

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



**APLICACION DEL CUESTIONARIO DE SINTOMAS
POR PERSONAL DE ENFERMERIA
ESTUDIO DE CAMPO**

TESIS

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

PRESENTA:

LIC. EN ENF. MARTINA BEATRIZ AVALOS ALCALA

MONTERREY, N. L.

MAYO DE 1991

TM

RC337

A9

c.1



1080070847

BIBLIOTECA DE POST-GRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA
U. A. N. L

19 JUL. 1991

000084

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST-GRADO



APLICACION DEL QUESTIONARIO DE SINTOMAS
POR PERSONAL DE ENFERMERIA.
ESTUDIO DE CAMPO

T E S I S

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

PRESENTA:

LIC. EN ENF. MARTINA BEATRIZ AVALOS ALCALA

MONTERREY, N. L.

MAYO DE 1991



TM
AC 337
A9



(70847)

**APLICACION DEL CUESTIONARIO DE SINTOMAS
POR PERSONAL DE ENFERMERIA
ESTUDIO DE CAMPO.**

ALUMNO:

LIC. EN ENF.

MARTINA BEATRIZ AVALOS ALCALA

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARTHA FLORES DE ZAPATA

MONTERREY, N.L. MAYO 1991

NOTA DE APROBACION

COMISION DE TESIS

PRESIDENTE:

DRA. MARTHA FLORES DE ZAPATA

SECRETARIO:

LIC.EN ENF. ESTHER C.GALLEGOS
DE HERNANDEZ

VOCAL:

DR. EN MED. ADELA A. CASTILLO
DE ONOFRE

MONTERREY, N.L. MAYO 1991

POR SU VALIDOSA COLABORACION MI AGRADECIMIENTO

A:

LIC. VALENTIN GARCIA FRANCO

LIC. DAVID GARCIA CONTRERAS

LIC. EN ENF. CARMEN PEDRAZA LOREDO

LIC. EN ENF. ROSA MA. PATENA RDZ.

LIC. EN ENF. LOURDES ANGELICA RDZ.

PAS. LIC. EN ENF. MA. PATRICIA MARQUEZ MTZ.

PAS. LIC. EN ENF. ALICIA GARCIA ALVAREZ

PAS. ENF. ARMANDO RODRIGUEZ OLIVA

PAS. ENF. ARIADNA ALVARADO GONZALEZ

PAS. ENF. MERCEDES GAYTAN CORTEZ

A TI,

VALERIE BEATRIZ

POR ESPERARME

I N D I C E

	Página
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- MARCO TEORICO.....	8
III.- SECCION DE METODOS.....	26
IV.- RESULTADOS.....	36
V.- DISCUSION.....	57
VI.- CONCLUSIONES.....	61
VII.- BIBLIOGRAFIA.....	63
VIII.- ANEXOS.....	69

I.- INTRODUCCION.

A lo largo de la práctica profesional de Enfermería el abordaje del campo de la Salud Mental Comunitaria, brinda una amplia perspectiva para la investigación y desarrollo. Se han puesto en práctica investigaciones en el área de la Salud mediante el uso de cuestionarios, que aplicados al paciente, simplifican la obtención de datos útiles para el diagnóstico y tratamiento, aportando conocimiento de la morbilidad en la población.

Visto en una primera instancia, el panorama que predomina en un enfoque de tipo preventivo dentro de las instituciones de Salud en el país es desalentador, pues al observar las acciones que se llevan a cabo en dichas instituciones, éstas resultan insuficientes y sin continuidad.

El presente trabajo es un estudio de campo, -- descriptivo, exploratorio, en el que se utilizó un instrumento estandarizado de diagnóstico psiquiátrico en áreas urbano marginales neolonesas. Con el propósito de emplearlo por ser de un fácil manejo, que no requiere de amplia capacitación para aplicarlo, de bajo costo y de validez --

diagnóstica; que permita desarrollar una metodología que interese y capacite al personal de Enfermería que labora en el primer nivel de atención a la salud, facilitando - así evaluar los aspectos psicosociales de la población - que contribuyan a comprender fenómenos tan complejos como son la salud y la enfermedad mental.

Uno de los primeros pasos sugeridos para emprender acciones preventivas en el campo de la salud mental - es conocer la prevalencia y la incidencia de los problemas psiquiátricos, con el fin de llevar a cabo programas y acciones encaminados a la definición de factores de riesgo. El empleo de técnicas confiables de diagnóstico - como un medio que permita identificar personas afectadas por un trastorno mental en el conjunto de una población - en general, simplifica la obtención de datos para conocer la ocurrencia de los trastornos mentales.

La necesidad de utilizar una metodología que - guié a la identificación de trastornos mentales llegó a - plantear la siguiente hipótesis de trabajo:

La aplicación del cuestionario de síntomas en pacientes entrevistados por el personal de Enfermería - permite la identificación de casos de trastorno mental en pacientes que acuden a la consulta general de los centros de salud comunitarios.

Según datos estadísticos mundiales, se estima - que de 40 a 100 millones de habitantes sufren de enferme- dad mental grave y no menos de 200 millones padecen de -- trastornos psicosociales, con distintos niveles de grave- dad recibiendo tratamiento deficiente y casi nulo. [1] Frente a esta situación los recursos humanos existentes - para manejar el volumen de morbilidad psiquiátrica pare-- cen insuficientes.

Muchos individuos físicamente "sanos" llevan vi das infelices y enfermas marcadas por la angustia y la de presiôn, [2] ambos afectos no pueden ser separados como - segmentos de la vida del paciente, cuando llegan a limi-- tar su funcionamiento óptimo en la vida social.[3]

Existen otros factores relacionados a la falta de recursos humanos que atiendan el volumen de morbilidad psiquiátrica y que se consideran prioritarios en el área de la salud mental.

a) LA ATENCION DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS.

En los países en desarrollo, la incidencia ---- anual de trastornos con episodios psicóticos agudos es -- aproximadamente de 0.5 por cada 1,000 habitantes o un po- co mayor; con esto se plantea un serio problema, pues la presiôn social que existe para que se brinde un tratamien- to de urgencia a estos pacientes en unidades psiquiátri-- cas especializadas exige de un mantenimiento costoso.

b) LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS CRONICOS.

La proporci3n de prevalencia tratada en el estudio de Condado Monroe, [4] considerada la mejor fuente actual de datos de prevalencia en E.U.A., considera una frecuencia de esquizofrenia de 13 por cada 1,000 habitantes. Poco menos del 40% de los esquizofr3nicos requiere de hospitalizaci3n psiqui3trica, pero la cronicidad de la enfermedad ha hecho que esta sea una de las patologías m3s graves e incapacitantes.

En los países en desarrollo, las personas entre los 15 y 35 ańos de edad son las m3s expuestas a padecer una esquizofrenia pues la proporci3n de habitantes de estas edades aumenta a medida que disminuye la mortalidad infantil. Esto sugiere un grave problema para el paciente, su familia y el entorno social.[5]

c) LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE PACIENTES QUE ACUDEN A CENTROS DE SALUD, CLINICAS GENERALES Y OTROS SERVICIOS CURATIVOS.

Estudios realizados han arrojado informaci3n -- respecto a que un 20% de los pacientes que acuden a centros generales de salud en países desarrollados lo hacen, por sntomas de origen psicol3gico, someti3ndose a ex3menes innecesarios y costosos que con frecuencia no llegan a un diagn3stico y/o tratamiento adem3s acuden repetidamente a estos centros y por 3ltimo, abandonan e intentan

otra forma de tratamiento. [6]

d) LOS PROBLEMAS EMOCIONALES DE GRUPOS MUY EXPUESTOS.

El consumo de cantidades nocivas de alcohol y fármacos es un factor de riesgo en la enfermedad mental, pero existen otros problemas como la marginación, la pobreza, la disfunción familiar, que solamente trabajando en el seno de la comunidad es posible identificarlos y determinar los grupos más susceptibles para esto, se sugiere que se aprovechen los recursos humanos existentes que contrarresten los riesgos y tensiones que se encuentran expuestos estos grupos. [7]

En cada uno de los problemas anteriormente planteados, la atención a los pacientes en los servicios psiquiátricos bien sean urgencias o el llevar el tratamiento de una enfermedad mental crónica, en parte se ve resuelta por las instituciones existentes para este nivel, tan es así, que los pacientes son una población cautiva al tratamiento de su padecimiento y a la atención de su familia.

Existen limitaciones en la obtención de los datos estadísticos, ya que estos solo indican la utilización de servicio psiquiátrico más que la medición de la enfermedad. Según "The National Institute of Mental Health" se obtienen datos sesgados sobre los índices de inci-

dencia y prevalencia de las poblaciones debido a:

1. El tipo de servicio disponible en la comunidad: - público o privado.
2. Los establecimientos privados no se incluyen en - los índices estadísticos y,
3. Una parte de la población que padece trastornos - mentales no se diagnostican o no reciben tratamiento adecuado. [8]

Desde la experiencia personal el trabajo comunitario en el área de salud mental se torna difícil cuando el personal de la salud deja de lado este aspecto limitando los esfuerzos por tratar de brindar una atención integral a los pacientes, pasando a ser ésta una concepción ambiciosa e inalcanzable. La carga de trabajo que existe en otros programas de salud establecidos y bien articulados en una rutina de trabajo, es otra limitante a considerar para que los trabajadores no identifiquen problemas de origen psicológico como parte integral de la salud.

La profesión de enfermería ha buscado una conceptualización de su práctica asistencial, a través de entender que aspectos debieran ser los que conformen la asistencia del paciente por la enfermera, como algo especial que le distinga de otros profesionales de la salud.

Es este profesionalismo, preparación e interés

lo que capacita para distinguir las diversas formas de interacción con el paciente, pues es necesario recordar que cada individuo tiene demandas y necesidades diferentes.

Por otro lado, también es importante que la atención en salud mental se ofrezca en servicios integrados a la consulta general en especial a un nivel primario de atención, cuyas acciones estén encaminadas a disminuir la enfermedad mental de las poblaciones en riesgo, promover la salud mental y reducir la incidencia de la enfermedad en general, en lugar de prevenir una sola enfermedad o categoría de trastorno.[9]

II.- MARCO TEORICO.

A partir de los años 70's en las últimas décadas ha cobrado importancia la realización de estudios de confiabilidad con instrumentos que puedan ser utilizados en la investigación psiquiátrica.

A continuación se exponen los resultados de algunas investigaciones en las que se emplearon técnicas -- sistemáticas y estandarizadas para lograr información clínica esencial.

Goldberg y Blackwell [1970], en uno de sus primeros estudios en los que pudieran basarse en instrumentos de investigación eficientes, encontraron una morbilidad psiquiátrica conspicua en un hospital general del Reino Unido en Londres, que llegó a ser del 20% de los pacientes que se encontraban en él. [10] Se desarrolló un instrumento estandarizado que consta de 140 preguntas denominado "General Health Questionnaire" [Cuestionario -- General de Salud] el cual fue producto de varios intentos, sobre todo al desarrollar los subapartados a los que pertenecen los diferentes grupos de preguntas sobre síntomas psicossomáticos, trastornos del sueño y cansancio; conduc-

tas personales, relación con otros, sentimientos subjetivos como inadecuación, tensión, humor; otros sentimientos principalmente la depresión y la angustia. [11] Al mismo tiempo que se tomaron en cuenta las consideraciones generales para la calibración de las respuestas y su análisis. [12]

Este instrumento después fue modificado a dos versiones cortas; la primera de 60 preguntas y la segunda de 30 preguntas, ambas versiones incluyen los mismos apartados de síntomas pero en menor cantidad de preguntas.

Posteriormente éstas versiones se fueron utilizando en diferentes investigaciones; en la Universidad de Pennsylvania, E.U.A., se realizó un estudio entre la consulta de médicos que colaboraron en el proyecto [13], los pacientes fueron seleccionados mientras esperaban ver al médico y eran entrevistados con 2 instrumentos: el Cuestionario General de Salud [GHQ] y otro más que serviría de apoyo al primero, la Lista de Síntomas [Symptom checklist] de 36 preguntas.

Entre los objetivos planteados se esperaba descubrir los efectos de la raza y la clase social sobre los resultados del Cuestionario General de Salud, midiendo la efectividad del cuestionario en un ambiente cultural distinto al de Londres. Los resultados mostraron ser considerablemente menos favorables en la población americana, de

todos modos el instrumento se considera aceptable sobre el 90% de las respuestas potenciales.

En 1976, Harding, utilizó también la versión del Cuestionario General de Salud en la versión de 30 preguntas en Jamaica [14], donde los empleados de las clínicas recibieron instrucciones por espacio de 45 minutos sobre el manejo e introducción del instrumento. En esta investigación no se completó la muestra estimada, argumentando las siguientes razones: a] La incapacidad de los entrevistados para entender la pregunta; b] Algunos pacientes sordos y c] Analfabetas que no pudieron responder.

Una razón importante para llevar a cabo el estudio fue la de plantear la dificultad en adaptar métodos de investigación epidemiológica en países en desarrollo como un prerequisite para el aprovechamiento de servicios de Salud Mental. [15]

En México, investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría [1985], realizaron un estudio con los usuarios de la consulta médica general en dos instituciones: un hospital general y un centro de salud; con el propósito de señalar las dimensiones que mide el instrumento de Goldberg, [Cuestionario General de Salud] en su versión de 60 preguntas. Se empleó una muestra de 1,067 pacientes en total de las dos instituciones, por un período de seis semanas.

Para la discusión de los resultados se realizó un análisis factorial con los datos de cada población -- por separado y se comparó la versión de 5 factores derivados de cada una. Tales factores determinaron síntomas somáticos, trastornos del sueño, depresión severa, ansiedad e inadecuación social.

Se compararon los reactivos que tuvieron mayor peso en cada una de las poblaciones. Las mayores diferencias observadas en la agrupación de los reactivos de ansiedad y depresión, sugieren que ambos afectos se encuentran fuertemente correlacionados en la población que asistió al centro de salud; los reactivos de ansiedad no lograron separarse de los de depresión a diferencia de la población estudiada en el Hospital General, donde éstos dos factores son independientes. Sin embargo, las diferencias de agrupación no impidieron la posibilidad de derivar una sola versión breve y escalada del instrumento que pueda ser aplicable a poblaciones con diferentes características sociodemográficas. [16]

Investigadores del "Estudio sobre Estrategias para extender la Atención de la Salud Mental" organizado y apoyado por la Organización Mundial de la Salud, realizaron un estudio durante 1978-1979 en cuatro países en desarrollo, Cali, Colombia; Haryana, India; Khartoum, Provincia de Sudán y en Manila, Filipinas. Algunos plantea-

mientos importantes que motivaron éste estudio fueron: --
¿Cuántos y que tipos de desórdenes mentales son frecuentes
en los pacientes que acuden a los servicios primarios de
salud? y ¿Qué proporción de pacientes es correctamente---
identificado por los trabajadores de Salud?

El instrumento utilizado en el estudio se llama--
mô Self Reporting Questionnaire [SRQ], o Cuestionario de
Síntomas. Los primeros 20 items fueron diseñados para de-
tectar trastornos no psicóticos, los cuales se seleccionau
ron comparando los ítems de otros cuatro instrumentos util
izados en distintos ambientes: culturales entre ellos -
se encuentran el Cuestionario General de Salud [Goldberg
1970], la Forma de Autoreporte de Síntomas [Climent y Plut
chick, 1980]; el Cuestionario de Salud PGIN2 [Verma y Wig,
1977] y el Exâmen del Estado Actual [Wing, et. al. 1974].

Los 20 items fueron seleccionados por acuerdo -
entre los jefes investigadores de la primera fase del es-
tudio, sobre la base de una fácil traducción y relevancia
cultural.

Los cuatro items adicionales para detectar trasu
tornos psicóticos se eligieron del Inventario de Signos y
Síntomas de Foulds [Foulds y Hope, 1968] los cuales demosu
traron ser más efectivos en la detección de la enfermedad
psicótica.

Para el estudio se eligieron muestras en cada uno de los países, entre barrios marginados y áreas rurales. Se entrenó al personal sobre la entrevista, se hicieron grupos y aplicaron el instrumento unos a otros, luego la realizaron con veinte pacientes antes del Estudio final. Las preguntas del instrumento fueron traducidas al idioma hindú, árabe y filipino.

Como resultados se obtuvo que de 1,624 pacientes que acudieron a la consulta primaria, 225 eran casos de Salud Mental distribuidos entre el 10.6% al 17.7%, lo que indica un promedio de 13.9%, ésta morbilidad representa un poco menos que la encontrada en países industrializados [Goldberg y Blackwell 1970].

La gran mayoría de los casos encontrados padecían de enfermedad neurótica y en muchos se presentaban síntomas físicos como dolor de cabeza, dolor abdominal, tos o debilidad. Otros resultados obtenidos indican que antes del estudio no se diagnosticaba el 75% de éstos casos. [17] [18]

Un estudio llevado a cabo en una población de Etiopía, en donde Kortmann y Horn [1988], utilizando como instrumento el Cuestionario de Síntomas; analizaron la posibilidad de aplicar universalmente dicho cuestionario. En sus conclusiones señalaron que sería ingenuo pensar que una respuesta afirmativa a una pregunta corta de una

persona de otra cultura, pueda tener la misma interpretación. [18]

El Cuestionario de Síntomas ha sido utilizado - en países en desarrollo y se considera como una propuesta para emplearlo con fines estadísticos y de diagnóstico de trastornos mentales en cualquier población y con personal capacitado en su manejo, incluyendo agentes de la comunidad. [19]

En ésta parte del trabajo cabe aclarar algunos aspectos y conceptos que se consideran básicos para el desarrollo de la metodología empleada.

El diagnóstico en Psiquiatría consiste en un -- proceso de valoración de los patrones de signos y síntomas que permitan identificar trastornos específicos. Un tras-- torno mental se define como: "Un síndrome o un patrón conductual o psicológico de importancia clínica que se produce en un sujeto y que se acompaña típicamente de un síntoma doloroso [tensión]o de alteración de uno o más aspectos importantes del funcionamiento [incapacidad]". [20]

La precisión del diagnóstico es de suma importancia con fines de investigación pués a través de ello se - puede lograr describir el trastorno en una población en - estudio y probablemente llegar a descubrir factores causales.

Un primer paso en el diagnóstico es el de agrupar signos y síntomas a partir de un primer contacto con el paciente, su historia clínica, la exploración física y del estado mental; con esto, se pueden obtener datos que corresponden a determinado trastorno mental.

La utilización de instrumentos de diagnóstico en esta primer fase para determinar los problemas y necesidades del paciente requiere de valorar su precisión diagnóstica. Un instrumento será confiable cuando identifique los casos de trastorno mental por reconocimiento de signos y síntomas o rasgos, además que el proceso sea sostenido en un caso específico y se puede repetir con acuerdo en ocasiones sucesivas. La validez del instrumento se demuestra cuando mide lo que intenta medir, es decir, existe correspondencia entre el material de prueba y el concepto o dominio que se intenta medir. El valor de una prueba de diagnóstico se relaciona con su sensibilidad, esto es si identifica con precisión los aspectos de una patología en individuos que tengan el trastorno; y con su especificidad, esto es, si identifica con precisión la ausencia de un trastorno en individuos que no lo tienen. [21]

El Cuestionario de Síntomas, es un instrumento que permite identificar síntomas característicos de los trastornos de depresión y angustia, psicosis, síndrome convulsivo epilépsia y alcoholismo, este último ha sido

agregado al cuestionario original de 24 preguntas, en --
êste trabajo se utilizô el formato de 30 preguntas que -
aparece en el "Manual de Psiquiatrîa para Trabajadores -
de Atención Primaria".

A continuaciôn se explica la forma en que se -
identifican los sîntomas de acuerdo a cada trastorno se-
gûn el nûmero de respuestas afirmativas que se obtengan;
paralelamente se describirâ como aparecen tales sîntomas
en la tercera ediciôn revisada del "Manual Diagnôstico y
Estadístico de los Trastornos Mentales" [DSM IIIR] el --
cual contiene una clasificaciôn estandarizada de los tras-
tornos mentales que se emplean y se aceptan internacional
mente; tales criterios pueden apoyar o diferir del ins--
trumento SRQ al considerar los sîntomas de cada trastorno
que califica.

DEPRESION; El paciente que sufre de depresiôn -
es identificado cuando aparecen marcadas afirmativamente
las preguntas sobre tristeza, dificultades en el sueño, -
cansancio, dificultades para disfrutar las cosas y problem
as en el trabajo y que sean sentidas por un período ma--
yor de 30 días.

PREGUNTAS SOBRE DEPRESION:

Tiene mal apetito?

Duerme mal?

Se siente triste?

Llora usted con mucha frecuencia?

Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?

Tiene dificultad para tomar decisiones?

Tiene dificultad en hacer su trabajo? [Sufre usted con su trabajo?]

Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida?

Ha perdido el interés en las cosas?

Siente que usted es una persona inútil?

Ha tenido la idea de acabar con su vida?

Se siente cansado todo el tiempo?

Se cansa con facilidad?

Criterios diagnósticos del DSM IIIR para el Episodio Depresivo Mayor [22]

Un síndrome depresivo mayor se define según el criterio A siguiente:

A: Como mínimo 5 de los siguientes síntomas han estado presentes durante un mismo período de 2 semanas - y representan un cambio de la conducta previa y al menos, uno de los síntomas es o 1 estado de ánimo deprimido o 2 pérdida del interés o capacidad para el placer.

1] Estado de ánimo deprimido, durante la mayor

parte del día, casi cada día y tal como se indicó - sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás.

2] Notable disminución del interés o placer en todas las actividades habituales casi cada día, como se indicó por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo.

3] Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen [por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes] o disminución o incremento del apetito casi cada día.

4] Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5] Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.

6] Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7] Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa [que pueden ser delirantes] casi cada día no simplemente autoreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo.

8] Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día [manifestada por el paciente u observada por los demás].

9] Ideas de muerte recurrentes [no el simple miedo a morir] ideas de suicidio recurrentes sin un

plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

ANGUSTIA: El paciente que sufre de angustia puede señalar en el cuestionario las siguientes preguntas -- afirmativas de padecer por un período de los últimos 30 días:

Tiene frecuentes dolores de cabeza?

Duerme mal?

Se asusta con facilidad?

Sufre de temblor de manos?

Se siente nervioso, tenso o aburrido?

Sufre de mala digestión?

No puede pensar con claridad?

Tiene sensaciones desagradables en su estómago?

Se cansa con facilidad?

La angustia no fué localizada en el DSM IIIR, - en otra bibliografía coincide con los trastornos de ansiedad y aparece como "un estado disfórico [desagradable] - semejante al miedo cuando no hay una situación manifiesta de peligro, aparece una sensación de aprensión. La -- ansiedad se define a veces por el estado fisiológico de - excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora." [23]

PSICOSIS: Las psicosis constituyen los trastornos mentales más graves que pueden llegar a un servicio de Salud. El cuestionario es útil en estos casos cuando se contestan afirmativamente una o más de las siguientes -- preguntas:

Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?

Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?

Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?

Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?

En el DSM IIIR entre los trastornos psicóticos se incluyen la esquizofrenia, los trastornos delirantes, los trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados, algunos trastornos mentales orgánicos y algún trastorno afectivo. Sería prueba directa de conducta psicótica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones [sin conciencia de su naturaleza patológica]. El término psicótico puede emplearse siempre que la conducta de una persona se muestre tan altamente desorganizada que permita inferir razonablemente que su enjuiciamiento de la realidad -- está alterado. [25]

Criterios diagnósticos del DSM IIIR para la --
Esquizofrenia.

A. Presencia de los síntomas psicóticos característicos en la fase activa o 1], 2], o 3], durante una semana como mínimo a menos que los síntomas hayan sido tratados satisfactoriamente.

1] 2 de los siguientes:

a] Ideas delirantes;

b] Alucinaciones predominantes [a lo largo de todo el día, durante muchos días o varias veces a la semana, no estando limitada cada experiencia alucinatoria a algunos breves momentos];

c] Incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa;

e] Afectividad embotada o claramente inapropiada.

2] Ideas delirantes extrañas [p. ej. incluyendo fenómenos que serían considerados inverosímiles por cualquier individuo de su medio cultural; p. ej. difusión del pensamiento, estar controlado por una persona muerta].

3] Alucinaciones predominantes [tal como se especifica en 1/b de una voz con un contenido que aparentemente no tiene relación con la depresión o la euforia, de una voz que comenta los pensamientos

o la conducta del sujeto, o dos o más voces conversando entre sí.

EPILEPSIA: La epilepsia se define como "Una -- descarga ocasional, excesiva y desordenada que ocurre en el cerebro". [26] Existen formas de epilepsia que no presentan convulsiones, el pequeño mal y la epilepsia psicomotora, pero éstas ocurren con menor frecuencia y no se incluyen para fines de éste cuestionario, se identificará al paciente como caso de epilepsia cuando conteste --- afirmativamente a la pregunta:

Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, - con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento.?

ALCOHOLISMO: Se entiende por alcoholismo al -- trastorno que sufre una persona al ingerir alcohol con una frecuencia y exceso de tal forma que le puede ocasionar problemas familiares, laborales, sociales, psicológicos y físicos. [27] Para calificar como caso de alto --- riesgo de sufrir alcoholismo se toman en cuenta uno o más de los siguientes síntomas:

Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?

Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?

Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo [o en el estudio] a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio o faltar a ellos?

Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?

Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?

Sobre la bibliografía revisada aparece una revisión de los criterios del abuso y dependencia al alcohol. [28]

Dependencia del alcohol: "está caracterizada - por al menos 3 de 9 signos o síntomas específicos [p. ej. incapacidad para controlar la cantidad consumida; interferencia con el trabajo, la escuela o las actividades sociales; tolerancia; supresión] y duración de los problemas durante por lo menos un mes."

El abuso del alcohol se caracteriza por "un patrón mal adaptativo del consumo del alcohol, duración de los problemas por lo menos de un mes y falla en alcanzar los criterios para la dependencia al alcohol.

Cada pregunta del Cuestionario de Síntomas se apoya con un dibujo aducivo, en caso de duda tanto del paciente como del entrevistador, así mismo con una expli

cación adicional anotada al pié del dibujo. [Véase Anexo A]

La participación del personal de Enfermería ---- constituye una parte importante en la metodología de éste trabajo.

En el servicio de recepción de la consulta en un Centro Comunitario, la enfermera recolecta información suficiente para orientar y/o canalizar al paciente, bien sea para una consulta médica o a un programa de Salud. Así mismo es importante la intervención e interpretación que la enfermera hace de los datos que proporciona el paciente en el caso del Cuestionario de Síntomas esto es crucial para el resultado.

Como primer punto, se identificaron las necesidades del servicio comunitario y se planteó la utilidad de la aplicación del instrumento. Se consideró la participación voluntaria de las enfermeras, varias visitas fueron necesarias para coordinar quiénes y por cuánto tiempo permanecerían en el estudio.

La información fué expuesta en la siguiente forma: Se utilizaron 40 minutos en donde se desarrollaron los:

- Objetivos del Estudio.
- Participación del entrevistador.
- Uso del Cuestionario de Síntomas.

- Preguntas y dudas.

Se repartió material de apoyo consistente en - una guía para el entrevistador [Véase Anexo B], el cuestionario y el paquete de dibujos. En cada centro comunitario se le dió dicha orientación a los participantes. El lugar para el entrenamiento fue en el servicio de la consulta o en una sala de usos múltiples. Las primeras 10 - entrevistas fueron consideradas para el estudio piloto y para impresiones y dudas acerca del procedimiento. [30,31]

III.- SECCION DE METODOS.

A. METODOLOGIA.

1. HIPOTESIS.

La aplicaci3n del Cuestionario de Sntomas en -
pacientes entrevistados por el Personal de Enfermeria per-
mite la identificaci3n de casos de trastorno mental en pa-
cientes que acuden a la consulta general de los centros -
de salud comunitarios.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Aplicaci3n del Cuestionario de Sntomas por el
Personal de Enfermeria.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Identificaci3n de casos de trastorno mental en
pacientes que acuden a la consulta general de los centros
de salud comunitarios.

2. DEFINICION OPERACIONAL.

Cuestionario de Sntomas: Instrumento estandari

zado por la Organización Mundial de la Salud, de tipo -- cuestionario, para las edades de 15 a 45 años. Contiene 30 preguntas que deben calificarse con respuestas positivas o negativas y están estructuradas para identificar -- trastornos como la depresión, angustia, síndrome convulsivo epilepsia, psicosis y alcoholismo. Cada pregunta refiere síntomas que están representados por dibujos que -- facilitan entender el ítem.

Trastorno mental: Conjunto de síntomas y signos con una evolución específica no menor de 30 días de las -- siguientes entidades: depresión, angustia, síndrome con--vulsivo epilepsia, psicosis y alcoholismo.

Caso: Paciente identificado de acuerdo al nûme--ro de respuestas positivas que se obtengan en el Cuestio--nario de Síntomas y califica como un trastorno mental.

Personal de Enfermería: Profesional, Pasantes -- de enfermería y/o auxiliares, que laboren en una casa o -- centro de salud, formando parte del equipo médico y desa--rrolle actividades de primer nivel de atención.

Paciente: Persona que requiere de atención pre--ventiva o curativa de un centro de salud.

Entrevista: Técnica utilizada para aplicar el -- Cuestionario de Síntomas al paciente en la recepción de -- la consulta.

Recepción de la Consulta: Servicio atendido por Personal de Enfermería, que registra a los usuarios del Centro de Salud.

3. OBJETIVOS.

Emplear el Cuestionario de Síntomas como un medio para la identificación de trastornos mentales en centros de salud comunitarios.

Aplicar el instrumento en base a una metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que permita identificar variaciones en los resultados en la población de estudio.

Describir la morbilidad psiquiátrica de la población de estudio.

Identificar en el proceso de aplicación del instrumento los aspectos que se dificulten al personal de enfermería para realizarlo.

4. TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo es un estudio de campo, descriptivo, exploratorio.

5. MUESTRA.

Con el fin de determinar un tamaño de muestra,

ademãs de poder identificar dificultades o dudas que tu viera el Personal de Enfermeria al momento de aplicar el instrumento se realizô un estudio piloto.

Se entrevistaron a 30 personas que asistieron a la consulta de los centros de salud. De las respuestas obtenidas se aplicaron valores numêricos para utilizar la siguiente fôrmla estadística:

$$n = \frac{Nz^2 p q}{z^2 pq + [N-1] e^2}$$

Donde:

N = Tamaño mensual de la consulta.

p = Proporción de casos con respuesta positiva.

q = Proporción de casos con respuesta negativa.

z = Calificación normal estándar asociada al nivel de significación.

e = Error muestral deseado [% de p]

n = Tamaño de la muestra

$$n = \frac{3858 [1.64]^2 [0.5] [0.5]}{[1.62^2] [0.5] [0.5] + [3858 - 1] [0.075^2]}$$

$$n = 116$$

Para obtener N [tamaño mensual de la consulta] se tomaron los datos que se tenían en el mes de Mayo de 1990 por contar con un antecedente.

Los centros seleccionados para el servicio definitivo y las cantidades de n fueron las siguientes:

CENTRO DE SALUD	CONSULTA DE MAYO	n	%
Cruz Verde Apodaca	2 595	78	66.5
Fomerrey 4	584	18	15.5
Cañada Blanca	679	20	18.0
Total	3 858	116	100.0

El métodos de selecciôn de los pacientes que integraron el tamaño de la muestra se llevô a cabo por el procedimiento de muestreo sistemático probabilístico debido a que la poblaciôn que asiste a la consulta es infinita y variada cada día; al azar se obtuvo un numero entre el uno y el cinco para saber con que paciente se iniciaría la selecciôn, posteriormente se sumaron en múltiplos de cinco para continuar con los siguientes pacientes.

Así se fueron entrevistando los pacientes hasta completar 116. Al identificar cada uno de los cuestionarios con el nombre del paciente no se presentaron repeticiones en las entrevistas.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Personas voluntarias a la entrevista de 15 a 45 años de edad del sexo masculino y femenino.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Personas que no acepten ser entrevistadas o --
que no reunan la condición de edad.

SUJETOS DE ESTUDIO:

Pacientes que acudieron a la consulta general -
durante los meses de Septiembre a Noviembre de 1990 y que
corresponden al sexo femenino el 85.3% y el 14.7% al se-
xo masculino.

Las edades de los pacientes se consideraron en-
tre los 15 y 45 años.

El personal de Enfermería que participó como en-
trevistador, el 37.5% fueron Licenciados en Enfermería -
Pasantes de Enfermería Básica el 37.5% y Pasantes de Lic.
en Enfermería un 25%.

6. INSTRUMENTO.

Se utilizó el Cuestionario de Síntomas de la -
Organización Mundial de la Salud descrito en la parte -
del Marco Teórico. [Véase AnexoC]

7. PROCEDIMIENTOS.

Para la aplicación del instrumento se utilizó -
como espacio físico la recepción de la consulta en cada
uno de los centros comunitarios.

Según el método de selección, se entrevistaron aquellos pacientes que en el orden del registro diario -- ocuparon los lugares múltiples de cinco y que además tuvieron los criterios de inclusión; de no ser así se continuaba a esperar el siguiente paciente.

El entrevistador daba inicio a la entrevista, -- luego de hacer una breve introducción explicando que se le harían preguntas sobre síntomas que pudiera estar presentando en los últimos treinta días, relacionados con -- sus emociones.

Una vez que el paciente aceptaba ser entrevistado, se procedía a llenar la ficha de identificación del instrumento y posteriormente se hacían las preguntas. No -- se presentaron pacientes que no quisieron participar o negarse a contestar las preguntas una vez iniciada la entrevista.

Al tiempo de realizar la pregunta el entrevistador mostraba el dibujo correspondiente al síntoma para hacer más clara la pregunta.

Se agradecía la participación del paciente y se contestaban las preguntas que hiciera, en caso necesario se dieron explicaciones al paciente sobre los objetivos -- del estudio.

Al terminar la aplicación del cuestionario, el

entrevistador hacía notas sobre lo que observó del paciente, las preguntas que se dificultaron para entenderse o tomaba los datos del paciente [Dirección] en caso necesario. El tiempo promedio para realizar la entrevista fue de 15 minutos.

El entrevistador contaba el número de respuestas positivas dadas por el paciente, identificando si éste se incluiría como caso en el estudio.

8. ANALISIS DE LOS DATOS.

Luego de realizar el total de la muestra fué necesario realizar varios programas para el computo y análisis de los datos.

Se utilizó una base de datos en el programa D-Base III para el computo de las respuestas obtenidas de la ficha de identificación y las preguntas del instrumento.

Las preguntas se clasificaron de acuerdo a cada trastorno, computandose las respuestas positivas y negativas que al agruparse se obtenía a que tipo de trastorno mental correspondían.

Posteriormente se hicieron cruces de variables en un programa de Sidekick. para luego ser transmitidas al paquete SPSS [Statistical Package for the Social Sciences]. Realizando un análisis estadístico con pruebas de

Chi Cuadrada y Pearson [r]

9. ASPECTOS ETICOS.

Se solicitô la colaboraciôn a la Secretaria de Post Grado para coordinar y enterar del trabajo y objetivos del estudio al Departamento de Salud Pùblica de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.

Se informô sobre los centros de salud comunitarios que se incluirían en el estudio; así mismo a través de ésta Secretaria se solicitô la participaciôn del personal de Enfermería como entrevistadores del estudio.

Se reuniô al personal mèdeico de Enfermería y promotores de Salud de los Centros Comunitarios para informarles de los objetivos del estudio y solicitarles su apoyo.

Se considerô la participaciôn voluntaria de las personas a entrevistar informândoles que la aplicaciôn del cuestionario no causaría daño físico o psicológico.

Los datos se manejanon confidencialmente permaneciendo los resultados obtenidos para el uso exclusivo de su análisis.

B. MATERIAL

- . Papelería de oficina
- . Impresiôn de cuestionarios

- . Plano de la comunidad
- . Registro diario del médico
- . Medio de transporte
- . Registro diario de consulta
- . Programa de computadora DBase III, Side kick
SPSS, Fast Graphic, Lotus 123 versión 2.2. y
PFS.

IV.- RESULTADOS.

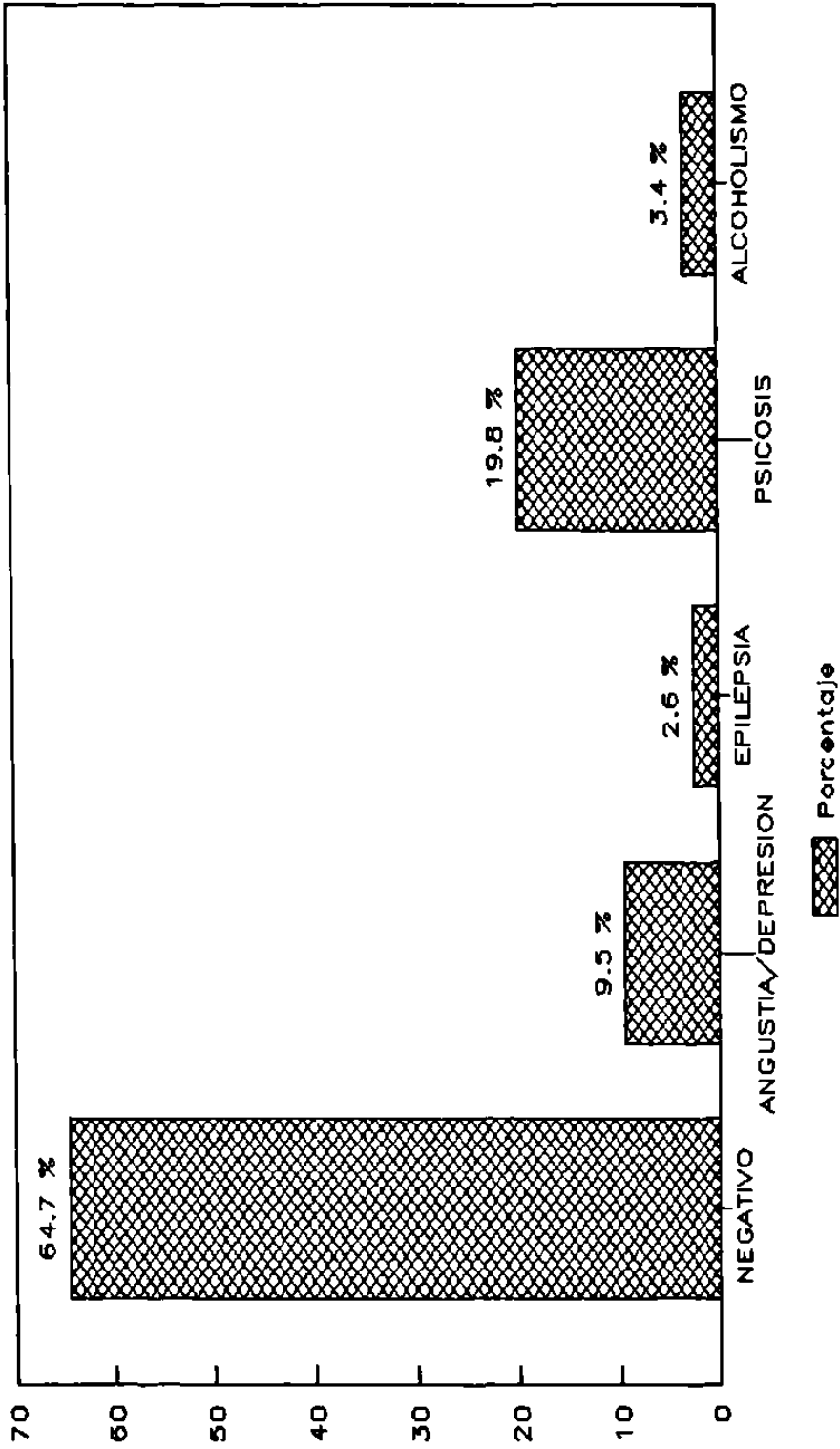
Uno de los principales objetivos en este trabajo fue el de emplear el Cuestionario de Síntomas como medio - para identificar trastornos mentales en pacientes que acuden a la consulta de Centros de Salud Comunitarios; como - resultados se obtuvo que del total de la población de estudio el 64.7% aparecen con datos negativos y el 35.3% calificô como trastorno mental.

Los casos de trastorno mental se encontraron de acuerdo a la forma en que califica el instrumento y los - resultados fueron: como casos entre la angustia y la de-- presión el 9.5%; como casos de epilepsia el 2.6%; en el - apartado de psicosis se encontraron el 19.8% y como casos de alto riesgo de padecer alcoholismo el 3.4%. (Gráfica - #1)

Grafica #1

TRASTORNOS MENTALES DETECTADOS

n = 116



Fuente: Entrevistas directas.

Otros resultados obtenidos que se describen a continuación corresponden a las variables que se cruzaron para su análisis estadístico y que no mostraron una significancia.

Según la edad de las personas se obtuvo que: - en el grupo de 15 a 20 años se entrevistó un 23.2%; de 21 a 25 años el 28.4%; de 26 a 39 años un 22.4%; de 31 a 35 años un 8.5%; de 36 a 40 años se entrevistó un 10.3%; y en el grupo de 41 a 45 años el 7%. (Cuadro #1)

En cada uno de los grupos de edad se identificaron casos de trastorno mental y éstos fueron los siguientes: en el grupo de 15 a 20 años se obtuvo un 11.2%; en el grupo de 21 a 25 años se obtuvo un 3.5%; en el grupo de 26 a 30 años, un 10.3%; el grupo de 36 a 40 años - el 3.5%; y en el grupo de 41 a 45 años se encontró el 4.3%. (Gráfica #2)

CUADRO #1

PERSONAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

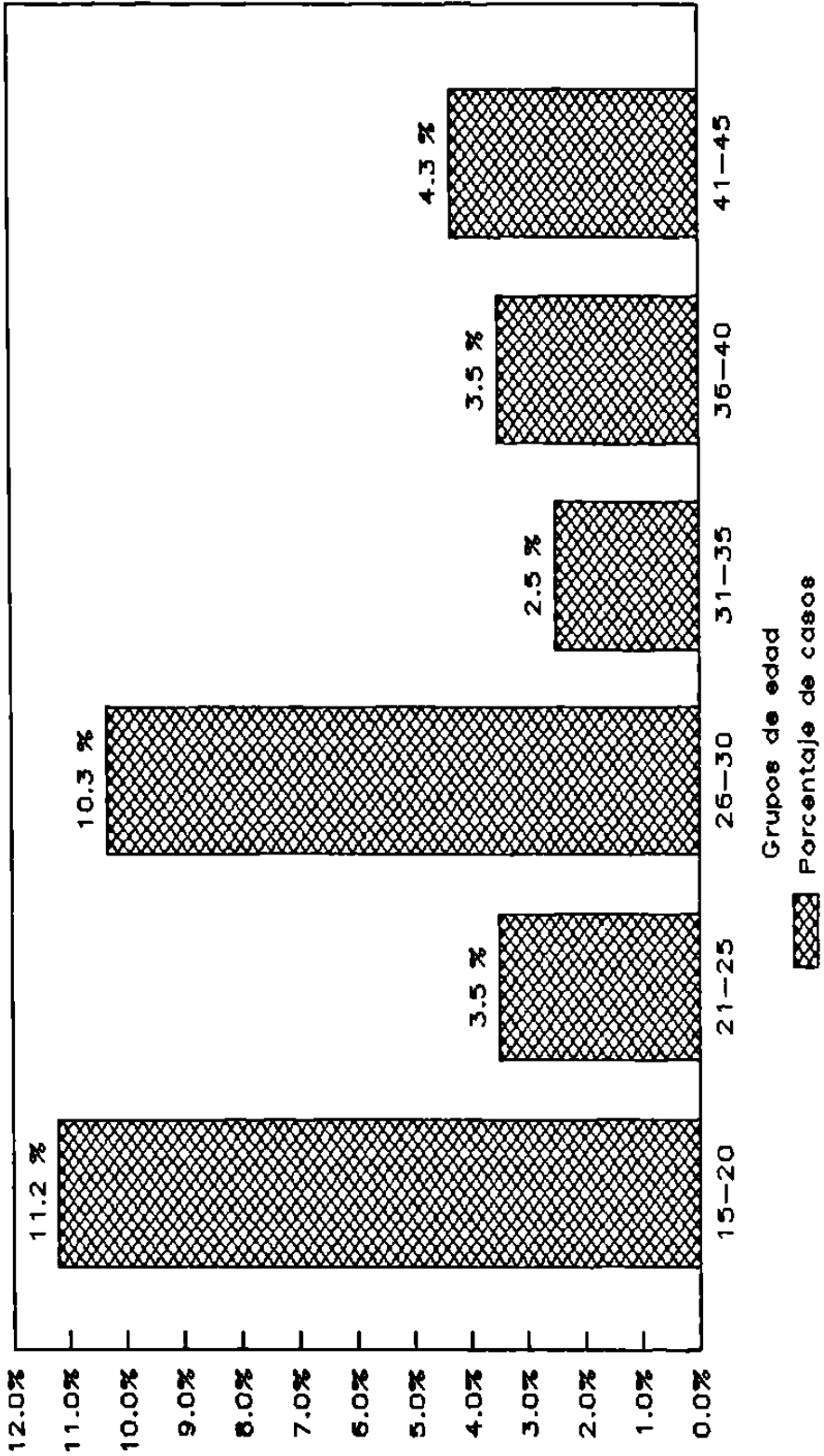
GRUPOS DE EDAD	%
15-20	23.2
21-25	28.4
26-30	22.4
31-35	8.5
36-40	10.3
40-45	7.0
TOTAL	100.0

Fuente: Entrevistas directas.

Grafica #2

CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD

n = 116



Fuente: Entrevistas directas.

Según el sexo de los pacientes entrevistados - los resultados fueron así: el 85.3% fueron pacientes femeninas y el 14.7% pacientes masculinos. (Cuadro #2)

Los casos encontrados según el sexo de los pacientes se identificaron de la siguiente manera: En la población femenina, el 9.5% se encontró como casos entre la angustia y la depresión; el 2.6% como casos de epilepsia el 18.1% como psicosis; y el 0.8% como alcoholismo.

Entre la población masculina entrevistada se encontró, 11.7% de pacientes como casos de psicosis y 2.6% - de casos de alcoholismo. (Gráfica #3)

CUADRO #2

ENTREVISTADOS SEGUN SEXO

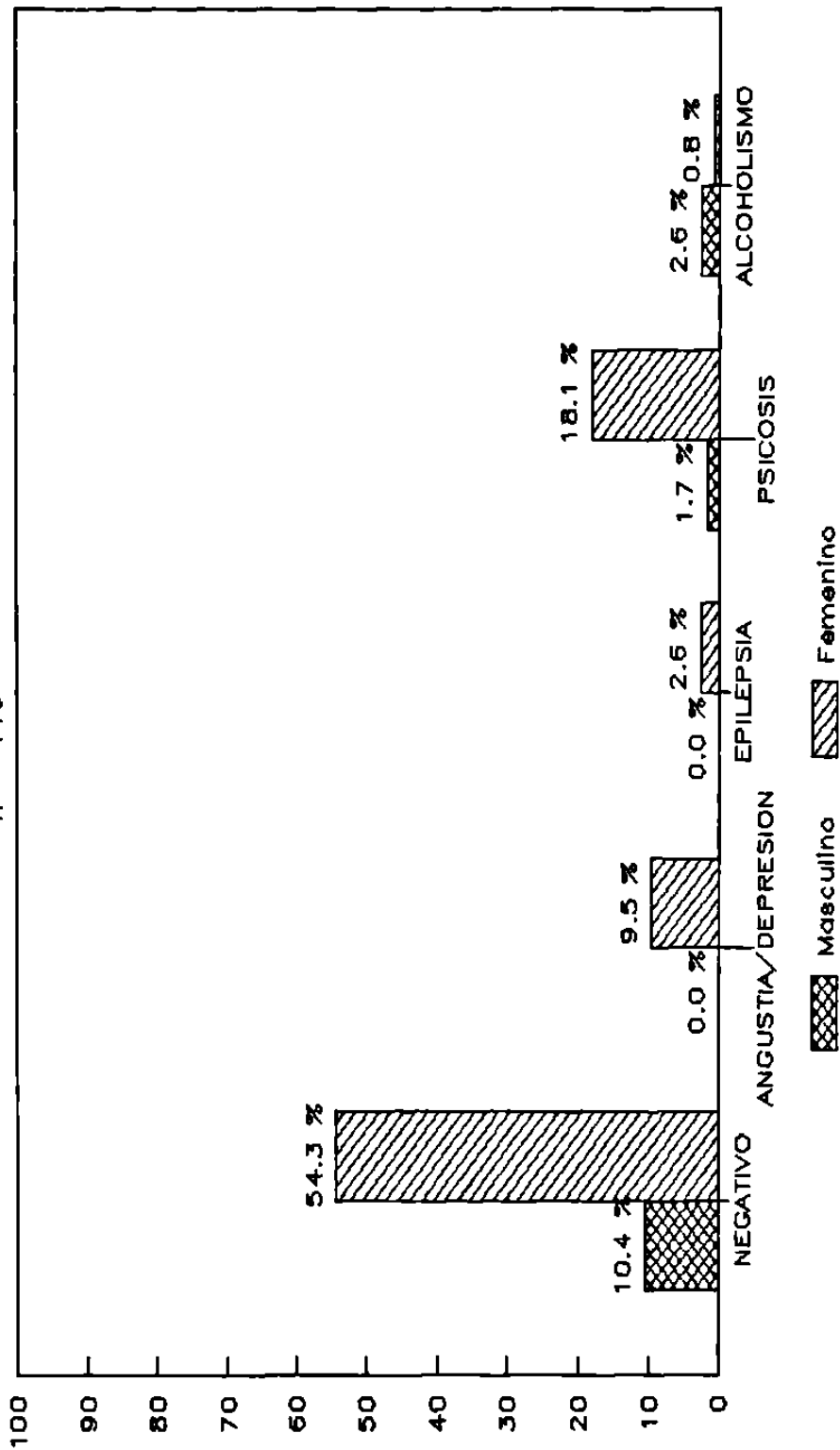
SEXO	%
FEMENINO	85.3
MASCULINO	14.7
TOTAL	100.0

Fuente: Entrevistas directas.

Grafica #3

CASOS SEGUN SEXO

n = 116



Fuente: Entrevistas directas.

Los motivos de consulta de los pacientes se dividieron en dos apartados; aquellos con algún padecimiento físico que requerían consulta médica y la población aparentemente sana demandante de un programa de salud.

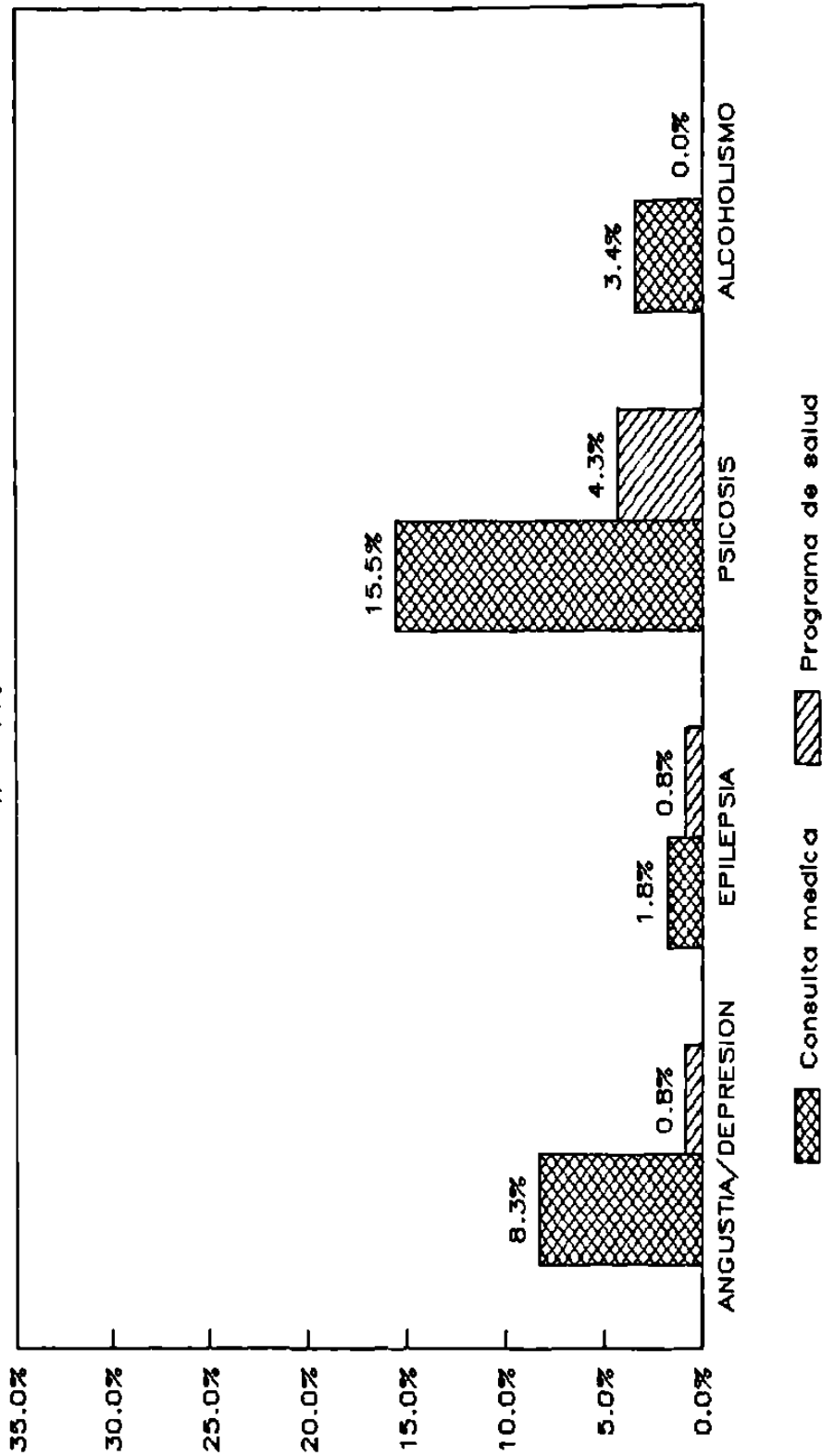
Los resultados fueron los siguientes: el 75% de los pacientes entrevistados asistió consulta médica y el 25% solicitó atención en un programa de salud.

De los casos encontrados según la razón de la consulta se obtuvo: Casos entre la angustia y la depresión el 8.7% de la consulta médica, 0.8% en los programas de salud; casos de epilepsia el 1.8%, de la consulta médica y 0.8% de un programa de salud; casos de psicosis el 15.5% fue encontrado en la consulta médica y el 4.3% en pacientes de los programas de salud; dos casos de alcoholismo fueron encontrados en pacientes de la consulta médica que representan el 3.4%. (Gráfica #4)

Grafica #4

CASOS SEGUN MOTIVO DE CONSULTA

n = 116



Fuente: Entrevistas directas.

Según el nivel profesional del personal que realizó las entrevistas, participaron como personal profesional de Enfermería el 37.5%, siendo del nivel Licenciatura de Enfermería; el 37.5%, correspondieron a pacientes de Enfermería básica, y un 25% fueron pacientes de Licenciatura en Enfermería. [Cuadro #3]

Del total de entrevistas, el personal profesional realizó el 55.2%, identificando en los pacientes entrevistados el 17% como casos de trastorno mental; esta cifra corresponde a la cantidad de entrevistas hechas por el personal profesional.

Las Pasantes de Enfermería [Licenciatura y Básica] realizaron el 44.8%; ésta cifra corresponde a la cantidad de entrevistas hechas por las pasantes de enfermería. [Gráfica #5 y 6]

Al observar cuales fueron los tipos de casos encontrados por los entrevistadores, personal profesional o pasantes de Enfermería, se obtuvo que de los 41 casos [35.3%] la mayor frecuencia fue la obtenida en los casos de Psicosis, 18, entrevistados por pasantes de Enfermería. [Gráfica #7]

CUADRO #3

PERSONAL DE ENFERMERIA ENTREVISTADOR

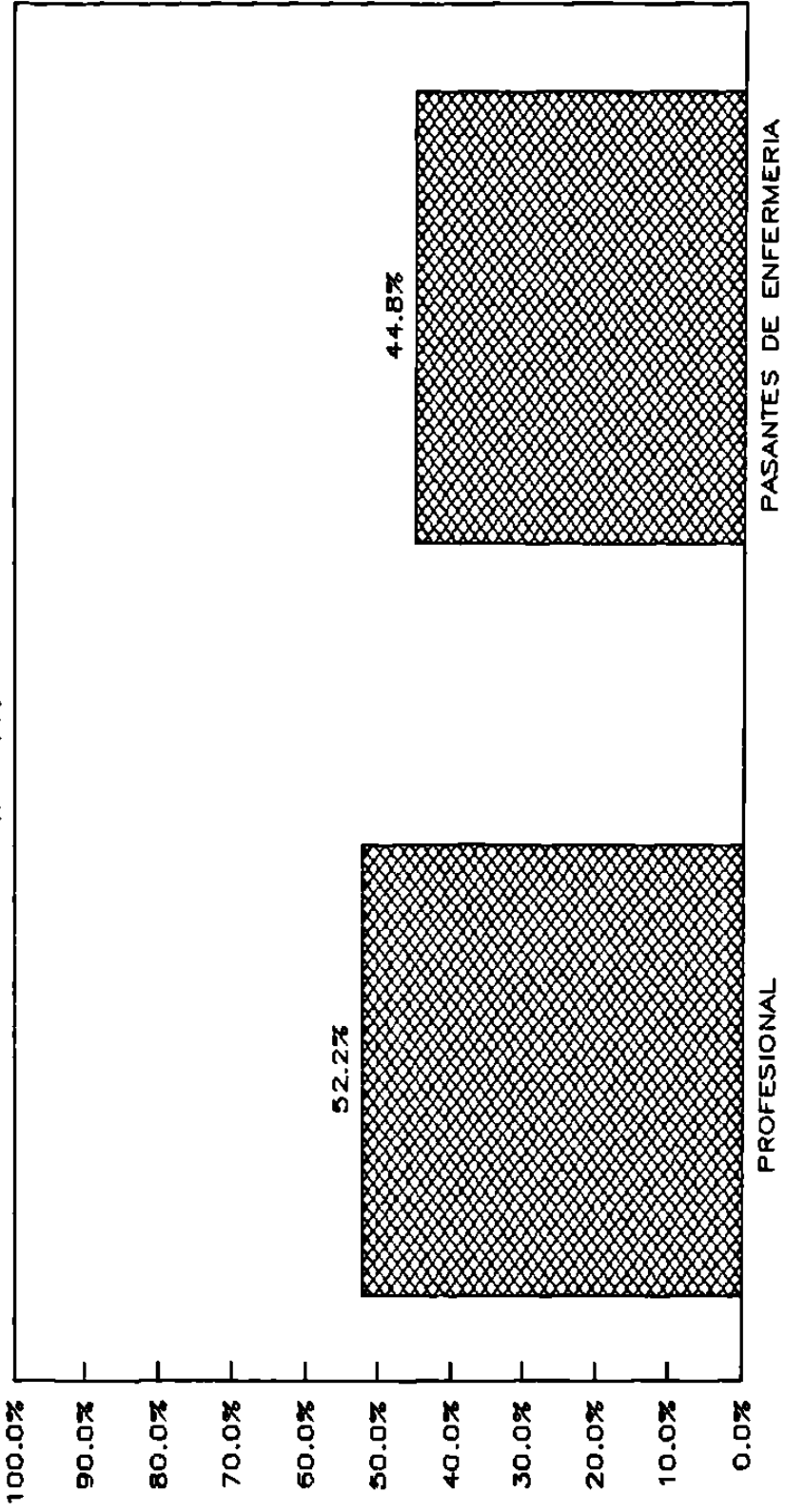
PERSONAL DE ENFERMERIA	No.	%
Licenciados en Enfermeria	3	37.5
Pasantes Enfermeria Basica	3	37.5
Pasantes de Licenciados en Enfermeria	2	25.0
TOTAL	8	100

Fuente: Entrevistas directas.

Grafica #5

ENTREVISTADORES SEGUN NIVEL ACADEMICO.

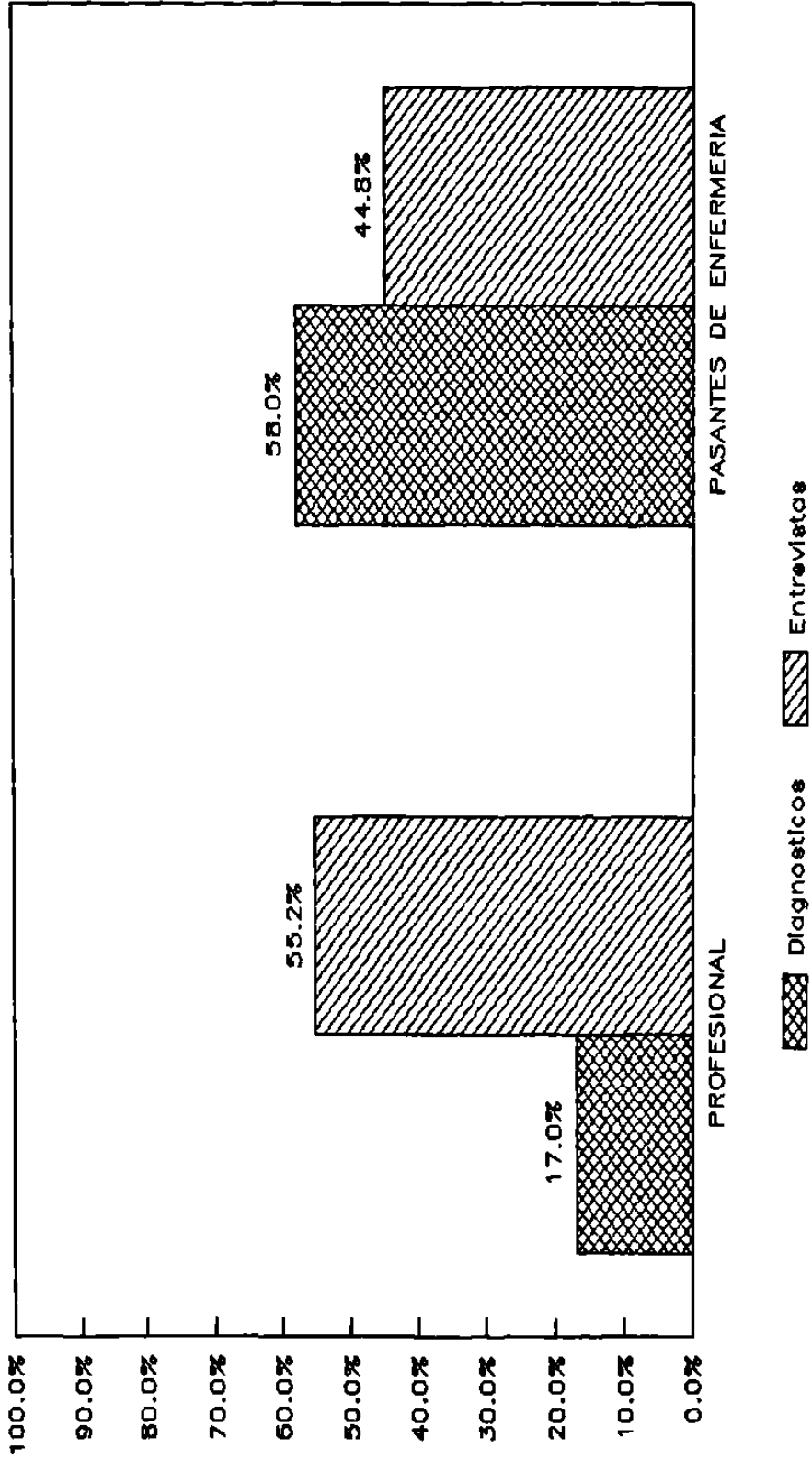
n = 116



Fuente: Entrevistas directas.

Grafica #6

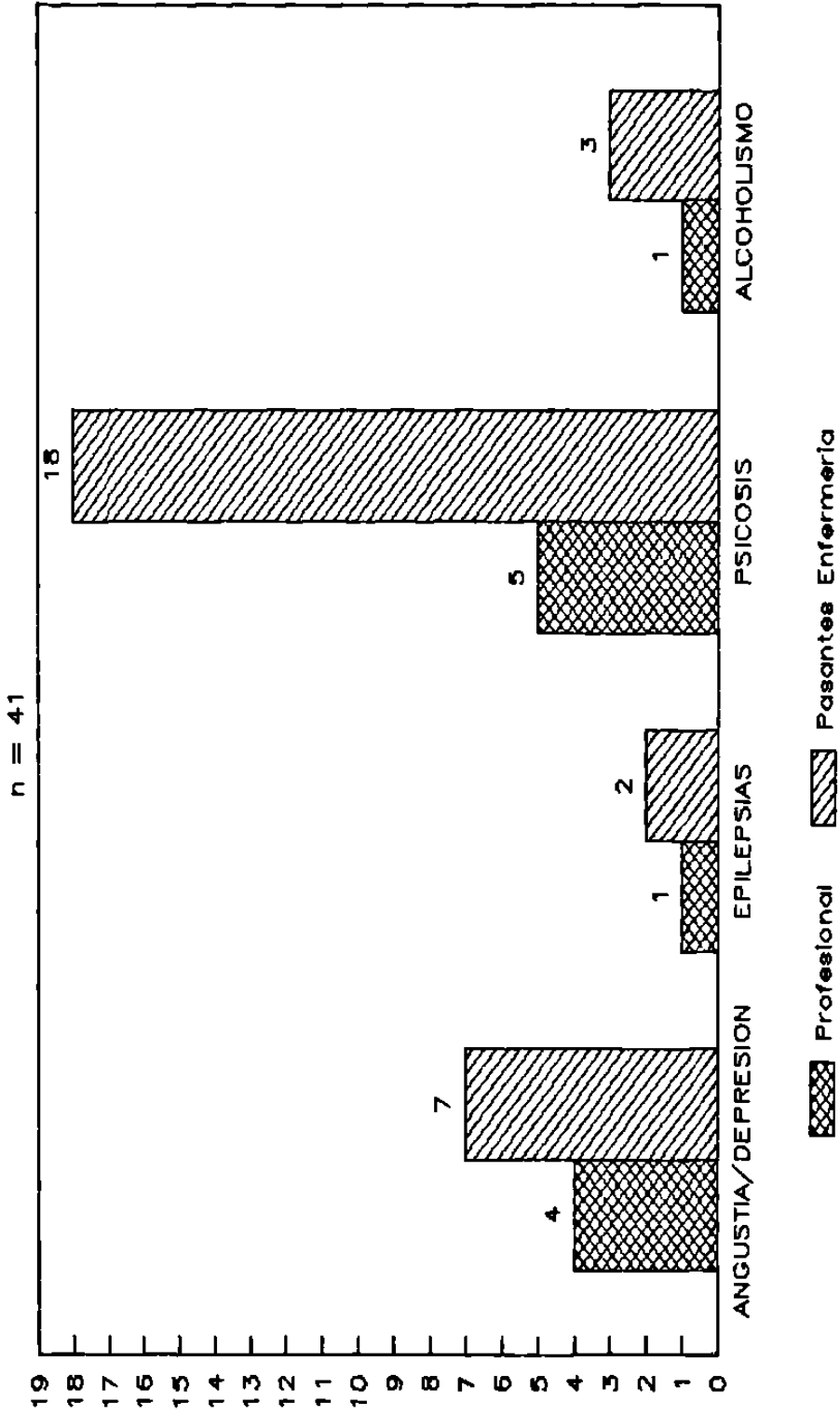
ENTREVISTADORES SEGUN DIAGNOSTICOS.



Fuente: Entrevistas directas.

Grafica #7

DIAGNOSTICOS SEGUN ENTREVISTADORES



000084

Fuente: Entrevistas directas.

De acuerdo al Centro de Salud donde se realizaron las entrevistas se logró encontrar los siguientes resultados:

En Fomerrey 4, se aplicaron el 15.5% de los --- cuestionarios. De la población entrevistada el 78% se --- identificó como trastorno mental; 17% como casos entre la angustia y la depresión, 11% de casos de epilepsia, 50% - de casos de psicosis.

En este centro participaron como entrevistadores una Lic. en Enfermería y una Pasante de Lic. en Enfermería. [Gráfica #8]

En Cañada Blanca se realizó el 18% del total de entrevistas, de ésta población se identificó un 15% como trastorno mental: el 10% como casos de psicosis y el 5% - como casos de alcoholismo.

En este Centro participaron como entrevistadores dos Lic. en Enfermería. [Gráfica #9]

En la Cruz Verde de Apodaca, se aplicaron el-- 66.5% de los cuestionarios del estudio. En éste centro - se identificó un 31% de pacientes como casos de trastorno mental distribuidos de la siguiente manera: 10.2% casos

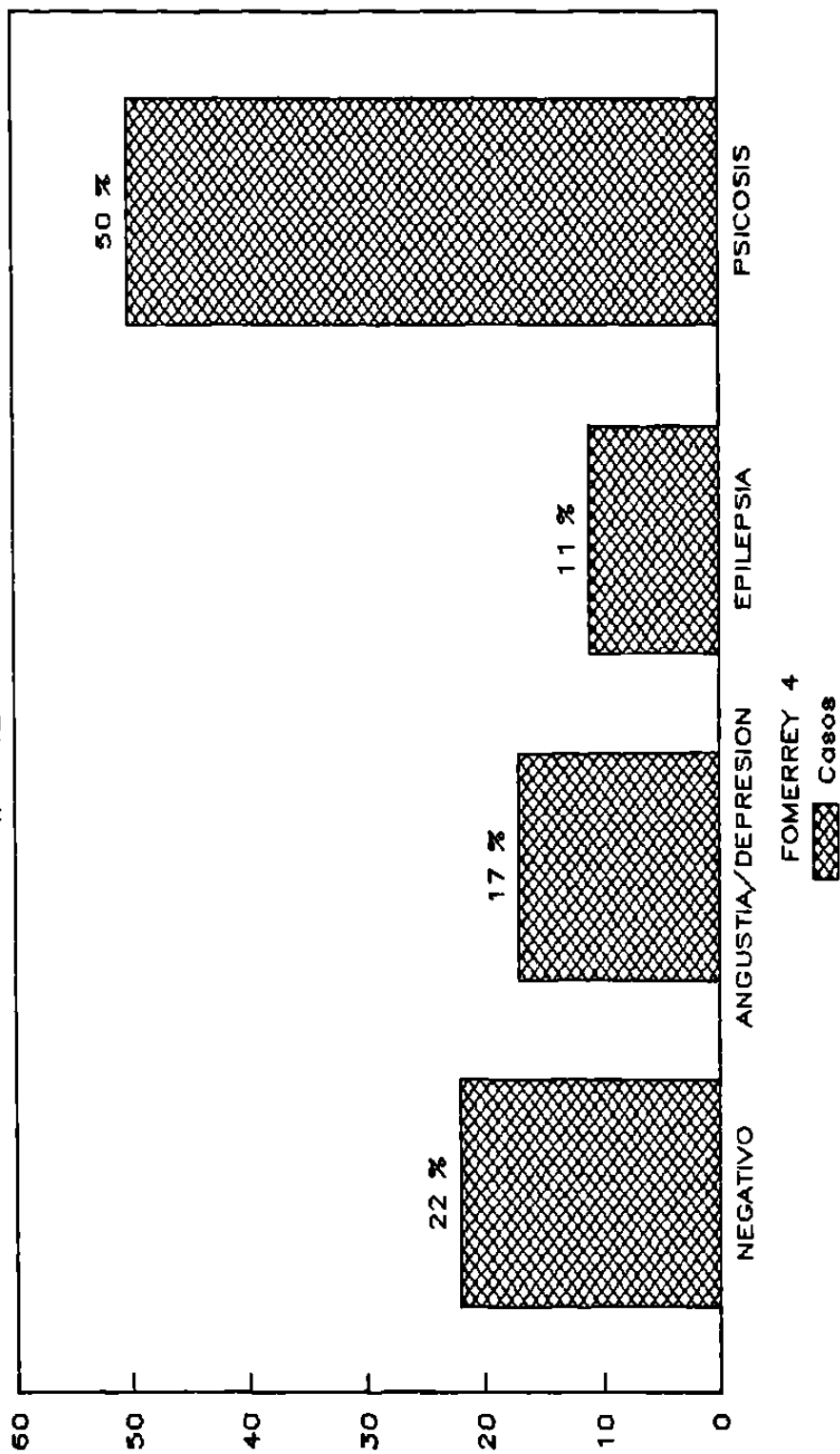
entre la angustia y la depresiôn; 1.4% casos de Epilepsia; 15.4% de casos de Psicosis y 4% de casos de alcoholismo.

Como personal entrevistador participaron tres pasantes de Enfermería básica y una pasante de Lic. en Enfermería. [Gráfica #10]

Grafica #8

CASOS SEGUN LUGAR DE APLICACION

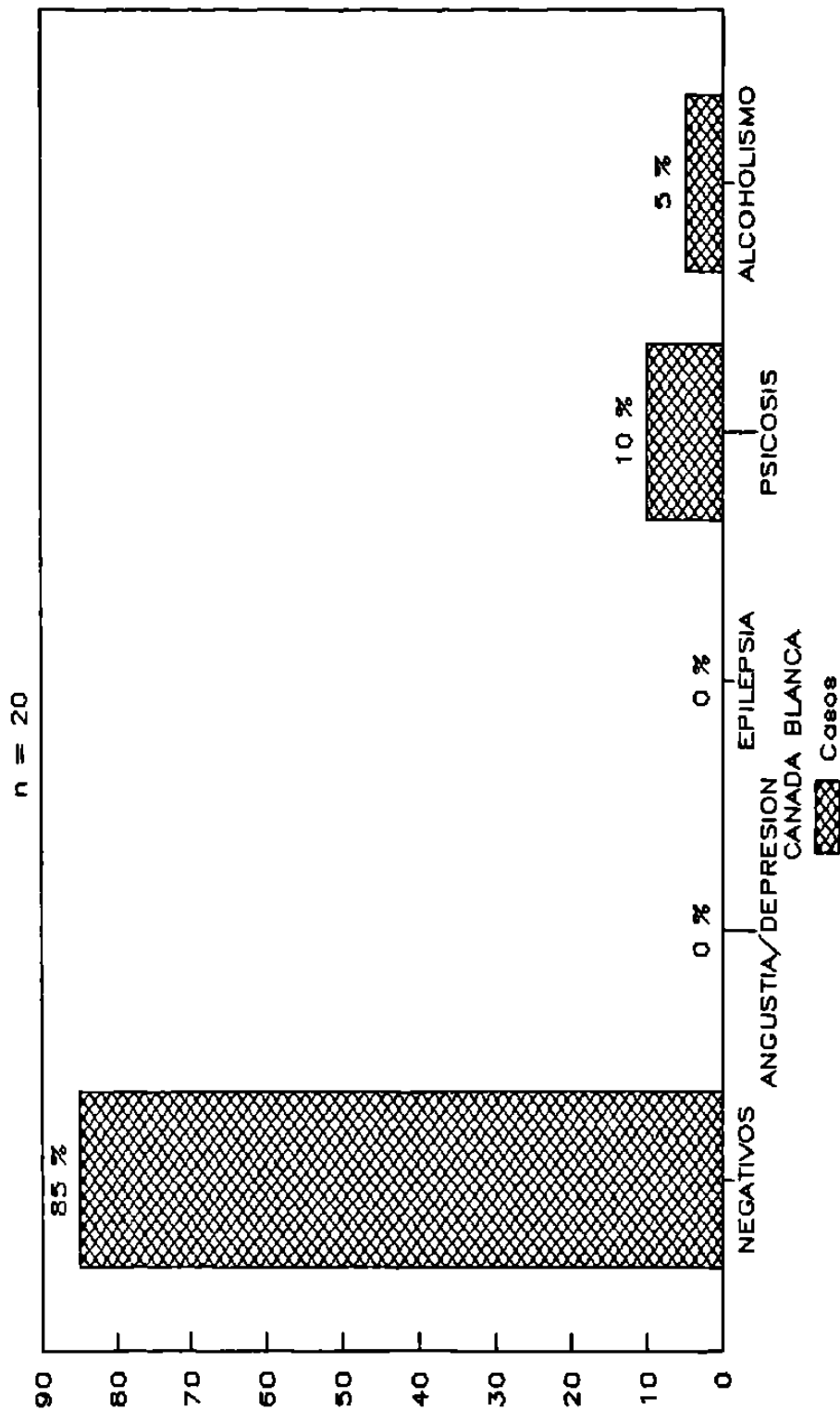
n = 18



Fuente: Entrevistas directas.

Grafica #9

CASOS SEGUN LUGAR DE APLICACION

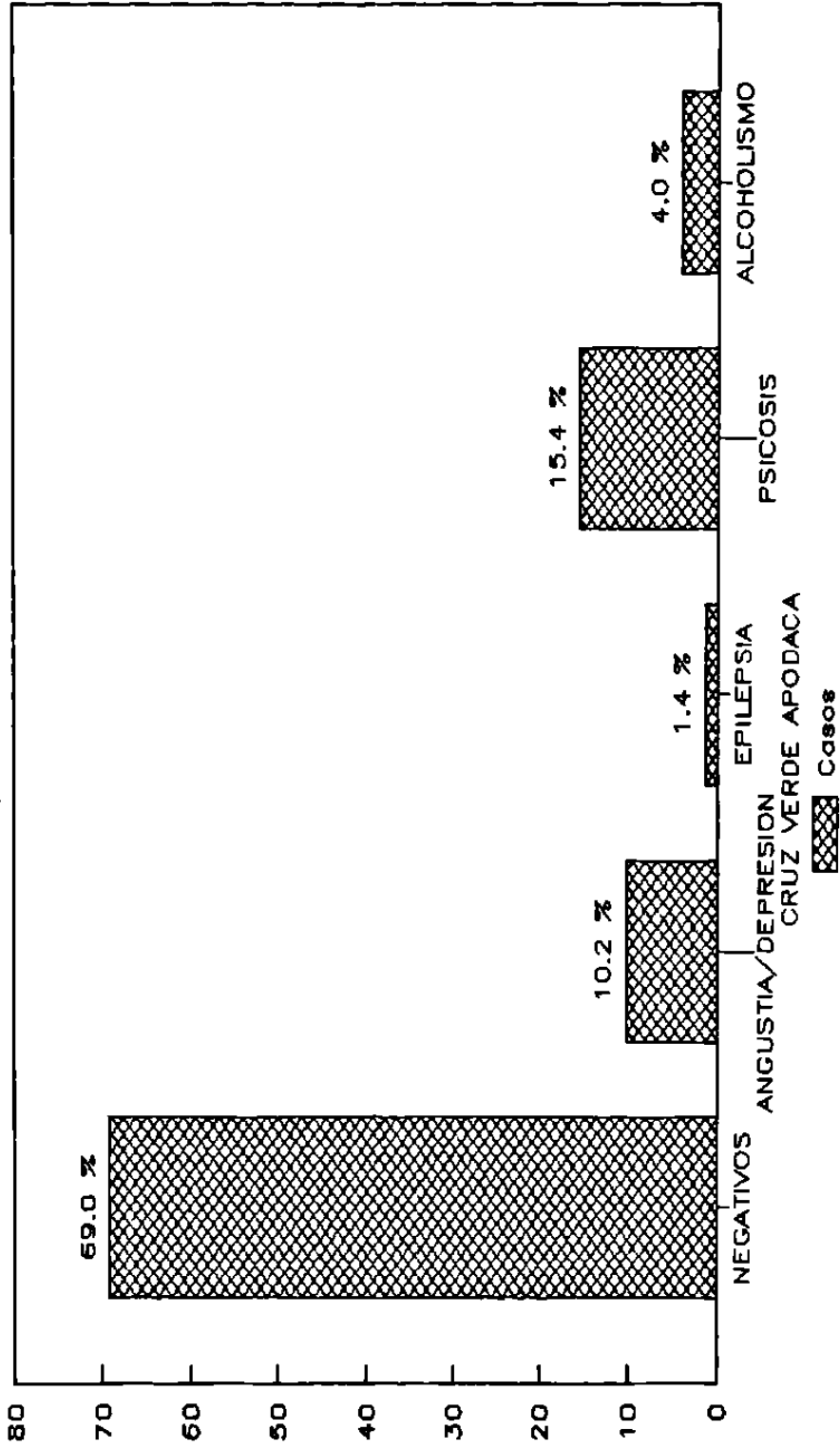


Fuente: Entrevistas directas.

Grafica #10

CASOS SEGUN LUGAR DE APLICACION

n = 78



Fuente: Entrevistas directas.

Al revisar las observaciones que los entrevistadores hicieron al final de la entrevista se obtuvo que algunas preguntas del cuestionario no se entendieron claramente y resultaba difícil obtener una respuesta aún con el uso del dibujo. Las preguntas como: No puede pensar -- con claridad?, Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida?, Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma? Es usted una persona mucho mas importante que lo que piensan los demás?

V. DISCUSION.

El emplear el Cuestionario de Síntomas como medio para identificar trastornos mentales en pacientes que acuden a la consulta de Centros de Salud Comunitarios, -- permitiô obtener datos positivos al aplicarlo. El 35% de los pacientes entrevistados se identificô como caso de -- trastorno mental, con esto, se puede apreciar que existen diferencias con los hallazgos obtenidos de otros estudios 10.8% en Cali, Colombia; 17.7% encontrado en Haryana, India. [Harding, T.W. y otros. 1980]. Los datos anteriores se obtuvieron de païses no desarrollados, sin embargo, -- Goldberg y Blackwell [1970] obtuvieron en païses industrializados un 20% de morbilidad psiquiâtrica, entre los pri-- meros intentos que se hicieron para utilizar instrumentos de investigaciôn eficientes.

Durante los meses en que se tomaron los cuestionarios, se revisaron los registros diarios del mêdico sin encontrar en ellos algùn tipo de diagnôstico psiquiâtrico o psicolôgico. Esto sugiere que el personal mêdico utiliza escasamente estos diagnôsticos como motivos de consul-

ta y que al paciente se le identifica cuando su conducta es amenazante, desorganizada o que difiere de manera importante al comportamiento social aceptado [Crawford, 1987]

Por otro lado, éstos resultados coinciden con -- los estudios realizados por el Grupo de Investigadores de la Organización Mundial de la Salud [1978], en donde se -- demuestra que antes de la utilización de instrumentos estandarizados NO se detectaban el 75% de los pacientes con algún trastorno mental.

En 1984, Gutiêrrez Avila y Tovar Acosta encontraron que "la informaciôn procedente de los servicios -- mêdicos tiene limitaciones", esto sugiere que no es posible contar con cifras claras cuando existen deficiencias en los mêtodos diagnôsticos o cuando el personal mêdico -- no se interesa por los aspectos emocionales del paciente al atenderle en la consulta.

Es posible que puedan existir otros factores que limiten al personal de Salud para atender los aspectos -- emocionales del paciente, los resultados de êste estudio muestran como el desarrollo y aplicaciôn de têcnicas estandarizadas vienen a ser parte fundamental en el terreno epidemiolôgico, ademâs de ser un primer paso para la elaboraciôn de programas encaminados a preservar la Salud Mental. [Harding 1978, Goldberg 1970].

Aunque en el presente estudio no se hizo entre vista de seguimiento para confirmar el diagnóstico que da daba el instrumento, o bien conocer la evolución que tu vo el paciente luego de recibir un tratamiento médico - se puede considerar a los pacientes identificados de pa- decer síntomas de trastorno mental ya que los criterios - diagnósticos del Cuestionario de Síntomas coinciden con - los encontrados en el DSMIII R [1988]

Entre los objetivos planteados en el presente - estudio, se encontraron ciertas limitaciones, como el pre tender describir la morbilidad psiquiátrica cruzando va- riables en un análisis estadístico que no aportó signifi- cancia, Sin embargo los resultados obtenidos pueden plan- tearse en futuras investigaciones que corroboren los si- guientes aspectos:

- a] El mayor porcentaje de casos encontrados en la - población femenina.
- b] Los casos encontrados en los grupos de edad joven.
- c] Los resultados obtenidos según el entrevistados.

La realización del trabajo en base a una meto- dología propuesta y recomendada por la Organización Mundial de la Salud, permitiô identificar diferencias en los resul- tados que se obtuvieron según el personal que entrevista, sin embargo los estudios revisados no apoyan que el crite- rio del entrevistador pueda variar las respuestas.

Por otro lado, en las observaciones hechas por los entrevistadores acerca de la dificultad que se presentô al plantear las preguntas coincide con lo expresado -- por Kortmann y Horn [1988], al mostrar que existen diferencias culturales que limitan el empleo de instrumentos de investigación universalmente aplicables para la detección de casos psiquiátricos.

Otras limitantes al realizar el estudio fueron:

La falta de disposición de tiempo completo por parte del responsable del estudio para supervisar la metodología propuesta.

La dificultad de los entrevistadores para la realización de las entrevistas, pues la carga de trabajo no les permitiô contar con un tiempo específico para integrarse al estudio, realizando las entrevistas en espacios de tiempo de sus actividades.

Algunos entrevistadores decidieron dejar el estudio, por lo que fuê necesario preparar otro personal para continuar.

VI.- CONCLUSIONES.

Al realizar la descripción de los resultados obtenidos en el presente estudio, se puede concluir que:

El empleo del Cuestionario de Síntomas como un medio para la identificación de trastornos mentales en centros de salud comunitarios, permitió obtener resultados positivos en su aplicación.

Esto sugiere que puede ser utilizado por el personal de Enfermería en un nivel primario de atención.

De esta manera, el Cuestionario de Síntomas da la oportunidad de conocer que el paciente sufra de algunos síntomas propios de un trastorno mental, aunque no lo defina claramente, como sucede en los trastornos leves de la angustia y la depresión.

Es importante continuar en estudios posteriores que amplíen la metodología del presente trabajo tales como: el seguimiento de pacientes identificados, para la confirmación del diagnóstico apoyándose con entrevistas posteriores por personal especializado, o bien la utilización -

de otras entrevistas psiquiátricas estandarizadas que apoyen al Cuestionario de Síntomas.

Por otro lado, los resultados obtenidos de las variables como el sexo, la edad, las razones de la consulta y los diagnósticos obtenidos luego de aplicar el instrumento, requieren de un análisis más profundo para conocer posibles relaciones entre ellos.

Se sugiere apoyar al Personal de Enfermería, - para que pueda efectuar a nivel primario acciones en el - área de la Salud Mental, y con esto facilitar la intervención eficaz a nivel preventivo.

VII.- BIBLIOGRAFIA CITADA.

1. Gulbinat, W., Mental Health problem assesament and -
information support: directions of WHO'S work,
En World Health Statistical Quarterly. 36, 1983, p. 224
231 1.
2. Sharon, Valente., "Stalking Patient Depression". En
Nursing 1984 V. 14 #8 Spring House Corp. p. -
62-64.
3. Crawford, L.A. Kilander, C.V., "Enfermería Psiquiátri
ca y Salud Mental". Ed. El Manual Moderno, 1987
6a. Edición.- México, D.F. p. 1-7
4. Freedman, M.A., et. al. "Comprendio de Psiquiatria". -
Salvat Editores, S.A., 6a. Edición.- España. -
1981 p. 231-235.
5. O.M.S., "Informe de un grupo de estudios de la O.M.S.
Atención de la Salud Mental en los Países en -
desarrollo. Análisis crítico de los resultados de las --
investigaciones". En Serie de informes técnicos 698 Espa
ña 1984, p. 11-37 p. 12-13.
6. O.M.S. "Informe de un grupo... p. 13

7. Op. cit. p. 14
8. Op. cit. p. 15
9. Haber, J., "Psiquiatria texto básico". Editorial Salvat S.A. 1983, 1a. edición. España p. 9-14.
10. Harding. T., et. al. "Mental disorders in primary care; a study of their frequency and diagnosis in four developing countries". En Psychological Medicine. 10 1980, p. 231-241
11. Golberg. D.P., "The detection of psychiatric illness by questionnaire". En Maudsley Monograph No. 21 London, Oxford University Press, 1972. p. 36
12. Goldberg. D.P. op. cit. p. 41
13. Ibid., p. 81
14. Harding, T. W., "Validating a method of psychiatric case identification in Jamaica". En: Bull World Health Organization. Vol. 54, 1976 p. 225-226
15. Ibidem, p. 227
16. Ezbân, B.M., et. al. "Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica de México, Volúmen 27 #5 México, Secretaría de Salud 1985, p.384-390
17. D.M.S. "Informe de un grupo de estudios". op. cit. p. 15-37
18. Kortmann, F., Horn, T.S., "Comprehension and Motivation in Responses to a Psychiatric Screening - Instrument Validity of the S.R.Q. in Ethiopia". En: ----

British Journal of Psychiatry 153. 1968 p. 95-10

19. Climent, C.A., Arango, M.V., "Manual de Psiquiatría - para trabajadores de Atención Primaria". 1a.- Edición.- Colombia. Organización Panamericana de la Salud. 1983.
20. Goldman, H.H., "Psiquiatría General". 2a. Edición -- México, D.F., Editorial El Manual Moderno, 1989 p. 252-264.
21. Goldman, H.H. op. cit. p. 150-164.
22. American Psychiatric Association., "DSM IIIA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos -- Mentales, E. Masson, S.A., 1a. Edición.- Barcelona, España. 1988
23. Goldmann, H.H. op. cit. p. 699
24. Climent, C.A. Arango, M.V. op. cit. p. 55
25. American Psychiatric Association., op. cit. p. 480
26. Goldmann, op. cit. p. 105
27. Climent, C.A., op. cit. p. 88
28. Goldmann, op. cit. p. 302-304
29. Harding, T.W., "Validating a method of psychiatric - case identification....". op. cit. p. 225-228
30. Harding, T.W., et. al. "Mental disorders in primary care: a study pf their frequency and diagnosis in four developing countries". En Psychological Medicine 10. 1980. p. 213-241

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL

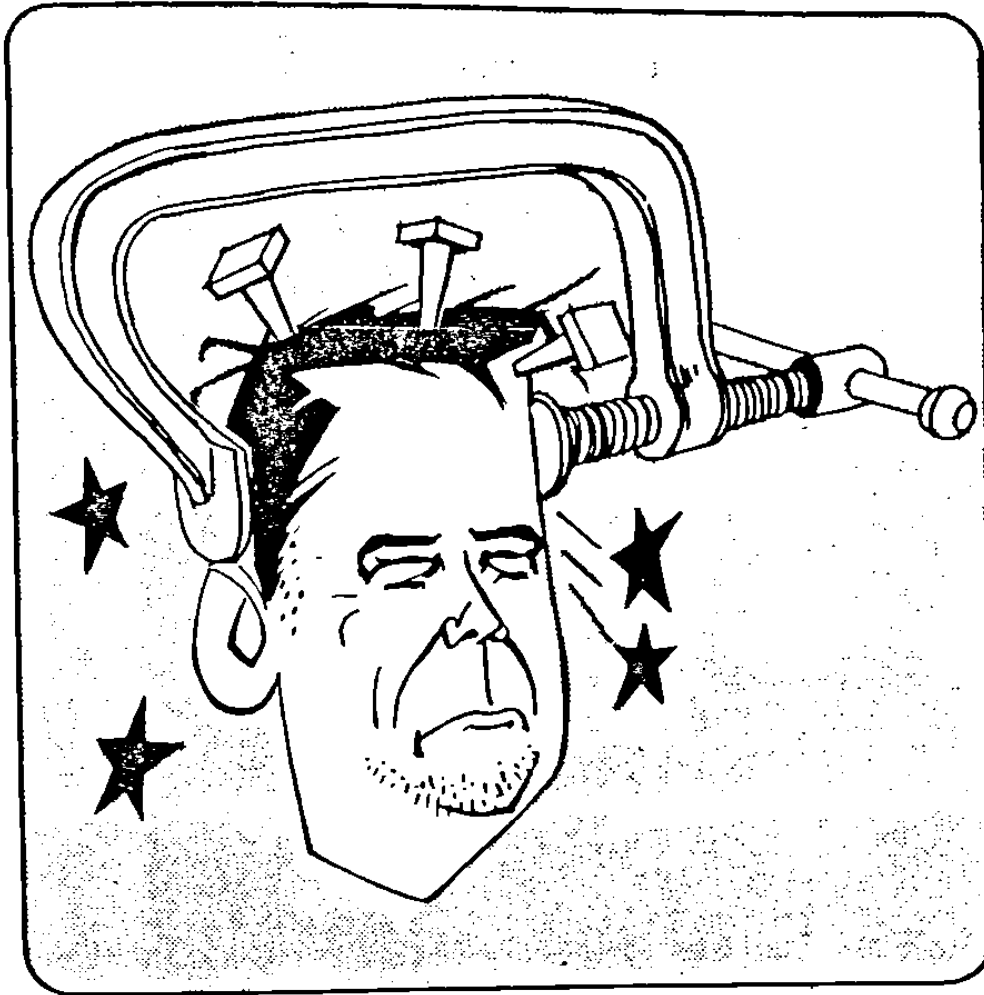
- Audrey, L.J., et. al. "La enfermera en las actividades de salud mental, Informe sobre una conferencia técnica. En Cuadernos de Salud Pública No. 22, O.M.S. - Ginebra, 1965.
- Canales de, F. H. et. al. "Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de Personal de Salud. 3a. Edición . - México, D. F., 1990. Organización Panamericana de la Salud.
- Cañedo, D.L., "Investigación Clínica". 1a. edición. - México, D.F. Nueva Editorial Interamericana, - 1987.
- Caraveo, J.J., et. al. "Indicadores clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general". Salud Pública de México: 1985, 27 p. 140-148.
- Climent, C.E., Arango, M.V. "Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria". 1a. edición Colombia: Organización Panamericana de la Salud. 1983.
- De la Fuente, R. "Semblanza de la Salud Mental en México". En Salud Pública de México, 30, México, 1988

- De la Fuente, R., "La prevención en el campo de la Salud Mental". En Salud Pública de México. Vol. 27, Secretaría de Salud. 1985. p. 373-374
- Duarte, N.E., "Tendencias y perspectivas de las Investigaciones en ciencias sociales en salud en América Latina: Una visión general". documento básico para la reunión realizada en Cuenca, Ecuador. 1983.
- Gonzâlez, J.A., "Análisis de la Ley General de Salud". En Salud Pública de México. Vol. 26, México. - Secretaría de Salud. 1988.
- Gutiêrrez, Avila, J.H., Tovar, Acosta H. "La vigilancia epidemiolôgica de las Alteraciones mentales". En: Salud Pública de México 26: 464-483, 1984
- Lima, R.B. "La atención primaria en Salud Mental". En Salud Pública de México. Vol. 28, México. - Secretaría de Salud. 1986. p. 354-360
- Matrajt, M., "Estructura Social y Enfermedad Mental: - Algunos resultados y conclusiones de Investigación".
- Nakagawa, H., et. al. "An epidemiological study of psychiatric symptom pattern change: pilot study - findings". En Communicating Nursing Research. 5, United States of America, Ed. Marjoire V. Batey, 1972. p. 9-27
- Rojas, S.R., "Guía para realizar investigaciones sociales". Ed. Plaza y Valdez. 1a. Edición.- México D.F. 1987

- Sánchez-Bâez, J.J., et. al. "La entrevista psiquiátrica modificada: estudio de confiabilidad". En Salud Pública de México. Vol. 21, México. Secretaría de Salud - 1989. p. 519-529.
- Schwartz, A.H., et. al. "Psychiatric Diagnoses and As Recorded in Patient Charts". En: American Journal of Public Health. V. 30-4 Washington, D.F. 1980 p. - 406-408.
- Sen, Biswajit., Wilkinson, Creg., et. al. "Psychiatric morbidity in primary health care: A two-stage screening procedure in developing countries: Choice of - instruments and cost-effectiveness". En: British Journal of Psychiatric Vol. 151, 1987. p. 33-38
- Toney, V.S., et. al. "La medición del estado de salud - de la población: Una actividad fundamental para los servicios de salud". En Salud Pública de México. Vol 27, México. Secretaría de Salud. 1985.
- Travelbee, J., "Intervención en Enfermería Psiquiátrica". Organizaciôn Panamericana de la Salud. p. 95- - 135.

VIII.- ANEXOS.

ANEXO A



1

¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?

Usted marcará "Sí" si el entrevistado o informante dice que en los últimos 30 días viene padeciendo de fuertes dolores de cabeza dos o más veces por semana. Es necesario insistir en que se trata de dolores que se presentan frecuentemente. Si el entrevistado dice que de vez en cuando le dan, o cuando tiene gripe, o alguna otra respuesta parecida, no tome esto como positivo.



2

¿Tiene mal apetito?

Usted marcará "Sí" si el entrevistado o informante dice que en los últimos 30 días no ha tenido apetito, come muy poco, o no siente deseos de comer. Si es el caso contrario, marque "No".

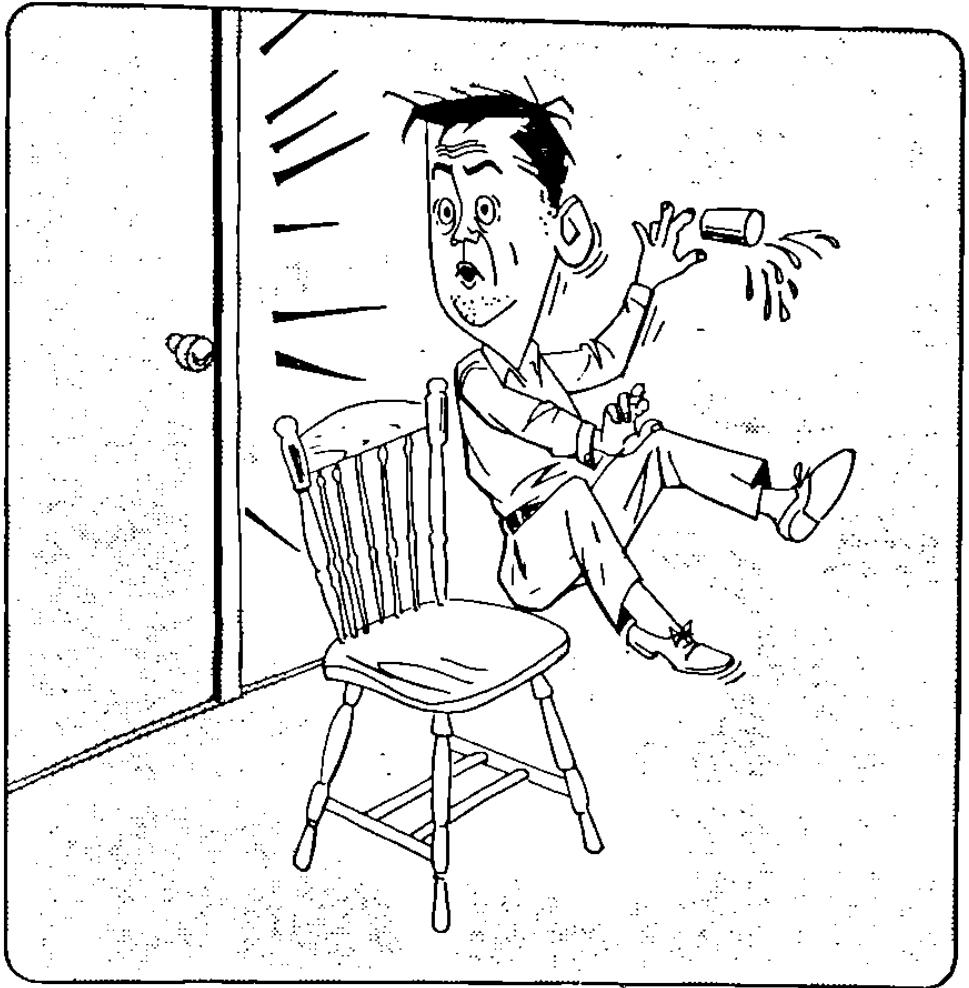


3

¿Duerme mal?

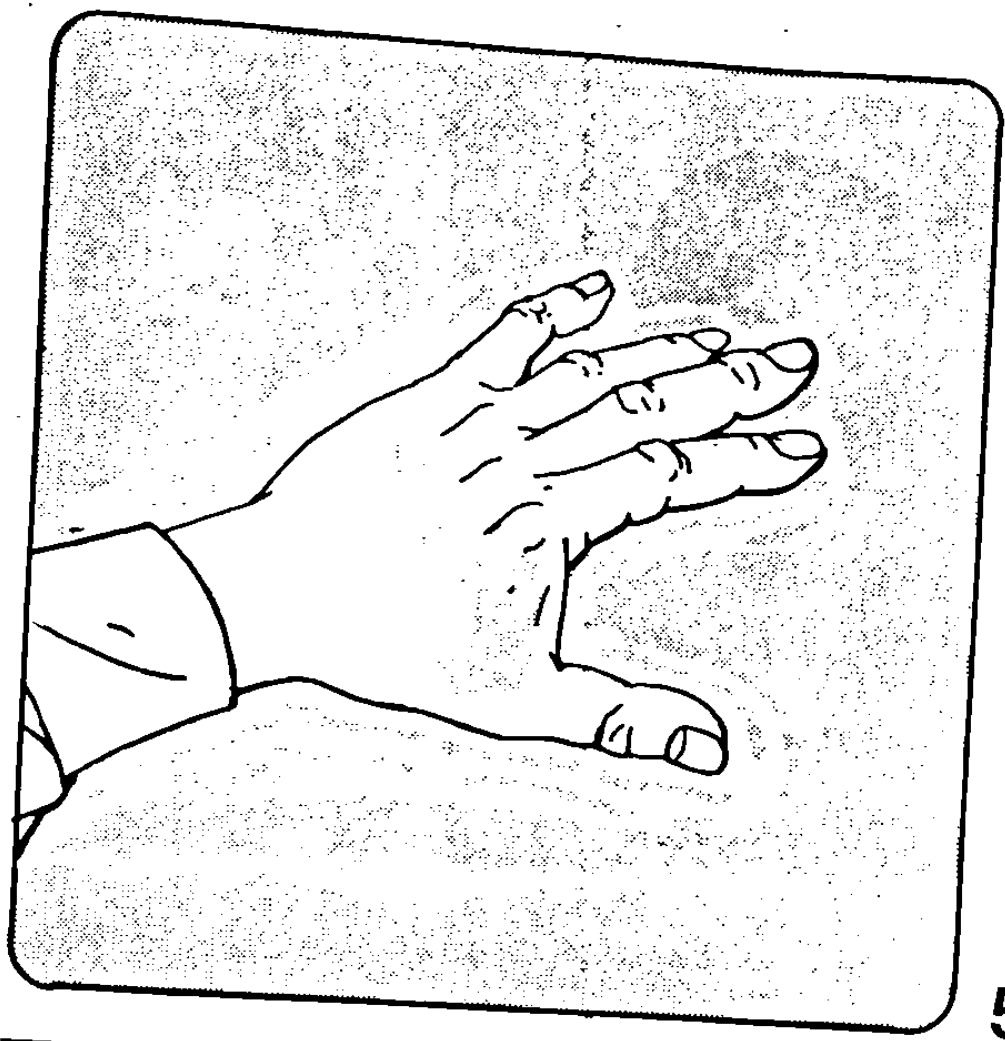
Usted deberá ampliar la pregunta indagando si el entrevistado demora dos o más horas en quedarse dormido por las noches; si se despierta en la mañana dos o más horas antes de lo acostumbrado; o si su sueño es interrumpido por frecuentes sobresaltos.

4



¿Se asusta con facilidad?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante conteste que todo lo asusta o que se asusta fácilmente; es decir, un comportamiento que llama la atención de los demás. A veces el paciente mismo puede decir: "Ando como sobresaltado".



5

¿Sufre de temblor de manos?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado conteste que se siente tembloroso o que le tiemblan las manos. Pídale al paciente que le muestre cómo le tiemblan las manos.



6

¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?

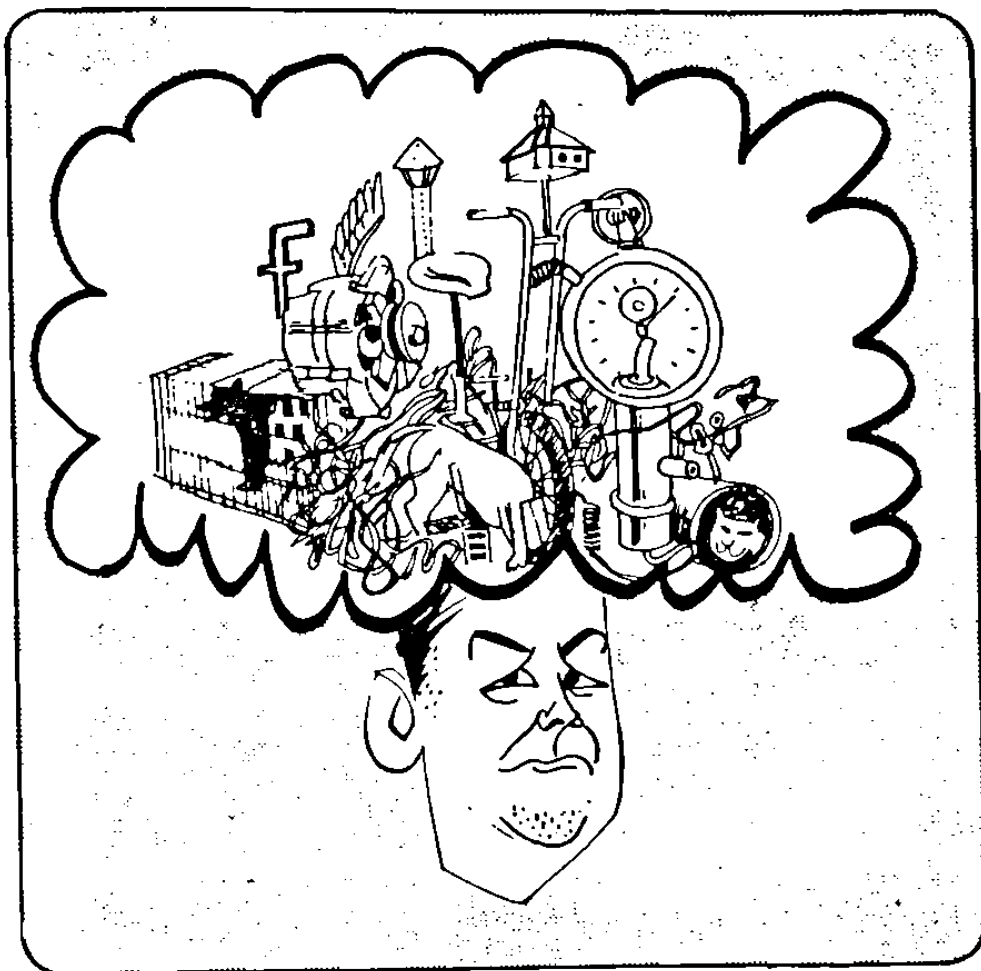
Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante conteste que durante los últimos 30 días se ha sentido bastante nervioso, tenso o aburrido. Puede que solamente haya tenido uno, dos o tres de esos síntomas. Usted subrayará el síntoma o síntomas que haya indicado el paciente y marcará "Sí" en esta pregunta.



7

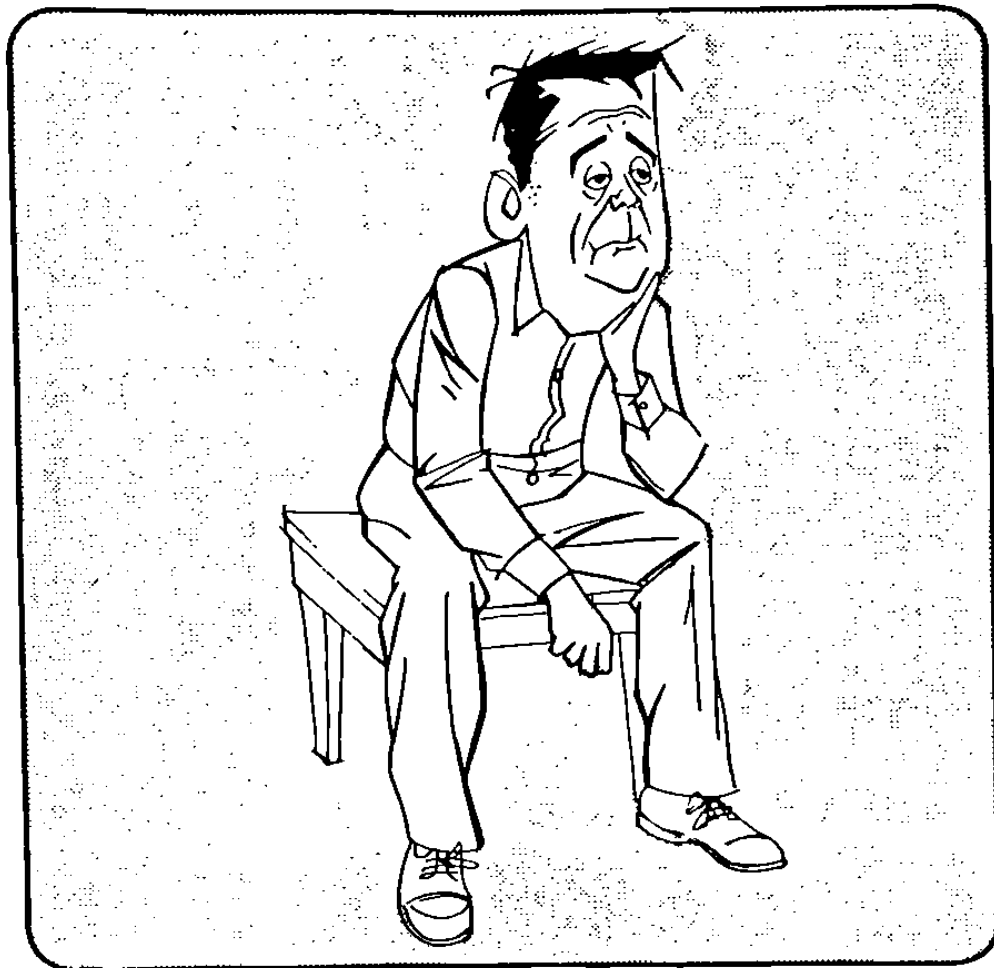
¿Sufre de mala digestión?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante responda que durante los últimos 30 días todo lo que come le cae mal al estómago. Si el entrevistado responde que solo siente esto en determinadas ocasiones o con ciertos alimentos, no debe considerarse esta como una respuesta positiva.



¿No puede pensar con claridad?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante conteste que durante los últimos 30 días se siente que no puede pensar con claridad, o bien, que le cuesta pensar a tal punto que no puede realizar sus labores del día.



9

¿Se siente triste?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado o informante responda que en los últimos 30 días se ha sentido triste. Este es un síntoma bastante claro y la persona puede expresar fácilmente que "se ha sentido triste". Como en todos los anteriores síntomas, esto debe ser algo que ocurra en forma más o menos constante.

10



¿Llora usted con mucha frecuencia?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado responda que durante los últimos 30 días "llora por cualquier cosa", es decir, con una frecuencia que no es usual, de una manera que no se presenta normalmente en las personas. Si el paciente dice que ha llorado por una causa razonable, por ejemplo la muerte de un ser querido, usted anotará esto al lado de la pregunta.

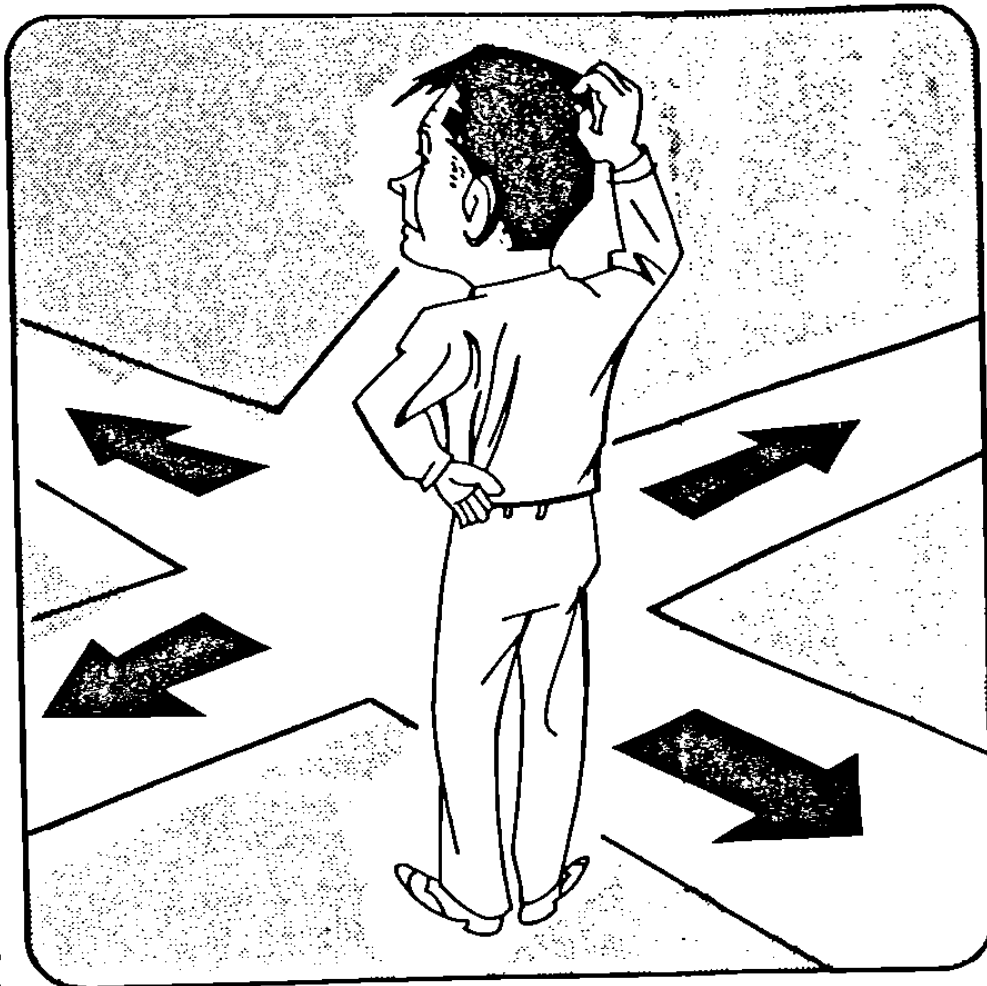


11

¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

Usted marcará "Sí" cuando el entrevistado responda que las actividades del día le causan problemas o sufrimientos. También usted puede preguntarle si está contento con lo que hace diariamente, a lo que él responderá sí o no. Al hacer esta pregunta trate de obtener una respuesta correcta; usted repetirá la pregunta junto con las aclaraciones que le siguen.

12



¿Tiene dificultad para tomar decisiones?

Usted marcará "Sí" cuando el paciente vacila en el momento de tomar decisiones, aun en el caso de situaciones sin mayor importancia, sin ser capaz de llegar a una determinación final.

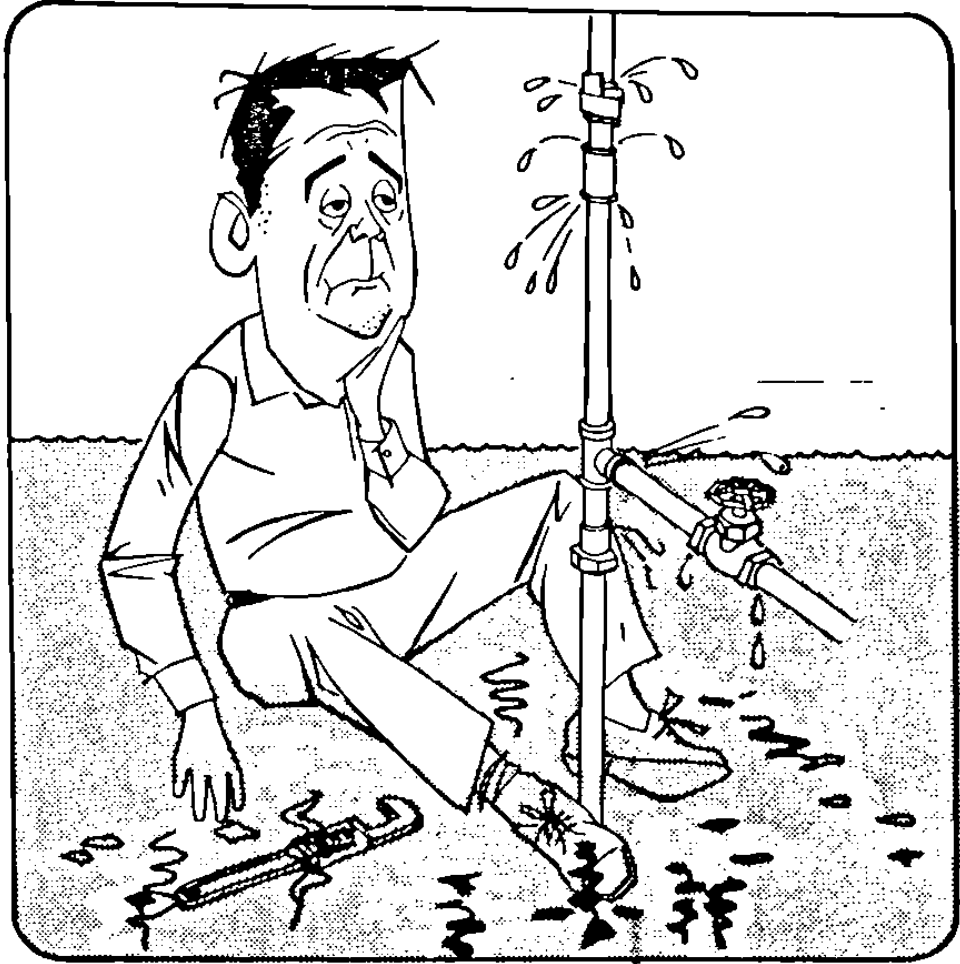


13

¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)

Usted también podrá preguntarle: ¿Encuentra que no le gusta nada de lo que hace, o que se le olvidan las cosas? Esta pregunta sirve tanto para las personas que tienen un trabajo y que ganan un sueldo, como para las señoras que permanecen en casa haciendo los quehaceres domésticos. Es importante aclarar esta pregunta, porque no se trata, por ejemplo, de la dificultad que puede tener una persona en conseguir trabajo.

14



¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?

Puede también preguntarle: ¿Siente usted que son inútiles todos sus esfuerzos por conseguir algo en su vida?



¿Ha perdido interés en las cosas?

Es decir, ¿siente usted que ya nada le llama la atención, que ha perdido el gusto de las cosas, o sea que en estos últimos 30 días ha perdido totalmente el interés por las cosas que antes le llamaban la atención?



16

¿Siente que usted es una persona inútil?

Es decir, ¿le parece que todas las cosas le salen mal? O ¿siente usted que lo que hace carece de valor o de utilidad?



17

¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?

Si el entrevistado responde "Sí", pregúntele si estas ideas o pensamientos son frecuentes. ¿Cuándo tiene estas ideas? ¿Cómo ha pensado hacerlo? ¿Por qué ha pensado hacer esto? Las respuestas a estas preguntas pueden dar una idea de si en realidad la persona ha tenido o tiene estas ideas. En algunas ocasiones las personas pueden sentirse molestas porque se les pregunta esto, por lo tanto es importante que usted lo haga en un tono natural, sin hacer énfasis en ninguna palabra.

18



¿Se siente cansado todo el tiempo?

¿Se ha sentido muy cansado, fatigado o sin fuerzas, *sin que haya una causa para ello?* Si el entrevistado responde que se cansa “cuando corre”, o “cuando sube las gradas”, esto no debe considerarse como respuesta positiva.

20



¿Se cansa con facilidad?

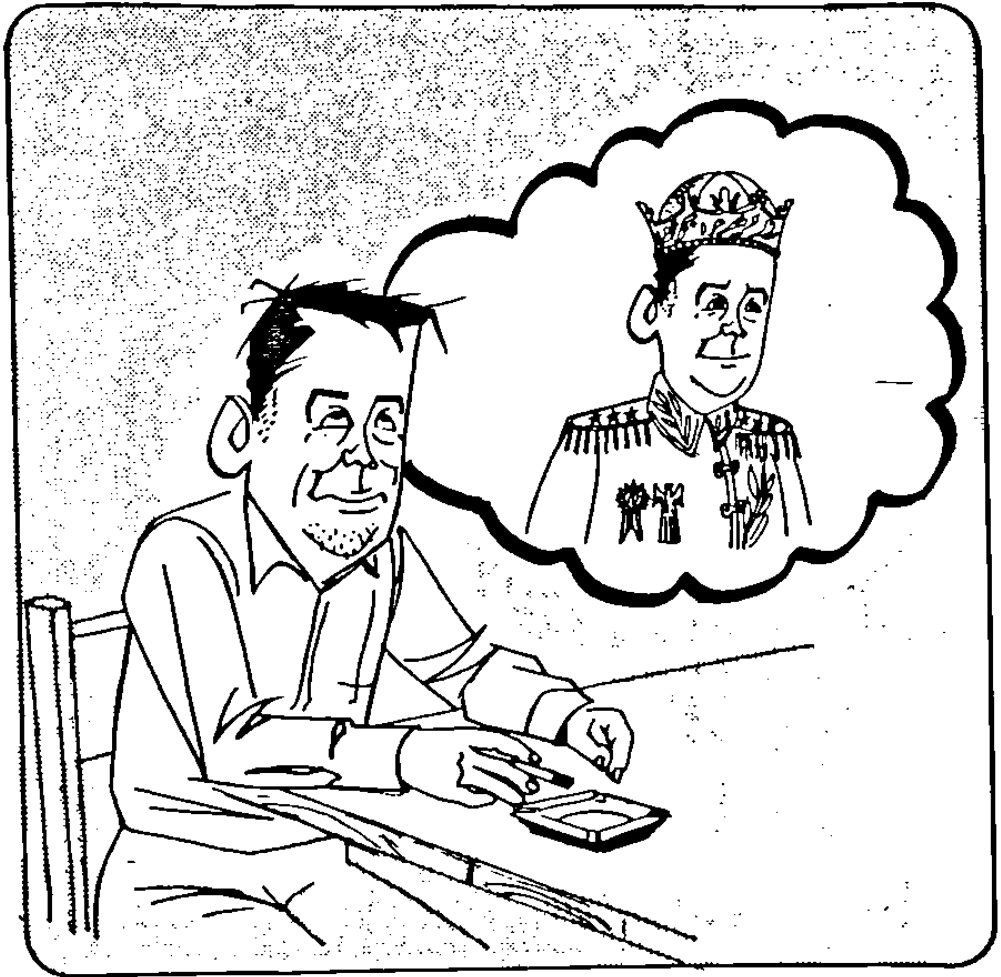
Si el entrevistado dice que "Sí", pregúntele si este cansancio lo siente haciendo las mismas cosas que antes no lo cansaban. Mire cuál fue la respuesta a la pregunta 18. Si el paciente le observa que ya le hizo esta pregunta o una parecida, dígame que no importa, que esta es diferente. Sume las respuestas afirmativas de esta hoja y anote el número de ellas. El total será la puntuación obtenida. Si es de 11 o más, se debe citar al paciente a una visita de seguimiento.



21
2'

¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?

Es decir, ¿siente que alguien lo persigue para hacerle daño o causarle algún perjuicio y esto lo mantiene a usted muy preocupado? Se refiere a algo que la persona "siente", no a hechos ocurridos en la realidad. Esta pregunta presenta cierta dificultad y es necesario tener especial cuidado en hacerla pues existe la posibilidad de considerar la respuesta como positiva cuando en verdad se trata de una situación real, por ejemplo, cuando alguien realmente ha tratado de herir al paciente.



¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?

Es decir, ¿es usted un gran personaje, que tiene poderes especiales, que tiene mucho dinero, que ha hecho grandes inventos?



¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?

Es decir, ¿siente usted que le están controlando la mente, recibe órdenes telepáticas o por televisión, u órdenes de otros planetas o de personas?

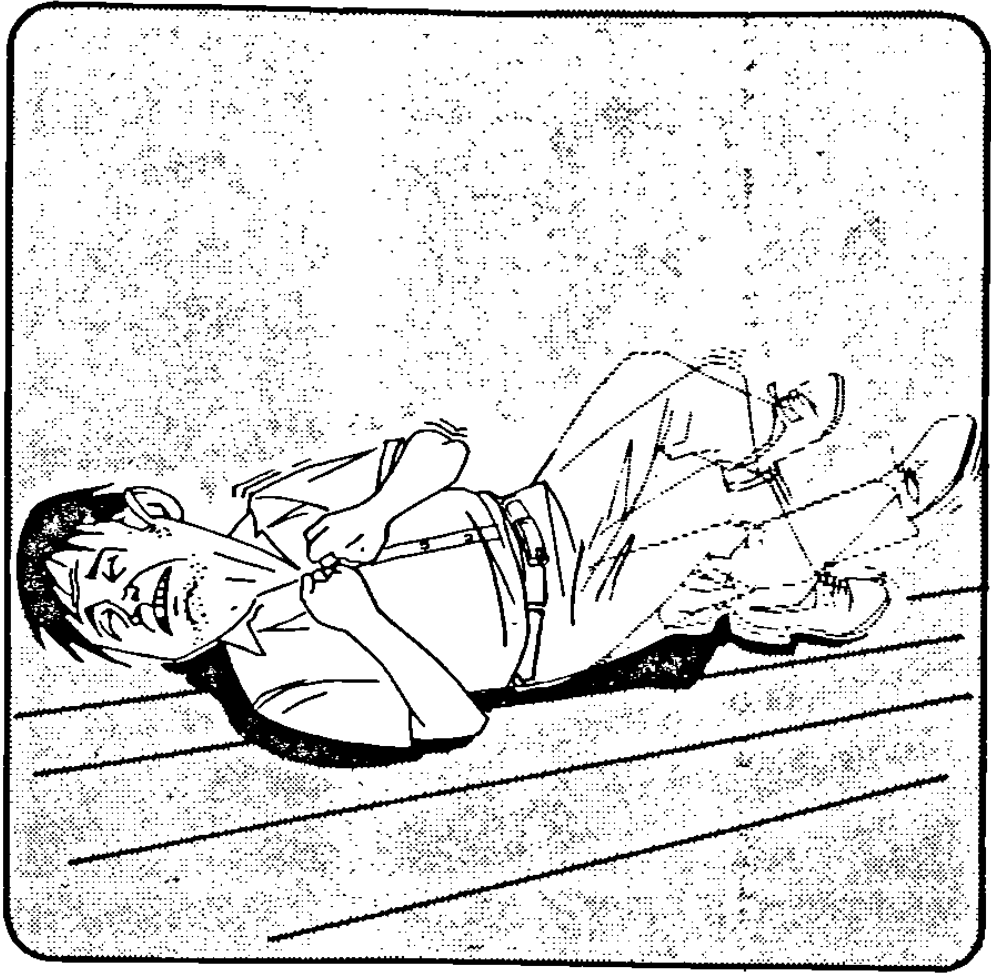


4

¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?

Una respuesta positiva debe indagarse a través de preguntas adicionales para cerciorarse de la presencia o ausencia del síntoma. Por ejemplo: "Esas voces, ¿las oye claramente? ¿Las reconoce? ¿Son voces de hombre o de mujer? ¿Qué le dicen? ¿Son agradables o desagradables? ¿Las voces lo sorprenden o lo asustan? ¿Oye las voces cuando está dormido o despierto?"

Si la respuesta que los usuarios cuando está dormido o despierto "SÍ"



25

¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento?

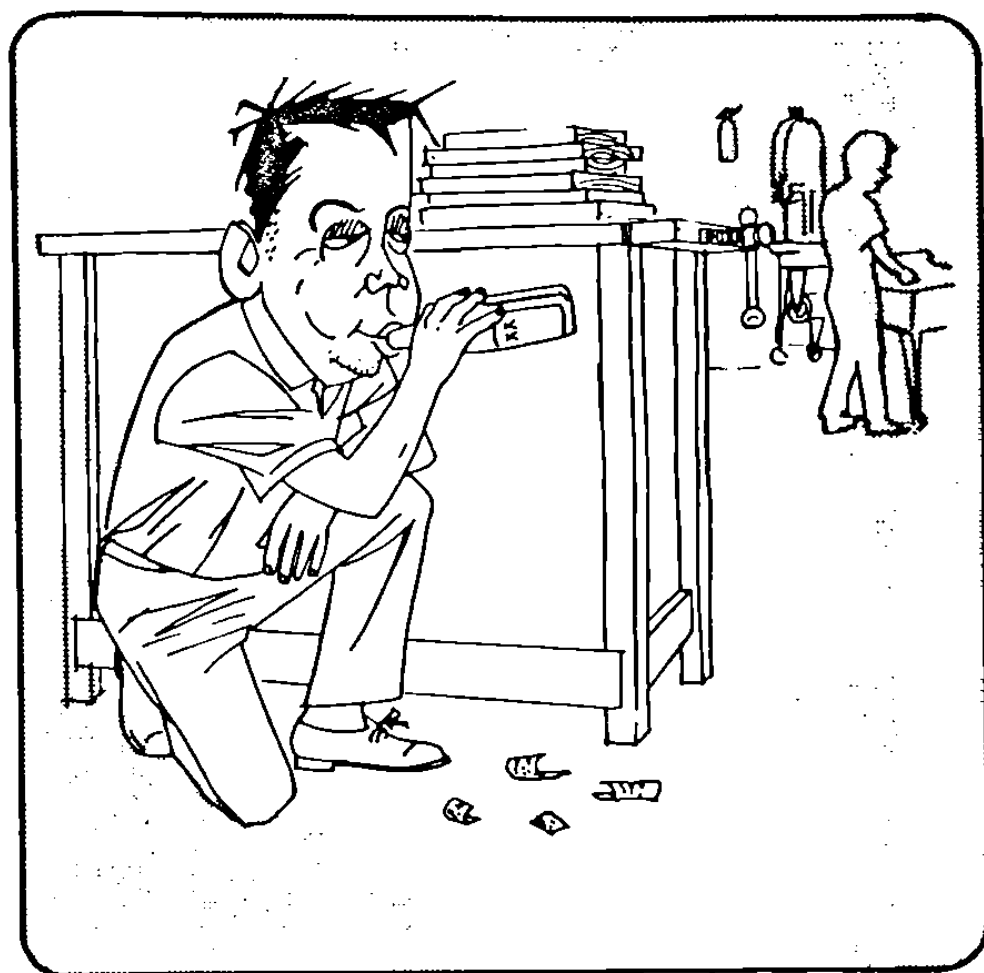
Aquí se pide que el paciente haya presentado todos estos síntomas para considerar la respuesta como positiva.



¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?



¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?



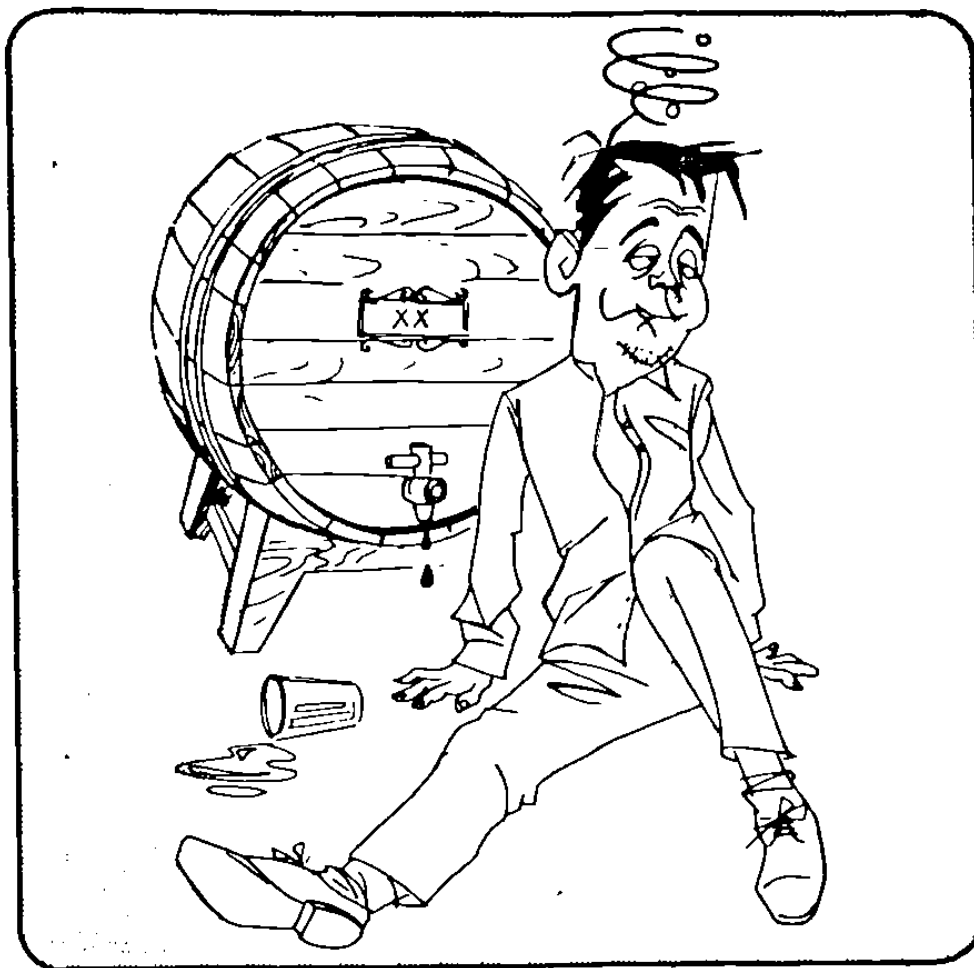
¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?

Se considerará la respuesta positiva cuando el entrevistado manifieste que ha sido amonestado varias veces, suspendido o retirado del trabajo o sitio de estudios por razón de su comportamiento, falta de asistencia o bajo rendimiento ocasionados por la bebida.



29

¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?



30

¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?

¿Se embriaga usted una o más veces a la semana, o toma más de tres cervezas diarias, o más de un litro de vino, o más de tres tragos de licor fuerte al día?

ANEXO B

USO DEL CUESTIONARIO ESTANDARIZADO: S.R.Q.

APLICADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO:

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

OBJETIVOS DEL ENTREVISTADOR:

- Se espera que el participante entrevistador logre crear un ambiente idóneo para lograr la mayor información por parte del entrevistado.
- Lograr identificar "casos" de trastorno mental por medio de la entrevista y la aplicación del cuestionario.

PARA LO QUE SE REQUIERE LO SIGUIENTE:

- 1.- LAS PREGUNTAS DEBEN HACERSE EXACTAMENTE COMO ESTAN -
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 obtener respuestas di-

ferentes. 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 exámen 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.- OBTENCION DE RESPUESTAS ESPECIFICAS 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, se contradicen, entre otras cosas. El entrevistador debe comprender el objetivo global que persigue cada pregunta y conocer lo que se trata de medir con el fin de hacer las que sean necesarias.

Una alternativa es repetir la pregunta, si la respuesta es vaga o demasiado general; se puede obtener una información más exacta, es decir: "Qué interesante! Puede explicar usted eso un poco más?" o "Vamos a ver, usted dijo que....? Como entiende usted eso?"

Es importante no SUGERIR UNA POSIBLE RESPUESTA que les permita salir del paso.

6.- INTERES 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 del proceso que se lleva a cabo.

7.- ANOTACION Y FEDACCION DE LA ENTREVISTA.

Se deben obtener datos y anotarlos correctamente en el lugar indicado para la respuesta en caso de observaciones 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 a la -- entrevista inmediatamente después de terminarla.

Recuerde que la función del entrevistador en este 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 cor-- dial en el entrevistado.

RECOMENDACIONES PARA HACER LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO.

- 1.- Antes de aplicar el cuestionario usted debe 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 "Sí" ha tenido o sentido algo, pregúntele: Cuando lo sintió - y por cuantos días?
- 2.- Para los casos en que usted dude si una respuesta es afirmativa o negativa, anote exactamente lo que dice el paciente entre comillas.
- 3.- Es importante que usted aclare al paciente que estas preguntas se hacen con el fin de conocer mejor su problema o causa de consulta y se necesita que las res-- ponda con precisión.

ANEXO C

INSTRUCTIVO.

El Cuestionario de Síntomas es una versión modi
ficada, para su uso clínico; cada síntoma está representa
do por un dibujo a fin de clarificar dudas, cada uno está
acompañado de una explicación para reforzar las aclaracio
nes.

Antes de iniciar el cuestionario se debe expli-
car 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 im-
portante aclararlo ya que no se requieren datos sobre he-
chos ocurridos hace meses o años.

Descripción de cada pregunta.

Las primeras 20 preguntas corresponden a aque-
llos síntomas que implican una gravedad menor los que son
frecuentes en los trastornos depresivos y de angustia; las
preguntas 21 a 24 corresponden a síntomas de mayor grave-
dad y cuando se contestan afirmativamente probablemente -
indican la existencia de un trastorno mental importante -
[psicosis].

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.

CUESTIONARIO DE SINTOMAS. SRQ

Fecha: _____ Zona de estudio _____

Entrevista No. _____ Institución _____

Entrevistador _____

Nombre de la persona _____

Edad: _____ años Sexo: M _____ F _____

Razón de la consulta:

- | | |
|---|---------------|
| 1.- Tiene frecuentes dolores de cabeza? | SI ___ NO ___ |
| 2.- Tiene mal apetito? | SI ___ NO ___ |
| 3.- Duerme mal? | SI ___ NO ___ |
| 4.- Se asusta con facilidad? | SI ___ NO ___ |
| 5.- Sufre de temblor en las manos? | SI ___ NO ___ |
| 6.- Se siente nervioso, tenso o aburrido? | SI ___ NO ___ |
| 7.- Sufre de mala digestión? | SI ___ NO ___ |
| 8.- No puede pensar con claridad? | SI ___ NO ___ |
| 9.- Se siente triste? | SI ___ NO ___ |

- 10.- Lloro usted con mucha frecuencia? SI ___ NO ___
- 11.- Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias? SI ___ NO ___
- 12.- Tiene dificultad para tomar decisiones? SI ___ NO ___
- 13.- Tiene dificultad en hacer su trabajo?
[Sufre usted con su trabajo?] SI ___ NO ___
- 14.- Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida? SI ___ NO ___
- 15.- Ha perdido interés en las cosas? SI ___ NO ___
- 16.- Siente que usted es una persona inútil? SI ___ NO ___
- 17.- Ha tenido la idea de acabar con su vida? SI ___ NO ___
- 18.- Se siente cansado todo el tiempo? SI ___ NO ___
- 19.- Tiene sensaciones desagradables en su estómago? SI ___ NO ___
- 20.- Se cansa con facilidad? SI ___ NO ___

PUNTUACION DE LAS PREGUNTAS 1 A LA 20 _____

Se suman las preguntas afirmativas. Si la puntuación es de 11 ó más se debe hacer una visita de seguimiento.

- 21.- Siente usted que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma? SI ___ NO ___
- 22.- Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? SI ___ NO ___
- 23.- Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? SI ___ NO ___

24.- Oye voces sin saber de donde vienen o
que otras personas no pueden oir? SI ___ NO ___

25.- Ha tenido convulsiones, ataques ô caídas
al suelo, con movimientos de brazos y --
piernas; con mordedura de la lengua o --
pêrdida del conocimiento? SI ___ NO ___

Si alguna de las preguntas 21 a 25 se responden
afirmativamente, se deben hacer gestiones para iniciar el
seguimiento de êste caso.

En âdiciôn, si el comportamiento de una perso-
na parece ser evidentemente raro o extraño [ejemplo: sus-
picaz, habla demasiado, triste o llora], debe tenerse tam-
biên una entrevista, independientemente de las respuestas
que se hayan dado en êste cuestionario hasta el momento.

Si la persona no respondiô al cuestionario, dar
la razôn por la cual no la hizo [marquen solamente una].

La persona no quiso cooperar _____

La persona no entiende las preguntas* _____

La persona no puede hablar claramente* _____

Otra razôn [especificuella]

Si se ha marcado alguna de las casillas señaladas con asterisco[*], deben hacerse arreglos para tener una entrevista de seguimiento.

Si se quiere tener una ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO, complete lo siguiente:

Fecha: _____ Lugar: _____

Tiempo: _____ Entrevistados: _____

Dirección de la persona: _____

PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE 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.

- 26.- Alguna vez, le ha parecido a su familia, sus amigos su médico o su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor? SI ___ NO ___
- 27.- Alguna vez ha querido dejar de beber - pero no ha podido? SI ___ NO ___
- 28.- Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o - faltar a ellos? SI ___ NO ___
- 29.- Ha estado en riñas o lo han detenido - estando borracho? SI ___ NO ___

30.- Le ha parecido alguna vez que usted
bebía demasiado?

SI ___ NO ___

