



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNA VERSION BREVE DEL CUESTIONARIO GENERAL
DE SALUD: SU ESTRUCTURA FACTORIAL EN UNA
MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

T E S I S

Que para obtener el título de:

MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P r e s e n t a :

MARTHA PATRICIA ROMERO MENDOZA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El Cuestionario General de Salud (GHQ), 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. (Goldberg, D.P., 1972).

El Propósito de este trabajo es presentar los resultados sobre el desarrollo de una versión breve y balanceada del Cuestionario General de Salud, detectar su potencial de detección y comparar la estructura factorial en una muestra de estudiantes universitarios de México con trabajos anteriormente realizados en poblaciones de práctica médica general inglesa, mexicana, de blancos y negros norteamericana y australiana.

En el presente estudio se tomó como población a los estudiantes universitarios de los primeros semestres de una facultad de la UNAM.

Este estudio se llevó a cabo en una muestra de 293 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 del 1.4%.

Los 112 sujetos cuyas respuestas incluían más de seis reactivos positivos, el punto de corte utilizado para seleccionar la muestra, y una muestra al azar de aquellos que puntuaron menos de seis (n= 30) fueron seleccionados y entrevistados independientemente a través de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Goldberg, D.P. y cols., 1970).

Un análisis de los principales componentes del cuestionario se llevó a cabo y después se realizó una rotación Varimax, utilizando una serie de programas para el análisis estadístico. Se presenta el análisis de los componentes no rotados del GHQ de 60 reactivos, la rotación varimax de cuatro factores (ideación suicida, depresión leve, ansiedad y síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño), la versión breve y los veintiocho reactivos que la constituyen y una comparación de la sensibilidad, especificidad y tasa de clasificación errónea de ambas versiones (60 y veintiocho reactivos), su comparación con otras poblaciones de práctica médica general inglesa, mexicana, norteamericana y australiana.

Asimismo, se presentan algunos resultados en relación a la prevalencia global de trastornos por subgrupos afectados (estado civil, edad y escolaridad), la validez y confiabilidad del cuestionario.

PSU - 368

Quiero hacer patente mi agradecimiento a la Mtra. Ma. Elena Medina-Mora por su asesoría en la elaboración de este trabajo. Asesoría que jamás se redujo a una simple revisión, sino que orientó mis inquietudes, facilitó los recursos tecnológicos para un mejor rendimiento del trabajo de campo y apoyo la investigación bibliográfica.

Por ese espíritu de compromiso, por ese DON de dar y compartir los conocimientos y experiencias de la vida profesional, por ese tiempo y por ese apoyo...

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

A MIGUEL ANGEL

Y

ANDREA

.... MI MUNDO

I N D I C E

Página

CAPITULO I

1.0	INTRODUCCION	
1.1.	Problema	8
1.2.	Objetivos	8
1.3.	Hipótesis	8
1.4.	Definición de Términos	9
1.5.	Definición de Instrumentos	15
1.5.1.	Cuestionario General de Salud	15
1.5.2.	Entrevista Psiquiátrica Estan- darizada.	16
1.5.3.	Escala de Ajuste Social. (The Social Readjustment - Rating Scale).	21
1.6.	Características Demográficas de la -- Población estudiada.	22
1.7.	Alcances y Limitaciones	
1.7.1.	Alcances	24
1.7.2.	Limitaciones	25

CAPITULO II

INTEGRACION DEL MARCO CONCEPTUAL E INVESTIGACIONES RELACIONADAS

2.1.	La Epidemiología Médica	28
	(Su concepto, evolución, sus relaciones con otras disciplinas de la Medicina y de la Salud Pública. Usos de la Epide- miología).	

2.2. La Epidemiología en la Psicología Clínica	
2.3. Definición de Caso	36
2.3.1. En la Epidemiología Médica	37
2.3.2. En la Psicología Clínica	38
2.4. Métodos para la Identificación de un caso.	
2.4.1. Entrevista por un Psiquiatra	42
2.4.2. Por asistentes de Investigación	43
2.4.3. Por una entrevista estructurada o prueba validada	46
2.4.4. Por practicantes generales	59
2.4.5. Por cuestionarios autoaplicables	60
2.5. Investigaciones realizadas con el - GHQ y su relación con otros instrumentos de Medida	62

CAPITULO III

METODO Y PROCEDIMIENTO

3.0. Tipo de Estudio	82
3.1. Antecedentes	82
3.2. Curso de entrenamiento a Clínicos	84
3.3. Confiabilidad del Diagnóstico Clínico en la Entrevista Psiquiátrica	85
3.4. Diseño de la Muestra y Método de Selección (trabajo de campo)	85
3.5. Personal de Investigación	90

CAPITULO IV

RESULTADOS SOBRE EL MANEJO DEL ESTUDIO

4.1. Características de la población - estudiada y tasa de no respuesta	93
4.1.1. Cuestionario General de Salud	93
4.1.2. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada	93
4.2. Características de la Muestra obtenida	94
4.3. Ponderación de los datos Muestrales	103
4.4. Estimación de la varianza y de los - intervalos de confianza	104

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

5.0. Introducción	109
5.1. Definición de Estadísticas	109
5.2. Prevalencia global, validez y Sensibilidad del Cuestionario General de Salud.	115
5.3. Versión Breve del Cuestionario General de Salud. Análisis de los factores principales.	130
5.3.1. El GHQ de 28 Reactivos como - una prueba de screening	135
5.3.2. Comparación de los resultados obtenidos con otras investigaciones	137
5.3.3. Consistencia interna de la -- versión breve e índice de validez.	141

	<u>Página</u>
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	149
BIBLIOGRAFIA	156

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. Questionario General de Salud
 - 1.5.2. Entrevista Psiquiátrica Estandarizada
 - 1.5.3. Escala de Ajuste Social (The - Social Readjustment Rating -- Scale)
 - 1.6. Características Demográficas de la población estudiada
 - 1.7. Alcances y Limitaciones
 - 1.7.1. Alcances
 - 1.7.2. Limitaciones

1. INTRODUCCION

El objeto de la Psicología Clínica no es únicamente el hombre y sus trastornos psíquicos, sino también su posición, situación social y las instituciones creadas para este fin. La prevención de las enfermedades psíquicas, psicofísicas, sociales y la readaptación de los hombres con problemas de este tipo representan otros tantos objetos de la Psicología Clínica, por tal motivo, existe la necesidad de investigación para mejorar los servicios asistenciales para una comunidad específica (Schraml, 1975). Así, en la actualidad existe un creciente interés hacia los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de desórdenes mentales en la población.

Cabe mencionar que en el pasado, el término "epidemiología" coincidía con el estudio de las epidemias que a su vez eran definidas como grandes irrupciones de enfermedades infecciosas. Actualmente esa acepción es indebida ya que la epidemiología, como ciencia básica de la salud pública considera que su territorio abarca toda la morbilidad¹.

1) Morbilidad: la distribución de una enfermedad en una población expresada por tasas (general y específicas), calculadas en base a los reportes de enfermedades notificables, de registros de hospitales y de servicios de primer contacto y por medio de estudios específicos (Maurer 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 con-- tra 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 cómodo 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 pa-- tología, 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 trastornos 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 sus 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 ha-- cer 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.

En el campo de estudio de la psicopatología la investiga--- ción se enfoca hacia problemas psicóticos y no a patologías meno-- res lo cual conlleva la limitación de que no están dirigidas ha-- cia medidas preventivas, sino a la obtención de diagnósticos y a la asignación de tratamientos, la mayoría de las veces con pocas probabilidades de mejoría.

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

1. Hacer una detección de casos probables (métodos de "s cree - ning")².
2. Confirmación del diagnóstico.

El cuestionario General de Salud de Goldberg CGS (GHQ, 1972) mide trastornos de salud y psicológicos, se ha aplicado en Ingla-- terra (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).

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

La prueba definitiva del instrumento se realizó en una muestra de 50 pacientes de centros de tratamiento especializados y 50 personas "normales". Para la selección de los sujetos normales se aplicó un cuestionario previo. La población estudiada presenta las mismas características que el estudio previo llevado a cabo por los mismos autores (Campillo y cols. 1978).

Del análisis de los resultados se derivó una forma breve -- (30) (reactivos), asegurando su poder discriminativo entre sujetos--

-
- 2) "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 los 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).

que requieren atención psiquiátrica (casos y sujetos que no la requieren (no casos).

Los resultados indicaron que para la población considerada como un punto de corte (clasificación que se debe obtener para -- ser considerado como "caso") de 6/7 se obtenía un buen equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

Este mismo instrumento ha sido aplicado en otros países, -- tanto en la práctica médica general, (Goldberg, 1972; Tennant, - 1977) como en población general, a través de muestra de hogares- (Tarnopolsky y cols. 1979).

Estos mismos autores en 1979 iniciaron una investigación - con el fin de determinar la prevalencia de trastornos mentales - en una muestra de práctica médica general de un hospital privado, utilizando estos mismos instrumentos (Campillo y cols., 1979).

Campillo y cols. (1978), realizaron una prueba de confiabi- lidad entre clínicos en el manejo de la entrevista psiquiátrica estandarizada (Goldberg, 1970). Dicho instrumento fue probado - en 30 pacientes de consulta externa especializada. Todos los -- casos fueron mujeres entre 20 y 40 años, de nivel ingreso per -- cápita inferior a \$3,000.00 mensuales, escolaridad de secundaria y atendidas por primera vez antes de recibir medicación. Las pa- cientes fueron vistas por una pareja de clínicos, quienes alter- naban el papel de entrevistador/observador, las calificaciones - fueron dadas en forma independiente.

Se hicieron análisis de confiabilidad entre observador/en- trevistador 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 variantes con el fin de probar la homogeneidad del criterio de los clínicos a pesar de las diferencias entre reactivos. 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 entrenados.

Campillo y cols. (1979) probaron la validez del Cuestionario General de Salud. Se probó el nivel de discriminación de los reactivos, sensibilidad y especificidad del instrumento, utilizando como criterio externo la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg (1970) cuya confiabilidad fue probada en un estudio previo.

1.1. PROBLEMA

- A) Establecer la validez del Goldberg GHQ como instrumento diagnóstico para estudiantes universitarios.
- B) La prevalencia de síntomas por subgrupos de acuerdo a edad, sexo y logro académico.
- C) Derivar una forma breve del GHQ asegurando su poder -- discriminativo entre sujetos que requieren atención -- psiquiátrica (casos) y sujetos que no la requieren --- (no casos).

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A) Correlacionar los resultados del GHQ cuestionario auto aplicable con los resultados de la entrevista psiquiátrica estandarizada para obtener la prevalencia global, la validez y sensibilidad del cuestionario, lo que se logrará con la formación de grupos de acuerdo al sexo, edad y logro académico.
- B) Analizar los reactivos del GHQ que tiene mayor poder - discriminativo para lograr una versión breve del cuestionario.

1.3. HIPOTESIS

- H_1 : El Goldberg (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.

H₂: A través de los resultados del GHQ confirmados por la entrevista clínica estandarizada se puede conocer -- cuál es la prevalencia de trastornos de acuerdo a la edad, sexo y logro académico.

H₃: Realizando un análisis de los factores del GHQ podrá obtenerse una versión reducida del GHQ.

1.4. DEFINICION DE TERMINOS

Caso

Se considerará caso al sujeto que presenta síntomas y sufre por ellos. Persona que presenta alteración mental y amerite tratamiento

Caso Actual

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

Caso Potencial

Se considerarán como casos potenciales a los sujetos que detecte 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 está construido el cuestionario, no detecta sujetos crónicos ya que éstos están habituados a 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, 1974, 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. 131-134).

$$\text{Especificidad} = \frac{\text{Verdaderos negativos}}{\text{Verdaderos negativos} + \text{m\u00e1s falsos positivos}} = \frac{\text{Verdaderos negativos}}{\text{Todos aquellos sin la enfermedad}}$$

En este estudio es la proporci\u00f3n de personas normales correctamente identificadas al mismo tiempo (Tarnopolsky, 1969).

Falso Positivo

Son 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 consideraron no casos y en la entrevista como casos.

Incidencia

El n\u00famero de casos nuevos de una enfermedad que ocurren en una poblaci\u00f3n determinada durante un per\u00edodo espec\u00edfico (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. Idealmente una muestra debe de 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 de 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).

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 desea obtener información. Tres variables deter

minan 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, 1977, p. 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 (OMS, 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 (OSM. Inf. Tecn., 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 y especificidad y la menor tasa de clasificación errónea.

Punto de corte óptimo

Número de síntomas presentes en base a la variable 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 sí padecen la enfermedad (Mausner y Bahn, 1977, p.226; Friedman, 1974, p.192).

$$\text{Sensibilidad} = \frac{\text{Verdaderos Positivos}}{\text{Verdaderos positivos más - falsos negativos}} = \frac{\text{Verdaderos Positivos}}{\text{Todos aquellos con la enfermedad}}$$

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 psiquiá-- trica.

1.5 DEFINICION DE INSTRUMENTOS

1.5.1. CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ) (Goldberg, 1972).

El Cuestionario es un instrumento que pretende iden-- tificar casos potenciales, dejando que los casos actuales - sean confirmados por la entrevista psiquiátrica. Está cons tituido 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 exten--- sión 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 puntaje 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 descrita 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,

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

1.5.2. ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA (Goldberg , - 1972).

Esta entrevista fue hecha para cumplir con los si--

güentes 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 a sí mismos como enfermos psiquiátricos.
3. El contenido de la entrevista debe ser apropiado -- para el tipo de desórdenes encontrados comúnmente 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 des-- órdenes mentales e individuos normales y entre pacientes con diferentes grados de desórdenes psiquiátricos.
6. Debe ser relativamente económica en tiempo, de mane-- ra 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.

La entrevista está 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 sólo pocos minutos es utilizada para establecer -- rapport y relaja al paciente.

La segunda parte de la entrevista es un interrogato-

rio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma --
psiquiátrico que el paciente haya presentado en la semana prece
dente. Los síntomas están organizados en diez grupos que son -
administrados al paciente en el siguiente orden:

- síntomas somáticos
- 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 fue diseñado de manera
progresiva desde aquellos que son comúnmente 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 a 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 in--
telectual. El entrevistado es libre para hacer preguntas adicio
nales que puedan ser indicadas en un caso dado, siendo su objeti
vo establecer la frecuencia, duración en intensidad de cada sín-
toma 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 le fuera -- necesaria sobre la historia personal y familiar del sujeto entre visto 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 esca-- las de cinco puntos.

Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador acerca de las anomalías manifiestas que ha ob-- servado en la entrevista y que son distintas de los síntomas del paciente, que han sido calificados en la segunda parte de la --- entrevista. Existen tres escalas para anomalías en la con-- ducta, cuatro para estados de ánimo anormales y cinco para anor-- malidades perceptuales y cognitivas:

- Lentitud y carencia de espontaneidad
- Suspícaz, defensivo
- Histriónico
- Deprimido
- Ansioso, agitado, tenso
- Exaltado, eufórico
- Aplanado, incongruente
- Delirios, trastornos del pensamiento, falsas interpretaciones.

- Alucianaciones
- 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 calificados en una sola escala, por ejemplo: agita-- ción psicótica es puntuada en la misma escala que la tensión --- neurótica.

El entrevistador califica veintidós reactivos, diez-- para síntomas reportados la semana anterior y doce que se presen taron durante la entrevista.

Cada puntuación se hace en una escala de cinco pun-- tos.

Cada síntoma tiene indicaciones específicas para su-- evaluación. En términos generales, cero indica ausencia de sín-- tomas, uno indica un rasgo habitual o un síntoma limítrofe que - no causa tensión significativa ni requiere tratamiento; dos, --- tres y 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 utili-- zar la escala de cinco puntos para cada síntoma y la definición detallada de cada reactivo.

Finalmente, el entrevistador escribe una breve for-- mulación diagnóstica.

1.5.3. THE SOCIAL READJUSTMENT RATING SCALE (SRRS)

Es un cuestionario estandarizado de eventos de la vida stressantes, fue desarrollado por Holmes y Rahe (1967). El cuestionario consiste en 43 eventos comunes de la vida diaria, los que les son pesados cada uno de acuerdo con la continuidad de stress asociado con cada evento. La escala fue originalmente desarrollada para estudiar ejemplos psicossomáticos en la enfermedad física. Los eventos que ellos observaron, incluyen eventos indeseables, o aquellos que producen tensión convencional y eventos deseables los cuales reflejan logros o felicidad. Todos estos eventos tenían en común que indicaban o producían un cambio significativo en la forma de vida de una persona y fueron asociados como una forma adaptativa o un comportamiento fuerte.

Holmes y Rahe (1967) designaron pesos de acuerdo con la cantidad de tensión asociada con los 43 eventos de la vida ("life events") en el SRRS preguntando a un grupo grande de sujetos el porcentaje o la cantidad de reajuste social requerido para cada evento en comparación a un peso estándar de 500, dado el evento "matrimonio".

El significado de los porcentajes, dividido entre 10, y que fluctuaba de 11 a 100 son los pesos usados en el SRRS. Otros estudios se han hecho con edades diferentes, nacionalidades y grupos socioeconómicos diferentes para obtener promedio de los reactivos para el SRRS y se ha encontrado un acuerdo cercano con los originales. El SRRS ha tenido éxito en demostrar la relación que existe entre eventos de la vida diaria que pro-

ducen stress y la aparición de una enfermedad física en ambos estudios retrospectivos y prospectivos. Rahe y Holmes encontraron una relación entre el puntaje del SRRS y el porcentaje en que ocurre una enfermedad física en una muestra de físicos. En resultados similares se han obtenido para la enfermedad física entre personal de la Marina y pacientes con enfermedad cardiaca.

Rahe y cols. y Cline y Chosy (1967), obtuvieron resultados positivos en la predicción de la ocurrencia de la enfermedad entre tripulaciones navales y entre cadetes de la armada.

Los resultados del estudio de Thompson y Hendrie (1967), sugieren que la relación entre el SRRS y la enfermedad física puede ser válida también para los desórdenes mentales. Encontraron que el puntaje del SRRS en la preadmisión de un grupo de pacientes hospitalizados que fueron diagnosticados con depresión fue significativamente mayor que el puntaje de un grupo control formado por pacientes externos y el personal del hospital.

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 semestre) 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 período 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, secretaria y recepcionistas (50.51%).

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

Una pequeña proporción de los sujetos son autosuficientes económicamente (12.62%), en orden decreciente dependen del padre (50.85%), de otras personas (26.27%) 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.

El estado civil de los padres de los sujetos de la población de estudio es en su mayoría casados (69.49%) y en su orden decreciente viudos (a) (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 fue de 12.32%.

Estas características se encuentran graficadas en la --
Tabla 1.

TABLA 1.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA

N = 295

<u>EDAD</u>	% 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%
<u>SEXO</u>	
Masculino	30.84%
Femenino	69.15%
<u>ESTADO CIVIL</u>	
Soltero	85.76%
Casado	9.49%
Divorciado	1.35%
Viudo	0.34%
Unión Libre	2.03%

<u>¿ TRABAJA USTED?</u>	
Trabaja y estudia	59.66%
Estudia	40.00%
<u>OCUPACION</u>	
1. Profesional: médico, abogado, etc. Magnate, industrial o de negocios, ministros y subsecretarios de gobierno	1.35%
2. Industrial (término medio), hombre de negocios, funcionario bancario, relaciones públicas, auditor, contador público, director de alguna oficina.	2.03%
3. Empleado bancario, burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria y recepcionista.	50.51%
4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito.	3.72%
5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero, policía	1.01%
6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso	0.34%
0. No trabaja	41.01%
<u>¿ ESTUDIO EL AÑO ANTERIOR ?</u>	
Sí	82.03%
No	16.95%

<u>ESTUDIOS QUE HA REALIZADO</u>	
Preparatoria	34.57%
Universitarios	65.42%
<u>¿ QUIEN SOSTIENE EL HOGAR ?</u>	
Sujeto	12.62%
Su padre	50.85%
Su madre	10.23%
Otros	26.27%
<u>LUGAR DE ORIGEN</u>	
Zona metropolitana del D.F.	77.96%
Otra zona urbana	11.86%
Zona rural	1.69%
<u>ESTADO CIVIL DE LOS PADRES</u>	
Casados	69.49%
Viudo (a)	17.97%
Divorciados	8.47%
Unión Libre	1.69%
Soltero (a)	1.02%

¿HA ESTADO EN ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO PSICOLOGICO?

Psicoterapia	Sí	6.78%
	No	83.73%
Psicofármaco	Sí	2.37%
	No	84.07%
Hospitalización	Sí	1.69%
	No.	84.41%

Nota.- La tasa de no respuesta tuvo un promedio de 12.32%

1.7.1. 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 aquellas 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 colaboración 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 las que se llevó 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 obtenidos 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 es en este caso.

El Cuestionario General de Salud no detecta demencias, ni hipomanías.

El CGS 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

- 2.1. La Epidemiología Médica (su concepto, evolución, sus relaciones con otras disciplinas de la Medicina y de la Salud Pública. Usos de la Epidemiología).
- 2.2. La Epidemiología en la Psicología Clínica.
- 2.3. Definición de Caso
 - 2.3.1. En la Epidemiología Médica
 - 2.3.2. En la Psicología Clínica
- 2.4. Métodos para la identificación de un Caso.
 - 2.4.1. Entrevista por un Psiquiatra
 - 2.4.2. Por asistentes de investigación
 - 2.4.3. Por una entrevista estructurada o prueba validada
 - 2.4.4. Por practicantes generales
 - 2.4.5. Por cuestionarios autoaplicables
- 2.5. Investigaciones realizadas con el GHQ y su relación con otros instrumentos de medida.

2.1 LA EPIDEMIOLOGIA MEDICA (Su concepto, evolución, sus relaciones con otras disciplinas de la Medicina y de la Salud Pública. Usos de la Epidemiología).

2.1.1. CONCEPTO Y EVOLUCION DE LA EPIDEMIOLOGICA

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 "ciencia 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. Sólo comentaremos aquellas definiciones más representativas y que reflejan 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 frecuencia, distribución y tipo de las enfermedades 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 ambiente en la ocurrencia de dichas enfermedades.

Macxy (1978): "Epidemiología es la rama de la ciencia médica que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia 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, 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 prever la aparición de nuevas definiciones, todas parecen limitadas y cada vez más 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.

2.1.2. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA EPIDEMIOLOGICA

Entre los principios más importantes de la epidemiología - merecen destacarse:

El concepto ecológico: la acción recíproca del hombre y - su medio, es decir, el conjunto dinámico 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 pro--ceso patológico. Así pues, mientras que la epidemiología trata -- de averiguar las causas de la enfermedad, las otras ramas de la Medicina se ocupan más 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.

2.1.3. 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 interpretarlas.

Epidemiología experimental: se ocupa de realizar estudios en animales de laboratorio y estudios experimentales con poblaciones humanas.

2.1.4. 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 más bien 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.

2.1.5. 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.

Clinica: 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.

2.1.6. USOS DE LA EPIDEMIOLOGIA

Morris (1976) 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 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 el epidemiólogo es la población o grupo social. Aquél intenta el diagnóstico del paciente obteniendo una buena - historia clínica (método clínico), examina al paciente (semiolo-- gía), establece la etiología (diagnóstico clínico) y trata la en-- fermedad (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 el 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 clínica	Administración sanitaria (terapéutica social)

Por consiguiente, en clínica el examinar un paciente (un solo individuo) no puede llegarse a ninguna conclusión con respecto al grupo específico al cual ata la enfermedad. En epidemiología, al observar al grupo humano, no solamente se busca cuántos individuos están afectados por la enfermedad sino qué grupos de edad han sido atacados, qué sexo, qué 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; la epidemiología se ocupa 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 relacionado 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.

2.3. DEFINICION DE CASO

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

2.3.1. 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 similaridad con respecto a síntomas, signos, cambios en los fluidos corporales o tejidos, función fisiológica, conducta, prognosis o alguna combinación de estos rasgos. Ejemplo: fractura de fémur, diabetes mellitus, retardo mental, esquizofrenia, cáncer cervical.

b) Criterio causal: Aquí el agrupamiento depende de la similaridad 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 qué 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.

cación. 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 más 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, concusiones y casos de sospecha de hemorragia interna, mientras que en un programa preventivo de accidentes sería más 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).

2.3.2. 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 conocimientos y en el hecho de que un enfermo aparezca como "caso" intervienen no sólo 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 más de locura sino de enfermedad mental, para dejar a un lado los valores en los significados mezclados 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 cons-- tante, 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 si 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 está 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" (pág.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 favorece para dar una definición de lo que constituye un "caso".

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

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

Kempel (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.

2.4. METODOS DE IDENTIFICACION DE UN CASO PSIQUIATRICO

Ultimamente se han realizado un gran número de estudios - epidemiológicos que intentan detectar desórdenes psiquiátricos - 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.

2.4.1. ENTREVISTA POR UN PSIQUIATRA

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 más bien de confiabilidad.

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

Si la entrevista por un psiquiatra es utilizada como el método de identificación de caso en las encuestas comunitarias, la confiabilidad del procedimiento puede ser mucho más alta, si se toman ciertas medidas para controlar el error del entrevistador, 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.

2.4.2. IDENTIFICACION DE UN 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 psiquia-- tras para entrevistar al paciente, y otros, han capacitado a --- asistentes de investigación para administrar una entrevista psi-- quiátrica.

Cuando se han utilizado entrevistadores que no son médi-- cos, la entrevista es estructurada de tal modo que permita incre-- mentar la confiabilidad de las clasificaciones. Si el entrevi-- stador es libre para hacer preguntas de manera que sean más apro-- piadas o que parezcan indicadas, esto es llamado una "entrevista dirigida", pero si el entrevistador se tiene que basar rígidamen-- te a un formato preadaptado será una "entrevista estructurada".

Un ejemplo del uso de una entrevista dirigida en la iden-- tificación de caso es el estudio de Gruenberg (1954-1959), reali-- zado en Syracuse. Este estudio es notable por el hecho de que - reveló conocimientos sobre las limitaciones del método de selec-- ción. Se encontró que la entrevista dirigida ha tendido a sub-- estimar la prevalencia de la enfermedad mental.

Recientemente dos grandes estudios sobre enfermedad men-- tal utilizaron entrevistas altamente estructuradas, administra-- das por asistentes de investigación y obtuvieron tasas de preva-- lencia mucho más altas que cualquiera reportada previamente. Es-- tos 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 disturbio 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 dió una tasa de prevalencia de 577 por 1000 que - fueron casos psiquiátricos.

El segundo estudio consistió de sólo 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.

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

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 más 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, lo más importante de todo.
- d) el nivel de inferencia requerido del clínico.

En uno de los extremos se encuentran los tipos más abstractos de interpretaciones profundas encontradas en las -- entrevistas psicoanalíticas y en el otro extremo está el con-- teo de frecuencias de conductas favorecidas por los investiga-- dores con un enfoque de aprendizaje social.

MacMillan (1959) reportó el estudio Health Opinion que consiste en 75 preguntas de salud orientada, marcada con -- "seguido", "algunas veces" y "nunca" como opciones de res-- puesta. 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 com-- plexos y a que tanto el cuestionario como el psiquiatra clasi-- ficaron a los sujetos como "dudosos".

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

Este mismo estudio fue reportado después en forma más amplia por Leighton y cols. (1963), encontrándose que el coeficiente de correlación del test-retest por los 64 sujetos de más 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 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 dió una clave para el diagnóstico y el puntaje medio de los perturbados mentales fue significativamente más bajo que el de los que estaban bien.

La lista de confrontación identificó a una pequeña proporción 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 Sheffield (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 identificadores de casos y, últimamente ha sido autoaplicable.

El inventario de síntomas y signos (SSI) formulado por Fould (1965) consta de 80 preguntas que se responden con opciones de sí o no. Fould 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 Inham (1966) mostró que los puntajes de neuroticismo del MPI, se tornan más 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 ó más 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. Doscientos 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 dimen--- siones 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 examen 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 más alto, - estipulando que la correlación fue al menos el doble del cuadro de la segunda correlación más 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 más 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 Y VALIDADAS

ABREVIATURA	NOMBRE	AUTOR(ES)	NUMERO DE ESCALAS	SINTOMAS	TIPO DE ESTUDIO
1. B P R S	BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE	OVERALL & GORHAM (1972)	7 ausente muy leve leve moderado moderadamente severo extremadamente severo	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 Y EXCITACION
3. I M P S	INPATIENT MULTI-DIMENSIONAL PSYCHIATRIC SCALE	LORR & KLETT (1970-1971)	9	45	PSICOTICOS
4. P S S	PSYCHIATRIC STATUS SCHEDULE	SPITZER & ENDICOTT (1970)	4	17	SIGNOS Y SINTOMAS <u>PSIQUIA</u> TRICOS Y DESEQUILIBRIO EN DIVERSOS ROLES O ESTILOS DE VIDA (EJ.: PADRE PAREJA).
5. P E F	PSYCHIATRIC EVALUATION FORM	ENDICOTT Y SPITZER (1972)	4	19	SIGNOS Y SINTOMAS <u>PSIQUIA</u> TRICOS Y DESEQUILIBRIO EN DIVERSOS ROLES O ESTILOS DE VIDA
6. C A P P S	CURRENT AND PAST PSYCHOPATHOLOGY SCALES	ENDICOTT & SPITZER (1972)	4	18	PSICOPATOLOGIA Y ESTILOS DE VIDA DIAGNOSTICO COMPUTARIZADO 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 APPRAISAL SCALE	5	38	1971	PROBLEMAS DE ADMISION
2. P D R F	PSYCHIATRIC DIAGNOSIS RECORDING FORM	1	3	1971	ETAPA DE DIAGNOSTICO (ADMISION, PERIODICO, REVALORACION, 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 PACIENTE DURANTE LA SEMANA PASADA
5. P E R -C	PERIODIC EVALUATION 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 SYSTEM 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, CONNECTICUT SYSTEM

Esta entrevista consta de tres partes diseñada por tres
autores

1. DONNELLY Y cols. ESTUDIA: EL ESTADO MENTAL
(1970)

 2. STROEBEL & GLUECK ESTUDIA: ANALISIS DEL CAMBIO
(1970) DEL PACIENTE

 3. GLUECK (1972) ESTUDIA: FORMA DE ENTREVIS
TA QUE PROVEE PRE
DICTORES DE DELIN
CUENCIA.
-
-

LISTAS DE CHEQUEO

NOMBRE	AUTOR Y AÑO	ESTUDIA
1. NEW HAVEN SCHIZOPHRENIC INDEX	Astrachan, B.M., 1972	DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA
2. ANALISIS DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS.	Hautaloma, J., 1971	ANTECEDENTES, SINDROMES Y SALIDAS DE LA PSICOSIS
3. BOSTON CITY HOSPITAL BEHAVIORAL CHECKLIST	Martorano & Nathan, 1972	DIAGNOSTICO TRADICIONAL
4. THE SYMPTOM DISTRESS CHECKLIST	Derogatis y cols., 1970	SINDROMES DE ENFERMEDAD MENTAL
5. THE DEPRESSION STATUS INVENTORY	Zung, W.W.K. 1972	IDENTIFICA Y/O CLASIFICA PACIENTES DEPRIMIDOS
6. CLASSIFICATION OF DEPRESSED PATIENTS	Paykel, E.S., 1971	IDENTIFICA Y/O CLASIFICA PACIENTES DEPRIMIDOS

INVESTIGACIONES 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 Diehm & Cattell, 1971-1972

2.4.4. 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 veinticinco por ciento de la población eran sujetos con patología.

Desde entonces se han reportado estudios con diferentes resultados. Kellner (1963) revisó no menos de veinticinco estudios solo en Gran 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 determinantes importantes de la variación interpráctica.

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 fué 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 presente una limitación obvia que no había sido mencionada por 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 más sistemáticos usando practicantes generales como identificadores de caso, han sido generalmente mucho más -- bajos que en aquellos investigados por métodos de entrevista directa en la mayoría de los estudios que se han realizado.

Esta claro que a pesar de 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 la morbilidad psiquiátrica prescindiendo de estándares diferenciados de observación, -- siendo éste el punto de partida de la investigación.

2.4.5. DIAGNOSTICO BASADO EN DATOS DE CUESTIONARIOS AUTOAPLICABLES

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 esta limitada severamente y nos distraemos -- por el aburrimiento, la fatiga, la enfermedad asi como también -- por una multitud de distracciones interpersonales y situacionales.

En resumen, si los hombres estamos limitados los psicómetras -- 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 tipicamente obtenidas de entrevistas. En realidad, el inventa--rio fué desarrollado inicialmente para ser utilizado en los -- parientes de pacientes hospitalizados por problemas psiquiátricos y solo recientemente se ha convertido en un formato de --- auto-reporte.

La versión nueva, que contiene 127 reactivos, provee siete escala (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 fué diseñado - para medir patrones permanentes en la historia del individuo, el POMS (profile Of Mood States) fué 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 puntuar

se 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.

2.5. INVESTIGACIONES REALIZADAS CON EL GHQ 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 Eysenck 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 GHQ 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 COMO 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 realizarlo, 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 I) tal vez, por la falta de fé 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 GHQ es uno de los mejores tests para el screening.

El GHQ que ha sido descrito como una prueba de screening para la presencia de morbilidad psiquiátrica y severidad de los síntomas, fué 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.

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

TEST POBLACIONES	NUMERO DE SUJETOS	CORRELACION CON STATUS CLINICO	SENSIBILIDAD %	ESPECIFICIDAD %
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

Una muestra cruzada y apareada de pacientes de práctica general típica y del area psiquiátrica respondieron al cuestionario.

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 sintomaticamente 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 y Blackell (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 aún 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 puntó 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 sceening retoma valor.

En 1976 Goldberg, DL, Rickels; Downing y P. Hesba---cher 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 sceening dado que tiene menos falsos positivos asociados con su uso, pero pier de 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 al-

tos) y asociado a ello da una mejor especificidad (verdaderos -- negativos por 100 entre normales). Las sensibilidades 9verdaderos positivos por 100 entre casos) de los dos cuestionarios es casi-similar.

CUADRO 2. CARACTERISTICAS DE CREENING DE DOS CUESTIONARIOS

	<u>SCL</u>	<u>GHQ</u>
Sensibilidad	84%	86%
Especificidad	72%	77%
Hits promedio positivo (al 35% prevalencia)	61%	67%
Tasa de clasificación errónea (al 35% de prevalencia)		
Correlación producto momento en- tre puntuación cuestionario y va- loración 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 requeri-
do para una perturbación significativa clinicamente.

39 (9 pacientes) por puntaje objetivo sumando las 22 pun-
tuaciones durante la entrevista.

52 (12 pacientes) por puntajes de practicantes generales)

(5 pacientes) "defensivos y suspicaces"

(5 pacientes) múltiples quejas físicas.

FALSOS NEGATIVOS EN AMBOS CUESTIONARIOS (N=6)

Tres pacientes recibieron puntajes altos en conducta "suspi-
caz" en la entrevista, tres pacientes tenían más de un año-
con sus síntomas, más de 15 años en dos casos.

El GHQ tiende a perder pacientes con perturbaciones cróni-
cas 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 heterogeneo pero no --- existen dudas acerca de su adecuada valoración psiquiátrica --- 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 gene- rales.

FALSOS NEGATIVOS EN GHQ (N= 6)

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

CUADRO 3. EFECTO DE LAS VARIABLES DEMOGRAFICAS EN EL SCREENING TASA DE LA 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	n	SCL	GHQ
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 puntúa 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 construidos para poblaciones blancas o debido que la estructura de la sintomatología es diferente para las dos razas.

Los pacientes no clasificados por ambas pruebas constituye una limitación inherente a las pruebas breves, autoadministrables 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 nuevos ingreso en una ciudad nueva. Los pacientes con puntajes altos en el cuestionario tenían más episodios de enfermedad, mayor número de puntajes que indicaban severidad en problemas --- psicológicos y estaban más 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 na-

turalaza 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	21	1
III	70	8
IV	22	9
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 más 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, DP., y Blackwell (1970) llamaron a aquellas ---

personas que puntuaron 11 o menos "Probables normales" y aquellas que puntuaban 12 o más "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

($X^2 = 1.62$, $gl = 1$, NS)

Las mujeres producen más "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, $P < 0.025$).

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	1
	} 11	} 3

Combinando los puntajes de moderado y severo
 $(X^2 = 7.91, gl= 1, p.0.005)$

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 más común "desorden situacional transitorio".

CUADRO 9.	DIAGNOSTICO	CASOS PROBABLES	NORMALES PROBABLES
	Estado de ansiedad	6	2
	Depresión reactiva	8	1
	Depresión endógena	0	0
	Psicopatía	0	0
	Otros	1	14
		} 14	} 3
		} 1	} 14

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

Goldeberg y Cols., (1976) han demostrado que las personas - que recurren a cirugías de práctica general tienen más 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 de comparar dos métodos de identificación de casos : "morbilidad conspicua" determinada por la evaluación el propio doctor y "prevalencia probable" determinada por las respuestas de los pacientes al GHQ.

En general el cuestionario da estimaciones más alta --- 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 fué 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 fué de $-+0.36$ pero el rango fué 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 %
Coefficiente 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 probables 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 ó - 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 en 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, dad que pacientes masculinos que consultan médicos mujeres tienen una prevalencia probable mayor- que aquellos que consultan doctores hombres. ($X^2 = 8.38$, p.0.01).

Edad: Ambos métodos de identificación de casos confirma que la morbilidad psiquiátrica alcanza su punto más alto entre- las edades de 40 y 60. La tendencia del GHQ a identificar más pacientes que el practicante general 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 conspi- cua 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 últi- mos tres grupos (70.1%, 54.4%, 40.7%, 36.5% y 36.7%). Los mé- dicos por lo tanto diagnosticaron más enfermedad entre los viu- dos y entre los casados ($X^2 = 9.2$, p.0.01) pero el GHQ no con firma 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 qué 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 probables es 43% para aquellos con educación mínima pero permanece constante para los demás entre 30.5 y 34.5%.

Frecuencia de visitas: La prevalencia probables de enfermedad no es más alta entre aquellos que habían visto al doctor más

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.

Los últimos estudios publicados en relación al GHQ son -- los realizados por Radovanovic, Z y Eric J.L. (1983), en Belgrado, Yugoslavia y el de Burvill, P.W. Knuiman y Finlay-Jones -- (1984) en Australia.

El primero de ellos prueba la validez del GHQ en una población de 155 estudiantes del tercer año de la carrera de medicina, utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de --- Goldberg (1970) como parámetro clínico.

Se probaron versiones de 60, 30, 20 y 12 reactivos, sin embargo, no indican que reactivos de la versión original estuvieron involucrados. El punto de corte para cada uno de ellos, varió siendo de 11/12, 4/5, 3/4 y 1/2 respectivamente y obtuvieron una correlación producto-momento (r) de +0.78, 0.74, 0.72 y 0.71 con la entrevista psiquiátrica.

Los indicadores de validez del cuestionario se enlistaron de la manera siguiente:

Versión	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor + pred.
60	11/12	95.7	85.9	55
30	4/5	91.3	79.7	44.7
20	3/4	87.0	78.9	42.6
12	1/2	91.3	75.8	40.4

Se mostró que la mejor versión para esta población fue la de 60 reactivos.

El estudio realizado en población australiana por Burvill, Knuiman y Finlay-Jones (1984) es más amplio. Abarca dos muestras: la primera de ellas formada por 2,044 personas de la comunidad y la segunda por 3,168 de práctica general de Perth, Australia -- Occidental. Se llevó a cabo un análisis factorial identificándose 5 factores que explican el 46% de la varianza, resultando muy similares a los del estudio de práctica general inglesa y diferenciando de los estudios publicados australianos. El punto de corte utilizado es 10/11 y la finalidad primordial fue el comparar el perfil del GHQ entre los diversos grupos demográficos en ambas muestras, tales como sexo, clase social y lugar de nacimiento.

La rotación varimax de los 10 factores identificaron 5 subescalas para ambas muestras. Sobre la base de la magnitud de los pesos y la consistencia en los subgrupos sociodemográficos se eligieron los siguientes reactivos:

Factor	Nombre de la Escala	Reactivos
A	Enfermedad general	1, 2, 3, 4, 16
B	Perturbaciones en el sueño	11,14,17,18 y 20
C	Disfunción social	28,30,35,36 y 54
D	Ansiedad y disforia	39,40,47,49 y 55
E	Ideación suicida	52,56,57,59 y 60

El perfil relativo del GHQ fue calculado expresando el promedio de puntajes en las subescalas como un porcentaje del puntaje promedio total del GHQ para ese subgrupo. Estos porcentajes indican cual de las subescalas es/son responsables principalmente del puntaje total.

El hallazgo primordial del estudio fueron las diferencias significativas entre los "casos" y los "no casos".

Escencialmente los "casos" poseen un exceso de factores psicológicos abiertos C, D y E (Disfunción Social, Ansiedad e - Ideación suicida) mientras que los "no casos" poseen un exceso en los factores A y B (Enfermedad general y perturbaciones en el sueño).

No existieron diferencias significativas en las variables demográficas.

CAPITULO III

METODO Y PROCEDIMIENTO

- 3.0 Tipo de Estudio
- 3.1 Antecedentes
- 3.2 Curso de Entrenamiento a Clínicos
- 3.3 Confiabilidad del Diagnóstico Clínico en la Entrevista Psiquiátrica
- 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 es este caso, hablamos de -- EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA, 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 tres 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 fue -- 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 homogeneidad del criterio a pesar de las diferencias entre reactivos. Los resultados indican (véase tabla) una adecuada - confiabilidad entre clínicos.

RESULTADOS DE CONFIABILIDAD DE LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTAN-
DARIZADA

Correlacion producto momento	Kappa	ENTREVISTADOR Acuerdo en presencia	OBSERVADOR Acuerdo en ausencia	n=30
$\bar{X} = .90$	$\bar{X} = .80$	$\bar{X} = .91$	$\bar{X} = .82$	

PSIQUIATRA PSICOLOGO

Correlación 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 sig-
nificativas 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, sensibilidad
y especificidad del instrumento utilizando como criterio exter-
no la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg (1970).
La prueba definitiva del instrumento se realizó en una muestra -

de 46 pacientes de centros de tratamiento especializado y 46 personas "normales". La población estudiada presenta las mismas -- características que el estudio previo llevado a cabo por los mis-- mos autores (Campillo y cols., 1976).

Estos antecedentes de investigación, demuestran la utilidad de los instrumentos propuestos en la presente investigación para determinar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en pobla-- ciones generales, sin embargo, como han abarcado en México a seg-- mentos muy específicos de la población, se vislumbró la necesi-- dad de realizar investigaciones que abarquen un grupo más amplio.

3.2. CURSO DE ENTRENAMIENTO A CLINICOS

Para asegurar la confiabilidad del diagnóstico , en primer lugar se entrenó a los psicólogos clínicos encargados de reali-- zar la entrevista psiquiátrica.

Los objetivos del curso fueron:

- a) Conocer la entrevista psiquiátrica elaborada por --- Goldberg y cols. (1970) así como la forma de aplica-- ción y calificación de la misma.
- b) Establecer un criterio común para calificar los sín-- tomas 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 al grado de severidad de éstos.
- d) Obtener una alta concordancia entre los diferentes - entrevistadores en el diagnóstico global de severi-- dad 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; estas discrepancias disminuyen paulatinamente a lo largo del tiempo, hasta que al final del curso se consiguó 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 metro y los entrevistadores; para ello se utilizó la r de Pearson (ver Fig. 1), realizándose 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 alum

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. Observaciones 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 SUB-TOTAL	. 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	. 5	.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 las 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

ENTREVISTAS EN VIVO

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	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	.8
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
7. Animo Depresivo	---	1	0	.8	---	1	0	.8	0	.8	0	.88
8. Ansiedad	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1
9. Fobias	.33	.5	1	1	1	1	1	1	1	1	.86	.9
10. Obsesivos y compulsiones	1	1	1	1	.33	.5	.5	.75	1	1	.76	.85
11. 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
<u>ANORMALIDADES MANIFIESTAS</u>												
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	---	1	0	.6	0	.6	---	1	0	.8
6. Exaltado, eufórico	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---
7. Aplanado, incongruente	.8	0	.8	0	.6	0	1	---	1	---	.84	0
8. Delirios, trastornos - del pensamiento	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---	1	---
9. Alucinaciones	1	---	1	---	.8	0	1	---	.8	0	.92	0
10. Alteraciones del intelecto, daño crónico	.8	0	.8	0	1	---	1	---	1	---	.92	0
11. Excesiva preocupación función corp.	1	1	.66	.66	.5	.33	.75	.5	1	1	.78	.69
12. Contenido depresivo del pensamiento	1	1	.5	.75	0	.8	1	1	.5	.75	.6	.86
MEDIA SUBTOTAL	.76	.51	.86	.60	.74	.59	.87	.72	0.9	.59	.80	.49
MEDIA TOTAL	0.77	0.7	.71	0.70	.62	.68	.72	.75	.78	.74	.68	.65

nos PRESENTES de estos grupos.

Después de aplicar el cuestionario se seleccionaría una muestra a la que se 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 submuestra 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 5o. semestre en la cual se encontró -- que 19.47% obtenía puntuaciones de 6 o más por lo que se consideró que era punto de corte que podría funcionar como inicio a reserva de evaluarlo posteriormente y señalar el que proporcio-- nara mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

Todos los alumnos que en el Cuestionario puntuaron 5 ó -- 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 -- pasaran 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 consecuente -- mente su definición como "casos" y "no casos". Esto es, ambas evaluaciones, se hicieron en forma independiente.

1. Cada entrevistador tomó a su cargo dos o tres grupos, su labor consistió en:
 - 1.1. Numerar sus cuestionarios 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 oficiales. En estos casos se anotaron los nombres en la lista -- de cada grupo, se les asignó un número progresivo empezando por el siguiente al último y se anotó la in-- formación 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 quien fue asignado cada alumno. Asimismo anotó el número de "no casos" a partir del cual empezó a contar.

- 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 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 quien se le refirió (punto 2.3.).
- 1.8. Si el sujeto puntuó 6 ó menos, era un no caso potencial. Sólo 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 son 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 en el grupo anterior. Así, como por ejemplo si 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 qué 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 5 psicólogos clínicos, los cuales previamente habían recibido un curso de entrenamiento sobre el manejo de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg para lograr una uniformidad en el diagnóstico en cuanto a gravedad y presencia o ausencia de síntomas.

Las tareas a realizar en la investigación fueron las siguientes:

- Aplicación del Cuestionario General de Salud a los grupos seleccionados.

- Calificación del 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 pasan a la entrevista.
- Aplicación de la Entrevista Clínica.
- 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 aplicando cuestionarios cada investigadora 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 MENEJO DEL ESTUDIO

4.1 Características de la población estudiada y tasa de no respuesta

4.1.1. Questionario 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 cursados (65.42%).

La mayoría tiene como estado civil la soltería - (87.76%) , trabajan y estudian a la vez (59.66%) y ocu-- pan puestos de un tercer nivel, es decir, empleados ban-- carios, burócratas, dueños de un comercio pequeño, agen-- tes viajeros, profesor de primaria, contador privado, -- secretarias 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 en-- trevista 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 (17.83%) que en los hombres --- (12.12%).

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

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

Se Observó una tendencia a puntuar más 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 7 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 solteros, el 8.43% casados, el 3.61% divorciados, el 1.20% viudos 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 el cuadro 5.

CUADRO I.

TASA DE RESPUESTA AL CUESTIONARIO (CGS) (SEXO)

	Tasa de respuesta	%	Tasa de 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

$$\chi^2 = 0.17; \text{ gl} = 3 \text{ PNS}$$

CUADRO 2. TASA DE RESPUESTA A LA ENTREVISTA

	Tasa de respuesta	%	Tasa de respuesta	%
Femenino	83	74.11	18	81.82
Masculino	29	25.89	4	18.18
Total	112	100.00	22	100.00

Muestra n= 134

	Masculino n = 33	Femenino n = 101	Proporción
Tasa de Respuesta	29 (87.88%)	83 (82.18%)	1.07:1
Tasa de no Respuesta	4 (12.12%)	18 (17.82%)	.68:1

$$x^2 = 0.24; \text{ gl} = 3; \text{ PNS}$$

CUADRO 3.

TASAS DE RESPUESTA A LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

Puntuación baja en el cuestionario (0 - 6) *

	Tasa de respuesta	%	Tasa de respuesta	%
Femenino	15	65.21	5	100.00
Masculino	8	34.78	0	
Total	23	100.00%	5	100.00%

* Porcentaje obtenido del total de la muestra con puntuación baja (n= 28)

Puntuación alta en el cuestionario (7 ó más)

	Tasa de respuesta	%	Tasa de 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 puntuación 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 (70.58%)	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%)	68 (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.

	% HOMBRES	% MUJERES
<u>Estudios que ha realizado</u>	n = 83	n = 29
Preparatoria	63.84	68.95
Universitaria	36.13	31.04
<u>¿Quién sostiene el hogar?</u>		
Sujeto	12.04	20.68
Su padre	51.80	48.27
Su madre	4.81	17.24
Otros	30.12	13.79
<u>Lugar de origen</u>		
Zona metropolitana del D.F.	81.92	79.31
Otra zona urbana	9.64	6.89
Zona rural	4.81	13.79
<u>Estado Civil de los padres</u>		
Casados	69.87	75.86
Viudo (a)	12.04	13.79
Divorciados	9.64	6.89
Unión libre	2.40	---
Soltero (a)	3.61	---

				n = 83 % HOMBRES	n = 89 % MUJERES
<u>¿ Ha estado en algún tipo de tratamiento psicológico?</u>					
Nota: la tasa de no respuesta es de 12.04 en mujeres 13.79 en hombres	Psicoterapia	Sí		8.43	3.44
		No		83.13	82.75
	Psicofármaco	Sí		4.81	3.44
		No		83.13	82.75
	Hospitalización	Sí		2.40	6.89
		No		85.54	79.31
<u>Estado Civil</u>					
	Soltero			81.92	82.75
	Casado			8.43	17.24
	Divorciado			3.61	---
	Viudo			1.20	---
	Unión libre			2.40	---
<u>¿ Trabaja usted?</u>					
	Trabaja y estudia			62.65	55.17
	Estudia			36.14	44.82
<u>Ocupación</u>					
	1. Profesional, médico, abogado, etc. magnate, industrial o de negocios, ministros y subsecretarios de gobierno,			2.40	---

	n = 83 % HOMBRES	n = 89 % MUJERES
2. Industrial (término medio), hombre de negocios, funcionario bancario, relaciones públicas, auditor, contador público, director de alguna oficina.	---	---
3. Empleado bancario, burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria y recepcionista.	56.62	31.03
4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito.	3.61	17.24
5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero, policía.	---	3.44
6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso.	---	3.44
0. No trabaja	37.74	44.82
<u>¿ Estudió el año anterior?</u>		
Sí	83.13	89.65
No	15.66	10.34

4.3. Ponderación de los datos muestrales

Para corregir los efectos de sobre 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 corrección
0 - 6	6.7
7 - 60	1.1
M u j e r e s	
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 utiliza un procedimiento estadístico que se conoce como error de muestreo y se calcula a partir de las varianzas 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:

$$P - t \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right) \sqrt{\frac{N-n}{N} \frac{pq}{n-1}} \quad \text{Límite inferior}$$
$$P + t \left(1 - \frac{\alpha}{2} \right) \sqrt{\frac{N-n}{N} \frac{pq}{n-1}} \quad \text{Límite superior}$$

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:

$c. v = s/p$ en donde s = desviación estándar

p = Proporción de la población en la que se presenta la característica estudiada en este caso, prevlencia de alteraciones mentales.

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

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 ó más	34	86	36.79	.0652755	49.26%	24.32%	17%
Escolaridad							
Preparatoria (0 a 12 años de estudio)	35	108	33.59	.0665927	45.29%	21.88%	19%
Universitaria (13 años ó más)	77	187	36.64	.0423886	44.74%	28.53%	11%
Estado Civil							
Soltero	92	254	36.01	.0401858	43.69%	28.33%	11%
Casado	12	27	6.48	.1834859	16.99%	4.03%	3%

* t = 0,5

** 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.

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

- 5.0. INTRODUCCION
- 5.1. DEFINICION DE ESTADISTICAS
- 5.2. PREVALENCIA GLOBAL, VALIDEZ Y SENSIBILIDAD DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.
- 5.3. VERSION BREVE DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD. ANALISIS DE FACTORES PRINCIPALES.
 - 5.3.1. EL GHQ DE 28 REACTIVOS COMO UNA - PRUEBA DE SCREENING.
 - 5.3.2. COMPARACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN OTRAS INVESTIGACIONES.
 - 5.3.3. CONSISTENCIA INTERNA DE LA VERSION - BREVE E INDICE DE VALIDEZ.

5.0. INTRODUCCION

La presente investigación estudia al Cuestionario General de Salud (GHQ) contestado por una muestra de estudiantes universitarios con la finalidad de producir una versión breve del mismo y presentar algunos resultados en relación a la prevalencia global, validez y sensibilidad del cuestionario.

5.1. DEFINICION DE LAS ESTADISTICAS UTILIZADAS PARA EL ANALISIS.

(TARNOPOLSKY, 1979)

		ENTREVISTA PSIQUIATRICA	
OBTENIENDO	Clasificación baja		(FALSOS -)
	no casos potenciales	A	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) = $\frac{\text{Personas con trastornos correctamente -- identificados}}{\text{Total de personas con calificación alta.}}$

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

Probabilidad de personas con calificación baja sea caso = $\frac{\text{Falsos negativos}}{\text{Total de personas con calificación baja}}$

$$= \frac{B}{A + B}$$

PREVALENCIA :

(% ALTA) (VALOR PREDICTIVO ALTA) + (% BAJA) (VALOR PREDICTIVO DE BAJA)

5.1.1. METODO DE ANALISIS DE FACTORES (KERLINGER, FRED., 1975)

Definición: El análisis de factores es un método para -- determinar el número y la naturaleza de las variables subyacentes entre gran número de medidas. Es un método para determinar k -- variables subyacentes (factores) en n conjunto de medidas, sien-- do k menor que n. Es un método para extraer varianzas de facto-- res comunes partiendo de un conjunto de medidas.

Utilidad:

- Reduce la mutiplicidad de pruebas y medidas a mayor sen-- cillez.

- Dice que pruebas o medidas miden virtualmente la misma -- cosa y como lo hacen.

- Reduce el número de variables

- Ayuda a identificar y localizar unidades o propiedades -- fundamentales que sirven de base a pruebas y medidas.

FACTOR :

Es una entidad hipótetica que se sup ne es la base de prue bas, escalas, datos y realmente medidas de casi cualquier clase.- Los nombres de los factores son tentativos, son hipótesis que han de ser probadas. Si una prueba solo mide un factor, se dice que es factorialmente pura; si contiene más de un factor se dice que es factorialmente compleja.

PROCEDIMIENTO:

Ante una prueba x, se administra y se puntua la prueba,- junto con las otras pruebas; se obtienen los coeficientes de --- correlación entre cada prueba y cada dos pruebas y se acomodan -

en una matriz de correlación siendo esta simétrica y cuadrada.

Las cargas de factores varían de - 1.00 a 0 a + 1.00 - como los coeficientes de correlación. Las cargas expresan las - correlaciones entre las pruebas y los factores subyacentes.

El principal problema del análisis de factores es determinar los componentes de varianza de la varianza total de factores comunes.

REPRESENTACION GRAFICA:

Se pueden representar graficamente de dos formas:

- Tabla de correlaciones
- Coordenadas: Los factores se representan perpendicularmente entre sí, se les llama EJES DE REFERENCIA. En cada uno de los ejes se indican valores apropiados de carga de factores; luego las cargas de cada prueba son tratadas como coordenadas y se representan graficamente. La mayoría de los estudios analizan - más de dos factores y su representación gráfica no es posible.

METODOS DE ANALISIS DE FACTORES:

- Factores principales
- Centroide
- Diagonal
- Probabilidad Máxima
- Grupo múltiple
- Minres
- Imagen
- Alfa

METODO DE FACTORES PRINCIPALES :

Extrae una cantidad máxima de varianza cuando se calcula cada factor. El primer factor extrae al máximo la varianza, el segundo extrae menos varianza, etc.

Geoméricamente hablando se conciben las pruebas o variables como puntos en el espacio m -dimensional. Las variables que están alta y positivamente correlacionadas deben de estar próximas entre sí y alejadas de variables con las que no pueden correlacionarse.

Si es así, debe de haber enjambres de puntos en el espacio.

La localización de cualquier punto es su identificación múltiple obtenida leyendo sus coordenadas sobre los m -ejes. El problema principal es trazar ejes a través de los enjambres próximos de puntos y situarlos de tal modo que expliquen la mayor cantidad posible de las varianzas de las variables.

Cuanto más cercanos están los puntos tanto más están relacionados. El problema consiste en determinar:

- a) Cuantos factores hay
- b) Que pruebas están cargadas sobre que factores
- c) Magnitudes de las cargas de las pruebas

Para resolver el problema anterior es necesario:

- Resolver ecuaciones lineales simultáneas
- Obtener los Eigenvalores (Eigen Values) que resultan de las raíces de la solución de las ecuaciones
- Obtener los Eigen Vectores
- Convertir lo anterior en cargas de factores.

Para poder interpretar el análisis de factores se necesita

rotar las matrices de factores, es decir, los ejes de referencia arbitrarios. Se supone que hay posiciones únicas y "mejores" para los ejes, "mejores formas de ver las variables en el espacio.

ROTACION DE FACTORES:

Existen dos tipos de rotaciones la ORTOGONAL Y LA OBLICUA, la primera mantiene la independencia de los factores, es decir los ángulos entre los ejes se mantiene a 90 grados; en la segunda se deja que los ejes formen ángulos agudos y obtusos, lo que quiere decir que los factores están correlacionados.

REGLAS PARA LA ROTACION (THURSTONE)

1.- Cada fila de la matriz de factores debe tener por lo menos una carga próxima a cero.

2.- Para cada columna de la matriz de factores debe haber por lo menos tantas variables con cargas cero ó cerca de cero como factores.

3.- Por cada par de factores (columna) debe haber varias variables cargadas en un factor (columna) pero no en el otro.

4.- Cuando hay cuatro o más factores, una gran proporción de las variables debe de tener cargas despreciables (próximas a cero) sobre cualquier par de factores.

5.- Por cada par de factores (columnas) de la matriz de factores debe haber solo un pequeño número de variables con cargas apreciables (no cero) en ambas columnas.

Requiere el mayor número de ceros posible en la matriz de factores rotada.

5.2. PREVALENCIA GLOBAL, VALIDEZ Y SENSIBILIDAD DEL CUESTIONARIO

Se compararon las calificaciones del Cuestionario General de Salud y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de la siguiente forma:

Entrevista Psiquiátrica : Se utilizó el diagnóstico global de severidad que constaba de cinco grados (1,2,3,4,5,) que iban de la ausencia total de síntomas a la necesidad de internamiento forzoso. Se consideró "no caso" a aquel individuo que fuera calificado con 1 ó 2 y "casos" a partir del 3.

Cuestionario General de Salud: Se determinó el número de síntomas presentes. Cada reactivo se calificó con 0 cuando el síntoma estaba ausente; 1 cuando el síntoma estaba presente y a través de la sumatoria de estos puntajes se dió la calificación global.

En el cuadro 1 se muestra la proporción de sujetos que reportaron el síntoma como presente de acuerdo a cada uno de los reactivos del cuestionario.

En el cuadro 2 aparecen las medias de las calificaciones obtenidas en el Cuestionario General de Salud por los sujetos con diferentes grados de severidad, determinados en función de la Entrevista Psiquiátrica. Como puede observarse la media aumenta en la medida en que el diagnóstico es más severo, tanto en la población de ambos sexos considerados conjuntamente como por separado. En esta población fueron solamente 9 casos moderados.

A fin de determinar la clasificación en el cuestionario que dividiera los no casos de los casos potenciales, esto es, que

CUADRO 1. PROPORCION DE SUJETOS QUE REPORTARON EL SINTOMA COMO PRESENTE

<u>REACTIVO</u>	<u>PROPORCION</u>	<u>MEDIA</u>	<u>DESV. ESTANDAR</u>
1. Sentirse bien y con buena salud (menos)	14.33%	1.05	0.51
2. Tomar vitaminas	5.46	0.47	0.67
3. Agotado y sin fuerzas	15.35%	0.70	0.74
4. Sensación de estar enfermo	10.58%	0.50	0.70
5. Dolores de cabeza	12.96%	0.56	0.73
6. Pesadez o sensación de que va estallar la cabeza	11.26%	0.41	0.70
7. Puede concentrarse (menos)	27.30%	1.23	0.64
8. Miedo de desmayarse	9.21%	0.20	0.50
9. Escalofríos o bochornos	10.92%	0.26 -	0.55
10. Sudando mucho	28.66%	0.50	0.61
11. Despierta temprano y no vuelve a dormir	18.43%	0.32	0.59
12. Siente que no descansó al despertar	14.33	0.77	0.73
13. Demasiado cansado y fatigado aún para comer	8.19%	0.40	0.65
14. Ha dormido menos	15.35	0.73	0.77
15. Se ha sentido alerta y bien despierto (menos)	15.69%	1.06	0.56
16. Se ha sentido lleno de vida y energía (menos)	19.11%	1.11	0.58
17. Dificultad para dormirse o conciliar el sueño	10.23%	0.53	0.71
18. Dificultad para dormir toda la noche	7.16%	0.38	0.67
19. Pesadillas o sueños desagradables	5.11%	0.40	0.63

(CONTINUACION)

20. Noches inquietas o intranquilas	10.23%	0.51	0.73
21. Mantenerse ocupado (menos)	6.14%	0.88	0.52
22. Tarda más en hacer las cosas	12.96%	1.04	0.50
23. Perdido interés en sus actividades	11.26%	0.51	0.74
24. Perdido interés en su arreglo personal	7.16%	0.45	0.69
25. Preocupado menos en su forma de vestir	10.58%	0.97	0.55
26. Salido de su casa como acostumbra (menos)	17.40%	1.02	0.63
27. Se desenvuelve bien como la mayoría de la gente	12.28%	0.98	0.53
28. Por lo general hace las cosas bien	8.53%	0.90	0.52
29. Llegar tarde a trabajar o hacerse tarde en sus quehaceres	18.08%	0.77	0.78
30. Sentirse satisfecho con su forma de hacer las cosas (menos)	31.39%	1.06	0.81
31. Siente cariño y afecto (menos)	3.41%	0.74	0.53
32. Se lleva bien con lo demás (menos)	4.77%	0.81	0.51
33. Pasa mucho tiempo platicando con los demás (menos)	8.87%	0.88	0.59
34. Miedo a decir por ridículo	9.21%	0.55	0.70
35. Jugar papel útil en la vida (menos)	8.53%	0.73	0.66
36. Capaz de tomar decisiones (menos)	4.77%	0.62	0.57
37. Difícil iniciar alguna actividad	7.84%	0.55	0.66
38. Siente miedo ante lo que tiene que hacer	5.11%	0.42	0.60

(CONTINUACION)

39. Se ha notado agobiado y en tensión	25.25%	0.93	0.79
40. Incapaz de resolver sus problemas	19.79%	0.41	0.61
41. Vida como lucha constante	27.64%	1.19	0.75
42. Disfruta sus actividades (menos)	9.89%	0.90	0.60
43. Le parece todo más difícil	10.58%	0.67	0.70
44. Se ha sentido irritado y de mal humor	18.77%	0.85	0.78
45. Sentirse asustado y con miedo	15.35%	0.31	0.60
46. Capáz de enfrentar sus problemas (menos)	7.16%	0.80	0.57
47. Todo se le viene encima	30.71%	0.58	0.79
48. La gente se le quede viendo	25.59%	0.46	0.63
49. Triste y deprimido	23.89%	0.89	0.85
50. Perdido confianza y fé en sí mismo	16.38%	0.38	0.70
51. Ud. no vale nada	9.21%	0.24	0.56
52. No se puede esperar nada de la vida	5.90%	0.27	0.59
53. Ve su futuro con esperanza (menos)	26.27%	0.47	0.61
54. Se siente feliz (menos)	49.82%	0.80	0.65
55. Nervioso y a punto de estallar	15.69%	0.67	0.78
56. No vale la pena vivir	7.84%	0.22	0.51
57. Quitarse de en medio	16.72%	0.35	0.72
58. No puede hacer nada a causa de los nervios	26.62%	0.52	0.69
59. Muerto y lejos de todo	4.77%	0.28	0.59
60. Idea de quitarse la vida repentinamente	11.60%	0.24	0.61

CUADRO 2. COMPARACION DE LAS MEDIAS OBTENIDAS EN EL GHQ EN SUJETOS CON DIFERENTES GRADOS DE SEVERIDAD.

DIAGNOSTICO GLOBAL DE SEVERIDAD	MASCULINO n = 94	FEMENINO n = 213	TOTAL N= 307
Ausencia de Síntomas (0)	28 (29.84%)	61 (28.64%)	89 (28.99%)
Trastornos no Significativos (1)	32 (34.55%)	71 (33.33%)	103 (33.55%)
Casos Leves (2)	26 (27.27%)	80 (37.56%)	106 (34.52%)
Casos Moderados (3 y 4)	8 (8.34%)	1 (0.47%)	9 (2.93%)
T O T A L	94 (100%)	213 (100%)	307 (100%)

proporcionara el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, se probaron varios puntos de corte (cuadro 3).

La relación entre sensibilidad y especificidad es tal que a medida que una aumenta la otra disminuye, si se desea asegurar la detección de todos los casos, se requiere una disminución en el número de síntomas para ser considerado como tal, lo que trae aparejado un aumento en la sensibilidad y un consecuente aumento de falsos positivos, es decir, la especificidad se ve disminuida.

De la misma manera el aumento de la especificidad trae consigo una disminución de la sensibilidad.

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

El punto de corte para la población total fué $4/5$, esto es, que a partir de cinco síntomas presentes en el cuestionario--podía ser considerado como caso, con un grado de error conocido.

La tasa de clasificación errónea fué del 28% con sensibilidad y especificidad de 71.49% y 71.61% respectivamente.

Una vez determinado el error del cuestionario y los --- correctores necesarios (valores predictivos) se procedió a estimar la prevalencia mediante la siguiente fórmula:

Porcentaje de calificación alta en el cuestionario general de salud, multiplicado por el valor predictivo de que una calificación alta sea caso, más el porcentaje de calificaciones bajas por el valor predictivo de que una calificación baja sea -

CUADRO 3. ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS A TRAVES DE LOS DATOS PONDERADOS DE LA MUESTRA (AMBOS SEXOS).

PUNTO DE CORTE 5/6		PUNTO DE CORTE 4/5		PUNTO DE CORTE OPTIMO		PUNTO DE CORTE 2/3									
0-5	151.4	47.8	199.2	66.08%	0-4	134.2	32.5	166.7	55.3%	0-2	118.9	23.9	142.8	47.38%	
56+	35.98	66.23	102.1	33.91%	56+	53.18	81.53	134.71	44.69%	36+	68.48	90.13	158.61	52.62%	
187.38 114.03		301.41		187.38 114.03		301.41		187.38 114.03		301.41		187.38 114.03		301.41	

TASA DE CLASIFICACION ERRONEA	27.29%	TASA DE CLASIFICACION ERRONEA	28%	TASA DE CLASIFICACION ERRONEA	30.65%
SENSIBILIDAD	58.08%	SENSIBILIDAD	71.49%	SENSIBILIDAD	79.04%
ESPECIFICIDAD	80.79%	ESPECIFICIDAD	71.61%	ESPECIFICIDAD	63.45%
PORCENTAJE FALSOS POSITIVOS	10.21%	PORCENTAJE FALSOS POSITIVOS	28.39%	PORCENTAJE FALSOS POSITIVOS	36.55
PORCENTAJE FALSOS NEGATIVOS	41.92%	PORCENTAJE FALSOS NEGATIVOS	28.51%	PORCENTAJE FALSOS NEGATIVOS	20.96
V.P. ALTA	0.64	V.P. ALTA	0.60	V.P. ALTA	0.56
V.P. BAJA	0.24	V.P. BAJA	0.19	V.P. BAJA	0.16
PREVALENCIA	37.55%	PREVALENCIA	39.32%	PREVALENCIA	37.04%

* MEJOR EQUILIBRIO ENTRE SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD

caso (Tarnopolsky, 1979).

De acuerdo con esta fórmula se encontró que el 39.32% - de la población que fué estudiada presenta algún tipo de padecimiento que requiere atención especializada.

5.2.1. Estimación de la prevalencia de trastornos mentales por subgrupos afectados. (Estado civil, edad y escolaridad).

Con el objeto de estimar la prevalencia por subgrupos -- de la población se llevó a cabo como primer paso, un análisis para determinar si era necesario estandarizar el cuestionario para cada subgrupo o si era factible utilizar el punto de corte determinado para ambos sexos sin que la estimación de la prevalencia - se viera afectada. Con este fin se estandarizó el cuestionario - para obtener el punto de corte que proporcionara el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para cada subgrupo.

Este análisis se efectuó en conjunto para la población - femenina y masculina. En relación a la edad se dividió en dos -- grupos: de 17 a 22 años y de 23 a 41 años.

Con respecto a la escolaridad la división fué de 0 a 12 - y de 13 años ó más y en relación al estado civil solamente se consideraron dos grupos: solteros y casados.

Se denominó "punto de corte óptimo" a la calificación -- obtenida en el cuestionario que distingue "casos" de "no casos" -- estimado para ambos sexos y "punto de corte ideal" aquel estimada - para cada subgrupo.

Cabe señalar que debido al tamaño de la muestra, el punto de corte obtenido en este estudio no puede considerarse definitivo y que si se desea estandarizar el cuestionario para diferentes -

subgrupos es necesario el estudio con una muestra más grande.

Lo mismo puede afirmarse de la división de la población por subgrupos (ej. solteros y casados) que es un tanto arbitraria. Sin embargo, el tamaño de la muestra no permitía hacer divisiones más específicas.

Las cifras de prevalencia de trastornos mentales para -- estos subgrupos se muestran en los cuadros 4, 5, 6, 7, 8, 9, y fueron las siguientes:

En el grupo de 17 a 22 años, de ambos sexos, la prevalencia fué menor (29.8%) que en el de 23 a 41 años (36.79%).

Cuando se analiza la prevalencia de trastornos mentales por escolaridad observamos el mismo fenómeno de 0 a 12 años cursados 33.59% y 13 años o más 36.64%.

Con relación al estado civil los solteros presentaron --- una prevalencia de 36.01% y los casados de 6.48 % . Sin embargo, estos resultados no contradicen los expuestos en otras investigaciones, sino que el subgrupo casados estuvo poco representado en la muestra.

A pesar de que en otros estudios que han utilizado el mismo instrumento se han reportado tasas de prevalencia similares - (Goldberg, D.P., 1970; Sims, 1975: 31 %; Morles, 1979, 40 %; Padilla, G.P., 40 %) es necesario apuntar que la prevalencia se determina en función en función de la relativa rigidez ó flexibilidad de la definición de caso. En este estudio se tomó como caso a -- aquel individuo que a juicio del clínico requería atención especializada por lo menos en consulta externa, sin embargo podía suponerse que parte de estos individuos podrían recibir atención por un - médico general en consulta externa con la supervisión de una especialista en psicología clínica.

CUADRO 4. PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS

PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPO EDAD DE 17 A 22 AÑOS

M I X T O

PUNTO DE CORTE 4/ 5			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificacion baja	113.8	23.9	137.7
Calificacion 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 5. 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			
Calificacion baja	43	8.6	51.6
Calificacion alta	9.01	22.39	31.4
	52.01	30.99	83
Tasa de calificacion errónea			21.21%
Especificidad			82.67%
Sensibilidad			73.67%
% Falsos Positivos			17.33%
% Falsos Negativos			26.33%
Valor predictivo que una alta calificacion sea caso			0.71
Valor predictivo que una calificacion baja sea caso			0.16
Prevalencia			36.79%

CUADRO 6. 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 clasificacion errónea			23.65%
Especificidad			86.67%
Sensibilidad			56.78%
% Falsos Positivos			13.13%
% Falsos Negativos			43.22
Valor predictivo que una alta calificacion sea caso			0.68
Valor predictivo que una calificación baja sea caso			0.20
Prevalencia			33.59%

CUADRO 7. PREVALENCIA DE TRASTORNOS METALES OBTENIDO DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS

PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPO DE ESCOLARIDAD 13 AÑOS DE ESTUDIO.

MIXTO

PUNTO DE CORTE 6/7			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificacion baja	85.1	25.8	110.9
Calificacion 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 calificacion sea caso			0.58
Valor Predictivo que una calificación baja sea caso			0.23
Prevalencia			36.64%

CUADRO 8. PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS

PUNTO DE CORTE IDEAL. SUBGRUPO: SOLTEROS

MIXTO

PUNTO DE CORTE 4/5			
VALORACION PSIQUIATRICA			
Calificacion baja	115.7	32.5	148.2
Calificacion 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 9. PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS DE LOS DATOS MUESTRALES PONDERADOS

PUNTO DE CORTE IDEAL SUBGRUPO: 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%

5.3. Versión Breve del Cuestionario, Análisis de los factores Principales.

El propósito de este inciso es presentar los resultados -- sobre el desarrollo de una versión breve y balanceada del GHQ se ñalar su potencial de detección y comparar la estructura factoorial en una muestra de estudiantes universitarios de México con trabajos anteriormente realizados en poblaciones de práctica médica general inglesa, mexicana y de comunidad norteamericana y australiana.

Para desarrollar esta versión breve todas las preguntas --- del cuestionario fueron recalificadas de acuerdo al método de Likert (0,1,2,3).

Posteriormente un análisis de los principales componentes -- se llevó a cabo y después se realizó una rotación varimax utilizando una serie de programas para el análisis estadístico.

En el análisis de los principales componentes, 16 componentes con un valor de Eigen mayor ó igual a 1 fueron obtenidos, -- que explican el 65.7 % de la varianza total.

Cuando se realizó la rotación varimax 4 factores pudieron -- ser conceptualizados. Estos factores explican el 38.95% de la varianza total. (Véase cuadro 11)

CUADRO 10. ANALISIS DE LOS COMPONENTES no ROTADOS
DEL GHQ : 60 REACTIVOS

Número del factor	Valor de Eigen	Varianza que explica (%)	Nombre del factor
1	14.55	24.25	Depresión
2	3.83	8.31	Disfunción social
3	3.016	3.28	Depresión Severa
4	1.97	3.11	Ansiedad

CUADRO 12.- ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA VERSION DE 28 REACTIVOS DEL GHQ

1 <u>IDEACION SUICIDA</u>		2 <u>DEPRESION LEVE</u>		3 <u>SINTOMAS SOMATICOS Y PERTURBACIONES EN EL SUEÑO.</u>		4 <u>ANSIEDAD</u>	
51) ¿ Ha pensado que Ud. no vale nada?	0.71	22) ¿ Se tarda más tiempo en hacer las cosas?	0.62	3) ¿ Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	0.66	5) ¿ Ha tenido dolores de cabeza?	0.57
56) ¿ Ha sentido que no vale la pena vivir?	0.63	36) ¿ Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	0.61	14) ¿ Ha dormido menos por tener preocupaciones?	0.62	58) ¿ Ha notado que a veces no puede hacer nada?	0.54
52) ¿ Siento que no se puede esperar nada?	0.62	28) ¿ Ha sentido que por lo gral. hace bien las cosas?	0.59	13) ¿ Se ha sentido demasiado cansado ... para comer?	0.60	48) ¿Ha sentido que la gente se le queda viendo?	0.53
59) ¿ Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	0.62	7) ¿ Siente que puede concentrarse en lo que hace?	0.58	20) ¿ Ha pasado noches inquietas ó intranquilas	0.58	6) ¿ Ha tenido pesadez en la cabeza	0.51
50) ¿ Ha perdido confianza y fé en sí mismo?	0.61	16) ¿ Se ha sentido lleno de vida y energía?	0.58	12) ¿ Al despertarse siente que no descansa?	0.56	8) ¿ Ha sentido miedo de desmayarse en público?	0.48
57) ¿ Ha pensado en la posibilidad de quitarse de enmedio?	0.60	30) ¿ Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	0.58	39) ¿ Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	0.56	55) ¿ Se ha sentido nervioso y a punto de estallar constantemente?	0.43
60) ¿ Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	0.58	46) ¿ Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas?	0.58	4) ¿ Ha tenido la sensación de estar enfermo?	0.52	38) ¿ Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer?	0.41

(ROTACION VARIMAX DE LA SOLUCION DE 4 FACTORES)

38.9% DE LA VARIANZA ACUMULADA

El primer componente principal fué primordialmente unipolar. Los componentes subsecuentes fueron generalmente bipolares, con pocos reactivos pesando sobre cada uno de los otros -- sucesivos.

Después de la rotación varimax, los factores pudieron conceptualizarse fácilmente dado que más reactivos pesaban en cada uno. Fué posible construir cuatro escalas tomando los siete -- reactivos con mayores pesos en cada factor (> 0.40) y ningún reactivo pesó significativamente en diferentes escalas (Véase cuadros 11 y 12).

CUADRO 11.- ROTACION VARIMAX DE LOS 4 PRIMEROS FACTORES QUE -- EXPLICAN EL 39% DE LA VARIANZA

Número del factor	Nombre de la Escala	Reactivos de la Versión Breve
1	Ideación suicida	50,51,52,56,57,59,60
2	Depresión leve	7,16,22,28,30,36,46
3	Síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño.	3, 4,12,13,14,20,39
4	Ansiedad	5, 6, 8,38,48,55,58

También se llevaron a cabo la rotación de 3,6 y 8 factores que explican el 35.7,45 % y 50.1% de la varianza respectivamente (Véase cuadro 13).

En la versión de tres factores se conceptualizaban principalmente en el primero la ansiedad y la depresión severa, en el -- segundo, la anergia y la depresión y en el tercero síntomas somáticos, siendo cada una de las subescalas poco puras y con diver-- sos reactivos pesando significativamente en más de una escala a -- la vez.

CUADRO 13. ROTACION VARIMAX DE 3, 6 y 8 FACTORES QUE EXPLICAN EL 35.7 %, 45 % y 50.1 % DE LA VARIANZA RESPECTIVAMENTE.

NUMERO DE FACTORES	POR CIENTO DE VARIANZA	REACTIVOS DE LA VERSION BREVE.
3	35.7 %	34, 38, 43, 50, 51, 56, 57, 59, 60 7, 16, 21, 27, 28, 30, 35, 36, 42 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 39
6	45 %	1, 2, 3, 4, 16 22, 27, 32, 36, 46 51, 52, 56, 59, 60 5, 6, 8, 48, 58 11, 14, 17, 18, 20 9, 10, 11, 25
8	50.1 %	15, 29, 37 35, 36, 46 51, 56, 60 34, 38, 48 17, 18, 19 9, 10, 11 3, 5, 6 32, 33

CUADRO 14. PESOS PROMEDIO DE LOS FACTORES DE LAS CUATRO ESCALAS SOBRE LOS CUATRO FACTORES (38.95 % DE LA VARIANZA DE ESTOS FACTORES: ROTACION VARIMAX DEL CUESTIONARIO DE 28 REACTIVOS).

FACTORES	1	2	3	4
	DEPRESION SEVERA	DISFUNCION SOCIAL	SINTOMAS SOMATICOS	ANSIEDAD
Reactivos de la escala 1	0.6303	.18492	.1330	.0912
Reactivos de la escala 2	.09267	0.5983	.1779	.1253
Reactivos de la escala 3	.14308	.14863	.5896	.1986
Reactivos de la escala 4	.12898	.13319	.2081	.5009

En la versión de seis factores que explicaba el 45 % de la varianza, pesaron en promedio 5 reactivos por escala siendo éstas: anergia, vida social, depresión, ansiedad, trastornos en el sueño y síntomas somáticos. Estas subescalas al igual que en el caso anterior, fueron poco puras dado que los reactivos pesaban significativamente (> 0.40) en más de una escala. En esta versión los reactivos 19, 24, 26, 29, 37, 41, y 44 no pesaron en el análisis.

En el caso de la rotación de ocho factores que explicaba el 50.1% de la varianza, se distribuyeron los reactivos de manera desequilibrada pesando por ejemplo 5 reactivos en el factor uno, trece en el segundo, y solamente dos en el octavo.

En este análisis no pesaron los reactivos 12, 19, 23, 25, 26, 31, 44 y 45.

Debido a que un factor general explica el 24.25% de la - varianza en un análisis no rotativo, es inevitable que las diversas escalas no sean medidas puras de los cuatro factores que fueron elegidos como la versión más balanceada.

La extensión en la cual se cubren parcialmente se muestra en el cuadro 14 que muestra el factor de peso promedio principal para cada escala en cada factor.

5.3.1. EL GHQ de 28 reactivos como una prueba de screening.

Al recalificar los 112 cuestionarios de la muestra de - acuerdo a los 28 reactivos de la versión breve, se encontró que el mejor punto de corte que proporcionaba equilibrio entre la -- sensibilidad y especificidad fué el de 5/6. Sin embargo, el cálculo de la prevalencia se realizó sin ponderar los datos por lo que los resultados, solamente pueden considerarse válidos para - esta muestra de estudiantes universitarios, señalando la necesidad de realizar un estudio posterior con una población mayor para poder generalizar la eficacia de la versión breve para alumnos - universitarios.

En este estudio se lograron una especificidad del 61 % y una sensibilidad del 66 %. Calculando la prevalencia de tras--tornos mentales, se encontró que el 53.92 % de la muestra requerería de atención. (Véase cuadro 15).

El cuadro 16 muestra la relación entre la versión breve del Cuestionario General de Salud de 28 reactivos y el Diagnóstico Global de Severidad para los 112 sujetos de la muestra.

Puede observarse que de los pacientes entrevistados, 60 - (53.56 %) tenían puntajes de 6 ó más y 52 (46.44 %) de 0 a 5. El 16.96 % presentó trastornos no significativos, el 30.35 % se consideraba como casos leves y el 52.67 % fueron considerados como casos moderados.

Al buscar el coeficiente de correlación entre la calificación del Cuestionario General de Salud de 60 reactivos y la versión breve de 28 reactivos se encontró de + 0.90.

CUADRO 15. ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES OBTENIDOS A TRAVES DE LOS DATOS MUESTRALES (SIN PONDERAR) VERSION GHQ 28 REACTIVOS.

PUNTO DE CORTE 5/6

CALIFICACION ENTREVISTA PSIQUIATRICA

CUESTIONARIO

0 - 5

6 ó más

31	21	52
20	40	60
51	61	112

TASA DE CLASIFICACION ERRONEA	36.60 %
ESPECIFICIDAD	60.78 %
SENSIBILIDAD	65.57 %
% FALSOS POSITIVOS	39.22 %
% FALSOS NEGATIVOS	34.43 %
V.P. ALTA	0.66
V.P. BAJA	0.40
PREVALENCIA	53.92 %

CUADRO 16 RELACION ENTRE LA VERSION BREVE DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE 28 REACTIVOS Y EL DIAGNOSTICO GLOBAL DE SERVIDAD EN 112 SUJETOS.

GHQ	ENTREVISTA PSIQUIATRICA		
	TRASTORNOS NO SIGNIFICATIVOS	CASOS LEVES	CASOS MODERADOS
Puntaje Bajo 0 - 5	14 (12.5 %)	18 (16.07 %)	20 (17.85 %)
Puntaje Alto 6 ó más	5 (4.46 %)	16 (14.28 %)	39 (34.82 %)
TOTAL	19 (16.96%)	34 (30.35 %)	59 (52.67 %)

5.3.2. COMPARACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON OTRAS INVESTIGACIONES.

Realizando la comparación entre las diversas versiones breves del Cuestionario General de Salud, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El factor denominado "IDEACION SUICIDA" en este estudio, coincide con 4 de 7 reactivos con el estudio de Goldberg y cols - 1976, poblaciones blanca y negra (50,51, 52 y 56) en la subescala denominada depresión y ansiedad. Correlaciona con 5 de 7 reactivos (52,56,57,59 y 60) del estudio con consulta externa inglesa en la versión de 6 factores y con 6 de 7 (51,52,56,57,59 y 60) con la misma población pero en la versión de 4 factores. Con la inves

CUADRO 17. COMPARACION DE LAS DIVERSAS VERSIONES BREVES DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.

VERSION	NOMBRE DE ESCALAS	REACTIVOS	VARIANZA ACUMULADA
4 Factores Goldberg y cols. 1976 <u>Población:</u> Blancos (U.S.A.)	1.-Depresión y ansiedad 2.-Insomnio y anergia 3.-Funcionamiento social 4.-Anhedonia	52,51,50,56,49 20,14,15,16,7 21,36,27,35 31,32,54,42	51.5%
4 Factores Goldberg y cols.1976 <u>Población:</u> Negros (U.S.A.)	1.-Depresión y ansiedad 2.-Anhedonia 3.-Anergia 4.-Insomnio	52,51,50,56,49 31,46,53,21,54 16,15,42,35 14,20	53.2%
6 Factores Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. 1979 <u>Población:</u> Consulta externa Inglesa	1.-Enfermedad General 2.-Síntomas Somáticos 3.-Perturbaciones en el sueño 4.-Disfunción Social 5.-Ansiedad y Disforia 6.-Depresión Suicida	1, 2, 3, 4,16 5, 6, 8, 9, 10 11,12,17,18,20 21,28,30,36,42 45,47,49,50,55 52,56,57,59,60	53.5%
4 Factores Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. 1979 Consulta externa Inglesa	1.-Síntomas Somáticos 2.-Ansiedad e Insomnio 3.-Disfunción Social 4.-Depresión Severa	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 14,18,39,44,45,47,55 21,22,28,30,35,36,42 51,52,56,57,58,59,60	48%
6 Factores Medina-Mora, M.E. y cols. 1984 <u>Población:</u> Pacientes consulta externa mexicana	1.-Síntomas Somáticos 2.-Perturbaciones en el sueño 3.-Relaciones Interpersonales 4.-Conducta Observada 5.-Ansiedad 6.-Depresión Severa	6, 3, 4, 16 18,17,20,11,12 31,32,33,36,35 24,42,25,30,28 38,34,45,50,48 59,57,60,56,52	46.6%
4 Factores Medina-Mora, M.E. y cols. 1984 <u>Población:</u> Pacientes Consulta Externa Mexicana	1.-Síntomas Somáticos 2.-Perturbaciones en el sueño 3.-Disfunción Social 4.-Depresión Severa	6, 3, 4, 5, 1,16,13 18,17,20,14,11,12,19 36,28,46,42,30,35,22 59,57,60,56,52,51,50	52.4%

VERSION	NOMBRE DE LAS ESCALAS	REACTIVOS	VARIANZA ACUMULADA
5 Factores Burvill, Knuiman y Finlay-Jones 1984 <u>Población:</u> Comunidad y consulta externa australiana	1.-Enfermedad general 2.-Perturbaciones en el sueño 3.-Disfunción social 4.-Ansiedad y Disforia 5.-Ideación Suicida	1, 2, 3, 4, 16 11,14,17,18,20 28,30,35,36,54 39,40,47,49,55 52,56,57,59,60	46%
4 Factores Este estudio 1984 <u>Población:</u> Estudiantes univer- sitarios.	1.-Ideación suicida 2.-Depresión leve 3.-Síntomas somáticos y Perturbaciones en el sueño 4.-Ansiedad	50,51,52,56,57 59,y 60 7,16,22,28,30 36 y 46 3,4,12,13,14,20 y 39 5, 6, 8,38,48, 55 y 58	39%

tigación realizada en población mexicana en la versión de seis factores correlacionan 5 de 7 reactivos (5, 56, 57, 59, y 60) y en la versión de cuatro factores los reactivos son iguales 7 de 7 (50, 51, 52, 56, 57, 59 y 60). En comparación al 1 estudio - realizado con población australiana son cinco de los siete reactivos los que son similares (52, 56, 57, 59 y 60).

El factor "DEPRESION LEVE" en relación al estudio de Goldberg y cols.(1976) en blancos es similar en tres reactivos (7,-16, 36), sin embargo fueron conceptualizados n las subescalas de energía e insomnio y funcionamiento social. Con la población americana de negros son dos los reactivos similares (46 y 16) -- que pertenecen a las subescalas anhedonia y anergia.

En las versiones de seis y cuatro factores de Goldberg y Hillier (1979) son cuatro de siete los reactivos que son similares. En la primera de ellas son el 28, 30, 36 de disfunción social y el 16 de enfermedad general. En la segunda versión son los reactivos 22, 28, 30, 36 de la subescala de disfunción social.

En relación con la investigación en población mexicana - son cuatro de siete reactivos los similares. El 16 que pertenece a síntomas somáticos, el 36 de relaciones interpersonales y los reactivos 28 y 30 de conducta observada en lo que respecta de - 6 factores. Con la versión de cuatro factores correlacionan el 16 de síntomas somáticos y el 22, 28, 30, 36 y 46 de disfunción social. Con respecto a la población australiana son similares- el 16 de síntomas somáticos y el 28, 30 y 36 de disfunción social.

El factor "SINTOMAS SOMATICOS Y PERTURBACIONES EN EL SUEÑO" coincide con dos de siete reactivos de las versiones Goldberg y cols.1976. Estos son los reactivos 14 y 20 de la subes-

cala insomnio. Con las versiones de Goldberg y Hillier (1979) - son cuatro de siete los similares. El 3 y 4 de enfermedad general y el 12 y 20 de perturbaciones en el sueño en la versión de siete factores. En la versión de cuatro con el 3 y 4 de síntomas somáticos y el 14 y 39 de insomnio.

Con la investigación de Medina- Mora y cols, (1984) también son cuatro de siete los reactivos similares en la versión de seis factores: el 3 y 4 de síntomas somáticos y el 12 y 20 de perturbaciones en el sueño. En la versión de cuatro factores -- son seis de siete los que correlacionan: el 3, 4 y 13 de síntomas somáticos y el 12, 14 y 20 de perturbaciones en el sueño.

La investigación australiana correlaciona en esta subescala con cinco de siete: el 3 y 4 de síntomas somáticos, 14 y 20 de perturbaciones en el sueño y el 39 de ansiedad y disforia.

El factor denominado "ANSIEDAD" es el de todos el que mostró la correlación más pobre. Con el estudio de Goldberg y cols. (1976) no existe algún reactivo similar. Con la investigación -- de Goldberg y Hillier (1979) en la versión de seis factores son cuatro de siete los similares: 5, 6 y 8 de síntomas somáticos y el 55 de ansiedad y disforia. Son tres reactivos en la versión de cuatro factores los similares, 5 y 6 de síntomas somáticos y el 58 de depresión severa.

En comparación con la versión de seis factores de Medina-Mora y cols. (1984) son el 6 de síntomas somáticos y el 38 y 48 de ansiedad los reactivos similares. En la versión de cuatro -- factores son el 5 y 6 de síntomas somáticos. Con la población -- australiana el reactivo 55 fué el único que correlacionó.

En este orden de ideas la versión Medina-Mora y cols, --- (1984) de cuatro factores es la más semejante a la presente in--

investigación con 19 reactivos similares que representan el 67.85%. En orden decreciente están las versiones de 6 y 4 factores de -- Goldberg y Hillier (1979) con 17 reactivos (60.71%), la de Medina-Mora y cols.(1984) de seis factores con 16 reactivos (57%) la de Burvill y cols. (1984) de cinco factores con 15 reactivos (53.57%) y por último las versiones de Goldberg (1976) en poblaciones norteamericana de blancos y negros con 9 reactivos (32.14%) y 8 reactivos (28.57%) respectivamente.

5.3.3. CONSISTENCIA INTERNA E INDICE DE VALIDEZ DE LA VERSION -- BREVE DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.

Para probar la consistencia interna de la versión breve -- obtenida, se llevó a cabo una correlación entre las diversas subescalas que resultaron del análisis y la calificación global al --- cuestionario en su versión de 28 reactivos.

La subescala denominada "ideación suicida" obtuvo una -- $r = + 0.52$, siguiendo a ella en orden creciente, "síntomas somáticos" y perturbaciones en el sueño" con una $r = +0.67$, ansiedad --- $r = +0.70$ y depresión leve con la correlación más alta de $r = +0.72$.

Puede afirmarse que esta versión cuyos elementos han sido -- seleccionados por el análisis factorial y confirmados por este método de correlación (que ha sido alta y positiva) muestra la consistencia interna de la versión de 28 reactivos, puesto que cada subescala se diferencia en el mismo sentido que el cuestionario -- completo. Es obvio, que estas correlaciones constituyen esencialmente medidas de homogeneidad. Es, decir, este grado de homogeneidad desde el momento en que ayuda a caracterizar el aspecto de screening que el cuestionario mide, tiene alguna afinidad con su validez de elaboración.

CUADRO 18 CONSISTENCIA INTERNA DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD VERSION BREVE
28 REACTIVOS.

SUBESCALAS DE LA VERSION BREVE

CALIFICACION EN EL CUESTIONARIO	IDEACION SUICIDA		DEPRESION LEVE		ANSIEDAD		SINTOMAS SOMATICOS Y PER- TURBACIONES EN EL SUEÑO	
	X	σ	X	σ	X	σ	X	σ
NO CASO (n = 26) 0 a 5	0.19	0.490	0.26	0.450	0.34	0.620	0.11	0.430
CASO (n = 84) 6 ó más	1.32	1.620	2.67	1.900	2.51	1.330	2.67	1.660

t = 4.289*

t = 8.526*

t = 8.887*

t = 7.772*

g1 = 108

g1 = 108

g1 = 108

g1 = 108

r = 0.52

r = 0.72

r = .,70

r = 0.67

* Significativa al 0.05, 0.01 y al 0.001

Para probar su potencial de discriminación entre casos y no casos con el punto de corte que se consideró óptimo, se realizó un contraste de hipótesis (X) utilizando la prueba t de Student por tratarse de una muestra pequeña.

El cuadro 18 muestra que para la subescala "ideación suicida" la t es de 4.289 siendo significativa la diferencia al 0.05, 0.01 y al 0.001. Así sucesivamente depresión leve con $t=8.526$ (p 0.05, 0.01 y 0.001), ansiedad con $t=8.887$ (p 0.05, 0.01 y 0.001) y por último síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño con una $t=7.772$ (p 0.05, 0.01 y 0.001). Lo que quiere decir que si existen diferencias significativas en la manera de responder al cuestionario entre los sujetos considerados no casos y los casos.

INDICE DE VALIDEZ.

Todos los procedimientos para determinar la validez de un test se basan en las relaciones entre la actuación de dicho test y otros hechos observables independientemente, relativos al rasgo de conducta que se está considerando. En este caso se investigó la relación entre la puntuación global al cuestionario versión 28 reactivos y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.

El llevarse a cabo una correlación entre la calificación en la entrevista y el puntaje en las diversas subescalas, se obtuvieron en ideación suicida una $r= + 0.36$, depresión leve $r= +0.21$, ansiedad $r= + 0.29$, índices que pueden considerarse como satisfactorios tomando en cuenta las limitaciones que le son inherentes al cuestionario, tanto en su forma original como en esta versión breve (no es una medida de atributos duraderos, ni evalúa la probabilidad de recaer en el futuro).

CUADRO 19. INDICE DE VALIDEZ DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD VERSION BREVE DE 28 REACTIVOS.

SUBESCALAS DE LA VERSION BREVE

CALIFICACION EN LA ENTREVISTA	IDEACION SUICIDA		DEPRESION LEVE		ANSIEDAD		SINTOMAS SOMATICOS Y PERTURBACIONES EN EL SUENO	
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
NO CASO (n = 73)	0.72	1.200	1.89	1.920	1.710	1.230	1.32	1.410
CASO (n = 37)	1.70	1.850	2.54	1.990	2.81	1.58	2.40	2.020

t= 4.039*

t= 2.289*

t= 5.119*

t= 4.172*

gl= 108

gl= 108

gl= 108

gl= 108

r= 0.36

r= 0.21

r= 0.40

r= 0.29

* Significativa al 0.05

Al realizarse la prueba t de Student se observó (véase cuadro 19) que en todas las subescalas las diferencias entre los puntajes obtenidos en ellas y la consideración de tratarse de un caso o un no caso según la entrevista son significativas al $p < 0.05$.

Sin embargo, es tema de otra investigación el determinar las características de los sujetos que se consideraron como no-casos y casos en la entrevista a diferencia del cuestionario y ver que factores determinaron dicha diferencia.

CUADRO 20. PORCENTAJE DE SINTOMAS REPORTADOS POR LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ACUERDO A LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA.

	Mujeres Porcentaje	Hombres Porcentaje
<u>Síntomas Somáticos</u>		
Moderado	30.86	24.13
Intenso	7.40	6.89
Muy Intenso	<u>1.23</u>	<u>----</u>
	39.49 %	31.02 %
<u>Fatiga</u>		
Moderado	29.62	10.34
Intenso	2.46	3.44
Muy Intenso	<u>----</u>	<u>3.44</u>
	32.08 %	17.22 %
<u>Alteraciones en el Sueño</u>		
Moderado	27.16	17.24
Intenso	4.93	13.79
Muy Intenso	<u>----</u>	<u>3.44</u>
	32.09 %	34.47 %
<u>Hipnóticos</u>		
Moderado	2.46	3.44
Intenso	<u>----</u>	3.44
Muy Intenso	<u>----</u>	<u>----</u>
	2.46 %	6.88 %
<u>Irritabilidad</u>		
Moderado	49.38	27.58
Intenso	2.46	10.34
Muy Intenso	<u>1.23</u>	<u>3.44</u>
	53.07 %	41.36 %
<u>Disminución de la Concentración</u>		
Moderado	25.92	37.93
Intenso	14.81	<u>----</u>
Muy Intenso	<u>----</u>	<u>6.89</u>
	40.73 %	44.82 %

	Mujeres Porcentaje	Hombres Porcentaje
<u>Animo Depresivo</u>		
Moderado	43.20	31.03
Intenso	6.17	3.44
Muy Intenso	-----	-----
	49.37 %	34.47 %
<u>Ansiedad</u>		
Moderado	45.67	31.03
Intenso	6.17	6.89
Muy Intenso	-----	3.44
	51.84 %	41.36 %
<u>Fobias</u>		
Moderado	13.58	10.34
Intenso	1.23	-----
Muy Intenso	-----	-----
	14.81 %	10.34 %
<u>Obsesiones y Compulsiones</u>		
Moderado	3.70	-----
Intenso	-----	6.89
Muy Intenso	-----	-----
	3.70 %	6.89 %
<u>Despersonalización</u>		
Moderado	-----	6.89 %

n Mujeres = 81

n Hombres = 29

N = 110

CUADRO 21. PORCENTAJE DE ANORMALIDADES MANIFIESTAS OBSERVADAS EN LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA.

Anormalidades Manifiestas	Mujeres Porcentaje	Hombres Porcentaje
Lentitud y carencia de Espontaneidad	----	----
Suspica-z-Defensivo		
Moderado	8.64 %	20.68%
Histriónico		
Moderado	1.23 %	----
Deprimido		
Moderado	49.38	41.37
Intenso	1.23	6.89
Muy Intenso	----	----
	50.61 %	48.26 %
Ansioso, Agitado, Tenso		
Moderado	37.03	41.37
Intenso	----	3.44
Muy Intenso	----	----
		44.81 %
Exaltado, Eufórico		
Moderado	2.46 %	6.89 %
Aplanado Incongruente	----	----
Delirios, Trastornos del Pensamiento.		
Moderado	1.23 %	6.89 %
Alucinaciones		
Moderado	----	3.44 %
Alteraciones en el Intelecto		
Moderado	----	3.44 %
Excesiva Preocupación por las funciones corporales		
Moderado	19.73 %	10.34
Intenso	2.46	6.89
	23.21 %	17.43 %
Contenido Depresivo del Pensamiento		
Moderado	44.44	24.13
Intenso	2.46	6.89
	46.90 %	31.02 %

n Mujeres = 81

n Hombres = 29

N = 110

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 instancias de sus padres, recomendación escolar o en algunos casos, la corte. La mayoría de los adolescentes son inicialmente antagónicos y abierta o encubiertamente resistentes mostrando un elevado índice de ausentismo (Levin, S., 1982).

Esta problemática de alguna manera se exagera en el ambiente universitario. Se ha observado que cuando un(a) joven ingresa a un centro de educación superior, se enfrenta a una serie de demandas académicas, sociales y económicas que por su particular situación lo rebasan. Pensemos que el sistema académico es nuevo para él, tiene que enfrentarse con un grupo heterogeneo 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 y les hace sentir, que a ellos les corresponde su elección y son responsables de ella, podemos comprender el dilema al que -

se enfrentan y la necesidad del apoyo profesional que requiere -- si se desea su éxito personal y social (López, S., 1978; Friedman, J., 1978).

➤ Asimismo, 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 intenta tratar adolescentes universitarios deberá de tener siempre en mente que no presentan cuadros claros ó inequívocos de neurosis o psicosis -- adulta.

En esta población, por ejemplo, la ideación suicida es muy común aunque los signos de ella sean 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 señala (Friedman, J. 1978). Estos equivalentes somáticos pueden incluir fatiga, dolor, dispepsia , náusea, mal sabor de boca, constipación e irritabilidad. Los equivalentes emocionales son la fagomanía el aburrimiento, anergia, hipocondreasis, atención difusa y la búsqueda constante de placer y estimulación (radio, T.V., música y actividad sexual).

Pueden existir, asimismo, intentos suicidas y al mismo -- tiempo intentos de negarlo ó de manejar la ideación suicida, -- convirtiéndola ésta en una enfermedad psicossomática ó demostrarla en una fuerte rebeldía.

Como se mostró en el Capítulo V esta sintomatología descrita desafortunadamente se encuentra presente en nuestra población estudiada.

En el grupo de mujeres el 53.07% mostró síntomas de irritabilidad, de ansiedad el 51.84%, de ánimo depresivo el 49.37% de disminución en la concentración el 40.73%, fatiga el 39.49% y alteraciones en el sueño el 32.09% que variaron de moderados a muy intensos.

En el grupo de hombres los porcentajes fueron menores y distribuidos en diferente orden jerárquico: disminución en la concentración (44.82%), ansiedad e irritabilidad (41.36%) ánimo depresivo (34.77%), alteraciones en el sueño (34.47%) y síntomas somáticos (31.02%).

Estas "quejas" fueron confirmadas por lo que los psicólogos pudimos observar en el momento de la entrevista. Predominó en el sexo femenino el ánimo depresivo (50.61%) y el contenido depresivo del pensamiento (46.90%) aunados a la ansiedad moderada (37.03%) y a la excesiva preocupación por las funciones corporales, sintomatología que puede conceptualizarse como reacciones depresivas o cuadros psicósomáticos. En el sexo masculino la sintomatología sugiere cuadros ansioso depresivos y una cierta disminución en la somatización, pero estas manifestaciones patológicas son más severas que en las mujeres (deprimido 48.26%, ansioso 44.81%, contenido depresivo del pensamiento 31.02% y excesiva preocupación por las funciones corporales 17.43%).

Porcentajes obtenidos del total de sujetos de cada grupo.

Esta sintomatología juega un papel importante ó contribuye

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

Las muestras de alejamiento y de sentimiento de minusvalía pueden vincularse en algunos casos a la dificultad de algunos adolescentes para integrarse a un grupo que le ayude a autoafirmarse.

Al analizar las prevalencias globales de trastornos mentales obtenidas en esta investigación con la versión de 60 reactivos, -- encontramos que la prevalencia de 39.32% no difiere en gran medida de los resultados obtenidos utilizando los mismos procedimientos -- en otros países y en otras investigaciones. Marks y cols, (1979) obtuvo una prevalencia probable de 39.6%, Goldberg, D.P. (1976) -- obtuvo el 20%, el estudio realizado por Padilla, G. (1981) con población mexicana de consulta externa fué del 34%.

Con respecto a las variables demográficas en la población se encontró una proporción de casos ligeramente superior 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.

En relación con la variable escolaridad, 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 ó 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).

En lo que respecta 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%. Sin 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.

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

La conclusión primordial en este inciso es la necesidad de contar con instrumentos estandarizados y validados como el GHQ -- para la detección temprana de trastornos emocionales en población universitaria, dado que el período que comprende la vida en la -- universidad es un buen momento para la canalización oportuna de -- casos, la obtención de tratamiento adecuado y un pronóstico favorable (por la edad) para la superación del problema que se presente.

2.- Sobre la versión breve obtenida.

No debe pensarse que simplemente porque a los factores obtenidos les han sido dados ciertos nombres (ideación suicida, depresión leve, síntomas somáticos y perturbaciones en el sueño y ansiedad) el factor es lo que el nombre expresa (Goldberg, D.P., 1972).

Estos nombres han sido sugeridos tentativamente como medios meramente convenientes de conceptualizar estos grupos de reactivos en especial. Aún más, en cada uno de los análisis factoriales realizados con el GHQ que han sido publicados, incluyendo este estudio, existe un factor general subyacente a todos los reactivos que explica una gran parte de la varianza total.

Goldberg, D.P. (1972) consideró que matemáticamente este factor general representa casi la escala de respuesta ofrecida a cada pregunta y por lo tanto puede ser conceptualizada como la forma general en que el paciente percibe como su estado general-actual difiere de su estado usual.

Goldberg, D.P. (1972) provisionalmente llamó a este factor "severidad de enfermedad psiquiátrica". Este factor explica -- alrededor del 24.25% de la varianza de este estudio. Pero como el mismo autor señala, en lugar de este factor general parece -- deseable teóricamente el retener los otros factores identificados ya que parecen responder a grupos de síntomas clínicamente importantes.

Es de llamar la atención como existen subescalas (ej. idea ción suicida) que independientemente del lugar de estudio, tipo de población, tasas de prevalencia, etc., en el análisis factorial los reactivos que las conforman, son muy semejantes si no es que iguales.

Asimismo, podemos observar que los nombres dados a las diversas subescalas concuerdan con las frecuencias de sintomatología presente lo que puede indicar que esta versión es útil para este tipo de población, no obstante, dado que la varianza que --

explica es inferior sería conveniente ampliar el cuestionario -- con otro tipo de manifestaciones de tensión emocional (como pueden ser el acting-out (manifestando generalmente a través -- del pandillerismo, alcoholismo, drogas, delincuencia, promiscuidad) y la desinformación sobre orientación sexual y los problemas que acarrea (enfermedades, embarazos no deseados, abortos provocados, madres solteras con todas las implicaciones médicas, psicológicas, familiares y socioeconómicas que todos conocemos).

La versión de 28 reactivos resultó eficaz dado que logró -- con respecto a la versión original una correlación de $r = + 0.90$, -- sin embargo comparte las mismas limitaciones que la versión de -- 60 reactivos.

Sería importante realizar otra investigación con una población universitaria más amplia utilizando la versión breve obtenida y los mismos puntos de corte de tal manera que se confirmara -- su validez y confiabilidad.

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

Las pruebas que realizamos en esta investigación, exigen -- repetición y validaciones cruzadas en otros momentos antes de convertirse esta versión breve del GHQ de 28 reactivos en una adquisición estable para el acervo científico y ser susceptible de una segura e inequívoca interpretación teórica.

B I B L I O G R A F I A .

- 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 derechohabientes del Ejército Mexicano. Tesis Receptional. Escuela Médico Militar, México, 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, I: - - 1177-1180 (Citado en Sims y Salmons, opus cit., 1975).
- 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 psí-- quicos. 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. 1978. Prueba de confiabilidad de una entrevista psiquiátrica estructurada en una muestra de pacientes mexicanos. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. En proceso de publicación.

- 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.
- 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 Examina--- tión (PSE). Psychological Medicine. Nov: 517-523.
- Corser, CH. M., Alistair, E. Ph., 1978. Emotional Distur-- bance 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 valida tional 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: Handobook of Community Mental Health. Golamm & Eisdorfer - Appleton Century Crafts. Educational Division. Meredith - Corporation. p.p. 982.

- Donnelly, J., Rosenberg, 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 informants. Dis. Nerv. Syst. 31: 198-202.
- Endicott, J., Spitzer, R.L. 1972. What! another rating scale. The Psychiatric Evaluation form. J. Nerv. Ment. Dis. 154:88-104.
- Essen-Møller, 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.P., 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 la 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. Tavistock, 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 standarized 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. Oxfor 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. Objctive Diagnostic Tests and -- measures. University of Oregon and Oregon Research Institute, Eugene. Oregon. Copygriht.
- Gruenberg, E.M. 1954. Community conditions and psychoses of the ederly. Am. J. Of Psychiat. 110: 886-896. (Citado en - Goldberg, D.P. 1972. Opus Cit).
- Hautaloma, J., 1971. Syndromes antecedents and autcomes of- Psychosis: a cluster, analysis study. J. Consult. Clinic. Psychol. 37: 332-334.
- Helgason, T. 1964. Epidemiology of mental disorders in Ice- land. Acta Psychiatrica Scand. Supply. 173 (Citado en Gold berg, D.P., 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 la epidemiología. Mimeografa do 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 III 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.P. 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., Ramirez de Lara, F. 1975. Epidemiological - and clinical study of psychiatric diseases in a social secu - rity system Rev. Gac. Med. Med. 110 (5): 341-362.
- Langer, T.S. 1962. A 22 item screening score of a psychia - tric 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, S., 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 Psycho - pathology". 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 disor - ders in communities, in Epidemiology of Mental Disorders, Ed. Pasamanick B. Amer. Assoc. of the Advancement of Scien - ce Publication no. 60 New York. pp. 203. (citado en Gold -- berg 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. Mimeo - grafeado 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.P., 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 nonpsychosis factor analysis of a systems analysis J. - Abnorm. Psychol. 80: 1-10.
- Mausner, J.S., Bahn, A.K. 1977. Epidemiología. 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 version for a hospital's general practice service in México. Psychological Medicine. 13: 355-361.
- Miller, L.C. 1972. School behavior checklist: an inventory - of deviant behavior for elementary children. J. Consult. Clinic. Psychol. 38: 134-144.
- Miller, L.C., Barret, C.L., Hampe, E., Noble, H.L., 1972. --- Factor structure 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.
- 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 ins-- trument for differentiating program in prevention- primary - secondary- and terciary. 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. Psy- chiatric illness in general practice. London. (citado en -- Goldberg, D.P., 1972. opus. cit.).

- 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., Ernhart, 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.P., 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 inpatient 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.