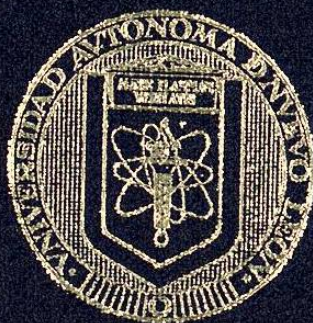


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO



PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES
EN POBLACION ATENDIDA POR PERSONAL
DE ENFERMERIA EN UNIDADES DE
PRIMER NIVEL DE ATENCION

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE:
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

P R E S E N T A :

LIC. EN ENF. JORGE NACHEZ MARTINEZ

NOVIEMBRE DE 1994

TM

26675

.N6

FEN

1994

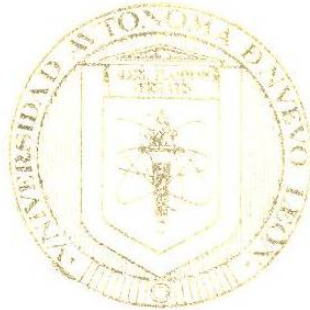
N3



1020074714

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POST-GRADO



PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES
EN POBLACION ATENDIDA POR PERSONAL
DE ENFERMERIA EN UNIDADES DE
PRIMER NIVEL DE ATENCION

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA



FORMA LIBRE

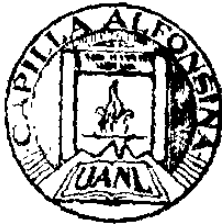
P R E S E N T A :

LIC. EN ENF. JORGE NACHEZ MARTINEZ

NOVIEMBRE DE 1994

C100-16460

TM
2672
N6
TEu
114
113



FONDO TESIS

166307

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACION
ATENDIDA POR PERSONAL DE ENFERMERIA EN
UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE:

MAESTRIA EN ENFERMERIA

CON ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

LIC. EN ENF. JORGE NACHEZ MARTINEZ

NOVIEMBRE DE 1994

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN POBLACION
ATENDIDA POR PERSONAL DE ENFERMERIA EN
UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

LIC. EN ENF. JORGE NACHEZ MARTINEZ

A S E S O R

LIC. VERONICA FLORES TREVIÑO

CO ASESOR

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

MONTERREY, N.L. A NOVIEMBRE DE 1994

Nota de Aprobación

Comisión de Tesis

DEDICATORIA

Con toda mi fe a Dios.

Con todo mi amor para Paty

Porque siempre estaré en deuda contigo, por tanto amor que me das, por tu comprensión, porque me has mirado a los ojos y has amado mis defectos.

Con todo mi ser a Fátima Selene y a Jorge III.

Porque son la bendición más grande que Dios me ha dado.

Con todo mi corazón a mis padres y mis hermanos, que han sido mis mejores maestros y gracias a los cuales me debo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por las bendiciones que me ha dado.

A la Lic. Verónica Flores Treviño, y Lic. Magdalena Alonso Castillo por su invaluable asesoría, comprensión, paciencia y motivación.

A la Lic. Mariana López de Laredo Directora de nuestra Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., así como al resto del personal directivo, por el apoyo y facilidades que en todo momento brindaron para la realización del presente estudio.

A mis maestros y compañeros de la especialidad.

A todos los maestros que tan gentilmente colaboraron en el presente estudio.

Al Lic. Raúl Martínez Maldonado por su continua motivación.

A la Lic. Santiago Esparza Almanza por su apoyo en la captura y procesamiento de la información.

Por Siempre, Gracias

R E S U M E N

El propósito del presente estudio fue identificar la prevalencia instantánea de trastornos psicóticos, depresión, ansiedad, epilepsia y alcoholismo en la población que es atendida por el personal de enfermería en tres unidades de primer nivel de atención ubicadas en los municipios de Apodaca y Guadalupe, Nuevo León.

El diseño del estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal (Canales, 1990), el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia; la unidad de estudio la constituyeron 112 usuarios atendidos por personal de enfermería en tres unidades seleccionadas.

Los individuos tenían de 15 años y más de edad los cuales aceptaron participar en el estudio. Se aplicó el instrumento de síntomas Self Reporting Questionarie (SRQ), recomendado por la Organización Mundial de la Salud en 1979 para detectar a pacientes con trastornos mentales que acuden a servicios primarios de salud.

Los resultados mostraron una prevalencia de trastornos mentales de 48 por ciento, de los cuales el 29 por ciento cursaban una combinación de trastornos mentales y un 13 por ciento ansiedad y depresión. El grupo más afectado fue el de 15 a 34 años de edad el cual presentó la más alta prevalencia del estudio.

Sólo se encontró significancia estadística entre servicios solicitados por usuarios y trastorno mental, con una p de .00 y una correlación positiva débil de .34. se considera que el cuestionario de síntomas (SRQ) puede ser utilizado como un instrumento de valoración por parte del personal de enfermería (no especialista) en unidades de primer nivel de atención. Así mismo se sugiere profundizar en estudios de prevalencia en población abierta asociado con estilos de vida, clase social y densidad de población.

I N D I C E

	Pág.
CAPITULO I. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Objetivos.....	9
1.3 Importancia del estudio.....	10
1.4 Limitaciones del estudio.....	12
1.5 Definición de términos	13
CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA	
2.1 Estudios epidemiológicos de trastornos mentales.....	15
2.2 Trastornos mentales estudiados.....	26
2.2.1 Trastornos psicóticos	26
2.2.2 Trastornos de ansiedad	27
2.2.3 Trastornos depresivos	28
2.2.4 Trastornos ocasionados por consumo de alcohol	30
2.2.5 Epilepsia	31
CAPITULO III. METODOLOGIA	
3.1. Diseño del estudio.....	32
3.2. Sujetos.....	32
3.3. Material.....	34
3.4. Procedimiento.....	36
3.5. Implicaciones éticas.....	37

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Descripción de los resultados39
4.2 Análisis de los resultados54

Capítulo V. DISCUSION 61

5.1 Conclusiones66
5.2 Recomendaciones68

REFERENCIAS70

Apéndices

Apéndice A Cuestionario de Síntomas (SRQ).....79
Apéndice B Instructivo del SRQ.....82
Apéndice C Programa de captura.....87

LISTA DE GRAFICAS

NUMERO		Página
1	Población estudiada según departamento de enfermería que atendió al usuario.	40
2	Distribución de la población según grupo de edad.	41
3	Distribución de la población según el sexo.	42
4	Número de veces que el usuario asistió a la unidad.	43
5	Subsecuencia en la atención para el actual motivo de consulta.	44
6	Diagnóstico previo de enfermedad mental en la población estudiada.	45
7	Nivel profesional del personal de enfermería que proporcionó la atención.	46
8	Población estudiada según municipio de procedencia.	47

9	Presencia de síntomas de trastorno de ansiedad.	48
10	Presencia de síntomas de trastorno de depresión.	49
11	Presencia de síntomas de trastorno psicótico.	50
12	Presencia de síntomas de epilepsia	51
13	Presencia de síntomas ocasionados por el consumo de alcohol	52
14	Presencia de trastornos mentales	53

LISTA DE CUADROS

1	Trastornos mentales identificados y edad	55
2	Presencia de trastornos mentales en relación con el sexo	56
3	Número de asistencias del usuario con trastornos mentales, a la unidad de atención	58
4	Servicio solicitado por los usuarios identificados con algún trastorno mental	59
5	Trastorno mental identificado y municipio de procedencia	60

CAPITULO I

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (1974), establece que el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de la enfermedad constituyen el concepto de salud, por lo que resulta por demás sencillo de asumir que el hombre está constituido por tres dimensiones: una biológica, una psicológica y una social, y que éstas, desde el enfoque de la teoría de sistemas cada una influye y es influida por las restantes, de éste modo los caracteres hereditarios, los factores ambientales y la elección de un determinado estilo de vida influyen en la salud integral de un individuo (Crawford, 1987).

Estos planteamientos matizan de gran realce los tiempos actuales que vive la sociedad mexicana ya que el ingreso a una economía globalizadora patentada con el reciente Tratado de Libre Comercio de Norteamérica y el abrir las fronteras comerciales según Chacón (1993), implica estar sujetos a las influencias del desarrollo y el anti-desarrollo, ya que de manera inevitable dicho comercio incluirá "la transferencia de ideales, valores, patrones de consumo y estilos de vida", que sin duda plantearán graves problemas de adaptación a los individuos, propiciando así condiciones desfavorables para la salud mental (Beaubrun, 1977).

En México a pesar de que no se conoce con certidumbre y precisión la magnitud de las enfermedades mentales, la Secretaría de Salud (1990) establece que el 10 por ciento de los individuos sufrirán de éstos trastornos en algún momento de su vida, y que debido a factores tales como el desempleo, la pobreza y la urbanización entre otros, tenderá a incrementarse la prevalencia de los trastornos mentales.

Atendiendo a ésta problemática el Programa Nacional de Salud en México en el período de 1990-1994, enuncia como estrategias de acción entre otras, el realizar y apoyar estudios de investigación científica básica, y estudios epidemiológicos, así mismo, pretende se incorpore ó se fortalezca el estudio de métodos y técnicas de investigación de problemas en salud mental a fin de conocer y analizar con fundamentos teóricos y metodológicos la prevalencia y los factores de riesgo presentes en la sociedad (Secretaría de Salud, 1990).

Al respecto el Programa Nacional de Salud en México (1990), señala como objetivo del sub-programa de salud mental el "Coadyuvar para que el individuo desarrolle su personalidad en forma apropiada y atienda con efectividad los desajustes emocionales que interfieran con su bienestar, productividad y vida familiar" (Secretaría de Salud, 1990), sin embargo, en contraste con éste planteamiento, las grandes instituciones prestadoras de servicios de salud presentan

serios problemas para atender satisfactoriamente las necesidades de salud mental demandadas por sus derechohabientes situación dada entre otros factores por la escasa existencia de recursos físicos, humanos y materiales a nivel terciario, la reducida oferta de éstos servicios a nivel secundario y el enfoque biologista en la atención brindada en las unidades de primer nivel (Ortíz, 1982).

Otro aspecto, relevantemente desfavorable es la distribución geográfica centralizada de las unidades que ofrecen servicios especializados de salud mental y psiquiatría, para lo cual en 1980 en el Distrito Federal y estados vecinos existía una cama psiquiátrica por cada 5,453 habitantes, mientras que en el área sureste del país se contaba con una cama por 20,876 habitantes y en otros estados como Zacatecas, San Luis Potosí y Aguascalientes se ofrecía solamente una cama por cada 55,315 habitantes, ésta situación se observa más desproporcional si se habla de unidades de primer nivel de atención ya que de un total de 37 unidades que en ése año ofrecían estructuradamente servicios de salud mental, 28 pertenecían a la región centro del país y de éstas 25 se encontraban en el Distrito Federal (Soberón, 1988).

Además de reconocer éstas situaciones es también necesario que los gobiernos consideren seriamente la conclusión que de manera unánime se aprobó por los

representantes de los Estados que participaron en la Cuadragésima Quinta Asamblea Mundial de Salud realizada en Mayo de 1992, en donde establecen que las estrategias mundiales de salud para todos, no se pueden aplicar eficazmente sin la participación del personal de enfermería, por lo que todos los países deberían de prestar atención urgente a su formación teórica y práctica y a su participación en la política asistencial (OMS, 1992), para que con la colaboración del profesional de la enfermería se pueda atender de manera realista las necesidades de salud de la población, en particular aquellas que se han mantenido al margen, como son las relacionadas con la esfera mental y social de los individuos.

Al respecto, en Nuevo León el profesional de la enfermería del área de salud mental y psiquiatría a partir de 1986 se incorpora en unidades que pertenecen a programas ambulatorios entre ellos el Programa de Segundo Nivel de Atención Ambulatoria de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Programa de Segundo Nivel de Atención a la Salud, 1986), sin embargo se requiere en los tiempos actuales, de manera apremiante, que todo el personal de enfermería y particularmente el de primer nivel de atención por la importancia que dicho nivel representa en el Sistema de Salud, incorpore cotidianamente actividades que favorezcan y desarrollen la salud mental de la población y que motive a

ésta a participar y a responsabilizarse de su propia salud (Nakajima, 1992), igualmente es trascendental que dicho trabajador de la salud esté alerta y coadyuve en la identificación, manejo adecuado y oportuno de los trastornos mentales (Calderón, 1984).

El presente trabajo se realizó en tres unidades de primer nivel de atención a la salud, Cruz Verde de Apodaca, Clínica Universitaria Pueblo Nuevo y Clínica Universitaria Vicente Guerrero en donde haciendo uso de un instrumento recomendado por la OMS se obtuvo la prevalencia instantánea de algunos trastornos mentales en la población que recibe servicios por parte del personal de enfermería.

Dichas unidades ofrecen servicios de salud de primer nivel de atención, a través de personal médico, personal profesional de enfermería, nutrición, químicos-clínicos-biólogos, maestros y alumnos de medicina, enfermería y nutrición. (UNI-UANL 1992).

Cabe señalar que en éstas unidades, de acuerdo a la estrategia del rol ampliado de enfermería, éstos proporcionan en forma dependiente, interdependiente e independiente, atención directa en los programas de salud dirigidos a la población Materno-Infantil, a la población geriátrica, y a aquellos que padecen enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, hipertensión arterial, tuberculosis y cáncer. (UNI-UANL, 1992)

1.1 Planteamiento del problema.

En las últimas décadas la situación de los servicios de salud en América Latina ha estado caracterizada por una inadecuada distribución de los recursos de salud así como una ineficiente utilización de éstos, por otra parte las estrategias de acción en el primer nivel de atención están principalmente enfocadas a los programas materno-infantiles, encontrándose ausentes ó escasamente desarrollados otro tipo de programas como los orientados a fomentar la salud mental, la participación de la comunidad y el autocuidado entre otros (Arango, 1992).

Paralelamente en éstos países, se han dado acentuados cambios en las estructuras demográficas de la población, determinándose esto entre otros factores, por el mejoramiento en los índices de salud que han repercutido en el aumento de la expectativa de vida, de tal manera que hoy en día en muchos lugares la mortalidad ha pasado a ser determinada más por los problemas crónicos del adulto que por las enfermedades infecciosas (Florenzano, 1992).

Los citados cambios poblacionales con las respectivas modificaciones en los patrones de morbi-mortalidad demandan de los profesionistas de la salud nuevos esquemas de análisis que permitan enfrentar de manera congruente la nueva realidad.

En relación a los patrones de morbilidad, en 1992 la OMS ya estimaba la existencia en el mundo de por lo menos 52 millones de personas cursando con trastornos mentales severos tales como depresión grave y esquizofrenia, 155 millones con trastornos de ansiedad, 100 millones con trastornos afectivos y 50 millones con epilepsia.

Las cifras citadas hacen referencia a aquellos trastornos mentales que son identificados y atendidos, aunque la realidad es que en todas partes la frecuencia de los casos no diagnosticados y no tratados parece ser mucho mayor (Holtzman, 1988), tal como se evidencía en un estudio realizado en el Reino Unido donde se concluye que en cada jornada de consulta médica, mínimo un paciente cursa por un estado depresivo leve o grave los cuales no son identificados en la mayoría de los casos (Es Paykel, 1993), evolucionando éstos en diferentes estadios y terminando quizás muchos de ellos en casos de suicidio, los cuales tan sólo en Europa representan cien mil muertes al año (Holtzman, 1988), al igual que mueren en el mundo 3.5 millones de personas como consecuencia del alcoholismo a través de lesiones causadas por actos de violencia accidentales o intencionadas (Nakajima, 1993).

Bajo éste marco, los cambios en los esquemas de comportamiento de los individuos resaltan por la presencia de patrones mal adaptativos de relaciones interpersonales, así

como en la incorporación de estilos de vida nocivos a la salud, los cuales están determinados en gran medida por el estado de salud mental de cada individuo, para lo cual es evidente la necesidad de que el personal de enfermería y en particular el especialista de salud mental y psiquiatría implemente programas específicos que coadyuven en el control y el mejoramiento de factores psico-sociales que repercuten en el proceso salud-enfermedad, en donde sin duda las actividades de salud mental deberían de constituir la parte medular de dichos programas.

Por tal motivo es necesario contar con sistemas de vigilancia epidemiológica que permitan definir las entidades psiquiátricas de mayor frecuencia en la población, identificar los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y sociales que se relacionan con cada trastorno y de ésta manera mejorar el conocimiento acerca de éste tipo de enfermedades (Armijo, 1976).

Al respecto, los modelos de vigilancia epidemiológica son sistemas que proveen de información para la acción, en donde existen diversas modalidades dependiendo de la extensión de los resultados ó del tiempo contemplado por el estudio, destacando en ésta última clasificación los estudios de prevalencia, los cuales describen la magnitud de un evento (enfermedad) en una población y en un tiempo determinado (Calero, 1989).

Así pues, desde éste contexto surge la pregunta:

¿Cual es la frecuencia y distribución de trastornos psicóticos, de ansiedad y depresión, alcoholismo y epilepsia en la población que recibe servicios de enfermería en las unidades de primer nivel de atención?

1.2 Objetivo General.

Identificar la prevalencia instantánea de trastornos psicóticos, depresión y ansiedad, epilepsia y alcoholismo, en la población que atiende el personal de enfermería en unidades de primer nivel de atención.

Objetivos Específicos.

- a).-Describir la distribución de los trastornos mentales según su condición sociodemográfica.
- b).-Describir la frecuencia de los trastornos mentales en relación con los servicios solicitados por los usuarios.
- c).-Relacionar la prevalencia instantánea de trastornos mentales con la frecuencia de uso de servicios de salud.

1.3 Importancia del Estudio.

En las últimas décadas la introducción del método epidemiológico en el campo de la salud mental ha permitido esclarecer algunas asociaciones causales que explican los trastornos mentales.

Los estudios de prevalencia son el primer paso de la metodología epidemiológica que permite estudiar la frecuencia y la distribución de signos, síntomas o cuadros nosológicos que identifican ciertos trastornos de la conducta en las personas, según sus características de edad, sexo, ocupación y aspectos de tipo social (Armijo, 1976).

Este tipo de estudios que cuantifican los trastornos en el área de la salud mental y psiquiatría permiten direccionar los esfuerzos que han de realizarse para atender dichos problemas por parte del personal de salud y en particular por el personal de enfermería especialista en salud mental y psiquiatría.

El cuestionario de síntomas recomendado por la OMS en 1979 es un instrumento que facilita medir la prevalencia de trastornos mentales de manera puntual y lápsica, y a partir de ello profundizar en asociaciones entre la frecuencia y distribución de enfermedades mentales con sus factores

causales. El instrumento apoya al especialista en lo referente al rol de proveedor de cuidados, ya que en forma simplificada detecta los pacientes que requieren de una atención de mayor complejidad y que requieren ser referidos a otros niveles de atención, ó bien que puedan ser tratados en unidades de primer nivel, así mismo constituye el primer paso de los sistemas de vigilancia epidemiológica ya que la información se puede obtener de manera sistemática, proporcionándonos elementos para actuar con mayor precisión y eficiencia, limitando así riesgos e incapacidades y evitando períodos prolongados de internamientos en los pacientes (Calero, 1989).

Por tal motivo el presente estudio representa una oportunidad para el especialista de enfermería en salud mental y psiquiatría, ya que puede construir una línea de investigación en el campo epidemiológico de ésta área, así como también desarrollar programas de adiestramiento dirigidos al personal de enfermería (no especialista) del primer nivel de atención para que utilice el cuestionario de síntomas (SRQ) como un instrumento de valoración y de vigilancia epidemiológica de los trastornos mentales que son identificados por el cuestionario.

1.4 Limitaciones del Estudio.

El estudio se llevó a cabo en población de 15 años de edad ó más, que solicitaron servicios de salud en las Clínicas Universitarias Cruz Verde de Apodaca, Pueblo Nuevo, y Vicente Guerrero, dicha población usuaria tiene entre sus características ser en su mayoría del sexo femenino, pertenecer a un estrato social y económico medio bajo y bajo, y que en su mayoría no cuentan con cobertura de servicios asistenciales.

Respecto a las unidades de salud que participaron en el estudio, éstas forman parte del programa de salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en donde se encuentra personal de enfermería de nivel profesional así como especialistas en salud mental y psiquiatría, para los cuales sus funciones y responsabilidades están ampliadas e incluye la prestación de servicios en el área de salud mental y psiquiatría, situación que no ocurre en el resto de las unidades de salud del estado de Nuevo León.

El instrumento fue aplicado en las primeras dos semanas de Junio de 1994 y en una sola entrevista, lo cual puede ocasionar variaciones en la prevalencia por cambios estacionales y de tiempo en que fue realizado el estudio.

Por lo anteriormente señalado, los resultados sólo pueden generalizarse a usuarios y comunidades con características similares a las mencionadas.

1.5 Definición de Términos.

a) Trastorno mental: Para propósitos del estudio se definirá como un conjunto de signos y/o síntomas que presenta un individuo por un período mayor de 30 días y que de acuerdo a la clasificación del DSM III-R, corresponda a los trastornos de psicosis, depresión, ansiedad, epilepsia y alcoholismo.

b) Caso: Todo usuario que sea identificado a través del cuestionario como resultado de obtener afirmativa(s) alguna(s) respuesta(s) en una o varias secciones del instrumento.

c) Usuario: Individuo que recibe los servicios que proporciona el personal de enfermería en las unidades en estudio.

d) Personal de enfermería: Licenciados en enfermería (titulados y pasantes) que proporcionan servicios de salud en las unidades en estudio.

e) **Servicios de enfermería:** Conjunto de acciones que el personal de enfermería realiza con el objeto de satisfacer alguna necesidad y/o problema de salud de los usuarios.

f) **Entrevista:** Técnica que implica la interacción del entrevistador y el entrevistado y en la que haciendo uso de los procesos de comunicación verbal y no verbal se pretende obtener información, a través de la aplicación del instrumento al usuario.

g) **Prevalencia:** es el indicador que muestra el número de personas de una población que sufren determinada enfermedad en un momento dado (Morton, 1985).

h) **Prevalencia instantánea:** De acuerdo a Mc. Mahon (1981), "es una medida de tipo censal; es la frecuencia de una enfermedad en un punto designado del tiempo".

i) **Epilepsia:** es una patología que no se incluye en la clasificación de los trastornos mentales (DSM-III-R) sin embargo se manejó en el presente estudio por ser una de las enfermedades que identifica el instrumento utilizado (SRQ).

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

2.1 Estudios epidemiológicos de prevalencia en trastornos mentales.

Calero (1989), cita que vigilancia epidemiológica según la OMS viene a ser el "conjunto sistemático y de centralización de una multitud de elementos de información útiles para su traducción en decisiones operativas de control y de erradicación".

El método epidemiológico concibe al proceso salud-enfermedad como una entidad ecológica que resulta de numerosas y complejas fuerzas que interactúan con la naturaleza (Armijo, 1976).

La epidemiología en el campo de la salud mental y psiquiatría puede ayudar eficazmente en dos tipos de investigación, una de ellas la que se enfoca en evaluar los servicios, su rendimiento, y la determinación de necesidades en éste campo de la salud y la otra es la relacionada con la investigación clínica en donde el énfasis está puesto en el estudio de aquellas características de los individuos relacionadas con las costumbres, medio social y físico que pueden favorecer determinados trastornos mentales (Armijo, 1976).

En los estudios de prevalencia se indaga la existencia simultánea de algunos factores ó atributos presentes en la enfermedad, tales como: edad, sexo, escolaridad, estrato social y económico y lugar de residencia entre otros, permitiendo de ésta manera perfilar el patrón de presentación de cada trastorno, en donde la magnitud de las diferencias observadas en dichos atributos permitirá hacer deducciones respecto a la importancia y grado de asociación de las variables relacionadas.

Dichos estudios epidemiológicos pueden ser realizados a nivel poblacional, con muestras, ó bien en departamentos y servicios de hospitales y centros de salud, pudiendo ser dichos estudios de manera instantánea (Puntual) en un corto tiempo ó estudiarse por períodos más prolongados que pueden ser en meses y años (Lápsica). Los criterios para establecer éstos dos tipos de estudios de prevalencia dependen de las necesidades de los investigadores (Guerrero, 1978).

Los estudios de prevalencia pueden mostrar diferentes grados de asociación a partir de los cuales se puede profundizar en el conocimiento de factores de riesgo directos e indirectos que intervienen con la presencia de las enfermedades mentales:

Los primeros estudios de prevalencia en el área de salud mental realizados a principios de siglo por Maury Deas citado

por Armijo (1976), fueron únicamente enfocados al conocimiento de las tasas de admisión hospitalaria de pacientes con trastornos mentales que vivían en áreas urbanas y rurales, y no fue sino hasta principios de 1950 que se introdujo el método epidemiológico en éste campo para esclarecer algunos hechos importantes relacionados con estudios de enfermedades mentales y condiciones del ambiente (Armijo, 1976).

Marsella (1991), señala que la incidencia de los problemas mentales es mayor en poblaciones que carecen de cohesión socio-culturales tales como pautas funcionales de comunicación así como también en aquellas en donde las relaciones interpersonales son conflictivas y fragmentarias, circunstancias que se dan con mayor frecuencia en comunidades pobres en las que los miembros han inmigrado procedentes de distintos contextos culturales.

Bastide (1983), menciona algunos factores que marcan diferencias entre las áreas urbanas y rurales con respecto a la prevalencia de trastornos mentales, tales como las relaciones íntimas, personalizadas y afectivas que se dan en el campo, contra las impersonales y casi puramente contractuales que se dan en las grandes ciudades. De igual manera en las mismas ciudades se presentan diferentes tipos de trastornos mentales según el estrato social de la

población, dándose por ejemplo con mayor frecuencia las enfermedades sicosomáticas en el nivel medio, las enfermedades traumáticas en el nivel inferior y las psiconeurosis en la clase superior (Bastide, 1983).

Timio (1988), describe que existen ocupaciones y/o profesiones que son capaces de favorecer y desencadenar la presencia de ciertas enfermedades mentales, dada tal situación por los ritmos de vida, así como por los tiempos y controles que dichas ocupaciones imponen.

Al respecto, Jardel (1993), destaca la íntima relación entre el nivel de salud y el grado de desarrollo de una sociedad, así mismo, Guerra (1988), señala que ambas entidades (salud y desarrollo) son de tal manera inseparables que una es causa y efecto de la otra. En éste sentido, el progreso permite a las sociedades mejorar su medio ambiente y con esto sus condiciones de higiene y en consecuencia de salud, sin embargo Creese (1992), considera que dicho progreso puede también hacer susceptible de alteraciones a la salud a la población ya que los avances que en materia de higiene y mejoramiento del ambiente se tienen, se ven atenuados con la aparición de estilos de vida no saludables como el escaso o nulo ejercicio, desórdenes en los hábitos alimenticios, stress y alcoholismo, entre otros. En algunos casos, el desarrollo no está directamente vinculado con la frecuencia de aparición de algunas enfermedades pero sí con el curso que

ésta toma una vez que se presenta, como sucede en el caso de la esquizofrenia que presenta similares cifras de incidencia tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (Sartorius, 1988).

En la actualidad las poblaciones de todos los países, sin importar su ubicación geográfica, nivel de desarrollo e incluso sus culturas, padecen en mayor ó menor medida de diversos tipos de enfermedades mentales, así mismo se calcula que hay unos 400 millones de personas en el mundo con algún tipo de discapacidad y que no menos de dos de cada cinco de éstos deben dicha discapacidad a los trastornos mentales o a las secuelas del alcoholismo y la drogadicción (Holtzman, 1988) y según Sartorius (1988), esto se constituye en una fuente de sufrimiento, disminución de la productividad y la sobrecarga de una vida miserable para un gran número de personas entre enfermos y sus familiares.

Gaviria (1991), describe para Estados Unidos una prevalencia de trastornos depresivos que oscila entre el 20 y 26 por ciento presentándose con mayor frecuencia en la población que se encuentra entre los 20 y 30 años de edad, los trastornos de ansiedad según Sharma (1991), alcanzan una tasa de prevalencia del 10 al 25 por ciento, así mismo se calcula que existen en ése país 100 millones de personas que beben alcohol y se estima que de éstos, 20 millones son

alcohólicos, calculándose también que los hombres tienen problemas graves originados por el consumo de alcohol en una proporción de tres a cuatro veces más que las mujeres, por lo que los trastornos ocasionados por el consumo del alcohol se consideran el tercer problema más importante de salud, luego de las enfermedades cardíacas y el cáncer. Se determina también que en dicho país (Estados Unidos), el alcohol está involucrado en el 25 a 30 por ciento de todos los suicidios, en el 50 a 70 por ciento de todos los homicidios y figura en primer plano en las muertes accidentales y la violencia doméstica (Janicak, 1991).

En lo referente a la epilepsia, en Estados Unidos se tiene una prevalencia de 0.5 a 1 por ciento (Giolas, 1991), mientras que en Colombia según Zuloaga (1983), la prevalencia alcanza un índice de 2.1 por ciento teniendo una mayor frecuencia en la población de 15 a 24 años.

Así mismo, en 1989 Levav estimó que para el año 2000 tan sólo en América Latina y el Caribe habrá no menos de 88.3 millones de personas con trastornos mentales de tipo afectivos, psicóticos, de ansiedad y aquellos ocasionados por el abuso de alcohol y drogas, siendo los trastornos que incluyen deterioros cognoscitivos los que tendrán un aumento más notable entre las alteraciones psiquiátricas. El aumento de las enfermedades mentales vendrá a ser entonces

del 48.1 por ciento, en tanto que la tasa de crecimiento de población será del 44.1 por ciento, dando con esto una aproximación de que entre 1985 y el año 2000 habrá en América Latina 28.7 millones de casos nuevos, cifra equivalente a la población de América Central en 1985 (Levav, 1989).

Rodríguez (1986), refiere que en México las causas de morbi-mortalidad cada vez más se asemejan a las reportadas en países desarrollados incrementándose así los padecimientos no infecciosos como son los trastornos cardio-vasculares, el cáncer, las enfermedades mentales, y los accidentes entre otros. Incluso para 1981 los accidentes, envenenamientos y violencias ya habían desplazado del primer lugar en las causas de mortalidad en México, a la influenza y la neumonía y en segundo sitio se ubicaban ya las enfermedades del corazón, sustituyendo a las enfermedades diarreicas (González y cols., 1986).

De ésta manera se observa que los problemas mentales que se presentan en México no son diferentes a los de otros países, teniéndose así un índice de prevalencia del 15 al 18 por ciento en trastornos depresivos, así como de un 0.9 a 2.1 por ciento la prevalencia de epilepsia (Ortiz, 1982). En cuanto al alcoholismo en México al igual que en Estados Unidos, se muestra una correlación positiva entre el consumo de alcohol y los accidentes, traumatismos y hechos de

violencia, teniéndose así que en 1981 en México, el alcohol fue la causa directa del 23 por ciento de los delitos del fuero común y federal (Soberón, 1988).

En el estado de Nuevo León el departamento de Seguridad Pública del Estado refiere que existen por este organismo, un promedio mensual de 5000 detenciones de las cuales el 90 por ciento de los detenidos se encuentran con algún grado de intoxicación, 80 por ciento de ellos por el uso de alcohol y un 10 por ciento con solventes químicos y otros tipos de drogas (Seguridad Pública Del Estado, 1992).

El departamento de tránsito del municipio de Apodaca, establece que durante el año de 1993 hubo 10,531 accidentes automovilísticos, de los cuales el 13.2 por ciento de los conductores se encontraban con aliento alcohólico y el 7.4 por ciento de éstos se encontraban en completo estado de ebriedad (Secretaría de Tránsito De Apodaca, 1993).

El departamento de salud mental de la Sub-Secretaría Estatal de Salud en Nuevo León (1992), refiere que no es posible hablar de manera confiable de tasas de incidencia y prevalencia de trastornos mentales, ya que la información de los servicios otorgados a la comunidad es parcial debido a que se encuentra en proceso de implementación un sistema de recopilación de información global a todos los niveles del

sistema de salud en Nuevo León, sin embargo con los datos existentes es posible enlistar los diagnósticos de primera vez en adultos que con mayor frecuencia son reportados en el estado de Nuevo León por las unidades de ésta Sub-Secretaría, siendo éstos en primer término los trastornos de ansiedad, los trastornos de somatización (psicosomáticos) en segundo sitio y los trastornos afectivos (entre ellos las depresiones) ocupan el tercer lugar.

De acuerdo a la información del hospital psiquiátrico, de la citada Sub-secretaría Estatal de Salud, en 1992 hubo un total de 389 ingresos en los cuales las principales causas de internamiento fueron: personalidad desorganizada, heteroagresividad intento de suicidio y control farmacológico, teniéndose un promedio de estancia por paciente de 45 días y un 40 por ciento de recaídas en dichos pacientes.

Por otra parte, durante el período comprendido de Enero a Diciembre de 1991, la especialidad médica de salud mental del Programa de Segundo Nivel de Atención de la UANL, reporta haber atendido un total de 7,930 pacientes de los cuales el 63 por ciento son del sexo femenino y solamente el 36 por ciento son del sexo masculino. Así mismo de ésta población atendida, entre los diagnósticos registrados con mayor frecuencia se encuentran en segundo lugar los trastornos

depresivos con un 9 por ciento (del total de la población atendida), en cuarto lugar los trastornos de ansiedad con un 5 por ciento y en octavo sitio la esquizofrenia de tipo paranoide con un 3 por ciento. (PSNA de la UANL, 1991).

En contraste con lo anterior, durante el mismo período (Enero-Diciembre de 1991), de acuerdo a lo reportado en las unidades del programa de medicina de primer nivel de atención, tan sólo en el uno por ciento del total de la población atendida, se identificó que el motivo de consulta estuvo relacionado con problemas emocionales manifestándose como cefaleas tensionales en un 0.4 por ciento, así mismo otros motivos de consulta estuvieron dados por estados de ansiedad representando un 0.1 por ciento, trastornos psicóticos no especificados .005 por ciento, trastornos afectivos .004 por ciento, y alcoholismo en un .02 por ciento, concentrándose la mayoría de éstos diagnósticos en el grupo de población de 15 a 44 años y con una frecuencia mayor en el sexo femenino.

Garza y Lealislal en 1991 a través de un estudio comparativo entre una muestra de mujeres México-americanas (San Antonio, Texas) y otra de mexicanas (Guadalupe, Nuevo León) en torno a problemas de depresión y ansiedad, encontraron la presencia de trastornos de ansiedad sin que hubiera una diferencia significativa entre ambas poblaciones,

en tanto que los trastornos depresivos estuvieron presentes en un 24.3 por ciento de mujeres México-americanas y en un 12 por ciento en las mexicanas.

Así mismo, según un estudio realizado en la localidad de Fomerrey 19 en Ciudad Guadalupe N.L. (1989), se encontró que el 44 por ciento de las familias estudiadas cuentan con uno o varios integrantes con problemas de alcoholismo, y el 48 por ciento de las familias con alcohólicos fueron clasificadas como disfuncionales de acuerdo al Apgar Familiar (Torres y Osoria, 1989).

En 1991, Avalos realizó un estudio en tres unidades de primer nivel de atención a la salud ubicados en las ciudades de Guadalupe y Apodaca Nuevo León en donde se probó la utilización del cuestionario general de síntomas (SRQ) como instrumento para identificar algunos trastornos en la población que acude a éstas unidades de salud. Entre los hallazgos se encontró que del total de los usuarios que acuden a la consulta médica el 35.3 por ciento padecen algún trastorno mental, correspondiendo el 9.5 por ciento a trastornos de ansiedad y depresión, el 2.6 por ciento epilepsia, 19.8 por ciento trastornos psicóticos y el 3.4 por ciento al alcoholismo.

2.2 Enfermedades mentales estudiadas.

A continuación las generalidades de los trastornos que son identificados por el instrumento (SRQ), se citan de acuerdo a lo establecido por el Manual Diagnóstico y Estadístico tercera edición revisada (DSM-III-R).

2.2.1 Trastornos Psicóticos.

En relación a los trastornos psicóticos se enuncia lo especificado en esquizofrenia en la cual están presentes los síntomas psicóticos característicos como son la presencia de ideas delirantes, alucinaciones y alteraciones en el contacto con la realidad siendo los siguientes criterios los principales para el diagnóstico de la esquizofrenia:

A. Fase activa con la existencia de síntomas psicóticos :
o bien la presencia de 1), 2) o 3) durante una semana como mínimo.

1).- Dos de los siguientes síntomas:

a).- Ideas delirantes.

b).- Alucinaciones.

c).- Alteración en la capacidad disociativa evidenciada por incoherencias.

d).- Conducta catatónica.

e).- Alteraciones en la afectividad estando ésta embotada ó inapropiada.

2).- Ideas delirantes extrañas.

3).- Alucinaciones predominantes de voces que enjuician los

pensamientos o acciones del sujeto, o voces que conversan entre sí.

- 4.- Durante la alteración se encuentra una notable disminución en la capacidad de relaciones sociales y ocupacionales en relación con el estado premórbido.
- 5.- Haber descartado trastornos esquizoafectivos así como el del estado de ánimo con síntomas psicóticos (DSM-III-R, 1988).

2.2.2 Trastornos de Ansiedad.

Con respecto a los trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son los originados por la presencia de ansiedad así como también conductas de evitación y los principales criterios para su diagnóstico son:

A. Presencia de una o más crisis de angustia durante la alteración siendo éstas inesperadas y que no fueron desencadenadas por situaciones en las cuales el paciente haya sido el foco de atención de los demás.

B. Presentar mínimo cuatro crisis (tal como se cita en el criterio A) durante un mes, ó bien una o más crisis seguidas de miedo persistente o presentar otro ataque por lo menos durante un mes.

C. Presentar en alguna de las crisis por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

- 1).- Disnea o sensaciones de ahogo.

- 2).- Sensación de inestabilidad, pérdida de la conciencia o mareo.
- 3).- Taquicardia o palpitaciones.
- 4).- Temblor o sacudidas.
- 5).- Diaforesis.
- 6).- Sofocación.
- 7).- Náuseas y molestias abdominales.
- 8).- Despersonalización o desrealización.
- 9).- Parestasias (adormecimiento o sensaciones de cosquilleo).
- 10).- Escalofríos.
- 11).- Dolor o molestias precordiales.
- 12).- Temor a morir.
- 13).- Temor a volverse loco ó a perder el control.

D. En algunas de las crisis, mínimo cuatro de los síntomas "C" han aparecido súbitamente y se incrementa la intensidad de éstos en los siguientes diez minutos (DSM-III-R, 1988).

2.2.3 Trastornos Depresivos.

En relación a los trastornos depresivos el DSM-III-R los enuncia como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por ánimo deprimido y pérdida de interés ó placer en todas o casi todas las actividades contando con la presencia de síntomas que evidencian un cambio en la forma previa de actuar, los cuales son persistentes apareciendo diariamente

la mayor parte del día durante dos semanas por lo menos y los principales criterios de diagnóstico son los siguientes:

A. Presentar cambios de conducta caracterizado por un estado de ánimo deprimido ó pérdida de interés ó de capacidad para el placer, y mantener durante mínimo dos semanas por los menos cinco de los siguientes síntomas:

- 1).- Estado de ánimo deprimido indicado por la observación de los demás, el cual está presente la mayor parte del día y casi de diario.
 - 2).- Acentuada disminución del interés ó el placer en todas o casi todas las actividades habituales siendo esto casi diariamente.
 - 3).- Marcado aumento o pérdida de peso sin estar bajo algún régimen dietético en particular.
 - 4).- Insomnio o hipersomnia casi diario.
 - 5).- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 6).- Fatiga.
 - 7).- Sentimientos persistentes, excesivos o inadecuados de inutilidad.
 - 8).- Disminución en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
 - 9).- Ideas persistentes de muerte o suicidio.
- B. 1).- La alteración no fue ocasionada ni mantenida por una causa orgánica.

2).- La alteración no fue desencadenada como una reacción normal a la muerte de un ser querido.

C. Independiente del contexto de la alteración del estado de ánimo, no han existido ideas delirantes o alucinaciones que persistan por más de dos semanas (DSM-III-R, 1988).

2.2.4 Trastornos Mentales Provocados por la Ingesta del Alcohol.

Estos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas relacionados a cambios conductuales de tipo desadaptativos los cuales pueden incluir agresividad, deterioro en la capacidad de juicio y la atención, irritabilidad, depresión, euforia, alteraciones emocionales, deterioro en las actividades sociales y laborales, lenguaje incorrecto, inestabilidad en la marcha, rubor facial, incoordinaciones motrices, del lenguaje y del pensamiento, y para lo cual los criterios para el diagnóstico de la intoxicación alcohólica son los siguientes.

- A. Hábitos de ingesta de alcohol.
- B. Cambios en el comportamiento caracterizados por ser desadaptativos.
- C. Por lo menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1).- Lenguaje farfullante.
 - 2).- Incoordinación.
 - 3).- Inestabilidad en la marcha.
 - 4).- Nistagmus.

5).- Rubor facial.

D. Todo esto que no haya sido ocasionado por algún otro trastorno mental o físico (DSM-III-R, 1988).

2.2.5 Epilepsia.

Este es un trastorno en el cual el cerebro produce una disfunción paroxística e intermitente manifestada como descargas eléctricas sincrónicas de alto voltaje ocasionando con esto la presencia de signos los cuales constituyen los principales criterios de diagnóstico de éste trastorno los cuales son: la presencia de convulsiones, fenómenos motores y de la conducta (Goldman, 1989).

CAPITULO III

METODOLOGIA.

3.1 Diseño.

En base al objetivo del estudio éste fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal (Canales, 1990).

3.2 Sujetos.

La unidad de estudio fueron todos aquellos usuarios que acudieron a las unidades de salud: Cruz Verde de Apodaca, Vicente Guerrero y Pueblo Nuevo y que recibieron servicios de salud de cualquier índole por parte del personal de enfermería durante las primeras dos semanas de Junio de 1994.

Criterios de inclusión:

- a).- Usuarios que solicitaron algún tipo de servicio y que fueron atendidos por el personal de enfermería en las unidades de estudio.
- b).- Tener una edad de 15 años o más.
- c).- Aceptación voluntaria para ser entrevistados y contestar el cuestionario.

Criterios de exclusión:

- a).- Usuarios menores de 15 años de edad.
- b).- Usuarios que no acepten ser entrevistados.
- c).- Usuarios que acuden a la unidad de salud y que de

manera evidente presenten datos de deficiencias cognoscitivas que impidan realizar en forma adecuada la aplicación del instrumento.

- d).- Usuarios que acudan a la unidad y que de manera evidente reflejan estar bajo los efectos de alcohol y/o drogas.

El tipo de muestreo que se utilizó fue accidental o por conveniencia el cual se clasifica dentro de los denominados no probabilísticos (Polit, 1990).

La fórmula para obtener la muestra fue:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (z)^2}{(N-1) (E.E.)^2 + p \cdot q \cdot z^2}$$

p = Probabilidad del evento (trastornos mentales) (0.6).

q = Probabilidad de que no tenga trastornos mentales (0.4).

z = Nivel de confianza 95 por ciento (1.96).

(E.E.) = Error estimado 5 por ciento (0.05)

N = Tamaño de la población (161).

Muestra = 112

3.3 Material.

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario de síntomas (SRQ) el cual cita Avalos (1991), tiene sus bases en el cuestionario general de salud de Goldberg y Blackwell (1977), así como también en el autoreporte de síntomas de Climent y Plut (1980), en el cuestionario de salud PGIN2 de Verma y Wig (1977), y en el examen del estado actual de Wig (1974).

Dicho instrumento fue utilizado por la Organización Mundial de la Salud con el objeto de realizar un estudio en cuatro países en vías de desarrollo (Haryana, India; Khartoum, Sudán; Manila, Filipinas; y Cali, Colombia), respecto al número y tipo de trastornos mentales que tienen los pacientes que acuden a los servicios primarios de salud.

En 1990 la Lic. Avalos aplicó el Cuestionario de Síntomas (SRQ) en unidades de primer nivel de atención que atienden comunidades urbanas y marginadas ubicadas en las Ciudades de Apodaca y Guadalupe en el Estado de Nuevo León, y recomienda que el instrumento puede ser utilizado por el personal de enfermería para identificar pacientes con trastornos psicóticos, de ansiedad, depresión, epilepsia y alcoholismo.

Así pues, en el presente estudio se hizo uso del citado instrumento (SRQ), en él, cada pregunta se acompaña de un

dibujo que hace referencia al síntoma que se cuestiona con el objeto de dar mayor ilustración al entrevistado. (Apéndice A)

Las preguntas número dos, tres, nueve al diez y ocho, y veinte corresponden a aquellos síntomas que implican un trastorno de tipo depresivo y contestar afirmativamente seis ó más de éstas preguntas se considera "caso"; las preguntas uno, tres al ocho, diez y nueve, y veinte se refieren a trastornos de ansiedad y cinco respuestas afirmativas determinan un "caso"; de la pregunta número 21 a la 24 corresponden a síntomas de mayor gravedad y cuando se contesta afirmativamente cualquiera de ellas indican la probable existencia de un trastorno psicótico, la pregunta número 25 indaga la existencia de un trastorno convulsivo (epilepsia) y las preguntas de la 26 a la 30 hacen referencia al alcoholismo, requiriéndose una sola respuesta afirmativa a cualquiera de éstas preguntas para considerarse "caso".

El instrumento se acompaña de un instructivo de aplicación el cual detalla como se debe de iniciar la entrevista, el orden y la manera en que deben de plantearse cada una de las preguntas, que acción realizar cuando las respuestas obtenidas son vagas o imprecisas, la construcción y mantenimiento de un ambiente adecuado durante la entrevista, así como el cierre y la despedida de ésta (Apéndice B).

3.4 Procedimiento.

El estudio se realizó en toda la población de 15 años de edad o más que acudió a partir del 30 de Mayo de 1994 hasta que fue completado el tamaño de la muestra y que fueron atendidos por el personal de enfermería en la citadas unidades de salud.

Una vez que se decidió el tipo de muestreo a utilizar y haberse calculado el tamaño de la muestra se aplicó una prueba piloto con el objeto de obtener información respecto al tiempo de duración de la entrevista para aplicar el instrumento, así como para recibir la información necesaria que permitiera realizar los ajustes requeridos ya sea al instrumento como al tamaño de la muestra, de ésta manera se incorporaron a la encuesta algunos reactivos que indagaron aspectos relacionados con el tipo y número de servicios solicitados, el nivel académico del personal de enfermería que proporcionó el servicio, el área de residencia del usuario, así como sus antecedentes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales.

Así pues, de acuerdo al método señalado, se seleccionaron los individuos, que cumplieran con los criterios de inclusión, se solicitó su voluntaria participación para contestar el cuestionario y se les explicó las generalidades de la entrevista.

Cuando el paciente aceptó ser entrevistado, en un consultorio previamente designado se inició con el llenado del cuestionario, se inició con la ficha de identificación del instrumento, a continuación se indagó cada uno de los reactivos reforzando la pregunta con la ilustración que se refiere al síntoma a investigar y se hizo énfasis en que el paciente reflexionara si dichos síntomas se habían presentado en los últimos treinta días.

Finalmente, una vez concluida la entrevista se agradeció al usuario su colaboración dando con esto por terminada la entrevista.

Los cuestionarios fueron revisados diariamente, la información fue procesada a través de un sistema de computo para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Sciences Socials), en donde se desarrolló el programa de captura (Apéndice C), se capturaron los datos y se generaron reportes descriptivos tales como frecuencias y proporciones, para establecer correlación de variables demográficas con los trastornos mentales en estudio se utilizó la V de Cramer y para determinar valores de significancia se utilizó la Xi cuadrada.

3.5 Implicaciones Éticas.

Se solicitó la participación voluntaria de personal de enfermería que deseara colaborar en la aplicación del instrumento (previo adiestramiento).

La autorización de los usuarios que permitieron se les entrevistara fue por decisión propia, sin que éste haya estado bajo acciones coercitivas y tuvieron una previa explicación con respecto a cómo se llevaría a cabo el proceso de la entrevista y haciéndole saber que su participación no implicaría riesgo o daño de ninguna índole, y que los datos obtenidos serían utilizados confidencialmente para uso único de los objetivos del estudio, salvaguardando así en todo momento la dignidad, el bienestar y el respeto de los derechos del usuario, observando de ésta manera lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría De Salud, 1987).

Los usuarios que a través de la aplicación del instrumento se identificaban como casos positivos o sospechosos de padecer algún trastorno fueron registrados para realizar visitas de seguimiento y ofrecer atención de salud e incluso de acuerdo al juicio del entrevistador en algunos casos la atención fue ofrecida el mismo día al término de la entrevista.

CAPITULO IV

RESULTADOS

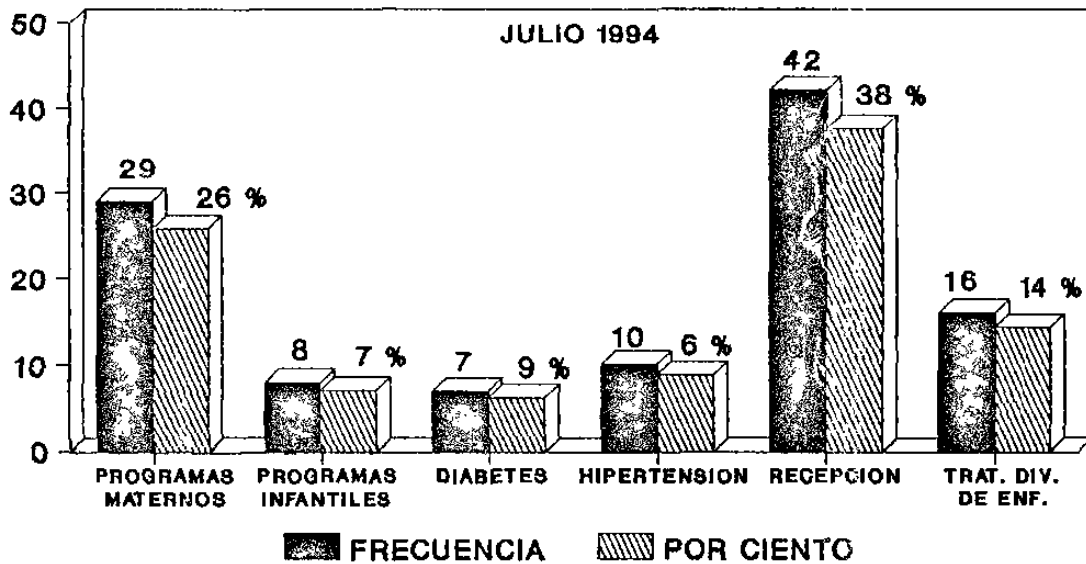
Se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos trazados en el estudio. En primer término se describen las características sociodemográficas de la población estudiada así como la prevalencia de los trastornos mentales identificados.

Enseguida se correlacionan los datos a través del uso de pruebas estadísticas como la chi cuadrada, la V de Cramer y la covariancia.

4.1 Descripción de resultados.

Se presentan a continuación 16 figuras que describen las frecuencias de aspectos sociodemográficos y de enfermedades mentales que presentaron los usuarios atendidos por el personal de enfermería en las unidades de primer nivel de atención a la salud Cruz Verde de Apodaca, Pueblo Nuevo y Vicente Guerrero.

FIGURA 1
POBLACION ESTUDIADA SEGUN DEPARTAMENTO DE
ENFERMERIA QUE ATENDIO AL USUARIO EN
UNIDADES DE PRIMER NIVEL EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

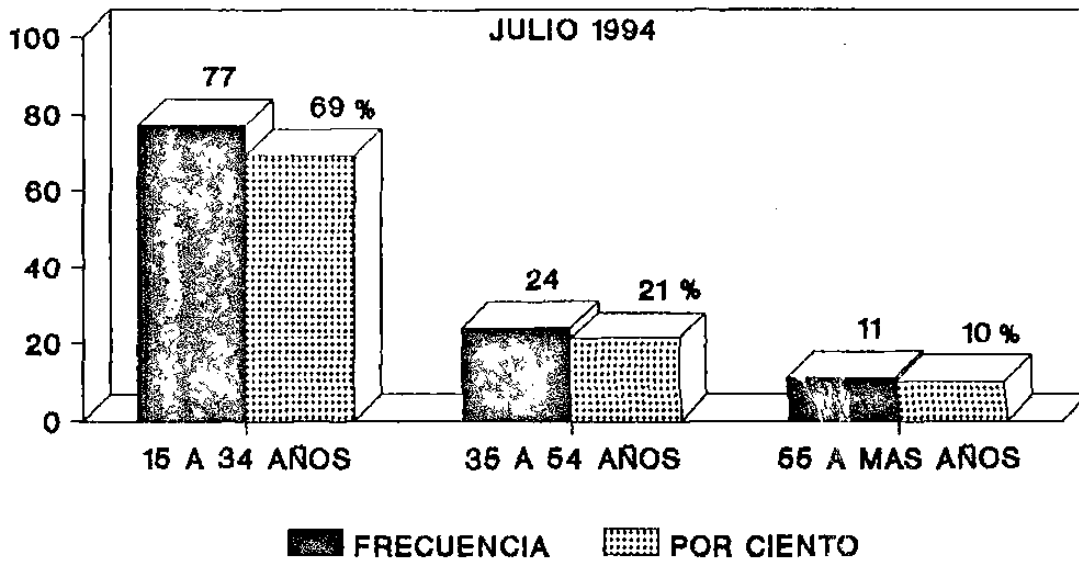


DIV.- DIVERSOS
 TRAT.- TRATAMIENTOS ENF- ENFERMERIA
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N-112

La figura muestra que el 38 por ciento del total de la población estudiada, fué atendida en el departamento de recepción, filtro y orientación; el 26 por ciento en el servicio de programas maternos y el 14 por ciento recibió tratamientos diversos de enfermería.

FIGURA 2
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN GRUPO
DE EDAD EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE
ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.



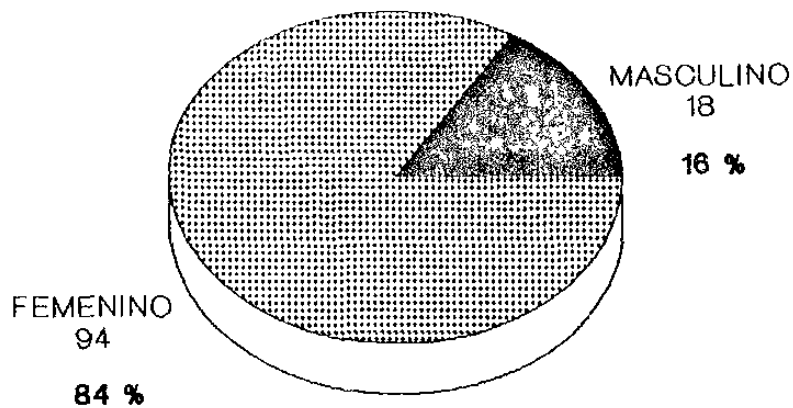
N= 112

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la edad de los usuarios se observó que el 69 por ciento del universo estudiado contaba con una edad entre 15 y 34 años, con el 21 por ciento se encuentra el grupo de 35 a 54 años, y el 10 por ciento en el de 55 a más.

FIGURA 3
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL SEXO
EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION A
LA SALUD EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994

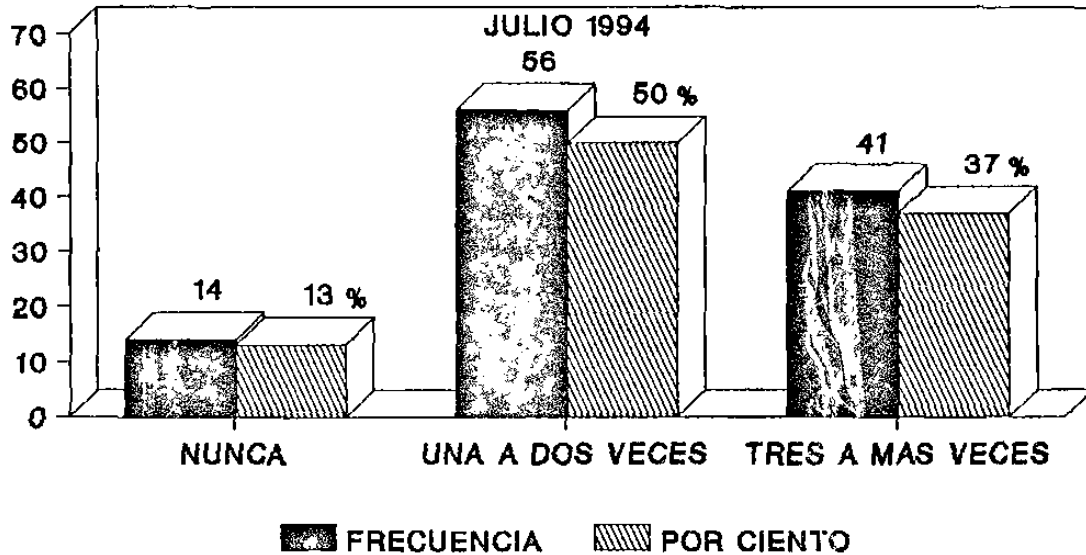


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N=112

De acuerdo a la característica de sexo en el universo estudiado, el 84 por ciento corresponde al sexo femenino y el 16 por ciento al masculino.

FIGURA 4
NUMERO DE VECES QUE EL USUARIO ASISTIO
A LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION
EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

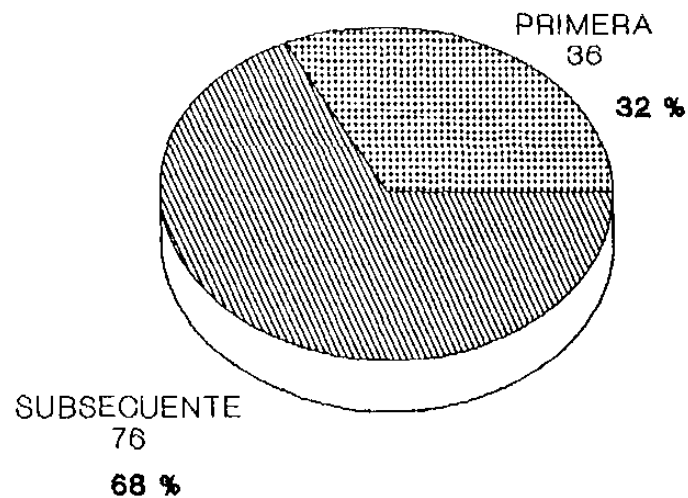


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 112

En relación al número de contactos que ha tenido la población con la unidad de salud, el 50 por ciento ha asistido de una a dos ocasiones previas a la actual, el 37 por ciento en tres o más ocasiones y el 13 por ciento nunca ha recibido servicios de la unidad.

FIGURA 5
SUBSECUENCIA EN LA ATENCION PARA EL ACTUAL
MOTIVO DE CONSULTA EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

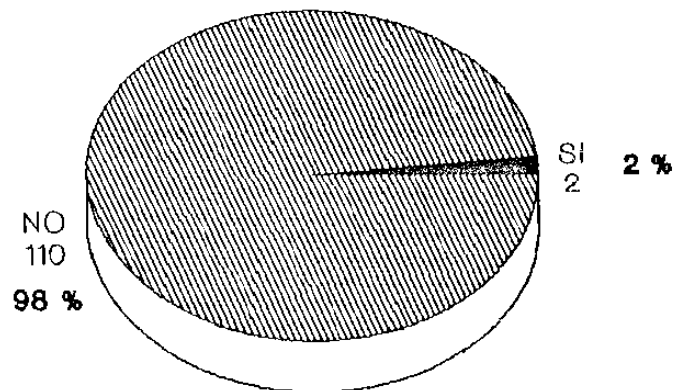
N= 112

Considerando el número de veces que el usuario ha recibido atención de salud con respecto a su actual motivo de consulta, en el 68 por ciento fue una atención subsecuente y el 32 por ciento de primera vez.

FIGURA 6

DIAGNOSTICO PREVIO DE ENFERMEDAD MENTAL EN LA POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994



FUENTE: DIRECÍA DEL ESTUDIO

N= 112

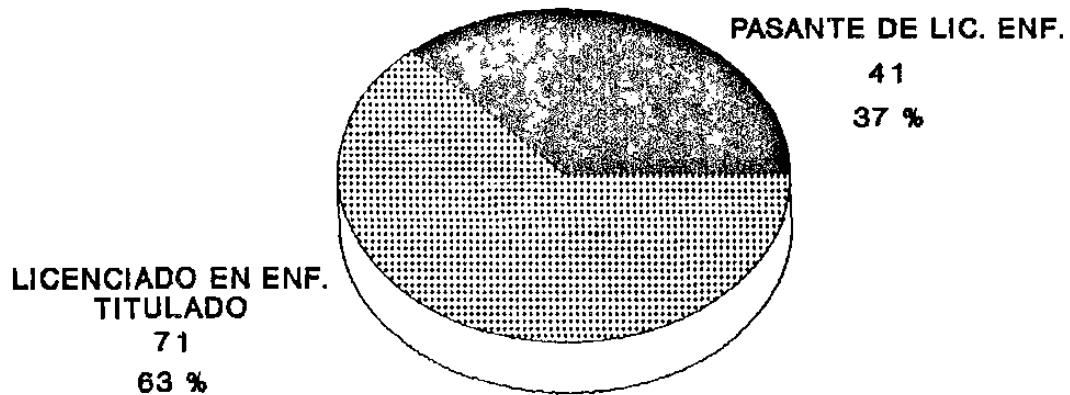
En relación a haber sido previamente diagnosticado de algún trastorno mental se encontró que el 2 por ciento de los usuarios habían recibido algún diagnóstico de trastorno mental en alguna época de su vida, siendo dichos diagnósticos en un caso tensión nerviosa y en el otro trauma por violación.

Los dos casos iniciaron en su oportunidad un plan terapéutico y de éstos, uno de ellos lo terminó motivado porque consideró necesitarlo, en tanto que el otro no lo terminó por problemas económicos.

FIGURA 7

NIVEL PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE PROPORCIONO ATENCION A LA POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

JULIO 1994

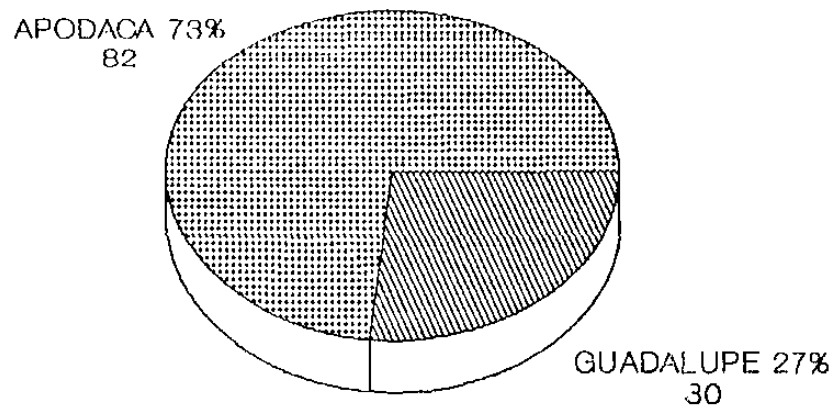


N- 112

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Con respecto a la categoría del personal de enfermería el 63 por ciento de los usuarios fueron atendidos por Licenciados en Enfermería titulados, y el 37 por ciento fueron atendidos por pasantes de Licenciatura en Enfermería.

FIGURA 8
POBLACION ESTUDIADA SEGUN MUNICIPIO DE
PROCEDENCIA EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL
DE ATENCION A LA QUE ACUDIO EN APODACA Y GUADALUPE N.L.
JULIO 1994



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

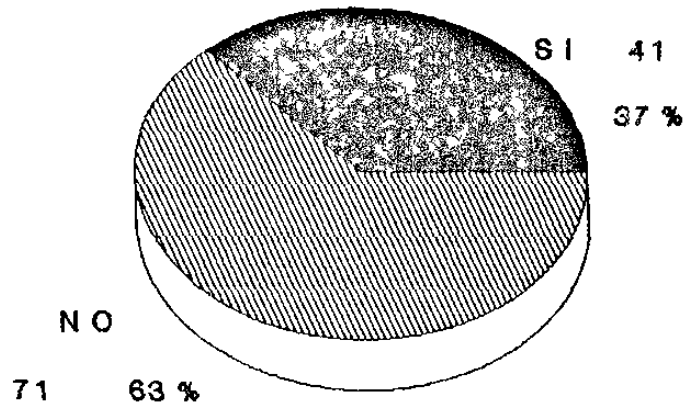
N= 112

En la figura se observa que el 73 por ciento del universo acudió a las unidades de salud del municipio de Apodaca, el 27 por ciento a las unidades de Guadalupe.

FIGURA 9

PRESENCIA DE SINTOMAS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
EN LA POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994

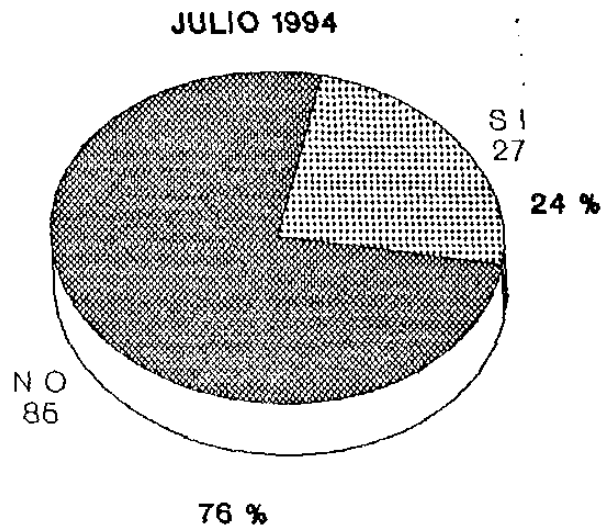


N= 112

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Con respecto a usuarios que presentaron síntomas de trastornos de ansiedad, el 37 por ciento del total de la población estudiada fue identificada como caso positivo y el 63 por ciento no presentaron dichos síntomas.

FIGURA 10
PRESENCIA DE SINTOMAS DE TRASTORNOS DE DEPRESION
EN LA POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.



N= 112

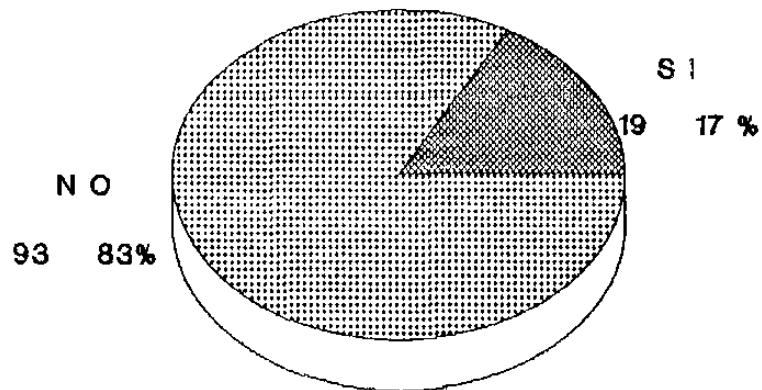
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En cuanto a la población que presentó síntomas de trastornos depresivos, éstos se identificaron en el 24 por ciento de los usuarios.

FIGURA 11

PRESENCIA DE SINTOMAS DE TRASTORNO PSICOTICO
EN LA POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994



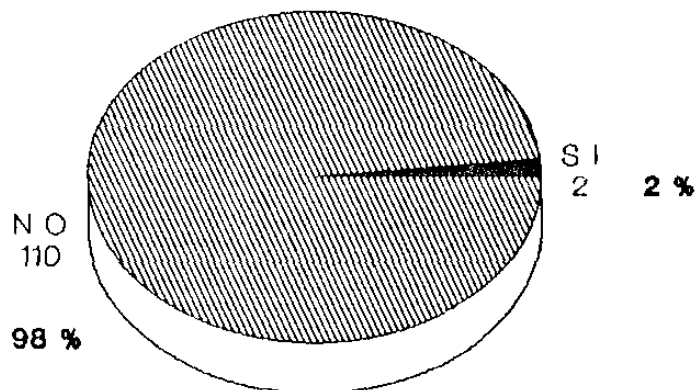
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 112

En relación a los usuarios que presentaron síntomas de trastornos psicóticos se encontró que el 17 por ciento de los usuarios cursan con éste trastorno.

FIGURA 12
PRESENCIA DE SINTOMAS DE EPILEPSIA EN LA
POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994



N= 112

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

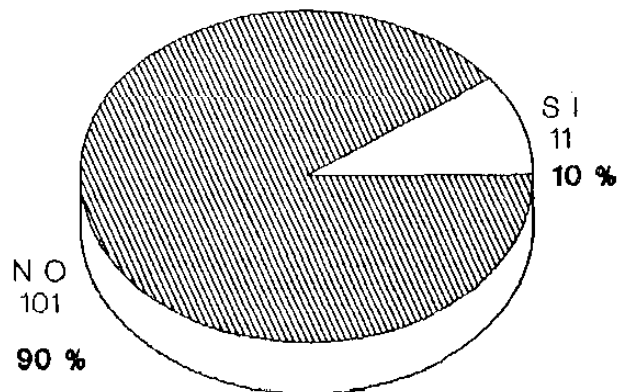
En cuanto a la prevalencia de usuarios con epilepsia se encontró que el 2 por ciento de los usuarios cuentan con ésta enfermedad.

166807

FIGURA 13

PRESENCIA DE SINTOMAS DE TRASTORNOS OCASIONADOS POR EL ALCOHOL EN LA POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION EN APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994

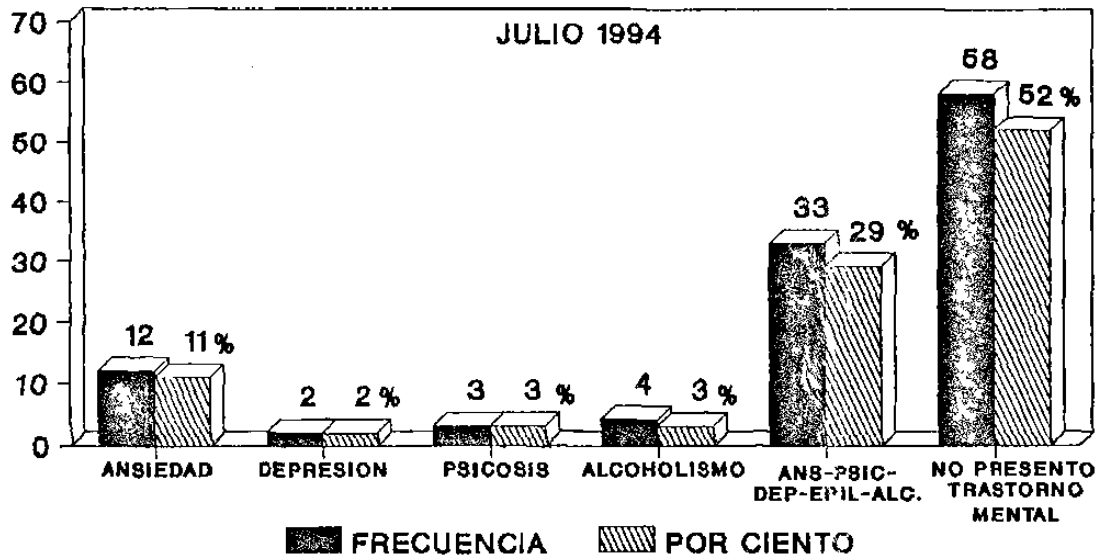


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 112

Con respecto a los que presentaron datos de alcoholismo se encontró que el 10 por ciento de la población estudiada presentaron el citado trastorno.

FIGURA 14
PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN LA
POBLACION ESTUDIADA EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION DE APODACA Y GUADALUPE N.L.



ANS- ANSIEDAD
 PSIC- PSICOSIS EPIL- EPILEPSIA
 DEP- DEPRESION ALC- ALCOHOLISMO
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Nº 112

En relación a la presencia de trastornos mentales en la población que recibió servicios del personal de enfermería, se obtuvo que el 48 por ciento del total del universo presentaron algún trastorno, de los cuales el 29 por ciento presentaron más de un trastorno simultáneamente, el 11 por ciento presentaron solamente trastorno de ansiedad, el 3 por ciento alcoholismo, el 3 psicosis y el 2 por ciento trastornos depresivos.

4.2 Análisis estadístico.

En éste apartado se presentan cinco cuadros de contingencia a través de los cuales se plantean correlaciones de datos.

CUADRO 1

TRASTORNOS MENTALES IDENTIFICADOS Y EDAD DE LA POBLACION ATENDIDA EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION EN CIUDAD APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994

TRASTORNO MENTAL	EDAD		15 A 34 AÑOS		35 A 54 AÑOS		55 A MAS		T O T A L	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ANSIEDAD	6	5.4	6	4.5	1	.9	12	10.7		
DEPRESION	1	.9	1	.9	-	-	2	1.8		
PSICOSIS	3	2.7	-	-	-	-	3	2.7		
ALCOHOLISMO	4	3.6	-	-	-	-	4	3.6		
ANS-DEP-PSIC-EPIL-ALC.	18	16.1	10	8.9	5	4.5	33	29.5		
NO PRESENTO TRAST. MENTAL	46	40.2	8	7.1	6	4.5	58	51.8		
T O T A L	77	68.8	24	21.4	11	9.8	112	100		

X² Calc= 12.63

V. de Cramer= .24

ANS= ANSIEDAD EPIL= EPILEPSIA

X² T= 18.31

Covariancia= .06

PSIC= PSICOSIS ALC= ALCOHOLISMO

gl= 10

p= .24

DEP= DEPRESION TRAST= TRASTORNO

N= 112

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al relacionar la edad de los usuarios estudiados con la presencia de trastornos mentales se encontró una chi cuadrada calculada de 12.63 con diez grados de libertad y una chi cuadrada teórica de 18.31 por lo que fue igual lo obtenido a lo esperado, por lo que no existe significancia estadística; sin embargo se obtuvo una V de Cramer de 0.24 mostrando una correlación positiva débil (Levin, 1977) y una covariancia de .06.

Los datos mostraron que el 51.8 por ciento no presentó trastornos mentales, de los cuales el 40.2 por ciento tenía entre 15 y 34 años de edad. La entidad de ansiedad, depresión, psicosis y alcoholismo combinadas correspondió al 29.5 por ciento de los cuales el 16.1 por ciento tenía entre 15 y 34 años de edad, el 8.9 por ciento de 35 a 54 años y el 4.5 por ciento de 55 a más años de edad. Por otro lado la entidad ansiedad, representó el 10.7 por ciento, de los cuales el 5.4 por ciento se encontró en la edad de 15 a 34 años.

CUADRO 2

**PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN RELACION CON
EL SEXO DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION EN CIUDAD APODACA Y GUADALUPE N.L.**

JULIO 1994

TRASTORNO MENTAL \ SEXO	MASCULINO		FEMENINO		T O T A L	
	FI	%	FI	%	FI	%
ANSIEDAD	1	.9	11	8.8	12	10.7
DEPRESION	-	-	2	1.8	2	1.8
PSICOSIS	-	-	3	2.7	3	2.7
ALCOHOLISMO	3	2.7	1	.9	4	3.6
ANS-DEP-PSIC- EPIL-ALC.	7	6.3	26	23.2	33	29.5
NO PRESENTO TRAST. MENTAL	7	6.3	51	45.5	58	51.8
T O T A L	18	16.1	94	83.9	112	100

χ^2 Calc= 13.12 V. de Cramer= .34 ANS= ANSIEDAD EPIL= EPILEPSIA
 χ^2 T= 11.07 Covariancia= .12 PSIC= PSICOSIS ALC= ALCOHOLISMO
 gl= 5 p= .02 DEP= DEPRESION TRAST= TRASTORNO N= 112
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación al sexo de la población estudiada frente a la presencia de trastorno mental, se obtuvo una chi cuadrada observada de 13.12 con 5 grados de libertad mientras que la chi cuadrada teórica fue de 11.07 por lo que fue diferente lo obtenido a lo esperado, mostrándose significancia estadística con una p de .02 .

Por otra parte se obtuvo una correlación positiva débil determinada por una V de Cramer de .34 con una variación explicada del 12 por ciento.

El cuadro muestra que el 48.2 por ciento del universo presentó alguno ó varios (combinados) de los trastornos mentales estudiados, correspondiendo un 29.5 por ciento de éstos a aquellos usuarios que presentaron más de un trastorno mental simultáneamente y de éstos el 23.2 por ciento fueron de sexo femenino y el 6.3 por ciento del sexo masculino.

Se observa también que individualmente el trastorno que se encontró con mayor frecuencia es el de ansiedad, con un porcentaje de 10.7 de los cuales el 9.8 por ciento fue en mujeres y .9 en hombres, por otra parte, el 4.5 por ciento de los usuarios que presentaron trastornos depresivos así como psicóticos fueron del sexo femenino en contraste con el trastorno provocado por el consumo de alcohol en donde el 2.7 por ciento se observó en el sexo masculino.

CUADRO 3

NUMERO DE ASISTENCIAS DEL USUARIO CON TRASTORNOS MENTALES A LA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCION EN CIUDAD APODACA Y GUADALUPE N.L.

JULIO 1994

No. VECES QUE HA ASISTIDO A LA UNIDAD TRASTORNO MENTAL	NUNCA		UNA A DOS VECES		TRES A + VECES		T O T A L	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ANSIEDAD	-	-	5	4.5	7	6.3	12	10.7
DEPRESION	-	-	-	-	2	1.8	2	1.8
PSICOSIS	-	-	3	2.7	-	-	3	2.7
ALCOHOLISMO	1	.9	2	1.8	1	.9	4	3.6
ANS-DEP-PSIC-EPIL-ALC.	4	3.6	20	17.9	9	8	33	29.5
NO PRESENTO TRAST. MENTAL	9	8	28	23.2	23	20.5	58	51.8
T O T A L	14	12.5	56	50	42	37.5	112	100

X^2 Cal 12.52 V. de Cramer = .24 ANS- ANSIEDAD EPIL- EPILEPSIA
 X^2 T= 18.30 Covariancia = .05 PSIC- PSICOSIS ALC- ALCOHOLISMO
 gl= 10 p= .25 DEP- DEPRESION TRAST- TRASTORNO

Nº 112

Al analizar el número de veces que asistió el usuario a la unidad, en relación con la presencia de trastornos mentales, se encontró una chi cuadrada observada de 12.52 con 10 grados de libertad, en tanto que la chi cuadrada teórica fue de 18.30 esto indica que lo obtenido es igual a lo esperado por lo que no se encontró significancia estadística. Por otra parte se observó una correlación positiva débil indicada por una V de Cramer de .24 con una covariancia de .05.

Los datos obtenidos muestran que del total de usuarios que presentaron algún trastorno mental el 26.9 por ciento de éstos habían tenido por lo menos de uno a dos contactos (previos al actual) con la unidad de salud durante el actual año, e incluso el 17 por ciento habían tenido de 3 a más contactos con la unidad.

CUADRO 4

**SERVICIO SOLICITADO POR LOS USUARIOS IDENTIFICADOS
CON ALGUN TRASTORNO MENTAL EN UNIDADES DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION EN CIUDAD APODACA Y GUADALUPE N.L.**

JULIO 1994

TRASTORNO MENTAL	PROGRAMA MATERNO-INFANTIL		PROGRAMA A CRONICOS		CONSULTA Y TRATAMIENTO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
ANSIEDAD	4	3.8	5	4.5	3	2.7	12	10.7
DEPRESION	1	.9	1	.9	-	-	2	1.8
PSICOSIS	2	1.8	-	-	1	.9	3	2.7
ALCOHOLISMO	1	.9	-	-	3	2.7	4	3.8
ANS-DEP-PSIC-EPIL-ALC.	5	4.5	8	7.1	20	17.9	33	29.5
NO PRESENTO TRAST. MENTAL	28	25	3	2.7	27	24.1	58	51.8
TOTAL	41	38.8	17	15.2	54	48.2	112	100

X^2 Calc= 25.26

V. de Cramer= .34

ANS= ANSIEDAD EPIL= EPILEPSIA

X^2 T= 18.30

Covariancia= .11

PSIC= PSICOSIS ALC= ALCOHOLISMO

gl= 10

p= .00

DEP= DEPRESION TRAST= TRASTORNO

N= 112

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al relacionar la presencia de trastornos mentales con el tipo de servicios solicitados por la población estudiada, se encontró una chi cuadrada calculada de 25.26 con 10 grados de libertad, en tanto que la chi cuadrada teórica fue de 18.30, concluyendo con esto que es diferente lo obtenido a lo esperado por lo cual existe una significancia estadística con una p de .00. La V de Cramer fue de .34 lo que indica una correlación positiva débil entre éstos datos y una covariancia de .11.

El cuadro muestra que la combinación de trastornos de ansiedad, depresión, psicosis, epilepsia y alcoholismo es mas alto en personas que demandan consulta médica por enfermedad, tratamientos diversos de enfermería (17.9 por ciento), atención de enfermería en programas a crónicos (7.1 por ciento) y atención de enfermería en programas materno infantil (con 4.5 por ciento).

CUADRO 5

TRASTORNO MENTAL IDENTIFICADO Y MUNICIPIO DE PROCEDENCIA DE USUARIOS ATENDIDOS EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCION JULIO 1994

MUNICIPIO TRASTORNO MENTAL	APODACA		GUADALUPE		T O T A L	
	FI	%	FI	%	FI	%
ANSIEDAD	9	8	3	2.7	12	10.7
DEPRESION	2	1.8	-	-	2	1.8
PSICOSIS	3	2.7	-	-	3	2.7
ALCOHOLISMO	4	3.6	-	-	4	3.6
ANS-DEP-PSIC- EPIL-ALC.	23	20.5	10	8.8	33	29.5
NO PRESENTO TRAST. MENTAL	41	36.8	17	15.2	58	51.8
T O T A L	82	73.2	30	26.8	112	100

X^2 Calo= 3.70 V. de Cramer= .18 ANS- ANSIEDAD EPIL- EPILEPSIA
 X^2 T= 11.07 Covariancia= .03 PSIC- PSICOSIS ALC- ALCOHOLISMO
 gl= 5 p= .12 DEP- DEPRESION TRAST- TRASTORNO N= 112
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En cuanto a la existencia de trastornos mentales en el grupo estudiado en relación con el lugar de residencia se encontró una chi cuadrada calculada de 3.70 con 5 grados de libertad y una chi cuadrada teórica de 11.07 por lo que es igual lo obtenido de lo esperado y no se encontró significancia estadística. Se encontró también una correlación positiva débil dada por una V de Cramer de .18 con una covariancia de .03.

Los datos indican que el total de usuarios que presentaron un trastorno depresivo residen en el municipio de Apodaca, en tanto aquellos, identificados con trastornos de ansiedad el 8 por ciento viven en el municipio de Apodaca y el 2.7 por ciento en Guadalupe, así como aquellos con trastornos psicóticos el 2.7 por ciento pertenecen a ciudad Apodaca, el 51.8 por ciento no presentaron trastorno mental.

CAPITULO V

DISCUSION

Los resultados obtenidos muestran una prevalencia de trastornos mentales de 48 por ciento de la población estudiada superior a lo reportado por Avalos en 1991 quien encontró una prevalencia del 35.3 por ciento. Esto evidencia que una gran parte de los usuarios que acuden a las unidades de primer nivel de atención cursan con trastornos mentales que acorde a lo citado por Morgan (1979), dichos trastornos "pueden no ser expresados directamente, y pueden ser transformados, desplazados ó camuflageados", expresándose entonces en muchos casos como enfermedades físicas, a lo cual el personal de salud solamente diagnostica y trata éstas últimas patologías, lo cual se refleja en los reportes de motivos de consulta en donde según el programa de medicina de primer nivel de atención de la UANL, informe correspondiente a 1991 muestra que sólo el uno por ciento del total de la población atendida, su problema estuvo relacionado con problemas emocionales (Centro de Informática del Programa de Salud Guadalupe, 1991).

Por otra parte la prevalencia de trastornos de ansiedad como entidad morbosa única en el estudio, muestra que es del 10 por ciento, lo que es congruente con lo reportado en Estado Unidos de Norteamérica por Sharma (1991), en donde especifica una prevalencia entre el 10 y 25 por ciento.

Así mismo los trastornos depresivos como entidad morbosa individual alcanzaron en éste estudio una prevalencia del 2 por ciento lo cual difiere de lo reportado por Ortiz en 1982 en donde calculó una prevalencia del 15 al 18 por ciento para éste tipo de trastornos en México; igualmente Garza y LealIslas (1991) encontraron para ésta entidad una prevalencia del 12 por ciento.

Avalos (1991), encontró que el 9.5 por ciento de la población presentó síntomas de ansiedad y depresión lo cual fue muy semejante a lo encontrado en el presente estudio en donde el 13 por ciento del universo presentó este tipo de síntomas.

Con respecto a los trastornos psicóticos se obtuvo una prevalencia del 3 por ciento en relación al 19 por ciento que para éste trastorno encontró Avalos en 1991 utilizando el mismo instrumento (SRQ).

En relación a la prevalencia de usuarios con epilepsia se encontró un índice del 1.8 por ciento congruente con lo reportado por Ortíz (1982), quién señaló una tasa del 0.9 al 2.1 por ciento de prevalencia de ésta enfermedad en México. Para Estados Unidos de Norteamérica, Giolas (1991), calculó una prevalencia de 0.5 a uno por ciento al igual que Zuloaga

(1983), para Colombia reportó una prevalencia del 2.1 por ciento. Avalos (1991) por su parte encontró para ésta enfermedad un índice del 2.6 por ciento.

Por otra parte en lo que respecta al alcoholismo se encontró una prevalencia del 3 por ciento, lo cual es acorde con lo reportado por Avalos (1991), en donde encontró una prevalencia del 3.4 por ciento.

El 29 por ciento de la población presentó una combinación de más de un trastorno mental simultáneamente de ansiedad, depresión, psicosis, alcoholismo y epilepsia, lo que puede indicar que las entidades nosológicas no se presentan en forma única por lo cual una vez que se identifica la existencia de un trastorno mental es necesario hacer la referencia del paciente al servicio especializado de salud mental y psiquiatría para que se realice de manera más precisa el diagnóstico correspondiente.

Otro dato importante que es necesario señalar es que la combinación de trastornos mentales es superior a cada entidad por separado, lo cual pudiera aumentar la prevalencia instantánea de cada trastorno mental. Sin embargo en el estudio de Avalos (1991), no se estudia la simultaneidad de dichos trastornos.

Al relacionar la presencia de trastornos mentales con edad, se observó que el grupo de 15 a 34 años presentó la más alta prevalencia en lo que respecta a la combinación de ansiedad, depresión, psicosis, epilepsia y alcoholismo con un 16 por ciento y ansiedad con un cinco por ciento sin embargo no fueron significativas las observaciones y se obtuvo una correlación positiva débil (Levín, 1977). Esta prevalencia coincide con lo reportado por Armijo (1976) que señala que en el grupo de adultos jóvenes se observan dificultades en el uso de recursos internos y externos para enfrentar los cambios propios del ciclo vital, el estrés producido por el trabajo, y el desarrollo de nuevos roles. También coincide con lo reportado por Gaviria (1991), quien señala que en Norteamérica el grupo de edad de 20 a 30 años es el más afectado por trastornos mentales.

Por otra parte no se encontró significancia estadística entre trastornos mentales y número de asistencias del usuario al primer nivel de atención, sin embargo se esperaría que las personas que demandan más servicios de salud, de alguna manera están buscando ayuda para validar un diagnóstico no percibido con claridad por el paciente, pero que a su vez si reconoce la necesidad de atención y de ser escuchado (Calderón, 1984).

Al relacionar servicios solicitados por los usuarios y tipo de trastorno mental identificado se encontró

significancia estadística con una p de .00 y una correlación positiva débil de .34. Se observa en ésta relación que la combinación de síntomas de ansiedad, depresión, psicosis, epilepsia y alcoholismo es más importante en aquellas personas que reciben consulta médica y tratamientos diversos de enfermería, así como atención de programas a crónicos por enfermería. Esto coincide con lo reportado por Avalos (1991) quien señala que un buen número de usuarios que acuden a solicitar consulta médica por enfermedad, están cursando al mismo tiempo por un proceso que afecta el estado emocional del paciente.

No se encontró significancia estadística entre el lugar de ubicación geográfica de la unidad de salud, con la presencia de trastornos mentales, y se observó una correlación positiva débil de .18. Esto coincide con lo señalado por Holtzman (1988), quien encontró semejantes tasas de prevalencia de discapacitados en dos áreas de estudio en donde señala que no menos de dos de cada cinco personas sufren de alguna discapacidad debido a trastornos mentales o secuelas de alcoholismo o drogadicción sin importar la ubicación geográfica. Así mismo Sartorius (1988) indica que éstos trastornos mentales son una fuente de sufrimiento, disminución de la productividad y la sobrecarga de una vida miserable para los enfermos y sus familiares.

5.1 Conclusiones.

1.- La prevalencia de trastornos mentales en los usuarios atendidos por el personal de enfermería en las unidades de primer nivel de atención Cruz Verde de Apodaca, Pueblo Nuevo y Vicente Guerrero fue del 48 por ciento. La prevalencia para el trastorno de ansiedad fue del 11 por ciento, los trastornos depresivos el 2 por ciento, en los trastornos psicóticos el 3 por ciento, en los trastornos ocasionados por el consumo de alcohol el 3 por ciento y para la combinación de más de un trastorno mental correspondió el 29 por ciento del total de la población. Esto indica que cerca de la mitad de los usuarios que reciben servicios de enfermería, cursan con algún tipo de trastorno mental, además del trastorno orgánico que los motivó a acudir a la unidad de salud, está situación congruente a lo citado por Sartorius (1988) en donde establece que los trastornos mentales son en gran medida causa subyacente de enfermedades físicas y sociales muestra el efecto que un subsistemas al encontrarse afectado en el resto de los subsistemas.

2.- Las características demográficas de la población mostraron que el 84 por ciento del total del universo estudiado, son del sexo femenino y solamente el 16 por ciento correspondió al sexo masculino. Así mismo en cuanto a la distribución por edades se observó que el 69 por ciento del

total de la población, se encuentran en el grupo conocido como el de la edad económicamente productiva, (15 a 34 años de edad) el 21 por ciento se encuentran en el grupo de 35 a 54 años de edad y el 10 por ciento correspondió a los usuarios que contaban con 55 años de edad ó más. Estos datos muestran que los usuarios con los que el personal de enfermería mantiene un contacto más continuo es con la población femenina que se encuentra en el grupo de edad fértil (15 a 34 años) y que las afecciones en el estado de salud (bio-psico-social) de dicha población pueden trascender de manera importante en el núcleo familiar al que pertenecen por el rol de proveedor de cuidados de la mujer (Freedman, 1986).

3.- El departamento al que los usuarios acudieron con mayor frecuencia, para solicitar servicios del personal de enfermería, fue en primer término el de recepción, filtro y orientación en donde acudió el 38 por ciento del total de la población; el 26 por ciento fueron atendidos por profesionistas de enfermería en el departamento de programas a sanos dirigidos a la madre y el 14 por ciento representó a la población que recibió tratamientos diversos de enfermería. Esta situación dada por una alta prevalencia de trastornos mentales obliga a reconocer la necesidad imperante que el profesional de la enfermería tiene de incorporar acciones de salud mental y con enfoque prioritario al grupo de población

económicamente productiva (15 a 44 años de edad) ya que éstos trastornos según Chacón (1985) ocasionan una disminución de la productividad y la afección individual trasciende a la vida familiar y a la sociedad. Por otro lado Warner (1989) señala que es indispensable que el personal que labora en el primer nivel de atención debe de identificar y dar seguimiento a los pacientes con trastornos mentales.

4.- Con respecto a la frecuencia del uso de los servicios de salud, el 68 por ciento de los usuarios recibieron atención subsecuente con respecto al actual motivo de consulta. Así mismo el 50 por ciento del total de la población ha tenido por lo menos de una a dos asistencias previas con la unidad de salud en el presente año, incluso el 37 por ciento ha tenido tres ó más asistencias. Esta situación dada por la continua interacción enfermera-usuario refleja sin duda la gran oportunidad y responsabilidad que el personal de enfermería tiene de identificar los trastornos mentales que afectan a la población que atienden, para brindar la atención requerida y favorecer así el desarrollo de la salud mental de la población (Nakajima, 1992).

5.2 Recomendaciones.

El estudio lleva a sugerir la necesidad de profundizar en estudios de prevalencia de trastornos mentales en población abierta y asociándose a factores como clase social,

estilos de vida y densidad de población. Por otra parte se debe estudiar no sólo los trastornos mentales como entidades separadas, sino conocer la simultaneidad de éstos trastornos con otros procesos morbosos tanto físicos, mentales y sociales, a fin de derivar nuevas formas de detección temprana y oportuno tratamiento.

En relación a la especialidad de enfermería en salud mental y psiquiatría se recomienda que dicho especialista intensifique programas de educación continua para que el personal de enfermería del primer nivel de atención amplíe sus funciones al campo de la salud mental a través de acciones de detección, canalización y seguimiento, utilizando para ello técnicas simplificadas de detección como el cuestionario de síntomas (SRQ) utilizado en el presente estudio el cual sería una herramienta indispensable en el sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental.

Así mismo es importante que los sistemas de registro e información de enfermería en el sistema de salud incorpore datos que documenten la presencia de trastornos mentales en la población que solicite servicios de salud en el primer nivel de atención, para derivar de él los elementos que constituyan la vigilancia epidemiológica para la acción.

R E F E R E N C I A S

Arango, M. V. (1992). Salud Mental en la Comunidad y Atención Primaria de Salud: Temas de Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos de Norteamérica.

Armijo, Rojas Rolando. (1976). Epidemiología. Epidemiología Aplicada. 2, p. 476.

Asociación Americana de Psiquiatría. (1988) DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.

Avalos Alcalá, Martina B. (1991). Aplicación del cuestionario de síntomas por personal de enfermería. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Mental y Psiquiatría, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L.

Bastide, Roger. (1983). Sociología de las enfermedades mentales. 8a. ed. México: Siglo Veintiuno.

Beaubrun, Michael H. (1977, Diciembre). Mosaico de Culturas. Salud Mundial. p.15

Calderón, Guillermo. (1984). Salud Mental Comunitaria: Un enfoque de la psiquiatría. México: Trillas.

Calero, J. Rey. (1989). Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad. México: Interamericana . Mc. Graw-Hill.

Canales, Francisca H., De Alvarado, Eva Luz, Pineda, Elia Beatriz. (1990). Metodología de la Investigación. México: Limusa.

Centro de Informática del Programa de Salud Guadalupe, (1992). Medicina de Primer Nivel. Reporte Integral Enero-Diciembre. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Centro de Informática del Programa de Salud Guadalupe, (1992). Medicina de Segundo Nivel. Reporte Integral Enero-Diciembre. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Crawford, A.L. & Kilander, V.C. (1987). Enfermería psiquiátrica y salud mental. México: El manual moderno.

Creese, Andrew. (1992, Noviembre-Diciembre). Salud es riqueza, pero también la riqueza es salud. Salud Mundial, p.4.

Chacón Sosa, Fernando J. (1993, Enero-Marzo). El efecto del tratado de libre comercio en la salud y los sistemas de salud en México: un marco de referencia. Salud Fronteriza, 8 (1), p. 19.

Es Paykel, Rg Priest. (1993, Febrero-Marzo). Reconocimiento y manejo de la depresión en la práctica general: declaración por consenso. British Medical Journal, 1 (1), p.

Florenzano, Urzúa R. (1992). Salud Mental en la Comunidad y Atención Primaria de Salud: Temas de Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos de Norteamérica.

Freedman, Marilyn M., (1986). Family Nursing, Theory and Assessment. 2a. ed. U.S.A. : Appleton-Century-Crofts.

Garza Elizondo, Teófilo, Lealislás Charles, Carolina. (1991). Estudio comparativo entre mujeres México-Americanas y Mexicanas con respecto a trastornos de depresión y ansiedad. Guadalupe, Nuevo León.

Gaviria, F. Moisés, Flaherty, Joseph A. (1991). La Depresión. Psiquiatría Diagnóstico y Tratamiento. Argentina: Médica Panamericana.

Giolas, Dale, Martorana, Andrew. (1991). Disfraz psiquiátrico: Trastornos clínicos con síntomas psiquiátricos. Psiquiatría Diagnóstico y Tratamiento. Argentina: Médica Panamericana.

Goldman, Howard H. (1989). Psiquiatría General. (2nd. ed.) México: El Manual Moderno.

González Caamano, Angel, Pérez Balmes, Jesús, Nieto Sánchez, Carlos M., Vásquez Contreras, Alejandro Gaytán Flores, Esmeralda. (1986, Enero-Febrero). Importancia de las enfermedades crónico degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. Salud Pública de México, 28 (1), p. 4.

Guerra de Macedo, Carlyle. (1988, Abril). Mensaje del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 104 (4), p. 393.

Guerrero, Jesús. (1978). Bases y principios de epidemiología. México: Prisma.

Holtzman, Wayne H., Evans, Richard I., Kennedy, Steven, Iscoe, Ira. (1988, Septiembre). Psicología y salud . Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 105 (3), p. 246.

Janicak, Philip G., Piszczor, Joseph. (1991). Trastornos relacionados con el alcohol. Psiquiatría Diagnóstico y Tratamiento. Argentina: Médica Panamericana.

Jardel, Jean-Paul. (1993, Noviembre-Diciembre). Salud y economía: dos caras de la misma moneda. Salud Mundial, p.3 .

Levav, Itzhak. , Lima, Bruno R., Somoza Lennon, Marcela, Kramer, Morton, y González, Roxane . (1989, Septiembre). Salud mental para todos en América Latina y el caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107 (3), p. 197.

Levin, J. (1977). Fundamentos de estadística en la investigación Social. 2a. ed. México: Harla.

Marsella, Anthony J., Freeman, Hug. (1991, Marzo-Abril). Importancia del equilibrio mental. Salud Mundial. p.24-25.

Mc.Mahon, Brian, Pug, Thomas F. (1981). Principios y Métodos de Epidemiología. 2a. Ed. México: La Prensa Médica Mexicana.

Morton, Richard F. Hebel, J.Richard. (1985). Bioestadística y Epidemiología. 2a. ed. México: Interamericana.

Nakajima, Hiroshi. (1992, Septiembre-October). Las enfermeras son hoy más necesarias que nunca. Salud Mundial. p.3.

Nakajima, Hiroshi. (1993, Enero-Febrero). La vida es frágil: rechacemos la violencia y la negligencia. Salud Mundial, p. 3.

Organización Mundial de la Salud. (1974). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. (24ed.) Suiza. p. 1.

Organización Mundial de la Salud. (1992, Septiembre-Octubre). La OMS Informa. Salud Mundial. p.30.

Organización Mundial de la Salud. (1992, Noviembre-Diciembre). Buenas Perspectivas en Salud Mental. Salud Mundial, p.28.

Ortiz, Quezada Federico. (1982). Vida y muerte del mexicano. México: Trillas.

P.A.S.S.N.A (1986). Programa de Atención a la Salud en el Segundo Nivel Ambulatorio. U. A. N. L.

Polit, Denise F., Hungler, Bernadette P.. (1990). Investigación Científica En Ciencias De La Salud. (2nd. ed.) México: Interamericana.

Rodríguez Domínguez, José. (1986, Enero-Febrero). Escasas publicaciones o falta de revistas científicas de calidad: dilema en el subdesarrollo. Salud Pública de México, 28 (1), p.1.

Sartorius, Norman. (1988). salud Mental. Foro Mundial de la Salud 9 (3), p. 494.

Secretaría De Salud. (1987). REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD. Dirección General de Investigación y Desarrollo Tecnológico. México. p.8-12.

Secretaría de Salud. (1990). Programa Nacional de Salud 1990-1994. México. p. 14-15.

Secretaría de Tránsito de Apodaca. (1993). Informe Anual de Peritajes. Departamento de Peritajes.

Seguridad Pública del Estado de Nuevo León. (1992). Reporte Anual de Detenciones. Departamento de Comunicación Social, de la Dirección de Seguridad Pública del Estado.

Sharma, Rajiv, Andriukaitis, Suzanne, Davis, John M. (1991). Estados de Ansiedad. Psiquiatría Diagnostico y Tratamiento. Argentina: Médica Panamericana.

Soberón, Guillermo, Kumate, Jesús, Laguna, José (compiladores) (1988). Problemas y Programas de Salud. México: Fondo de cultura económica.

Sub-Secretaría Estatal de Salud, Dirección de Salud Mental. (1992). Reporte de Motivos de Consulta en 1991. Monterrey, Nuevo León.

Sub-Secretaría Estatal de Salud, Hospital Psiquiátrico. (1992). Reporte de Motivos de Internamientos en 1991. Monterrey, Nuevo León.

Timio, Mario. (1988). Clases Sociales y Enfermedad. 5a. ed. México: Nueva Imagen.

Torres Morales, M. Del Carmen, Silva Osoria, Irma. (1989). Frecuencia de alcoholismo y su relación con tipo de familia. morbilidad y funcionamiento familiar. Manuscrito no publicado.

UNI-UANL. (1992). Programa UNI-UANL Universidad Autónoma de Nuevo León.

Warner, Morton M. (1989, Abril). Exclaustración de pacientes en un hospital psiquiátrico. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 106 (4), p.347.

Zuloaga, Luz, Soto, Cecilia, Jaramillo, Diva, Mora, Ofelia, Betancourt, Ceneida, Londoño, Rodrigo. (1983). Prevalencia de Epilepsia en Medellín Colombia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.104, (5) p.337.

A N E X O A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIACUESTIONARIO DE SINTOMAS (SRQ)

FECHA _____ DEPARTAMENTO _____ CLAVE
ENTREVISTA No. _____ ENTREVISTADOR _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre del Paciente: _____

Domicilio: _____

Edad: _____ AÑOS Sexo: MASC _____ FEM _____ ()

1. No. de veces que ha asistido éste año a la Unidad
de Salud? _____ ()2. Primera ó Subsecuente al actual motivo de salud: _____ ()
1. Primera
2. Subsecuente3. Alguna vez ha sido usted Diagnosticado de alguna
Enfermedad Mental? _____ ()
1. SI
2. NO

4. ¿Cual?: _____ ()

5. Estuvo usted en tratamiento? _____ 1. SI 2. NO ()

6. Lo Terminó? _____ 1. SI 2. NO ()

7. Porqué? _____ ()

8. Actual motivo de su asistencia a ésta Unidad
de Salud?: _____ ()9. Categoría del personal de Enfermería que proporcionó
el servicio: _____ ()

10. Tiene frecuentes dolores de cabeza? _____ 1.SI 2.NO ()

11. Tiene mal apetito? _____ ()

12. Duerme mal? _____ ()

13. Se asusta con facilidad? _____ ()

14. Sufre de temblor en las manos? _____ ()
15. Se siente nervioso, tenso ó aburrido? _____ ()
16. Sufre de mala digestión? _____ ()
17. No puede pensar con claridad? _____ ()
18. Se siente triste? _____ ()
19. Lloro usted con mucha frecuencia? _____ ()
20. Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias? _____ ()
21. Tiene dificultad para tomar decisiones? _____ ()
22. Tiene dificultad en hacer su trabajo? _____ ()
23. Es incapaz de desempeñar un papel util en la vida? _____ ()
24. Ha perdido interés en las cosas? _____ ()
25. Siente que usted es una persona inútil? _____ ()
26. Ha tenido la idea de acabar con su vida? _____ ()
27. Se siente cansado todo el tiempo? _____ ()
28. Tiene sensaciones desagradables en su estómago? _____ ()
29. Se cansa con facilidad? _____ ()
- Visita de Seguimiento: _____
30. Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma? _____ ()
31. Es usted una persona mucho mas importante de lo que piensan los demás? _____ ()
32. Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? _____ ()
33. Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? _____ ()
34. Ha tenido convulsiones, ataques ó caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de lengua ó pérdida del conocimiento? _____ ()
- Visita de seguimiento: _____

PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE EL ALCOHOLISMO

La respuesta afirmativa a una sola de las siguientes preguntas determina la identificación de la persona como un caso con alto riesgo de sufrir alcoholismo.

35. Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que usted bebe demasiado? _____ ()
36. Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? _____ ()
37. Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida, como beber en el trabajo ó colegio o faltar a ellos? _____ ()
38. Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? _____ ()
39. Le ha parecido alguna vez que usted bebió demasiado? _____ ()

SI LA PERSONA NO RESPONDIO AL CUESTIONARIO, DAR LA RAZON POR LA CUAL NO LO HIZO (MARQUE SOLAMENTE UNA).

- La persona no quiso cooperar. _____ ()
- * - La persona no entiende las preguntas. _____ ()
- * - La persona no puede hablar claramente. _____ ()
- Otra razón (Especifíquela) _____ ()

Entrevista de Seguimiento. _____

SI SE QUIERE TENER UNA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO COMPLETE LO SIGUIENTE:

FECHA: _____ LUGAR: _____

ENTREVISTADOR: _____

DIRECCION DE LA PERSONA: _____

APENCICE BINSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO DE SINTOMAS (SRQ).

En el presente estudio será utilizado como instrumento el cuestionario de síntomas (SRQ) utilizado en 1991 por la Lic. Avalos, para lo cual se anexa de manera textual algunas generalidades e instructivo del instrumento.

Uso del cuestionario estandarizado S.R.Q. aplicado por el personal de enfermería.

OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO:

- Obtener las respuestas de máximo interés sobre datos específicos de síntomas.
- Llevar a cabo estudios estadísticos.

INSTRUCTIVO PARA LA APLICACION DEL INSTRUMENTO (SRQ).

El cuestionario de síntomas es una versión modificada, para su uso clínico: cada síntoma esta representado por un dibujo a fin de clarificar dudas, cada uno esta acompañado de una explicación para dar mayor ilustración.

Antes de iniciar el cuestionario se debe explicar a la persona que se le harán preguntas referentes a ciertos síntomas o molestias que puede haber sentido o sufrido durante los últimos treinta días. Esto es muy importante

aclararlo ya que no se requieren datos sobre hechos ocurridos hace meses o años.

DESCRIPCION DE CADA PREGUNTA.

Las primeras 20 preguntas corresponden aquellos síntomas que implican una gravedad menor los cuales son frecuentes en los trastornos depresivos y de ansiedad, las preguntas 21 a 24 corresponden a síntomas de mayor gravedad y cuando se contestan afirmativamente probablemente indican la existencia de un trastorno mental importante (de tipo psicótico).

La pregunta 25 indaga sobre la existencia de un trastorno convulsivo. Las preguntas 26 a la 30 se refieren a los hábitos de beber alcohol y han sido añadidas al cuestionario original.

GENERALIDADES PARA LA APLICACION DEL INSTRUMENTO (SRQ).

1.- Las preguntas deben hacerse exactamente como están en el cuestionario. Las preguntas no deben ser alteradas ya que se harán las mismas preguntas a todas las personas entrevistadas.

De esta manera se pretende evitar influir en las respuestas. Un cambio de palabras o frases puede fácilmente alterar la respuesta obtenida.

2.- Las preguntas deben hacerse en el orden presentado en el cuestionario.

El orden de la pregunta deberá ser siempre el mismo para asegurar así su comparabilidad al usarse con distintas personas.

3.- Como hacer las preguntas

Es necesario realizar la entrevista en una atmósfera cordial y sencilla. El entrevistador debe evitar por todos los medios dar la impresión de que la entrevista es un examen, debe tener cuidado que ninguna de sus palabras o modales implique crítica, aprobación o desaprobación de las preguntas hechas o de las respuestas que recibe.

El interés y estímulo que se demuestre determinan la calidad de la entrevista, el tono de voz del entrevistador, su forma atenta de escuchar, su cordialidad y manera de hablar mantendrán la armonía durante la entrevista.

4.- Repetir y aclarar las preguntas mal interpretadas. En caso de que la pregunta no sea entendida o interpretada en forma acertada, se debe repetir nuevamente tal como está escrita, además de apoyarse en el dibujo. para dar una idea clara y de aportar los comentarios que acompañan a cada dibujo. Si a pesar de esto la pregunta sigue sin entenderse, debe anotarse éste hecho en la entrevista.

5.- Obtención de respuestas específicas y completas.

Los pacientes con frecuencia califican sus opiniones o las dan en forma velada, contestan "no sé" por simple timidez o comodidad, pueden interpretar la pregunta a su manera, comienzan una discusión en otro punto, ó se contradicen, entre otras cosas. El entrevistador debe comprender el objetivo global que persigue cada pregunta y conocer lo que se trata de medir.

Una alternativa es repetir la pregunta, si la respuesta es vaga o demasiado general, se puede buscar una información más exacta, por ejemplo: " que interesante" ¿Puede explicar usted eso un poco más? ó "vamos a ver, usted dijo que? ¿Como entiende usted eso?.

Es importante no sugerir una posible respuesta que les permita salir del paso.

6.- Interés del entrevistado.

El entrevistador debe poner toda su atención en el entrevistado y no en el cuestionario tratando de despertar el interés de aquel respecto al proceso que se lleva a cabo.

7.- Anotación y redacción de la entrevista.

Se deben de obtener datos y anotarlos correctamente en el lugar indicado para las respuestas, en caso de haber observaciones éstas deben hacerse en hoja aparte o al reverso de la misma, señalando las referencias con las propias

palabras del paciente, se recomienda hacer las anotaciones de la entrevista inmediatamente después de terminarla.

Recuerde que la función del entrevistador en éste caso es emplear métodos iguales para obtener información así como la aplicación del mismo instrumento, además de crear una relación en lo que sea posible amistosa y cordial en el entrevistado.

RECOMENDACIONES PARA HACER LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO.

1.- Antes de aplicar el cuestionario se deberá explicar al paciente que le hará algunas preguntas referentes a ciertos síntomas o molestias que puede haber sentido o sufrido durante los últimos 30 días.

Si al hacer una pregunta el paciente contesta "que sí" ha sentido algo, se preguntará: ¿Cuándo lo sintió y por cuantos días?

2.- Para los casos en que se dude si una respuesta es afirmativa o negativa, se anotará exactamente lo que dice el paciente entre comillas.

3.- Es importante que se aclare al paciente que estas preguntas se hacen con el fin de conocer mejor su problema o causa de consulta y que necesita que las responda con precisión.

```
DATA LIST FILE 'NACHEZ.DAT'  
/V1 1-3 V2 5 V3 7 V4 9 V5 11 V6 13 V7 15 V8 17 V9 19 V10 21  
V11 23 V12 25  
V13 27 V14 29 V15 31 V16 33 V17 35 V18 37 V19 39 V20 41 V21  
43 V22 45 V23 47 V24 49 V25 51 V26 53 V27 55 V28 57 V29 59  
V30 61 V31 63 V32 65 V33 67 V34 69 V35 71 V36 73 V37 75 V38  
77 /V39 1 V40 3 V41 5 V42 7 V43 9 V44 11 V45 13 V46 15 V47 17  
V48 19 V49 21 V50 23 V51 25-26.  
VARIABLES LABELS  
/V1 'CLAVE'  
/V2 'DEPTO'  
/V3 'AREA PROCEDENCIA'  
/V4 'EDAD'  
/V5 'SEXO'  
/V6 'No. VECES ASISTIDO A UNIDAD'  
/V7 '1a. ó 2a. ACTUAL MOTIVO DE CONS'  
/V8 'ALGUNA VEZ HA SIDO DX ENF. MENTAL'  
/V9 'CUAL ENF'  
/V10 'ESTUVO EN TRATAMIENTO'  
/V11 'TERMINO TRATAMIENTO'  
/V12 'PORQUE'  
/V13 'RAZON CONSULTA'  
/V14 'CATEGORIA PERSONAL ENF'  
/V15 'TIENE FREC DOLOR CAB'  
/V16 'TIENE MAL APETIT'  
/V17 'DUERME MAL'  
/V18 'SE ASUSTA CON FACILIDAD'  
/V19 'SUFRE TEMBLOR DE MANOS'  
/V20 'SIENTE NERVIOSO-TENSO-ABURRIDO'  
/V21 'SUFRE MALA DIGESTION'  
/V22 'NO PUEDE PENSAR CON CLARIDAD'  
/V23 'SE SIENTE TRISTE'  
/V24 'LLORA CON MUCHA FRECUENCIA'  
/V25 'DIF PARA DISF ACT DIARIAS'  
/V26 'DIF TOMAR DECISIONES'  
/V27 'DIF HACER SU TRABAJO'  
/V28 'INCAP DESEM PAPEL UTIL EN VIDA'  
/V29 'HA PERDIDO INT COSAS'  
/V30 'SE SIENTE UNA PERSONA INUTIL'  
/V31 'HA TENIDO IDEA ACABAR SU VIDA'  
/V32 'SE SIENTE CANSADO TODO TIEMPO'  
/V33 'SENSACIONES DESAG EN SU ESTOMAGO'  
/V34 'SE CANSA CON FACILIDAD'  
/V35 'SIENTE QUE HAN INTENTADO HERIRILO'  
/V36 'ES + IMPORTANTE DE QUE PIENSAN LOS DEMAS'  
/V37 'HA NOTADO INTERF EN SU PENSAMINETO'  
/V38 'ESCUCHA VOCES QUE OTROS NO OYEN'  
/V39 'HA TENIDO CONVULSIONES'  
/V40 'OTROS PIENSAN TOMA DEMASIADO'  
/V41 'HA QUERIDO DEJAR BEBER Y NO HA PODIDO'  
/V42 'HA TENIDO DIF POR BEBER'  
/V43 'HA ESTADO PLEITOS O DETENIDO BORRACHO'
```


/V44 'PARECE BEBER DEMASIADO'
 /V45 'UNIDAD DE SALUD A QUE CORRESPONDE'
 /V46 'PRESENTO ANSIEDAD'
 /V47 'PRESENTO DEPRESION'
 /V48 'PRESENTO PSICOSIS'
 /V49 'PRESENTO EPILEPSIA'
 /V50 'PRESENTO ALCOHOLISMO'
 /V51 'TRASTORNO MENTAL'.
 VALUE LABELS
 /V2 1'PROG MAT' 2'PROG INF' 3'HIPERTENSION' 4'DIABETES'
 5'RECEPCION'
 6'TRATAM DIV ENF'
 /V3 1'INFLUENCIA' 2'VIGILANCIA' 3'OTRAS AREAS'
 /V4 1'15 A 34' 2'35 A 54' 3'55 A MAS'
 /V5 1'MASCULINO' 2'FEMENINO'
 /V6 1'NUNCA' 2'UNA A DOS VECES' 3'TRES A MAS VECES'
 /V7 1'PRIMERA' 2'SUBSECUENTE'
 /V8 1'SI' 2'NO'
 /V9 1'TENSION NERVIOSA' 2'DEPRESION' 3'POR VIOLACION' 4'NO HA
 SIDO DX'
 /V10 1'SI' 2'NO HA SIDO DX'
 /V11 1'SI' 2'NO' 3'NO HA SIDO DX'
 /V12 1'LO NECESITABA' 2'PROB ECONOMICOS' 3'NO HA SIDO DX'
 /V13 1'PROGRAMA MATERNO-INFANTIL' 2'PROGRAMA CRONICOS'
 3'CONSULTA Y TRATAMIENTOS'
 /V14 1'PASANTE LIC ENF' 2'LIC ENF TIT'
 /V15 TO V39 1'SI' 2'NO'
 /V40 TO V41 1'SI' 2'NO' 3'NO BEBE ALCOHOL'
 /V42 1'NO' 2'NO BEBE ALCOHOL'
 /V43 TO V44 1'SI' 2'NO' 3'NO BEBE ALCOHOL'
 /V45 1'APODACA' 2'GUADALUPE'
 /V46 TO V50 1'SI' 2'NO'
 /V51 1'ANSIEDAD' 2'DEPRESION' 3'PSICOSIS' 4'ALCOHOLISMO'
 5'ANS-DEP-PSICO-ALCHOL' 6'NO PRESENTO TRAST MENT'.

