil: Pudo observarse que la morbilidad conspicua es mayor entre aquellos casados, pero que viven separados de sus esposos (51.2%), después de esta categoría se dan en orden descendente: divorciados (43.4%), viudos (38.8%), casados (30.0%) y solteros (25.2%).

El GHQ clasificó los grupos casi en el mismo rango de orden, pero no existían diferencias significativas en los últimos tres grupos (70.1%, 54.4%, 40.7%, 36.5% y 36.7%). Los médicos por lo tanto, diagnosticaron mas enfermedad entre los viudos y entre los casados ($X^2 = 9.2$ p. 0.01), pero el GHQ no confirma esta diferencia ($X^2 = 0.19$, NS).

Status Empleo: Los puntajes de enfermedad psiquiátrica son particularmente altos en los desempleados, morbilidad conspicua 45.3%; prevalencia probable 65.4%.

	HOMBRES		MUJERES	
	MORBILIDAD CONSPICUA (%)	PREVALENCIA PROBABLE (%)	MORBILIDAD CONSPICUA (%)	PREVALENCIA PROBABLE (%)
Estudiante	17.9	31.6	18.3	34.0
Ama de casa	----	----	34.7	42.9
Empleo de medio tiempo	7.1	30.7	33.3	36.6
Empleo de tiempo completo	23.6	32.6	33.0	40.0
Desempleado	47.2	63.0	41.3	74.8
Retirado	22.8	25.7	44.0	40.7

Edad de abandono de educación de tiempo completo:

A los pacientes se les preguntó que dijeran a que edad habían abandonado la educación de tiempo completo como un indicador de la clase

Social que podía ser fácilmente contestado por una alta proporción de la muestra (el 97.1% contestaron la pregunta). Se observó que la morbilidad conspicua descendió desde el 34.3 % en aquellos que abandonaron la escuela a los 15 años, al 15.6 % en aquellos que permanecieron en educación posterior después de los 23 años.

El GHQ no confirmó esta tendencia, la prevalencia probable es 43% para aquellos con educación mínima pero permanece constante para los demás entre 30.5 y 34.5%

Frecuencia de visitas: La prevalencia probable de enfermedad no es más alta entre aquellos que habían visto al doctor mas de cinco veces antes que en aquellos que lo veían por primera vez ($\chi^2 = 0.38, NS$) sin embargo, la morbilidad conspicua se eleva del 24% al 34.6% con el contacto creciente entre el doctor y su paciente. Como uno puede esperar, el índice de identificación es más alto para aquellos que son bien conocidos por el doctor.

En 1983 Michael H. Banks, realizó una comparación entre el Cuestionario General de Salud (GHQ en sus tres versiones de 30, 28 y 12 reactivos) y el exámen del estado presente (PSE), como pruebas de screening en una muestra de 200 jóvenes de 17 años de edad. El PSE clasificó 7 personas (3.5%) como casos, y 47% como libres de síntomas, 49.5% reportaron síntomas en la clasificación de 1 a 4 del ID, y 3.5% fueron clasificados como "casos" en el nivel de cinco o más del ID (véase cuadro 1).

Los 7 diagnósticos en esta muestra también se muestran en el cuadro 1: 1 hipomanía; 2 neurosis fóbica; 2 depresión neurótica; 1 depresión simple; y 1 neurosis de ansiedad.

La tasa de clasificación errónea, sensibilidad y especificidad se valoraron en tres diferentes puntos de corte para el GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12 respectivamente.

Índice de Definición.	No.	%
0 Ausencia de Síntomas	94	47
1 Síntomas no específica	24	12
2 dos.	56	28
4 Borderline	5	2.5
5 Casos	6	3
6	1	0.5
Total	200	100

Categoría Clasificación	(No 7, ID 5+) [*]	No.
Hipomanía		1
Neurósis Fóbica		2
Depresión Neurótica		2
Depresión Simple		1
Neurosis de ansiedad		1

* Todos los síndromes fueron identificados con un alto grado de certeza(+) (Goldberg, 1981) ha demostrado que en poblaciones con una proporción baja de respondientes que obtienen calificaciones altas en la prueba, se podrían predecir evaluaciones de la sensibilidad y especificidad más bajas que en otras poblaciones, como por ejemplo en las clínicas.

La investigación de Banks, refleja ésta expectativa, ya que el GHQ-12 con punto de corte de 2/3 identificó correctamente al 82.5% de los casos con una sensibilidad de 71.4% y una especificidad de 79.8% El GHQ-28 trabajó mejor que el GHQ-30

proveer la identificación de un caso, especialmente cuando el 5/6 punto de corte fue aplicado (veáse cuadro 2).

Cuadro 2. Validación del GHQ-12, GHQ-32, GHQ-28 por diferentes puntos de corte.

	Punto de corte.	Tasa de clasificación errónea global.	sensibilidad	especificidad
GHQ-12	1/2	27.0	100	72.0
	2/3	17.5	71.4	79.8
	3/4	20.5	57.1	82.4
GHQ-30	3/4	25.5	100	73.6
	4/5	23.5	85.7	76.2
	5/6	20.0	71.4	80.3
GHQ-28	3/4	23.5	100	75.6
	4/5	17.5	100	81.9
	5/6	15.0	100	84.5

El PSE identificó un caso de hipomanía, que por ser trastorno psicótico, normalmente no podría ser detectado por el GHQ. Aún así, éste caso obtuvo un puntaje alto en el GHQ, contribuyendo a aumentar los reactivos de ansiedad que fue detectada en los 5 casos que se muestran en la tabla 2, donde una sensibilidad del 100% fue determinada.

El estudio reveló una correlación alta, entre las diferentes versiones del GHQ y el puntaje total del índice de definición PSE. Esto apoya el uso del GHQ en estudios con esta clase de población. Los resultados obtenidos por Banks parecen ser los primeros en su clase en población inglesa joven.

CAPITULO I I I I

METODO Y PROCEDIMIENTO.

3.0 Tipo de Estudio.

3.1 Antecedentes.

3.2 Curso de Entrenamiento a Clínicos.

3.3 Confiabilidad.

3.4 ~~3.4~~ Diseño de la Muestra y Método de Selección (Trabajo de Campo).

3.5 Personal de Investigación.

3.0 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se inserta dentro del modelo Epidemiológico, uno de cuyos principales objetivos es el obtener la prevalencia y tasas de incidencia de la enfermedad a investigar, así como las variaciones que se pueden dar entre los subgrupos que se establezcan dentro de la población de estudio.

Al aplicar este modelo al campo de la Psicología Clínica y el campo de la Psiquiatría, como en este caso, hablamos de Epidemiología Psiquiátrica, una corriente de investigación relativamente nueva y que básicamente se refiere al " estudio de la ocurrencia del desorden mental en una población determinada " (Hinsie y Campbell, 1970):

3.1 ANTECEDENTES

Como antecedente al presente estudio se tienen siete investigaciones previas realizadas en México, en las cuales se probaron los instrumentos cuya utilización se propone en la presente investigación.

Campillo y Cols. , (1978) , realizaron una prueba de confiabilidad entre clínicos en el manejo de la entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg, 1970). Dicho instrumento fué probado con 40 pacientes de consulta externa especializada, se hicieron análisis de confiabilidad entre Observador - Entrevistador y entre Psiquiatra - Psicólogo.

Asimismo, se midió el grado de acuerdo entre clínicos cuando el síntoma está presente y cuando está ausente.

Se realizaron análisis de varianza con el fin de probar la homoge -

bilidad del criterio a pesar de las diferencias entre reactivos. Los resultados indican (veáse tabla) una adecuada confiabilidad entre clínicos.

RESULTADOS DE CONFIABILIDAD DE LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA			
CORRELACION PRODUCTO MOMENTO	KAPPA	ENTREVISTADOR ACUERDO EN PRESENCIA	OBSERVADOR N- 30 ACUERDO EN AUSENCIA
$\bar{X} = .90$	$\bar{X} = .80$	$\bar{X} = .91$	$\bar{X} = .82$
PSIQUIATRA - PSICOLOGO			
CORRELACION PRODUCTO MOMENTO	KAPPA	ACUERDO EN PRESENCIA	ACUERDO EN AUSENCIA
$\bar{X} = .93$	$\bar{X} = .81$	$\bar{X} = .81$	$\bar{X} = .93$

En el análisis de varianza no se detectaron diferencias significativas en el juicio de los clínicos. Los resultados también indican la aplicabilidad del instrumento por parte de psicólogos clínicos entrenados.

Campillo y cols. , (1979) , probaron la validez del CGS. Se probó el nivel de discriminación de los reactivos en muestras apareadas de sujetos que requieren ("casos") y no requieren atención especializada ("no casos") , con escolaridad media (7 a 9 años cursados) , ambos grupos estaban compuestos por mujeres (20 - 40 años) , que residían en colonias suburbanas y que tenían un ingreso mensual inferior al salario mínimo utilizando como..

criterio de validez externa la entrevista psiquiátrica estandarizada. Posteriormente se llevó a cabo un estudio similar con 40 sujetos (20 "no casos" y 20 "casos"), con escolaridad máxima de 3^o de primaria ($\bar{X} = 1.5$), el 35% no tenía educación formal. En ambos estudios las calificaciones obtenidas en el CGS por "casos" y "no casos " mostraron diferencias significativas. En la población con nivel medio de escolaridad se observó una mejor discriminación en tre reactivos, dado que en sólo dos reactivos esta no fué significativa.

En el grupo de nivel escolar máximo de tercero de primaria se en - contró más alto los "no casos" en todos los reactivos menos uno, la discrimi - nación fué significativa sólo en 70 %, lo que sugirió que a pesar de que el cues - tionario es un instrumento útil en población de bajo nivel de escolaridad era ne - cesario revisar el lenguaje, con el fin de asegurar un mejor nivel de comprensión (Castro R. y cols., 1980).

Medina Mora y cols., (1982), realizaron una investigación con el CGS. Este instrumento fué aplicado a la población de 18 a 64 años que asistió a la consulta externa de un hospital general en un período de cinco sema - nas (N= 544). Como criterio de validez externa se utilizó la Entrevista Psiquiá - trica Estandarizada (EPE), y se encontró que el Cuestionario General de Sa - lud es un instrumento útil para la detección de trastornos emocionales, y por lo tanto, para la estimación de prevalencia de estas afecciones en una población definida. La tasa de error resultó ser elevada (mujeres 26%, hombres 24%, mixto 25%), pero aceptable por tratarse de un cuestionario autoaplicable que intenta ser una primera etapa en la identificación de casos potenciales .

Posteriormente los mismos autores sometieron los datos a un aná - lisis factorial (seis factores) que explicaron un 46.6% de la varianza total; partiendo de este análisis se tomaron los cinco reactivos que más pesaban en cada

factor a fin de construir las seis subescalas del CGS.

Después se hizo un análisis de cuatro factores que explicaba el 41 % de la varianza total, los siete reactivos con mayor peso en cada factor fueron seleccionados y sometidos a un nuevo análisis, en esta ocasión se logró explicar el 53.1 % de la varianza total, en función de los cuatro factores (subescalas) del CGS, siendo estos: Síntomas Somáticos, Trastornos en el sueño, Inadecuación Social y Depresión.

La correlación de estas formas abreviadas con la versión de sesenta reactivos, fué de .97 y .94 respectivamente. Al analizar la sensibilidad y la especificidad se encontró que no había diferencias significativas.

Otro estudio basado en el modelo epidemiológico aplicado a la psiquiatría fué el realizado en una muestra de 501 pacientes de un centro de salud, con el objeto de determinar la validez y estandarización del CGS en la detección de "casos" psiquiátricos potenciales y estimar la frecuencia de trastornos mentales de acuerdo a variables sociodemográficos y criterios diagnósticos.

Los resultados encontrados fueron que una frecuencia total de 51% en la población de pacientes asiste a la consulta general, los diagnósticos más frecuentes fueron las reacciones de adaptación (29.1%) y diferentes tipos de neurosis (13.4%) (Padilla y Cols., 1984).

La serie de investigaciones mencionadas con anterioridad llevaron a los autores señalados en las mismas a modificar, estandarizar y validar una versión de 60 reactivos que detectan a pacientes con algún grado de desorden emocional, en poblaciones que acuden a solicitar atención médica general.


Con los datos obtenidos por el CGS-60, se puede resumir lo siguiente: las personas que obtuvieron una calificación promedio entre 4 y 12 (considerando el sesgo de la desviación estándar), quedan clasificados como no casos o casos leves, los casos moderados se ubican alrededor de una calificación de

19 síntomas presentes y los casos definitivos són los que obtienen una calificación de 26 o más. El error de clasificación es de 22.0 % aproximada -- mente (Padilla G.P. , 1986).

Despues de analizar los diferentes tipos de resultados obtenidos Medina Mora y cols. , desarrollaron una versión aún más reducida y escalada del CGS, a fin de disminuir el tiempo en que los pacientes lo responden y bus cas nuevas alternativas para mejorar la detección de pacientes con trastornos emocionales, utilizaron la técnica de análisis factorial, con la cual se obtu - vieron los 30 reactivos de mayor peso, divididos en cinco factores que fueron: Factor 1. Somatización (7 reactivos), Factor 2 Insomnio (4 reactivos), Factor 3 Adecuación Social (7 reactivos), Factor 4 Depresión Ansiedad (9- reactivos), Factor 5 Riesgo suicida (3 reactivos), estos reactivos explican el 55 % de la varianza total.

Para el CGS-30, se estimó un punto de corte de 5/6 con una es-pecificidad del 77.0 % y una sensibilidad del 81 %, el error de clasificación disminuyó al 20.0 %.

Los mismos autores realizaron nuevas formas alternas de clasificac-i-ón con el instrumento, encontrando que los pacientes que obtienen cero de calificación en el cuestionario y los que responden aunque sea un sólo sínto- ma presente en el factor de riesgo suicida, són personas que deben conside - rarse casos, con lo cual la tasa de clasificación errónea disminuyó el 13 % mejorando el equilibrio entre sensibilidad y especificidad (Padilla G.P. ,1986).

Otro estudio que demostró también la validez y confiabilidad del  CGS fué el realizado en una muestra de 293 alumnos universitarios, utilizan- dose la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE) como criterio de valida-

ción externa.

En esta investigación se llevó a cabo una versión breve del Cuestionario General de Salud y un análisis factorial, se obtuvo una correlación de $+ 0.90$ entre la versión breve de 28 reactivos y la original de 60 reactivos. El punto de corte para la población total fué de $4/5$, la tasa de clasificación errónea fué del 28 % con sensibilidad y especificidad de 71.49% y 71.61% respectivamente, se encontró una prevalencia de trastornos mentales de 39.32 % (Romero M. 1985).

Actualmente el CGS 30 se emplea en un proyecto en el que se detectan trastornos afectivos en mujeres con embarazo de alto riesgo (Ezban B.M., 1986).

También se encuentra en proceso de validación con pacientes que asisten al 2o. nivel de la atención médica (Padilla y Cols., 1986)

3.2 CURSO DE ENTRENAMIENTO A CLINICOS.

Para asegurar la confiabilidad del diagnóstico, en primer lugar se entrenó a los Psicólogos Clínicos encargados de realizar la entrevista psiquiátrica.

Los objetivos del curso fueron:

- A) Conocer la entrevista psiquiátrica elaborada por Goldberg y Cols. (1970) así como la forma de aplicación y calificación de la misma.
- B) Establecer un criterio común para calificar los síntomas y signos apreciados durante la entrevista.
- C) Que los entrevistadores consiguieran un alto grado de concordancia en cuanto a la presencia o ausencia de síntomas, así como el grado de severidad de éstos.
- D) Obtener una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores en el diagnóstico global de severidad que define a los " casos " y " no casos ".

Al principio, durante el curso del entrenamiento, las discrepancias que se observaron fueron en cuanto al grado de severidad de síntomas; éstas discrepancias disminuyeron paulatinamente a lo largo del tiempo, hasta que al final del curso, se consiguió unificar los criterios.

Esta unificación se obtuvo después de haber diagnosticado a 13 sujetos que presentaban diversos tipos y grados de patología, los cuales fueron asignados en forma aleatoria a cada entrevistador. Un psicólogo entrevistaba y los demás observaban, hasta que cada uno de los clínicos desempeñó ambos papeles.

3.3 CONFIABILIDAD DEL DIAGNOSTICO CLINICO EN LA ENTREVISTA

Para evaluar el grado de acuerdo entre los clínicos se analizaron las puntuaciones dadas en forma independiente a cada síntoma y calificación global de severidad.

Se obtuvo una correlación entre el maestro y los entrevistadores; para ello se utilizó la R de Pearson (ver fig. 1), realizandose este tanto en las entrevistas grabadas como en las entrevistas en vivo.

3.4 DISEÑO DE LA MUESTRA Y METODO DE SELECCION DE LA MUESTRA.

Se obtuvieron las listas de todos los grupos del primer semestre que acudían a una materia básica, así como las de seis grupos de tercer semestre.

Se estimó el tamaño de la población en 555 alumnos de los cuales 261 serían del primer semestre y 294 serían del tercer semestre. El cuestionario (GHQ) se aplicaría a todos los alumnos presentes de estos grupos.

Después de aplicar el cuestionario se seleccionaría una muestra a la que se le aplicaría la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada con el fin de confirmar el diagnóstico dado por el GHQ. Dado que era necesario tomar un punto de corte base para seleccionar a la sub muestra de casos, se tomó el de 5/6 ya que en investigaciones previas (Campillo y Cols., 1979) utilizando este punto de corte se logró un buen equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

Además se realizó una prueba piloto con alumnos de la facultad de Psicología del 5^o Semestre en la cual se encontró que 19.47% obtenía puntuaciones de 6 o más por lo que se consideró que era un punto de corte que podría funcionar como inicio, a reserva de evaluarlo posteriormente y señalar el que proporcionara mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

ENTREVISTAS CLINICAS
ENTREVISTAS GRABADAS

SINTOMAS REPORTADOS	CLINICO 1		CLINICO 2		CLINICO 3		CLINICO 4		CLINICO 5		\bar{X}	
	ia	ip	ia	ip	ia	ip	ia	ip	ia	ip	ia	ip
1. Síntomas somáticos	.5	.75	0	.6	.33	.5	.5	.75	.5	.75	.36	.67
2. Fatiga	.75	.5	1	1	1	1	.75	.5	1	1	.9	.8
3. Alteraciones en el sueño	1	1	1	1	.66	.66	.66	.66	1	1	.86	.86
4. Irritabilidad	0	.8	0	.5	0	.8	---	1	---	1	0	.82
5. Disminución de la concentración	-	1	0	.8	0	.8	0	.6	0	.8	.0	.8
6. Animo depresivo	1	1	1	1	0	.8	1	1	1	1	.8	.96
7. Ansiedad	.33	.5	0	.4	.5	.75	0	.6	.33	.5	.23	.55
8. Fobias	.8	0	1	---	1	---	1	---	.6	0	.88	0
9. Obsesiones y compulsiones	1	1	1	1	1	1	1	1	.5	.33	.9	.91
10. Despersonalización	1	1	.75	.5	.75	.5	.75	.5	.75	.5	.8	.6
MEDIA SUBTOTAL	.70	.75	.57	.75	.52	.75	.62	.73	.63	.68	.57	.69
ANORMALIDADES MANIFIESTAS												
1. Lentitud, carencia de espontaneidad	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---
2. Suspica, defensivo	1	1	1	1	.8	0	.6	0	1	1	.8	.6
3. Histriónico	.5	.33	.75	.5	.75	.5	1	1	.75	.5	.75	.56
4. Deprimido	0	.6	0	.6	0	.6		.6	0	.8	0	.64
5. Ansioso, agitado, tenso	1	1	1	1	1	1	.0	.75	.5	.75	.8	.9

6. Exaltado, eufórico	.75	.5	.75	.5	.8	0	.75	0	.75	.5	.76	.3
7. Aplanado, incongruente	1	1	.8	0	.8	0	.8	0	.8	0	.84	.2
8. Delirios, trastornos en el pensamiento	1	1	1	1	1	1	1	1	.75	.5	.95	.9
9. Alucinaciones	1	1	1	1	.75	.5	.75	.5	1	1	.9	.8
10. Alteraciones en el intelecto, daño crónico	.8	0	.8	0	.8	.0	.8	.0	.8	.0	.8	.0
11. Excesiva preocupación por la funciones corporales	0	.4	0	.6	0	0	.2	0	.33	.5	.10	.3
12. Contenido depresivo del - - pensamiento	1	1	1	1	.33	.5	0	.6	1	1	.66	.82
MEDIA SUBTOTAL	.75	.71	.75	.65	.66	.37	.61	.40	.72	.59	.70	.54
MEDIA TOTAL	.72	.72	.66	.7	.59	.56	.61	.56	.67	.63	.63	.61

EXAMEN DE PSICOPATOLÓGICO

ENTREVISTAS EN VIVO

SINTOMA REPORTADOS	CLINICO 1		CLINICO 2		CLINICO 3		CLINICO 4		CLINICO 5		X	
	ia	ip	ia	ip	ia	ip	ia	ip	ia	ip	ia	ip
1. Síntomas somáticos	1	1	.33	.5	.5	.75	.66	.66	.66	.66	.63	.71
2. Fatiga	.66	.66	1	1	.5	.75	.66	.66	1	1	.76	.81
3. Alteraciones en el sueño	.5	.75	.5	.75	.5	.75	1	1	.5	.75	.6	.7
4. Irritabilidad	---	1	0	.8	0	.8	0	.6	0	.8	0	.8
5. Disminución de la concentración	1	1	.5	.75	.5	.75	.33	.5	1	1	.66	.8
6. Animo Depresivo	---	1	0	.8	---	1	0	.8	0	.8	0	.88
7. Ansiedad	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1
8. Fobias	.33	.5	1	1	1	1	1	1	1	1	.86	.9
9. Obsesivos y compulsiones	1	1	1	1	.33	.5	.5	.75	1	1	.76	.85
10. Despersonalización	1	1	.75	.5	.75	.5	1	1	.8	0	.86	.6
MEDIA SUBTOTAL	.78	.89	.56	.81	.51	.78	.57	.79	.66	.89	.57	.81
ANORMALIDADES MANIFIESTAS												
1. Lentitud, carencia de - - espontaneidad	1	1	1	1	1	1	1	.8	1	0	.96	.8
2. Suspica, defensivo	.8	0	.8	0	1	---	.8	0	.8	0	.84	0
3. Histriónico	.8	0	1	1	1	1	1	1	1	1	.96	.8
4. Deprimido	0	.8	1	1	1	1	1	1	1	1	.8	.96

5. Ansioso, Agitado, tenso	0	. 8	---	.		. 6		---	1	0			
6. Exaltado, eufórico	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	
7. Aplanado, incongruente	. 8	0	. 8	0	. 6	0	1	---	1	---	. 8	0	
8. Delirios, trastornos del pensamiento	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	
9. Alucinaciones	1	---	1	---	. 8	0	1	---	. 8	0	. 8	0	
10. Alteraciones del intelecto, daño crónico	. 8	0	. 8	0	1	---	1	---	1	---	. 8	0	
11. Excesiva preocupación -- función corp.	1	1	.66	.66	. 5	.33	.75	. 5	1	1	. 5	.75	
12. Contenido depresivo del pensamiento	1	1	. 5	.75	0	. 8	1	1	. 5	.75	. 5	.75	
MEDIA SUBTOTAL		.76	.51	.86	.60	.74	.59	.87	.72	0.9	.59	.80	.69
MEDIA TOTAL		0.77	0.7	.71	0.70	.62	.68	.72	.75	.78	.74	.68	.65

Todos los alumnos que en el cuestionario puntuaran 5 o más pasaron a la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, y de los que obtuvieron una calificación de 0 a 6 se seleccionó una submuestra aleatoria estratificada, en donde uno de cada 6 de los no casos pasó a la entrevista.

Dado que el cuestionario es un instrumento que mide el estado actual, se cuidó que en lo posible, todos los alumnos pasarán a la entrevista clínica el mismo día que respondieron al cuestionario o en un lapso no mayor de dos semanas.

En caso de que estas evaluaciones no fueran realizadas el mismo día, el entrevistador preguntaba al alumno cuál era su estado de ánimo el día de la entrevista en comparación con el día en que contestó el cuestionario (mucho mejor, mejor, igual, peor o mucho peor).

Los entrevistadores que llevaron a cabo la entrevista psiquiátrica estandarizada, evaluaban a todo tipo de población, desconocían la calificación obtenida en el GHQ y consecuentemente su definición como " casos " y " no casos ", ésto es, ambas evaluaciones, se hicieron en forma independiente.

1. Cada entrevistador tomó a su cargo dos ó tres grupos, su labor consistió en:
 - 1.1 Numerar su cuestionario de la siguiente forma:
En la sección denominada "No. de Identificación", Cols. 2,3,-4,5,6,7, (Tarjeta 1).
Anotó:
Cols. 2 a 5 el número de grupo.
Cols. 6 y 7 el número de lista

- 1.2 Llevó consigo un número adicional de Cuestionario para aquellos alumnos que se dieron de alta en la materia después de que salieron las listas. En estos casos se anotaron los nombres de la lista de cada grupo, se les asignó un número progresivo empezando por el siguiente y al último se anotó la información en las columnas 2 a 7 de la primera tarjeta.
- 1.3 En las listas de alumnos de cada grupo, marcó tres columnas:

Una para anotar la calificación del alumno en el Cuestionario si se trata de un caso, esto es si puntuó 7 ó más.

La segunda si se trata de un no caso, puntuó 6 ó menos, y

La tercera para anotar el nombre del entrevistador a quién fué asignado cada alumno. Asimismo, anotó el número de " no casos ".
- 1.4 Aplicó los cuestionarios a los grupos que le fueron asignados.
 - 1.4.1 Pasó a cada alumno su cuestionario correspondiente, de acuerdo con el número de lista.
 - 1.4.2 Preguntó si había otro alumno inscrito que no estuviera en lista y realizó los pasos sugeridos en el punto 2.2.
 - 1.4.3 Checó que no se hubiera dejado sin contestar ninguna pregunta.
- 1.5 Calificó la primera sección del Cuestionario, síntomas 1 a 60. Calificó con 1 si el síntoma está presente, esto es, si hay respuesta en las columnas 3 y 4.

- 1.6 Anotó esta puntuación en la sección correspondiente en el Cuestionario (Cols. 78 y 79) de la primera tarjeta, la sección correspondiente en la lista (punto 2 ó 3).
- 1.7 Si el sujeto puntuó 7 ó más se trató de un caso potencial y por lo tanto pasó a entrevista. Se anotó a quién se le refirió. (punto 2.3).
- 1.8 Si el sujeto puntuó 6 ó menos, era un no caso potencial Solo una submuestra de estos individuos se canalizaron a entrevista.
 - 1.8.1 Anotó su calificación en la columna correspondiente a no caso en la lista de alumnos (punto 2.3).
 - 1.8.2 Seleccionó la submuestra para el primer grupo en que se aplicó, pasó al primer individuo " no caso ", y después al 7, esto es, se seleccionó a uno de cada seis alumnos. Si el individuo rehusaba, no se le substituyó. Así, en el primer grupo pasaron a entrevista los individuos números 1, 7, 13, 19, 25, Etc.
Esta numeración no correspondía al número de lista sino al número de sujetos que se anotaron en la columna de -- " no casos ". Esto es, se excluyó de esta numeración a los individuos " casos ", que són los que puntuaron 7 ó más en el Cuestionario. Se anotó el nombre del entrevistador al que se asignó cada uno de los individuos seleccionados en la columna correspondiente.
 - 1.8.3 Para la selección de los individuos en los siguientes grupos se continuó con el número en que se quedó el grupo

anterior. Así como por ejemplo, si en el grupo anterior el último individuo no caso que era asignado a entrevista era el 48 y los individuos 49, 51 y 52 son no casos, en la siguiente aplicación se empezó a contar a partir del número 4 de los no casos y se asignó al individuo 6.

Antes de empezar la aplicación se anotó el número a partir del cual se debía empezar a contar los "no casos" (Sección 2.3).

- 1.9 El entrevistador responsable de la aplicación retroalimentó al entrevistador que sujetos le habían sido asignados con el fin de que buscara posteriormente a los sujetos que no llegaron a entrevista y la llevara a cabo. Fue muy importante que se perdieran los mínimos casos posibles.
- 1.10 Los entrevistadores completaron la entrevista a los individuos que les fueron asignados y localizaron a aquellos que no asistieron a la entrevista. No conocieron de antemano la calificación obtenida por el sujeto en el Cuestionario.
- 1.11 Después de cada aplicación, los psicólogos responsables del grupo completaron la forma de control de la muestra que se anexa, misma que se acabó por completar por el entrevistador.

3.5 PERSONAL DE INVESTIGACION.

El equipo de investigación estuvo constituido por cuatro Psicólogos Clínicos, los cuales previamente habían recibido un curso de entrenamiento sobre el manejo de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg (1970), para lograr una uniformidad en el Diagnóstico en cuanto a gravedad y presencia o ausencia de síntomas.

LAS TAREAS A REALIZAR EN LA INVESTIGACION FUERON - LAS SIGUIENTES:

- Aplicación del Cuestionario General de Salud a los grupos seleccionados.
- Calificación de Cuestionario.
- Selección de una muestra de sujetos que pasaron a entrevista " casos ", con el objeto de confirmar el diagnóstico dado por el Cuestionario. La evaluación se hará en forma independiente, es decir, los clínicos desconocerán la puntuación obtenida en el cuestionario por parte de los individuos que pasaron a la entrevista.
- Aplicación de la Entrevista Psiquiátrica.
- Registro en hojas de control sobre los resultados obtenidos en el grupo.

Si la psicóloga aplicaba Cuestionarios, refería a los otros cuatro psicólogos a los alumnos seleccionados para entrevista, siendo esto rotatorio y aplicado a cuestionarios, cada investigadora, a un promedio de dos grupos.

CAPITULO IV

RESULTADOS SOBRE EL MANEJO DEL ESTUDIO.

4.1 Características de la población estudiada y tasa de no respuesta.

4.1.1. Cuestionario General de Salud.

4.1.2. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

4.2 Características de la muestra obtenida.

4.3 Ponderación de los datos muestrales.

4.4 Estimación de la varianza y de los intervalos de confianza.

4. RESULTADO SOBRE EL MANEJO DEL ESTUDIO.

4.1 Características de la población estudiada y tasa de no respuesta.

4.1.1. Cuestionario General de Salud.

El total de la población del estudio se constituyó por 296 alumnos, de los cuales el 0.48% rechazó el cuestionario, lo cual da un total de 295 alumnos, 204 mujeres y 91 hombres. La media de edad de la población fue de 20 años. En su generalidad muestran una continuidad en los estudios (82.03%) y un promedio de más de 13 años escolares (65.42%).

La mayoría tiene como estado civil la soltería (87.76%), trabajan y estudian a la vez (59.66%) y ocupan puestos de un tercer nivel, es decir, empleados bancarios, burócratas, dueños de un comercio pequeño, agentes viajeros, profesor de primaria, contador privado, secretarías y recepcionistas (50.51%).

4.1.2. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

Después de aplicar el cuestionario a los 295 alumnos, se seleccionó una muestra a la que se aplicó la entrevista psiquiátrica estandarizada. De esta forma, un total de 134 alumnos debían pasar a entrevista clínica. Se obtuvo una tasa de no respuesta que fue ligeramente superior en las mujeres (17.82%) que en los hombres (12.12%).

Sin embargo la diferencia no llega a ser significativa ($x^2 = 0.24$, $gl = 3$, PNS).

CUADRO I

TASA DE RESPUESTA AL CUESTIONARIO (CGS) (SEXO)

	TASA DE RESPUESTA	%	TASA DE NO RESPUESTA	%	TOTAL	%
FEMENINO	204	99.51%	1	0.48%	205	100%
MASCULINO	91	100%	0	0	91	100%
TOTAL	295	99.66%	1	0.33%	296	100%

PORCENTAJE OBTENIDO DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN N=296

$\chi^2 = 0.17$, GL=3PNS.

CUADRO 2

TASA DE RESPUESTA A LA ENTREVISTA

	TASA DE RESPUESTA	%	TASA DE NO RESPUESTA	%
FEMENINO	83	74.11%	18	81.82%
MASCULINO	29	25.89%	4	18.18%
TOTAL	112	100%	22	100%

MUESTRA N=134

	MASCULINO N=33	FEMENINO N=101	PROPORCION
TASA DE RESPUESTA	29(87.88%)	83(82.18%)	1.07:1
TASA DE NO RESPUESTA	4(12.12%)	18(17.82%)	.68:1

$\chi^2 = 0.24$; GL=3; PNS

CUADRO 3
TASAS DE RESPUESTA A LA ENTREVISTA
PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

PUNTAJÓN BAJA EN EL CUES-
TIONARIO (0-6)*

	TASA DE RESPUESTA	%	TASA DE NO RESPUESTA	%
FEMENINO	15	65.21%	5	100%
MASCULINO	8	34.78%	0	
TOTAL	23	100%	5	100%

* PORCENTAJE OBTENIDO DEL TOTAL DE LA MUESTRA CON PUNTAJÓN BAJA --
(N=28)

PUNTAJÓN ALTA EN EL CUES-
TIONARIO (7 Ó MÁS)*

	TASA DE RESPUESTA	%	TASA DE NO RESPUESTA	%
FEMENINO	68	79.31%	12	70.58%
MASCULINO	21	20.68%	4	29.41%
TOTAL	89	100%	16	100%

* PORCENTAJE OBTENIDO DEL TOTAL DE LA MUESTRA CON PUNTAJÓN ALTA --
(N=105).

CUADRO 4
COMPARACION POR SEXO DE PERSONAS QUE ACEPTARON Y RECHAZARON LA ENTREVISTA *

	MASCULINO 4/5		FEMENINO 6/7		MIXTO 4/5	
	RECHAZAN (N=4)	ACEPTAN (N=29)	RECHAZAN (N=17)	ACEPTAN (N=83)	RECHAZAN (N=22)	ACEPTAN (N=112)
CASO	4	21(70%)	12(70.81%)	68(81.92%)	16(76.19%)	89(79.46%)
NO CASO	0	8(30%)	5(29.41%)	15(18.07%)	5(23.80%)	23(20.53%)
TOTAL	4(100%)	29(100%)	17(100%)	83(100%)	21(100%)	112(100%)

* LA DETERMINACIÓN DE CASO Y NO CASO SE HIZO EN FUNCIÓN DEL PUNTO DE CORTE ÓPTIMO PARA HOMBRES Y MUJERES SEGÚN LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO.

El total de alumnos entrevistados fue de 112, 83 mujeres (74.11%) y 29 hombres (25.89%).

Se observó una tendencia a puntuar alto en el cuestionario en aquellas personas que rechazaron la entrevista, que quienes la aceptan, tanto para hombres como para mujeres (12 mujeres con puntuación alta en el cuestionario, 70.58% y 4 hombres, 29,41%). Sin embargo, el número pequeño de personas que rechazan la entrevista (n = 22, 16.42%), las diferencias no afectan el estudio.

4.2 Características de la muestra obtenida.

La muestra estuvo constituida por un total de 112 alumnos, 83 mujeres y 29 hombres.

De las 83 mujeres, el 81.22% son solteras, el 8.43% casadas, el 3.61% divorciadas, el 1.20% viudas y el 2.4% viven en unión libre. Sin embargo, los hombres solamente se encuentran divididos en solteros (82.75%) y casados (17.24%).

En relación a la escolaridad, la proporción que realizó la preparatoria es casi igual para hombres y mujeres (63.84% y 68.95%) y lo mismo ocurre con la universitaria, (36.13% y 31.04%).

Económicamente independientes fue el 20.68% de los hombres y solamente el 12.04% de las mujeres.

Con antecedentes de tratamiento psicológico fue mayor el porcentaje para mujeres en lo referente a psicoterapia y psicofármacos (8.43% y 4.81%) pero menor en hospitalización (2.40%), que en los hombres alcanzó un porcentaje superior (6.89%).

Solamente el 2.40% de la muestra de mujeres tiene ocupación de primer nivel, concentrándose los porcentajes mayores para ambos sexos en las de tercer nivel (56.12% y 31.03%).

Las diversas características demográficas de la muestra están graficadas en la Tabla. 5

CUADRO 5 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA

	% HOMBRES	% MUJERES
ESTUDIOS QUE HA REALIZADO	N=83	N=29
PREPARATORIA	63.84%	68.95%
UNIVERSITARIA	36.13%	31.04%
QUIEN SOSTIENE EL HOGAR?		
SUJETO	12.04%	20.68%
SU PADRE	51.80%	48.27%
SU MADRE	4.81%	17.24%
OTROS	30.12%	13.79%
LUGAR DE ORIGEN		
ZONA METROPOLITANA DEL D.F.	81.92%	79.31%
OTRA ZONA URBANA	9.64%	6.89%
ZONA RURAL	4.81%	13.79%
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES		
CASADOS	69.87%	75.86%
VIUDO (A)	12.04%	13.79%
DIVORCIADOS	9.64%	6.89%
UNION LIBRE	2.40%	-----
SOLTERO (A)	3.61%	-----

(CARACTERISTICA DEMOGRAFICA DE LA MUESTRA)

N: 87
% HOMBRES

N: 200
% MUJERES

¿HA ESTADO EN ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO?			% HOMBRES	% MUJERES
NOTA: LA TASA DE NO RESPUESTA ES DE 12.04 EN MUJERES Y 13.79 EN HOMBRES	PSICOTERAPIA	SI	8.43%	3.44%
		NO	83.13%	82.75%
	PSICOFARMACO	SI	4.81%	3.44%
		NO	83.13%	82.75%
	HOSPITALIZACION	SI	2.40%	6.89%
		NO	85.54%	79.31%
	SOLTERO		81.92%	82.75%
	CASADO		8.43%	17.24%
	DIVORCIADO		3.61%	-----
	VIUDO		1.20%	-----
	UNION LIBRE		2.40%	-----
¿TRABAJA USTED?				
	TRABAJA Y ESTUDIA		62.65%	55.17%
	ESTUDIA		36.14%	44.82%
OCUPACION				
	1. PROFESIONAL, MEDICO, ABOGADO, ETC., MAGNATE INDUSTRIAL O DE NEGOCIOS, MINISTROS Y SUBSECRETARIOS DE GOBIERNO.		2.40%	-----

CARACTERÍSTICA DEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA

.. 83
% HOMBRES

Nº 20
% MUJERES

2. INDUSTRIAL (TERMINO MEDIO), HOMBRE DE NEGOCIOS, FUNCIONARIO -- BANCARIO, RELACIONES PUBLICAS, AUDITOR, CONTADOR PUBLICO, DIRECTOR DE ALGUNA OFICINA.	-----	-----
3. EMPLEADO BANCARIO, BUROCRATA EN OFICINA, DUEÑO DE UNA TIENDA PEQUEÑA, AGENTE VIAJERO, PROFESOR DE PRIMARIA, CONTADOR PRIVADO, SECRETARIA Y RECEPCIONISTA.	56.62%	31.03%
4. CARPINTERO, MECANICO, SASTRE, - ELECTRICISTA, PLOMERO, POLICIA BANCARIO, AGENTE DE TRANSITO.	3.61%	17.24%
5. OBRERO NO CALIFICADO, MESERO, - TAXISTA, PELUQUERO, POLICIA.	-----	3.44%
6. BARRENDERO, BOLERO, PORTERO, -- SOLDADO RASO.	-----	3.44%
0. NO TRABAJA	37.74%	44.82%
¿ESTUDIO EL AÑO ANTERIOR?		
SI	83.13%	89.65%
NO	15.66%	10.34%

4.3 PONDERACION DE LOS DATOS MUESTRALES.

Para corregir los efectos de pobre muestreo de positivos del Cuestionario General de Salud para la entrevista Psiquiátrica y ciertos efectos de no-respuesta, se ponderaron los datos y estos pesos estratificados fueron utilizados cuando las proporciones se estimaron en el análisis.

Este ajuste se llevó a cabo considerando la proporción de casos con cada puntuación en el Cuestionario General de Salud que fue seleccionada para la entrevista en relación al número total de respondientes presentando la misma puntuación en la población.

PONDERACION DE DATOS MUESTRALES

H O M B R E S	FACTOR DE CORRECCION
0 - 6	6.7
7 - 60	1.1
MUJERES.	
0 - 6	8.6
7 - 60	1.13

4.4 Estimación de la varianza y de los intervalos de confianza.

4.4.1. Estimación de la varianza.

En toda investigación en la que se estudia a una población a través de una muestra, puede existir un "error de muestreo" resultado de no obtener datos de toda la población, sino solamente de una parte de ella y después generalizar los resultados de la población total.

Para conocer el grado de precisión y confianza de las generalizaciones a la población, basadas en los datos de muestreo, se utilizó procedimiento estadístico que se conoce como error de muestreo y se calcula a partir de la varianza de las estimaciones.

Conociendo la varianza se pueden elaborar los intervalos de la confianza, los cuales permiten desarrollar una mejor apreciación de la exactitud de los resultados.

La fórmula que se utilizó para calcular el error de muestreo fue:

$$p^2 = \frac{N-n}{N} \frac{pq}{n-1}$$

4.4.2. Estimación de los intervalos de confianza.

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$\begin{array}{l} P - t (1 - 4 \ 2) \quad \frac{N - n}{N} \frac{pq}{n-1} \quad \text{Límite inferior} \\ P + t (1 - 4 \ 2) \quad \frac{N - n}{N} \frac{pq}{n-1} \quad \text{Límite superior} \end{array}$$

Estos intervalos fueron calculados para un nivel de error de 0.05. El grado de variación también se ilustró mediante un coeficiente de variación que se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$\text{c.v.} = s / p \text{ en donde } s = \text{desviación estándar}$$

$p =$ proporción de la población en la que se presenta la característica estudiada en este caso prevalencia de alteraciones mentales.

En el cuadro 6 aparece el tamaño de la muestra y de la población, la desviación estándar, los intervalos de confianza en sus límites superior o inferior y el coeficiente de variación.

El intervalo de confianza para la estimación de la prevalencia total es $\pm 7\%$, esto es, la prevalencia real está entre 46% y 32%.

En este caso, por ser el tamaño de la muestra reducido, los intervalos de confianza son grandes. Esto es, los resultados deben interpretarse con cautela. Sin embargo, estas estimaciones son útiles para comparar la prevalencia entre diferentes grupos.

CUADRO 6

INTERVALOS DE CONFIANZA* DE LA ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES MIXTO POR SUBGRUPOS DE EDAD, ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL.

	n	N	Prevalencia %	Desviación Estándar	Intervalos de confianza		S/P **
					Límite superior	Límite inferior	
Muestra total de 17 a 41 años	112	295	39.32%	.0365143	46.29%	32.34%	9%
Edad							
17 a 22 años	78	209	29.81%	.0412686	37.69%	21.92%	14%
23 o mas	34	86	36.79%	.0652755	49.26%	24.32%	17%
Escolaridad							
Preparatoria (o a 12 años de estudio)	35	108	33.59%	.0665927	45.29%	21.88%	19%
Universitaria (13 años o mas)	77	187	36.64%	.0423886	44.74%	28.53%	11%
Estado Civil							
Soltero	92	54	36.01%	.040185	43.69%	28.33%	11%
Casado	12	27	6.48%	.183485	16.99%	4.03%	3%

* t = 0.5

** Coeficiente de variación

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

- 5.0 Introducción
- 5.1 Antecedentes
 - 5.1.1. Sensibilidad y Especificidad
 - 5.1.2. Prevalencia global del Cuestionario General de Salud y por subgrupos afectados.
- 5.2 Poder discriminativo del Cuestionario General de Salud:
Definición de las estadísticas utilizadas para el análisis.
 - 5.2.1 Comparación de las puntuaciones obtenidas en la Entrevista Psiquiátrica y el Cuestionario General de Salud.
 - 5.2.2 Gradiente, Análisis de X^2 y Correlación Biserial.

5.0.

INTRODUCCION

En los últimos años los epidemiólogos psiquiátricos, han precisado la importancia de obtener un instrumento que detecte la prevalencia de desórdenes no psiquiátricos en comunidad (Goldberg 1972).

Por otro lado la investigación epidemiológica se ha dirigido principalmente al estudio de los desórdenes psicóticos, ya que ésta es una población fácilmente identificable en instituciones donde puede ser estudiada (Malzberg, 1940: Odeogard, 1946: Morris, 1959).

La medición de la prevalencia en los desórdenes no psicóticos, es más difícil de estimar, debido a que la mayoría de los pacientes en estas condiciones no han recibido tratamiento en clínicas u hospitales; sin embargo, su estudio es de gran importancia ya que la prevalencia de estos desórdenes es mucho mayor cuando se compara con la extensión de los desórdenes psicóticos.

Considerando que la definición de caso es una persona que posee síntomas y sufre por ellos, se probó en esta investigación el poder discriminativo de cada uno de los reactivos del Cuestionario General de Salud de Goldberg (G.H.Q. 1972), con el fin de obtener la detección de casos potenciales en comunidad determinando la validez del Cuestionario General de Salud utilizando como criterio externo la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Goldberg 1970).

Con el objeto de determinar si cada uno de los reactivos discriminaban entre caso y no caso, se tomaron 50 casos y 50 no casos de la muestra de estudiantes universitarios y se compararon los puntos obtenidos por ambos grupos por medio del gradiente correspondiente.

Para establecer el gradiente, se sumaron las calificaciones obtenidas por los no casos en cada uno de los reactivos y se restaron de la sumatoria de la calificación obtenida de los casos en los mismos reactivos con el fin de observar si la diferencia obtenida en los casos y los no casos era significativa.

Se aplicó la X^2 (Siegel 1974), para determinar la significación de las diferencias entre las dos muestras independientes. Se utilizó la prueba de Fisher para complementar el nivel de significantes.

5.1. Antecedentes.

Cómo antecedente a este estudio se probó la validez del Cuestionario General de Salud, por medio de análisis de sensibilidad y especificidad con el objeto de determinar la clasificación en el cuestionario que dividiera los no casos de los casos potenciales. El juicio de validez externo utilizado fue la entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Romero M. 1985).

5.1.1. Sensibilidad y Especificidad.

Sensibilidad es la proporción de casos correctamente identificados por una prueba, y especificidad es la proporción de sujetos normales correctamente identificados al mismo tiempo. El complemento de la especificidad es la proporción de falsos negativos y los valores predictivos se refieren a la probabilidad que presenta el Cuestionario General de Salud de identificar un caso (A Tarnopolsky y Cols. 1977).

Las estadísticas que se utilizaron para el análisis de la sensibilidad y especificidad fueron;

TARNOPOLSKY, 1979

ENTREVISTA PSIQUIATRICA

C U E S T I O N A R I O	Clasificación baja	A	(FALSOS -)
	no casos potenciales		B
	Casos potenciales	(FALSOS +)	
	Calificación alta	C	D

TASA DE CLASIFICACION ERRONEA:

$$\begin{aligned} \text{T.C.E.} &= \frac{(\text{Falsos } +) + (\text{Falsos } -)}{\text{Total de sujetos}} \times 100 \\ &= \frac{B + C}{N} \times 100 \end{aligned}$$

ESPECIFICIDAD :

Personas normales correctamente identificadas por GHQ x 100

Total de personas normales

$$\frac{A}{A + C} \times 100$$

SENSIBILIDAD:

Personas con trastornos correctamente identificados por GHQ

Total de personas con trastornos

$$= \frac{D}{D + B} \times 100$$

PORCENTAJE DE FALSOS POSITIVOS:

100 - Especificidad

PORCENTAJE DE FALSOS NEGATIVOS :

100 - Sensibilidad

VALORES PREDICTIVOS ;

Probabilidad de personas con calificación alta (casos) = $\frac{D}{C + D}$ Personas con trastornos correctamente identificados
Total de personas con calificación alta.

$$= \frac{D}{C + D}$$

$$\begin{aligned} \text{Probabilidad de personas con calificación} &= \frac{\text{Falsos negativos}}{\text{Total de personas con}} \\ \text{baja sea caso} & \text{ calificación baja} \\ &= \frac{B}{A + B} \end{aligned}$$

PREVALENCIA :

$$(\% \text{ ALTA}) (\text{VALOR PREDICTIVO ALTA}) + (\% \text{ BAJA}) (\text{VALOR PREDICTIVO DE BAJA})$$

Se probaron varios puntos de corte para determinar la clasificación en el Cuestionario que dividiera los no casos de los casos potenciales, es decir, que proporcionara el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. (Cuadro 1).

Cada estudio debe encontrar los puntos de corte que cubran en forma mas completa sus objetivos. Los puntos de corte pueden variar en función de la población estudiada (Tarnopolsky 1979) y en función de la sensibilidad y especificidad deseadas. Con ésto se definirá, si se requiere de una máxima sensibilidad a pesar de sacrificar por ello la especificidad, esto es, detectar a todos los " casos " aunque se encuentren muchos falsos positivos; y este punto de corte se puede requerir en el caso de que el estudio tenga como objetivo atender a todos los casos. Si los fines del estudio estuvieron enfocados a detectar solamente " casos " que realmente lo sean, se buscará la máxima especificidad, a pesar de sacrificar la sensibilidad, ésto es, perder " casos " al obtener muchos falsos negativos.

En el presente estudio se buscó aquel punto de corte que minimizara simultáneamente el número de falsos positivos y falsos negativos. Este análisis se hizo para la población con valores ponderados.

El punto de corte para la población total fue de 4/5, es decir, que a partir de cinco síntomas presentes en el cuestionario se podía considerar como caso, con un grado de error conocido.

Se obtuvo una tasa de clasificación errónea del 28 % con sensibilidad y especificidad de 71.49% y 71.61% respectivamente.

5.1.2. Prevalencia global del Cuestionario General de Salud y por subgrupos afectados (Estado Civil, Edad y Escolaridad).

Con relación a la presencia de padecimientos mentales se encontró que el 39.2 % de la población estudiada requería atención especializada.

Con el fin de estimar la prevalencia por subgrupos de la población, se estandarizó el cuestionario para obtener el punto de corte que proporcionara el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para cada subgrupo.

La cifra de prevalencia de trastornos mentales para estos subgrupos se observa en los cuadros 2, 3, 4, 5, 6, 7 y fueron los siguientes:

En el grupo de 17 a 22 años, de ambos sexos, la prevalencia fue menor (29,8 % que en el de 23 a 41 años 36.79%).

Al analizar la prevalencia de trastornos mentales por escolaridad se observa el mismo fenómeno de 0 a 12 años cursados 33.59 % y 13 años o mas 36.64 %.

Respecto al estado civil, los solteros presentaron una prevalencia de 36.01 % y los casados de 6.48%. Estos resultados no contradicen los expuestos en otras investigaciones, ya que el subgrupo casados estuvo poco representado en la muestra.

CUADRO 1 ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS A TRAVES DE LOS DATOS PONDERADOS DE LA MUESTRA (AMBOS SEXOS).

PUNTO DE CORTE 5/6

0 - 5	151.4	47.8	199.2	66.08%
5 6 +	35.98	66.23	102.1	33.91%
	187.38	114.03	301.41	

TASA DE CLASIFICACION ERRONEA	27.29%
SENSIBILIDAD	58.08 %
ESPECIFICIDAD	80.79 %
PORCENTAJE FALSOS POSITIVOS	10.21 %
PORCENTAJE FALSOS NEGATIVOS	41.92 %
V. P. ALTA	0.64
V. P. BAJA	0.24
PREVALENCIA	37.55 %

(CONTINUACION)

PUNTO DE CORTE 4/5

PUNTO DE CORTE OPTIMO

0 - 4	134.2	32.5	166.7	55.3 %
5 6 +	53.18	81.53	134.71	44.69 %
	187.38	114.03	301.41	

TASA DE CLASIFICACION ERRONEA	28 %
SENSIBILIDAD	71.49 %
ESPECIFICIDAD	71.61 %
PORCENTAJE FALSOS POSITIVOS	28.39 %
PORCENTAJE FALSOS NEGATIVOS	28.51 %
V. P. ALTA	0.60
V. P. BAJA	0.19
PREVALENCIA	39.32 %

* MEJOR EQUILIBRIO ENTRE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD.

(CONTINUACION)

PUNTO DE CORTE 2/3

0 - 2	118.9	23.9	142.8	47.38 %
3 ó +	68.48	90.13	158.61	52.62 %
	187.38	114.03	301.41	

TASA DE CLASIFICACION ERRONEA	30.65 %
SENSIBILIDAD	79.04 %
ESPECIFICIDAD	63.45 %
PORCENTAJE FALSOS POSITIVOS	36.55 %
PORCENTAJE FALSOS NEGATIVOS	20.96 %
V. P. ALTA	0.56
V. P. BAJA	0.16
PREVALENCIA	37.04 %

**CUADRO 2 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS.
PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPO EDAD DE 17 A 22 AÑOS
MIXTO**

PUNTO DE CORTE 4/5			
VALORACION PSIQUIATRICA.			
Calificación baja	113.8	23.9	137.7
Calificación alta	29.23	38.21	67.44
	143.03	62.11	205.14
Tasa de clasificación errónea			25.89%
Especificidad			79.56%
Sensibilidad			61.51 %
% Falsos Positivos			20.44 %
% Falsos Negativos			38.49 %
Valor predictivo que una alta calificación sea caso			.56
Valor predictivo que una calificación baja sea caso			.17
Prevalencia			29.8 %

CUADRO 3 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS
 PUNTO DE CORTE IDEAL SUBGRUPO EDAD DE 23 a 41 AÑOS
 MIXTO

PUNTO DE CORTE 4/5			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificación baja	43	8.6	51.6
Calificación alta	9.01	22.39	31.4
	52.01	30.99	83
Tasa de calificación errónea	21.21 %		
Especificidad	82.67 %		
Sensibilidad	73.67 %		
% Falsos Positivos	17.33 %		
% Falsos Negativos	26.33 %		
Valor predictivo que una alta calificación sea caso	0.71		
Valor predictivo que una calificación baja sea caso	0.16		
Prevalencia	36.79 %		

CUADRO 4 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS
 PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPO DE ESCOLARIDAD 0 a 12 AÑOS
 MIXTO

PUNTO DE CORTE 3/4			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificación baja	58.2	15.3	73.5
Calificación alta	8.95	20.1	29.05
	67.15	35.4	102.55
Tasa de clasificación errónea			23.65 %
Especificidad			86.67 %
Sensibilidad			56.78 %
% Falsos Positivos			13.13 %
% Falsos Negativos			43.22 %
Valor predictivo que una alta calificación sea caso			0.68
Valor predictivo que una calificación baja sea caso			0.20
Prevalencia			33.59 %

CUADRO 5 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS SE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS
 PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPO DE ESCOLARIDAD 13 AÑOS DE ESTUDIO
 MIXTO

PUNTO DE CORTE 6/7			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificación baja	85.1	25.8	110.9
Calificación alta	27.26	41.63	70.89
	114.36	67.43	181.79
Tasa de clasificación errónea			30.28 %
Especificidad			74.41 %
Sensibilidad			61.73 %
% Falsos Positivos			25.59 %
% Falsos Negativos			38.27 %
Valor Predictivo que una alta calificación sea caso			0.58
Valor predictivo que una calificación baja sea caso			0.23
Prevalencia			36.64 %

CUADRO 6 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS

PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPO SOLTEROS

MIXTO

PUNTO DE CORTE 4/5			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificación baja	115.7	32.5	148.2
Calificación alta	31.52	50.49	82.01
	147.22	82.99	230.21
Tasa de clasificación errónea			27.18 %
Especificidad			78.39 %
Sensibilidad			60.84 %
% Falsos Positivos			21.41 %
% Falsos Negativos			39.16 %
Valor Predictivo que una alta calificación sea caso			.61
Valor Predictivo que una calificación baja sea caso			.21
Prevalencia			36.01 %

CUADRO 7 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS

PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPOS CASADOS

MIXTO

PUNTO DE CORTE 6/7			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificación baja	15.3	0	15.3
Calificación alta	6.72	4.46	11.18
	22.02	4.46	26.48
Tasa de clasificación errónea	25.37 %		
Especificidad	69.48 %		
Sensibilidad	100 %		
% Falsos Positivos	30.52 %		
% Falsos Negativos	0 %		
Valor predictivo que una alta calificación sea caso	.39		
Valor predictivo que una baja calificación sea caso	0		
Prevalencia	6.48 %		

5.2 Poder discriminativo del Cuestionario General de Salud: Definición de las estadísticas utilizadas para el exámen.

GRADIENTE.

Para obtener el gradiente se suman las calificaciones obtenidas por los no casos en cada uno de los reactivos y se restan de la sumatoria de la calificación obtenida de los casos en los mismos reactivos; se espera obtener una pendiente entre los dos tipos de muestras, puntuando más alto los casos.

ANÁLISIS DE X^2 .

Se realizó un análisis de X^2 para determinar si la diferencia de gradiente era significativa. Este análisis se realizó con el fin de comparar los puntajes obtenidos entre casos y no casos y observar así las diferencias entre ambos grupos (Siegel, 1972).

La fórmula es :
$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

CORRELACION BISERIAL.

Este análisis se realizó reactivo por reactivo, con el fin de definir la contribución sintomatológica que posee cada reactivo para la calificación (Magnusson, 1978).

La fórmula es :
$$r_{bis} = \frac{M_p - M_q}{s_o} \frac{p_q}{y}$$

M_q = Media de los puntajes y para los individuos en la categoría "0" (Síntoma ausente).

M_p = Media de los puntajes y para los individuos en la categoría "1" (Síntoma presente).

p = Proporción y - de individuos en la categoría "1" (Síntoma presente).

q = Proporción de individuos en la categoría "0" - (Síntoma ausente).	s_y = Desviación estándar.	y = Ordenada de la línea que divide las proporciones "p" y "q" en una distribución normal unitaria.
---	------------------------------	---

Esto es un análisis dicotómico, esto es, síntoma presente - síntoma - síntoma ausente, de donde se obtiene la media de la calificación global de severidad de los sujetos que presentan el síntoma y se correlacionan con la media de calificación global de severidad de los que no lo presentaron.

5.2.1. Comparación de las puntuaciones obtenidas en la Entrevista Psiquiátrica y el Cuestionario General de Salud.

Con el fin de evaluar la adecuación de criterios se obtuvo la media de calificación del cuestionario para aquellos sujetos con diferentes puntuaciones en la Entrevista Psiquiátrica .(CUADRO No. 1).

Los resultados no muestran que en la medida que aumenta la severidad de la puntuación dada al sujeto en la entrevista Psiquiátrica, también aumenta la calificación obtenida en el cuestionario.

En el análisis de la Prueba de la Probabilidad Exacta de Fisher, que nos sirvió para determinar la significancia del poder discriminante de cada reactivo, encontramos que la diferencia entre " casos " y " no casos " fue significativa al .01 .

Cuadro No. 1

COMPARACION DE MEDIAS ENTRE LA ENTREVISTA
PSIQUIATRICA Y EL CUESTIONARIO
CASOS Y NO CASOS

	Calif. Glob. de severidad	No. de sujetos	Media de calif. del (GHQ)	Desviacion estándar
NO CASOS	0	19	$\bar{X} = 5.26$	5.25
	1	33	$\bar{X} = 10.12$	6.74
CASOS	2	56	$\bar{X} = 15.98$	10.15
	3	3	$\bar{X} = 14.66$	15.04

TOTAL = III

CUADRO DE FISHER

ANALISIS DE VARIANZA DE 3 GRUPOS

(Diagnóstico Global de Severidad contra Cuestionario Gal. de Salud)

	1	2	3 y 4	
Ny	19.000	33.000	59.000	N = 111
Ty	100.000	334.000	939.000	T = 1373.00
Xy	5.263	10.121	15.915	TN = 1698314
X _{ij} ²	1024.000	4838.000	21071.009	SX = 26933.00
Ty ² / _{ny}	526.316	3380.484	14944.422	STn = 18851.22

Fuente de variación	suma de cuad.	grados de libertad	varianza estimada
entre	1868.080	2	934.040
dentro	8081.780	108	74.831
total	9949.860	110	F = 12.4819

(efecto de columna).....omega 2 = W 2 = .1714 α .01

COMPARACION DE MEDIAS ENTRE LA ENTREVISTA

PSIQUIATRICA Y EL CUESTIONARIO.

FEMENINO

	CALIF. GLOB. DE SEVERIDAD	Nº DE SUJETOS	MEDIA DE CALIF. DEL (GHQ)	DESVIACION ESTANDAR
NO CASOS	0	14	$\bar{X} = 6.14$	5.33
	1	24	$\bar{X} = 10.91$	6.94
CASOS	2	43	$\bar{X} = 16.18$	10.24
	3			

TOTAL 81

COMPARACION DE MEDIAS ENTRE LA ENTREVISTA

PSIQUIATRICA Y EL CUESTIONARIO.

MASCULINO

	CALIF.GLOB. DE SEVERIDAD	Nº DE SUJETOS	MEDIA DE CALIF. DEL (GHQ)	DESVIACION ESTANDAR.
NO CASOS	0	6	$\bar{X} = 5.50$	7.81
	1	8	$\bar{X} = 6.62$	4.71
CASOS	2	13	$\bar{X} = 15.30$	10.21
	3	3	$\bar{X} = 18.50$	19.09

TOTAL 30

5.2.2. Gradiente, Análisis de X^2 y Correlación Biserial.

Para observar cual es la discriminación de cada reactivo, se sacó el gradiente que consiste, en un agrupamiento de las respuestas dadas por los dos grupos de cada reactivo. El reactivo ideal deberá ser respondido tan bajo como se posible por los no casos y comparativamente más alto por los casos.

En el análisis del gradiente se estableció que en todos los reactivos a excepción de uno, las puntuaciones fueron más elevadas en los casos. El único reactivo en el que los no casos puntuaron más elevado fue el No. 40 que se refiere a sentimientos subjetivos de inadecuación, la puntuación obtenida por los no casos fue 14 y la de los casos 10.

Respecto al análisis de X^2 para determinar la significancia del poder discriminante de cada reactivo, encontramos que 10 reactivos (17%) fueron significativos al .05, 9 reactivos (15%) al .01 y 10 (17%) al .001 hacen un total de 49% de los reactivos del cuestionario. En el 51% restante la diferencia entre caso y no caso no alcanzó a ser significativa.

Dentro de los reactivos que fueron significativos al .05 tenemos el No. 8, que se refiere al área cardiovascular, neuromuscular y gastrointestinal; los No. 8, 38, 39, 42 y 47 que se refieren a los sentimientos subjetivos de inadecuación, tensión y humor; el No. 22 que está dentro del área de conducta observable personal, el No. 19 que hace alusión al sueño e insomnio; y por último los No. 51, 58 y 60 que es

tán dentro del área de sentimientos subjetivos de depresión y ansiedad.

De los reactivos que alcanzaron una significancia al .01 en -
contramos el No. 3 que está dentro del área de Salud General y el Sis-
tema Nervioso Central; el No. 18 referente al área de sueño e insomnio;
los No. 23 y 24 que hacen alusión a la conducta observable personal;
el No. 34 que se refiere a la conducta observable en las relaciones in-
terpersonales; los No. 44 y 45 referente al área de sentimientos sub-
jetivos de inadecuación, tensión y humor; y por último los No. 53 y 59
que están en el área de sentimientos subjetivos de depresión y ansiedad.

Dentro de los que fueron significativos al .001, tenemos los
No. 16, 17 y 20 que hacen alusión al sueño e insomnio; los No. 25 y
30 que están dentro del área de conducta observable personal; los No.
41 y 46 que pertenecen al área de sentimientos subjetivos de inadecua-
ción, tensión y humor y por último tenemos los No. 49, 50 y 55 que
se refieren a sentimientos subjetivos de depresión y ansiedad.

Por otra parte también se observó la importancia diagnóstica de
cada síntoma, esto es, la contribución que daba su presencia a la ca-
lificación global para que el sujeto fuera considerado " caso ". Este
análisis se llevó a cabo con los " casos " y los " no casos ".

En el análisis de correlación Biserial se determinó que en el
total de 28 reactivos la correlación fue superior al 4.8275. En el to-
tal de los demás reactivos no se encontraron diferencias significativas.

Tomando en consideración los datos anteriores podemos con-
cluir que a pesar de que las diferencias culturales o características
propias del grupo estudiado intervienen sobre el poder discriminativo -
que posee cada reactivo específicamente, el cuestionario permite una
adecuada identificación global de los " casos ".

CORRELACION BISERIAL ENTRE CADA REACTIVO DEL CUESTIONARIO.

Y LA CALIFICACION GLOBAL DE LA MUESTRA TOTAL.

TEST DE SIGNIFICANCIA PARA EL COEFICIENTE DE CORRELACION BISERIAL PUNTUAL

No. DE REACTIVO.	CASOS (N= 59)	NO CASOS (N= 53)	TOTAL (N= 111)			
1	r = .5026 T = 4.3899	r = .2943 T = 2.1992	r = .4331 * T = 5.0171	33	r = .3095 T = 2.4581	r = .2113 T = 1.5439
2	r = .3319 T = 2.6570	r = .3431 T = 2.6088	r = .2788 T = 3.0311	34	r = .4059 T = 3.3535	r = .2811 T = 2.0919
3	r = .4786 T = 4.1156	r = .2770 T = 2.0589	r = .5771 * T = 7.3396	35	r = .4057 T = 3.3513	r = .5021 T = 4.1467
4	r = .3643 T = 2.9536	r = .4226 T = 3.3300	r = .4963 * T = 5.9695	36	r = .5057 T = 4.4020	r = .3432 T = 2.6099
5	r = .0967 T = .7336	r = .3697 T = 2.8422	r = .3057 T = 3.3522	37	r = .2858 T = 2.2520	r = .5097 T = 4.2313
6	r = -.0813 T = -.6164	r = .3640 T = 2.7917	r = .2572 T = 2.7789	38	r = .4522 T = 3.8283	r = .3866 T = 2.9937
7	r = .3078 T = 2.4432	r = .4540 T = 3.6397	r = .3616 T = 4.0496	39	r = .3994 T = 3.2893	r = .3390 T = 2.5737
8	r = .2602 T = 2.0348	r = .1486 T = 1.0738	r = .2749 T = 2.9852	40	r = .5712 T = 5.2540	r = .2908 T = 2.1706
9	r = .4065 T = 3.3594	r = .2467 T = 1.8181	r = .4054 T = 4.6336	41	r = .3744 T = 3.0486	r = .0192 T = .1377
10	r = .3967 T = 3.2633	r = T =	r = .3470 T = 3.8630	42	r = .6036 T = 5.7169	r = .5382 T = 4.5605
11	r = .1843 T = 1.4164	r = -.0148 T = -.1062	r = .2078 T = 2.2181	43	r = .6001 T = 5.6652	r = .5008 T = 4.1319
12	r = .4053 T = 3.3481	r = .3971 T = 2.9261	r = .3357 T = 3.7209	44	r = .4417 T = 3.7176	r = .4214 T = 3.3192
13	r = .2523 T = 1.9771	r = .3957 T = 3.0774	r = .4153 T = 4.7670	45	r = .3072 T = 2.4371	r = .1784 T = 1.2950
14	r = T =	r = .1448 T = 1.0454	r = .4223 T = 4.8648	46	r = .6523 T = 6.4976	r = .3866 T = 2.9937
15	r = .4578 T = 3.8877	r = .4468 T = 3.5671	r = .4901 * T = 5.8706	47	r = .5132 T = 4.5151	r = .4130 T = 3.2385
16	r = .4329 T = 3.6261	r = .5740 T = 5.0062	r = .4931 * T = 5.9189	48	r = -.0550 T = -.4159	r = .4071 T = 3.1833
17	r = .3389 T = 2.7196	r = .3666 T = 2.8144	r = .3217 T = 3.5483	49	r = .4878 T = 4.2194	r = .5655 T = 4.8975
18	r = .3273 T = 2.6158	r = .1486 T = 1.0738	r = .3635 T = 4.0739	50	r = .6073 T = 5.7713	r = .3198 T = 2.4112
19	r = .1101 T = .8367	r = .0446 T = .3188	r = .1804 T = 1.9158	51	r = .1830 T = 1.4057	r = .2081 T = 1.5199
20	r = .3197 T = 2.5481	r = .2575 T = 1.9031	r = .4379 * T = 5.0857	52	r = .2267 T = 1.7579	r = .0214 T = .1532
21	r = .3967 T = 3.2631	r = .4398 T = 3.4972	r = .2170 T = 2.3212	53	r = .6111 T = 5.8287	r = .3122 T = 2.3474
22	r = .4638 T = 3.9532	r = .4779 T = 3.8861	r = .4900 * T = 5.8698	54	r = .4974 T = 4.3289	r = .3622 T = 2.7754
23	r = .6278 T = 6.0907	r = .4519 T = 3.6179	r = .6381 * T = 8.6528	55	r = .4883 T = 4.2255	r = .4353 T = 3.4532
24	r = .4091 T = 3.3853	r = .2207 T = 1.6160	r = .4934 * T = 5.9224	56	r = .5751 T = 5.3076	r = .1040 T = .7473
25	r = .4502 T = 3.8074	r = .2452 T = 1.8065	r = .3947 T = 4.4861	57	r = .3104 T = 2.4656	r = .2113 T = 1.5439
26	r = .5112 T = 4.4910	r = .2502 T = 1.8459	r = .2885 T = 3.1462	58	r = .3118 T = 2.4780	r = .3431 T = 2.6088
27	r = .4900 T = 4.2445	r = .2867 T = 2.1377	r = .3858 T = 4.3665	59	r = .4106 T = 3.3999	r = .3122 T = 2.3474
28	r = .4347 T = 3.6443	r = .5223 T = 4.3750	r = .4236 * T = 4.8823	60	r = .4347 T = 3.6443	r = .0872 T = .6254
29	r = .5505 T = 4.9795	r = .1811 T = 1.3152	r = .4699 * T = 5.5581			
30	r = .5246 T = 4.6532	r = .4059 T = 3.1719	r = .4666 * T = 5.5079			
31	r = .4322 T = 3.6194	r = .1839 T = 1.3363	r = .1855 T = 1.9718			
32	r = .2808	r = .0858	r = .1688			

Se tienen 57 grados de libertad.

Se tienen 51 grados de libertad.

$\alpha = .01$

El Coeficiente de Pearson

ANÁLISIS DEL PODER DISCRIMINATIVO DE LOS REACTIVOS DEL
CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD ENTRE "CASOS" Y "NO CASOS"

(N = III)

NO. DE REACTIVO	CASOS N = 59	NO CASOS N = 52	GRADIENTE	X ²
1. Sentirse bien y con buena salud (menos).	16(27.1%)	9(17.3%)	9.8	2.16
2. Tomar vitaminas.	9(15.3%)	7(13.5%)	1.8	0.11
3. Agotado y sin fuerzas.	21(35.6%)	8(15.4%)	20.2	8.00 ⁺⁺
4. Sensación de estar enfermo.	14(23.8%)	9(17.3%)	6.5	1.02
5. Dolores de cabeza.	13(22.1%)	9(17.3%)	4.8	0.58
6. Pesadez o sensación de que va a estallar la cabeza.	14(23.8%)	8(15.4%)	8.4	1.78
7. Puede concentrarse (menos).	30(50.9%)	25(48.1%)	2.8	0.06
8. Miedo de desmayarse.	7(11.9%)	2(3.8%)	8.1	4.2 ⁺
9. Escalofríos o bostezos.	8(13.6%)	4(7.7%)	5.9	1.63
10. Sudando mucho.	12(20.4%)	0(0.0%)	20.4	---
11. Despierta temprano y no vuelve a dormir.	6(10.1%)	2(3.9%)	6.2	2.74

.05=3.84 (+)

.01=6.64 (++)

.001=10.83 (+++)

NO. DE REACTIVO	CASOS n = 59	NO CASOS n = 52
12. Siente que no des cansa al despertar.	16(27.1%)	12(23.1%)
13. Demasiado cansado y fatigado aún para comer.	9(15.2%)	8(15.4%)
14. Ha dormido menos.	19(32.3%)	10(19.2%)
15. Se ha sentido alerta y bien despierto (menos).	20(33.9%)	12(23.1%)
16. Se ha sentido ligero de vida y energética (menos).	20(33.9%)	6(11.5%)
17. Dificultad para dormirse y conciliar el sueño.	12(20.4%)	2(3.8%)
18. Dificultad para dormirse toda la noche.	10(16.9%)	2(3.8%)
19. Pesadillas o sueños desagradables.	10(16.9%)	3(5.8%)
20. Noches inquietas o intranquilas.	18(30.5%)	3(5.8%)
21. Mantenerse ocupado (menos).	9(15.3%)	4(7.7%)
22. Tarda más en hacer las cosas.	22(37.3%)	10(19.2%)

.05=3.84 (+)

.01=6.64 (++)

NO. DE REACTIVO	CASOS n = 59	NO CASOS n = 52	GRADIENTE	X ²
33. Pasa mucho tiempo platicando con los demás (menos).	14(23.8%)	9(17.3%)	6.5	1.01
34. Miedo a decir... por ridículo.	15(25.4%)	5(9.6%)	15.8	7.12 ⁺⁺⁺
35. Jugar papel útil en la vida (menos).	13(22.1%)	7(13.4%)	8.7	2.08
36. Capaz de tomar decisiones (menos).	8(13.5%)	4(7.7%)	5.8	1.58
37. Difícil iniciar alguna actividad.	11(18.6%)	6(11.5%)	7.1	1.67
38. Siente miedo ante lo que tiene que hacer.	9(15.2%)	2(3.9%)	11.3	6.60 ⁺
39. Se ha notado agobiado y en tensión.	35(59.3%)	20(38.4%)	20.9	4.46 ⁺
40. Incapaz de resolver sus problemas.	10(16.9%)	14(26.9%)	-10	2.28
41. Vida como lucha constante.	30(50.8%)	8(15.3%)	35.5	19.09 ⁺⁺⁺
42. Disfruta sus actividades (menos).	16(27.1%)	6(11.5%)	15.6	6.30 ⁺
43. Le parece todo más difícil.	19(32.2%)	13(25.0%)	7.2	0.90
44. Se ha sentido irritado y de mal humor.	31(52.5%)	13(25.0%)	27.5	9.76 ⁺⁺⁺

NO. DE REACTIVO	CASOS n = 59	NO CASOS n = 52
45. Sentirse asustado y con miedo.	11(18.7%)	2(3.8%)
46. Capaz de enfrentar sus problemas (menos).	16(27.1%)	2(3.8%)
47. Todo se le viene encima.	26(44.1%)	12(23.1%)
48. La gente se le queda viendo.	8(13.5%)	5(9.6%)
49. Triste y deprimido.	36(61.1%)	14(26.9%)
50. Perdido confianza y fé en sí mismo.	19(32.2%)	5(9.6%)
51. Usted no vale nada.	8(13.5%)	2(3.8%)
52. No se puede esperar nada de la vida.	8(13.5%)	4(7.7%)
53. Ve su futuro con esperanza (menos).	10(16.9%)	2(3.8%)
54. Se siente feliz (menos).	17(28.9%)	9(17.3%)
55. Nervioso y a punto de estallar.	31(52.5%)	8(15.4%)
56. No vale la pena vivir.	6(10.2%)	2(3.8%)
57. Quitarse de enmedio.	15(25.4%)	9(17.3%)

GRADIENTE	χ^2
4.0	0.30
0.1	0.13
13.0	3.26
10.8	2.04
27.3	14.77 ⁺⁺⁺
16.5	11.23 ⁺⁺⁺
13.0	8.12 ⁺⁺
11.2	5.54 ⁺
24.8	16.98 ⁺⁺⁺
7.6	1.25
18.1	5.80 ⁺

NO.DE REACTIVO	CASOS n = 59	NO CASOS n = 52	GRADIENTE	χ^2
23. Perdido interés en sus actividades.	20(33.9%)	7(13.4%)	20.5	8.89 ⁺⁺
24. Perdido interés en su arreglo personal.	12(20.3%)	3(5.8%)	14.5	8.07 ⁺⁺
25. Preocupado menos en su forma de vestir.	16(27.1%)	3(5.8%)	21.3	13.82 ⁺⁺⁺
26. Salido de su casa como acostumbra (menos).	18(30.5%)	13(25.0%)	5.5	0.54
27. Se desenvuelve -- bien como la mayoría de la gente.	17(28.9%)	9(17.3%)	11.6	2.90
28. Por lo general hace las cosas bien.	14(23.7%)	9(17.3%)	6.4	0.98
29. Llegar tarde a trabajar o hacerse -- tarde en sus quehaceres.	20(33.9%)	23(44.2%)	10.3	1.35
30. Sentirse satisfecho con su forma de hacer las cosas (menos).	34(57.6%)	3(5.8%)	51.8	42.32 ⁺⁺⁺
31. Siente cariño y afecto (menos).	4(6.7%)	4(7.7%)	-1.0	0.06
32. Se lleva bien con los demás (menos).	7(11.9%)	4(7.7%)	4.2	0.90

.001=10.83 (+++)

.05=3.84 (+)

.01=6.64 (++)

.001=10.83 (+++)

GRADIENTE	χ^2
14.8	9.68 ⁺⁺
23.2	17.36 ⁺⁺⁺
21.0	6.56 ⁺
3.9	0.65
34.2	13.28 ⁺⁺⁺
22.6	12.20 ⁺⁺⁺
9.6	5.28 ⁺
5.8	1.58
13.0	8.12 ⁺⁺
11.6	2.90
37.2	20.40 ⁺⁺⁺
6.3	2.80
8.1	1.52

NO.DE REACTIVO	CASOS n = 59	NO CASOS n = 52	GRADIENTE	χ^2
58. No puede hacer nada a causa de los nervios.	16(27.2%)	7(13.4%)	13.8	4.68 ⁺
59. Muerto y lejos de todo.	9(15.2%)	2(3.9%)	11.3	6.68 ⁺⁺
60. Idea de quitarse la vida repentinamente.	14(23.8%)	5(9.6%)	14.2	6.02 ⁺

.05=3.84 (+)

.01=6.64 (++)

.001=10.83 (+++)

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Un gran porcentaje de la población adolescente no tiene a su alcance un servicio de tratamiento psicológico, independientemente del tamaño de la comunidad, el número de profesionistas de la salud mental que ofrecen ayuda individual o de grupo ya sea en un ambiente clínico privado o institucional, es relativamente pequeño, una de las razones para esta pobreza de oportunidades de tratamiento es un sentimiento generalizado entre los psicoterapeutas de que los adolescentes son difíciles de tratar. Es verdad que los adolescentes usualmente no son pacientes grandemente motivados, principalmente porque no vienen voluntariamente sino a instancia de sus padres o por recomendación escolar.

Esta problemática se intensifica en el ambiente universitario. Se ha observado que el ingreso a un centro de educación superior enfrenta al estudiante a una serie de demandas académicas, sociales y económicas.

El sistema académico es nuevo para él tiene que interactuar con un grupo heterogéneo en costumbres, educación y expectativas, está en el período adolescente, y por lo tanto ante una serie de cambios internos que no acaba de comprender, y si a esto le agregamos que para muchos por primera vez la sociedad les demanda que elijan una alternativa profesional que les hace sentir, que a ellos les corresponde su elección y son responsables de ella, podemos comprender el dilema en el que se encuentran y la necesidad del apoyo profesional, si se desea su éxito personal y social.

También se ha observado que la mayoría de los factores que interfieren en el proceso de conflicto del estudiante universitario son de desajuste emocional y no intelectual. A pesar de esto, el profesionista de la salud mental que trata adolescentes universitarios debe tener en cuenta que no presentan cuadros claros o definidos de neurosis o psicosis adulta.

En esta población por ejemplo, la ideación suicida es muy común, aunque los

signos de ella son difíciles de detectar. Los signos de la depresión deben de considerarse sin embargo seriamente. La literatura universal apunta hacia un aumento en la prevalencia de la depresión en la edad joven (Weigman, M., 1978) señalando un riesgo mayor en este período que en la edad involutiva.

Existen equivalentes somáticos como emocionales de la depresión. Estos equivalentes somáticos pueden incluir fatigas, dolor, dispepsia, náusea, constipación e irritabilidad. Los equivalentes emocionales son la fagomanía, el aburrimiento, anergia, hipocondriasis y atención difusa.

Asimismo pueden existir intentos suicidas y a la vez intentos de negarlo o de manejar la ideación suicida, convirtiéndola en una enfermedad psicósomática o demostrada en una fuerte rebeldía.

Como se mostró en el capítulo V esta sintomatología descrita se encontró presente en nuestra población estudiada. Los reactivos que están dentro del área de sentimientos subjetivos de depresión y ansiedad fueron significativos al .05, .01 y .001 respectivamente, así como: los referentes a sentimientos subjetivos de inadecuación, tensión y humor; los relacionados con el área cardiovascular, neuromuscular y gastrointestinal, los que hacen alusión al sueño e insomnio y por último los reactivos que están dentro del área de sentimientos subjetivos de inadecuación, tensión y humor.

Esta sintomatología contribuye a explicar la problemática de otra rama de los universitarios, como son los problemas escolares, tales como el bajo rendimiento académico, el ausentismo y la deserción escolar.

Las conductas de alejamiento y la baja autoestima, se pueden vincular en determinados casos a la dificultad de ciertos estudiantes para integrarse a un grupo que le ayude a autoafirmarse.

Al analizar la prevalencia de trastornos mentales en relación con la variable escola-

ridad se observó una tasa de trastornos mentales casi similar en ambos grupos de años escolares cursados (0 a 12 años 33.59 % y de 13 años o más 36.64 %) cuya diferencia no es significativa probablemente por la homogeneidad que con respecto a esta variable presenta nuestra población (todos son estudiantes universitarios).

Con respecto al estado civil, para los solteros obtuvimos un 36.01% de casos que es una cifra muy similar a la reportada por Marks y Cols, 1979 que fué de 36.7% y similar a lo observado por Goldberg, D.P. (1976) de 25%, siñ embargo en nuestra investigación el grupo de casados estuvo poco representado y la tasa fué de 6.48% que no se asemeja a los datos obtenidos en los estudios anteriores citados.

En lo que respecta a las variables demográficas en la población, se encontró una proporción de casos ligeramente superiores en el grupo de 23 a 41 años (36.79%) en comparación con el grupo de 17 a 22 años (29,8%). Estos resultados coinciden con los reportados por Padilla G. , (1981) que obtuvo tasas similares para hombres (31%) y mujeres (25%) en su clasificación por edad de 18 a 40 años rango en el que se encuentra comprendida nuestra población.

La prevalencia estimada de trastornos mentales en estudiantes universitarios puede considerarse como elevada si suponemos que la población universitaria debiera ser una población básicamente "sana" (debido a los diversos tamises que atraviesan los alumnos para llegar a ser universitarios) sometida si a una serie de eventos tensionales (exámenes estudios etc.) pero libres de trastornos graves.

Respecto al poder discriminativo de los reactivos del G.H.Q. , los resultados nos indican que el cuestionario desarrollado por Goldberg (1972) al ser aplicado en una población de estudiantes universitarios posee un adecuado poder discriminativo entre personas que requieren y no requieren atención especializada. El gradiente fue siempre lineal presentando puntuaciones más altas en los casos que en los no casos con

diferencias significativas entre las dos muestras independientes.

A pesar de haber sido un instrumento desarrollado para otra cultura, el cuestionario sirve para discriminar entre "casos" y "no casos" y nos ofrece una validez satisfactoria.

La conclusión primordial es que el cuestionario si tiene muchas posibilidades en una población universitaria, sería importante realizar otra investigación con una población universitaria más amplia.

En toda investigación debemos ampliar nuestra perspectiva temporal y reconocer que la experimentación continua y múltiple es más propia de la actividad científica que los experimentos únicos y definitivos.

BIBLIOGRAFIA

- A. Aberastury y M. Knobel, 1977 la adolescencia normal Edit. Paidós México.
- Astrachan, B.M. et al., 1972. A checklist for the diagnosis of schizophrenia. Brit. J. Psychiat., 121 : 529 - 539
- Ayuso, G.S., López, G.A. y Pérez P.E. 1968 Encuesta para detectar trastornos mentales en una muestra de la población militar y de chohabitante del Ejército Mexicano. Tesis Recepcional. Escuela Médico Militar, D.F.
- Bahn, A.K. 1972. Basical Medical Statistics. Grune & Stratton. New York. (Citado en Vandale, S., Almada. I., Soni, J., 1980 Opus, Cit.)
- Balint, M. The doctor's Therapeutic function. Lancet, 1 : 1177-1180 (Citado en Sims y Salmons, opus cit, 1975).
- Banks, M.H. 1983, validation of the general health Questionnaire in a young community sample, Psychological medicine, 13 : 349-353.
- Bartko, J.J., Carpenter, W.T., 1976. On the methods and theory of -- reliability. The journal of Nervous and Mental disease. 163, No. 5
- Blum, R.H. 1962. Case identification in Psychiatric Epidemiology : Methods and Problems. Milbank Mem. Fd Quart., 40: 253-267.
- Bradford, H.A. 1977. A short Textbook of medical Statistics. J.P. Lippincott (10 ed.) Philadelphia. (Citado en Vandale, S., Almada, I., Soni, J. 1980, opus Cit).

- Cabildo, J.M. 1967. Encuesta para detectar trastornos psíquicos, *Higiene*, XVII : 188-208.
- Campbell, &. , Stanley, J. 1979. Diseños experimentales y Cuasi Experimentales en la investigación social. Ed. Amorrurtu Buenos Aires, Argentina.
- Campillo, S.C. Medina-Mora, M.E. , Caraveo, J. , Martínez, L.P. - 1981 prueba de confiabilidad de una entrevista psiquiátrica estructurada en una muestra de pacientes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 27: 44-53.
- Campillo, S.C. Medina-Mora, M.E. Martínez , L.P. , Caraveo, J. 1979 Prueba de un cuestionario (GHQ) para la detección de posibles casos Psiquiátricos en una comunidad mexicana, México. Publicación en proceso.
- Campillo, S.C. , 1981. Avances de la Psiquiatría Clínica, Gaceta Médica de México. 117 (5) Mayo: 187-191.
- Carroll, H.A. , 1972. *Higiene Mental*, Edit. Continental, México.
- Castro Romero M.R.E. 1980. Análisis de validez de un cuestionario de detección de desórdenes neuróticos, en una población de bajo nivel de comprensión, de una comunidad suburbana de la Ciudad de México. Tesis Recepcional. UIA.
- Cooper, B. Sylph, J. 1973. Life events and the onset of neurotic illness and investigation in general practice.-*Psychological Medicine.* 3(4): 421-435 Nov.
- Cooper, J.E. , Copeland, J.R.M. Brown, G.W. , Harris, T. Gourlay, A. J. 1977. Further studies on interviewer training and inter-rater reliability of the present state Examination (PSE). Psychological Medicine. - Nov : 517-523.

- Corscer, CH. M., Alistair, E. Ph., 1978. Emotional Disturbance in newly registered general practice patients. Brit. J. Psychiat. 132: 172-176.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H. 1970. Dimensions of outpatient neurotic Pathology :comparison of a clinical versus empirical assessment. J. Consult. Clinic. Psychol 34 : 164-171.
- Dielman, T.E., Catell, R.B., Lepper, C. 1971. Dimensions of problem behavior in the early grades. J. Consult. Clinic. Psychol. 37:243-249.
- Dielman, T.E., Catell, R.B., Rhoades, P. 1972. Cross validation evidence on the dimensions of problem behavior in the early grades. Multivar. Behav. Res. 7 : 33-40.
- Dohrenwend, B., Dohrenwend, Barbara, Snell. 1972. Psychiatric Epidemiology: An analysis of "True prevalence" Studies. En: Handbook of Community Mental Health. Golamm & Eisdorfer Appleton Century Crafts. Educational Division. Meredith Corporation. P.P. 982.
- Donnelly, J., Rosemberg, M., Fleeson, W.P. 1970. The Evolution of The Mental Status, Past and future. Am. J. Psychiat 126: 997-1002.
- Eaton, M.E., Altman, H., Schuff, S., Sletten, I, 1970. Missouri - Automated Psychiatric History for relatives and other informats. Dis. Nerv. Syst. 31 : 198-202.
- Endicott, J., Spitzer, R.L. 1972. What; another rating acale. The Psychiatric Evaluation form. J. Nerv. Ment. Dis. 154: 88-104.

- Essen-Moller, E. 1956. Individual traits and morbidity in a swedish rural population. Acta Psychiat. Scandinava. Suppl. 100. (Citado en Goldberg, D.P., opus, cit. 1972).
- Finlay-Jones, R.A., Murphy, Elaine. 1979. Severity of Psychiatric Disorder and the 30 item GHQ. Brit. J. Psychiat. 13-14: 609-16.
- Flechter & Oldham, 1959. Diagnosis group research in medical surveys and clinical trials. Oxford University Press.
- Fleiss, J.L., Gurland, B.J., Cooper, J.E. 1971. Some contributions to the measurement of psychopathology. Brit. J. Psychiat. 119:647-656.
- Freming, K.H. 1951. The expectation of mental infirmity in a sample of the danish population. London. (Citado por Goldberg, D.F., 1972).
- Frost, J. 1921. El concepto de la epidemiología: su evolución sus relaciones con las otras disciplinas de la medicina y de la salud pública. usos de epidemiología. Mimeografiado. ISSSTE 1980. Jefatura de los servicios Técnico Normativos.
- Foucault, M. 1976. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. I. México, P.P. 574.
- Foulds, G.A. 1965. Personality and personal illness. Tavistok, london. (citado en goldberg, 1972).
- Glueck, B.C., Jr. 1972. Automation in the prediction of delinquency. - Identification of predelinquents: Validation studies and some suggested uses of Glueck Table. Intercontinental Medical Book Corp. New York. P.P.1152.

- Goldberg, D.P., Blackweell, B., 1970. Psychiatric illness in general practice a detailed study using a new method of case identification. Brit. Med. J. 2: 439-443.
- Goldberg, D.P. Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B., Shepherd, M. 1970. A standardized psychiatric interview suitable for use in community surveys. Brit. J. Prev. Soc. Med. 24:18.
- Goldberg, D.P. 1972. The Detection of psychiatric illness by Questionnaire. Institute of Psychiatry, Oxford University Press. London.
- Goldberg, D.P. 1974, Psychiatric Disorders. The Lancet. Nov. 23.
- Goldberg, D.P. Rickels, K., Downing, R., Hesbacher, P., 1976. A Comparison of Two psychiatric screening tests. British. J. Psychiat. 119: 61-67.
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F. 1979, A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine. 9: 139-145.
- Goldberg, Lewis, R. 1974. Objective Diagnostic Tests and measures. University of Oregon and Oregon Research Institute, Eugene. Oregon. Copyright.
- Gruenberg, E.M. 1954. Community conditions and psychoses of the elderly. Am. J. Of Psychiat. 110: 886-896. (Citado en Goldberg, D.P. 1972. Opus Cit.).
- Hautaloma, J., 1971. Syndromes antecedents and outcomes of Psychosis: a cluster, analysis study. J. Consult. Clinic. Psychol. 37:332-334.

- Helgason, T. 1964. Epideology of mental disorders in Iceland. Acta Psychiatrica Scand. Supply. 173 (Citado en Goldberg, D.F., 1972 opus cit.).
- Hempell, C.G. 1961. Introduction to problems taxonomy in "Field studies in the mental Disorders". Ed. Zubin, J. New York and london: - Grune & Stratton.
- Hinsie, L.E., Campell, M.D. 1970. Psychiatric Dictionary Oxford University Press. Fourth Edition. London.
- Hirsch, M. 1978. El concepto de la epidemiología: su evolución, sus relaciones con las otras disciplinas de la medicina y de la salud pública usos de epidemiología. Mimeografiado ISSSTE . Jefatura de los Servicios Técnicos Normativos.- Reporte Técnico.
- Holmes, T.H.; Rahe, R.H. 1967 The Social Readjustment Rating Scale. J. Psychosom. Res. Vol. 22: 213-218. Pergamon Press. Northern Ireland.
- Ingham, J.G. 1966. Changes in MPI scores in neurotic patients: a three year follow-up. Brit. J. Psychiat. 112:931.
- Kellner, R. 1963. Neurotic Ill Health in a general practice on deeside. UN-published M.D. Thesis. Liverpool University. Liverpool. (Citado en Goldberg D.P. 1972. opus cit.).
- Kellner R. 1967. The assessment of changes in the symptoms of neurotic adults Unpublished D. Phil Thesis. Liverpool University, Liverpool. (Citado en Goldberg D.P. 1972. opus cit.).

- Kellner, R., Sheffield, B.F., 1967. Symptom rating test scores in neurotic and normals. *Brit. J. Psychiat.* 113:523-526. (citado en Goldberg, - D.F. 1972 Opus, Cit.)
- Kerlinger, Fred. 1975. Investigación del comportamiento: Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana. México. P.P. 773.
- Kessel, N. 1960. Psychiatric Morbidity in a London General Practice. *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 14: 16.
- Klemperer, J. 1933. Zur belastungss tatistik der durchsch nits bebolkerung. Psychosenhaufigkeit unter 1000 stickproben massig ans gelesenen probanden. Z. Ges. Neurol. Psychiat 145: 277. (Citado en Goldberg, D.P. 1972. Opus cit.).
- Lara Tapia, H., Ramírez de Lara, F. 1975. Epidemiological and clinical study of psychiatric diseases in a social security system Rev. Gac. Med. Med. 110 (5): 341-362.
- Langer, T.S. 1962. A 22 item screening score of a Psychiatric symptom indicating impairment. J. Health. Hum. Beh. 3: 269-276.
- Leighton, D.C. Harding, J.S., Macklin, D.B., Macmillan, A.M., Leighton A.H. 1963. The character of Danger. New York. (citado en Goldberg, D.P. 1972. opus cit).
- León C.A., Clement, C.E. 1970. Assessment of Instruments for studying the prevalence of mental disorder. Social Psychiatry. 5(4).
- Lilienfeld P.M. 1976. Foundations of Epidemiology. Oxford University Press New York. (citado en Vandale, D., Almada I. Soni J., 1980, opus cit.).

- Lorr, M., 1970. A typological conception of the behavior disorders in "New Approaches to personality classification". New York, Columbia - University Press.
- Lorr M., Klett, C.J. 1970, life history differentia of five acute psychotic types in "Life History Research in Psychopathology". Minneapolis* University Minnesota Press.
- Lorr, M., 1971. Dimensions and categories for assessment, of psychotics in Advances in Psychological assessment. Vol. 2 Palo Alto California: Science and Behavior Books.
- Mac Mahon, B., Pugh, T. 1970. Epidemiology: Principles and Methods. Little Brown and Company. Boston, P.p. 376.
- Mac Millan, A.M. 1959. A survey technique for estimating the prevalence of Psychoneurotic and related types of disorders in communities, in Epidemiology, of mental Disorders, Ed. Pasamanick B. Amer. Assoc. of the Advancement of Science Publication no. 60 New York. pp. 203. (citado en goldberg D.P., 1972. opus, cit.).
- Macxy, M. 1978. El concepto de la epidemiología: su evolución, sus relaciones con las otras disciplinas de la medicina y de la Salud Pública: usos de la epidemiología. Mimeografiado ISSSTE. 1980. Jefatura de los servicios técnicos normativos Reporte técnico.
- Martínez L.P. 1980. Discriminación de grados de enfermedad mental por medio de un cuestionario. Tesis de Licenciatura. UIA. México, D.F.
- Marks, J.N., Goldberg, D.F., Hillier, V.F., 1979. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychological Med. 9: 337-353.

- Martorano, R.D. , Nathan, P.E. 1972. Syndromes of psychosis and nonpsy chosis factor analysis of a systems analysis J. Abnorm. Psychol. 80: 1-10.
- Mausner, J.S. , Bahn, A. K. 1977. Epidemiologia. Interamericana. México.
- Maxwell, A.E. 1977. Coefficients of agreement between observers and their interpretation. Brit. J. Psychiat. 130: 79-83.
- Medina-Mora, M.E. Padilla, G.P. , Campillo, S.C. , Mas, C. Ezban, M. Caraveo, J. , Corona, J. 1983. The factor structure of the GHQ a scaled ver sion for a hospital's general practice service in méxico. Psychological Medicine. 13: 355-361.
- Medina-Mora, M.E. Padilla G.P. , Mas, C.C. , Ezban, B.M. , Caraveo, A. j. , Campillo, S.C. , Corona, J. 1985. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general . Acta Psi-- quiátrica Psicol. Amer. Lat. , 31: 53-61.
- Miller, L.C. 1972. School behavior checklist: an inventory of deviant beha vior for elementary children. J. Consult. Clinic. Psychol. 38: 134-144.
- Miller L.C. , Barret, C.L. , Hampe, E. , Noble, Hl. , 1972. Factor structu- re of childhood fears. J. Consult Clinic. Psychol. 39: 264-268.
- Muñoz, P.E. Vázquez, J.L. Pastrana, E. , Rodríguez, F. , Oneca C. , 1978. Study of validity of Goldberg'S 60 item GHQ in its spanish version. Social - Psychiatry. 13: 99-104.
- OMS 8ava revisión. 1969. Epidemiology of mental disorderse. 8th report of the WHO Technical report servicie No. 185. Expert Commities on mental health. Geneva. WHO.

- OMS. Informe Técnico. 1973. Psychiatry and Primary Medical Care. Copenhagen. WHO.
- Overall, J.E. 1971. Major phenomenological sub-types in a general psychiatric population. *Dis. Nerv. Syst.* 32 : 383-387.
- Overall, J.E., Gorham, D.R., 1972. Organicity versus old age in objective and projective test performance. *J. Consult. Clinic. Psychol.* 39 : 98-105.
- Overall, J.E. Henry, B.W. Markett, J.R. 1972. Validity of an empirically derived phenomenological typology. *J. Psychiat. Res.* 9:87-99.
- Overall, J.E., Klett, C.J. 1972. *applied Multivariate Analysis* 4-23 Mc. Graw Hill. New York.
- Padilla P., Mas. C., Ezban M., Medina-Mora, Peláez O., 1984. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un Centro de Salud. *Salud Mental* 7 (3) : 72-84.
- Padilla P.G., 1986. Desarrollo de Instrumentos para la investigación en Servicios de Salud. III Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Paykell, E.S., 1971. Classification of depressed patients: a cluster analysis derived grouping. *Brit. J. Psychiat.* 118 : 275-288.
- Pelmutter, F.D., Vayda, A.M., Woodburn, P.K., 1976. An instrument for differentiating program in prevention- primary -secondary-and tertiary. *Am. J. Orthopsychiat.* 46 (3) : 533-541.
- Rodríguez, D., J. 1974. Historia Natural de las Enfermedades. *Rev. Fac. Med.* 17 (1) : 5-33.

- Schachter, J. 1970. Development of a screening questionnaire for schizophrenia a pilot study. Arch. Gen. Psychiat. 23: 30-34.
- Selzer, M.L. 1971. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. Am. J. Psychiat. 127: 1653-1658.
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A.C., Kalton, G., 1966. Psychiatric illness in general practice. London. (citado en Goldberg, D.P., 1972. opus. cit.).
- Siesel S., 1979. Estadísticas no paramétricas, aplicadas a las ciencias de la conducta. Edit. Trillas, México.
- Sims, A. 1973. Mortality in neurosis. Lancet, 2: 1072-1076, (citado en Sims y Salmons, 1975. opus. cit.).
- Sims, A., Salmons, P.H. 1975, Severity of symptoms of psychiatric outpatients Use of the GHQ in hospital and general practice patients. Psychological Med. 5: 62-66.
- Sletten I W., Ulett, G.A., Altmann, H., Sunland, D. 1970. The Missouri Standard System of Psychiatry (SSOP) : Computer Generated Diagnosis. Arch. Gen. Psychiat. 23: 73-79.
- Sletten, I. W., Ernhaft, C.B., Ulett, G.A., 1970. The Missouri Automated Mental Status Examination: Development, use and reliability. Compr. Psychiat. 11: 315-327.
- Sletten, I.W., Brown, J.L., Evenson, R.C., Altman, H. 1972. Suicide in mental hospital patients. Dis. Nerv. Syst. 33: 328.

- Sletten, I.W. , Ulett, G.A. , Altman, H. , Sundland, D. 1972. The present status of automation in a state psychiatric system. Psychiat. Ann. 2: 42-57.
- Spitzer, R.L. Endicott, J. 1969. DIAGNO II : Further Developments in a computer program for psychiatric diagnosis. Am. J. Psychiat. 125: 12-21.
- Spitzer, R.L. Endicott, J. , Fleiss, J.L. , Cohen, J. 1970. The Psychiatric status schedule: a technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. Arch. Gen. psychiat. 23: 41-55.
- Spitzer, R.L. Endicott, J. 1971. An integrated group of forms for automated psychiatric case records: a progress report. Arch. Gen. Psychiat. 24: 540-547.
- Srole, L. , Langer, T.S. , Michael, S.T. , Opler, K. , Rennie, T.A.C. 1962. Mental Health in the Metropolis-The Midtown Manhattan Study Vol. 1 New York. (citado en Goldberg, D.F. ,1972. Opus. cit.).
- Stroebel, C.F. , Glueck, B.C. , Jr. 1970. Computer derived global judgements in psychiatry. Am. J. Psychiat. 126: 1057-1066.
- Swinscow, T.A. 1977. Statistics at square one london. Brit. Med. - Journal British medical Association. Tavistock Square (citado en Vandale, S. , Almada, I. , Soni, J. , 1980, Opus, cit.).
- Tarnopolsky, A. , Barker, S.M. , Wiggins, R.D. , Mc. Lean, E.K. 1978. The effect of aircraft noise on the mental health of a community sample: a pilot study. Psychol. Med. 8: 219-233.

- Tarnopolsky, A. Caetano, R. Levav, I. Del Olmo, G. 1977. Prevalence of psychiatric morbidity in an industrial suburb of Aires. Soc. Psychiat. 12: 75-88.
- Tarnopolsky, A., Hand, D.J., Mc. Lean, E.K., Howard, R., Wiggins, R.D., 1979. Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. Brit. J. Psychiat. 134: 508-515.
- Tennant, Ch. 1977. The General Health Questionnaire: a valid index of psychological impairment in australian populations. The Medical J. Australia. 2: 392-394.
- Ulett, G.A., Sletten, I.W. Ameis, A., Thompson, W.A. 1973. Realities and prospects for the use of computers in psychiatric hospital management. Psychiat. Ann. 3: 27-53.
- Vandale, S., Alamada, I., Soni, J. 1980. Glosario Breve de Epidemiología. Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. XXII (2):14-25.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N., 1974. Measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge University Press. Great Britain, P.P. 231. Primera Ed.
- Wing J.K. 1976. A technique for studying psychiatric morbidity in in-patient and out-patient series and in general population samples. Psychol. Med. 6: 665-671.
- Wing, J.K., Nixon, J.M. Mann, S.A., Leff, J.P. 1977. Reliability of the PSE (9th edition) used in a population study. Psychol Med. 7: 505-516.

- Wing, J.K. 1978 Epidemiological studies of depressive disorders using a standardized psychiatric interview (PSE). Institute of Psychiatry. London. Symposium in Paris on 24 November. Copyright.
- Wing, J.K. 1979. The use of the present state examination in general populations surveys. Paper presented at second European symposium on social psychiatry, Aarhus, Denmark.
- Wirt, R.D. Hampton, A.C. Seat. P. 1972. Life History Research in psychopathology Vol. 2. Minneapolis. University Minnesota - press.
- Zung, W.W.K., 1972. The Depression Status Inventory: an adjunct to the self rating depression scale. J. Clinic. Psychol. 28: 539-543.