

DetECCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA*

Mtra. Paula Padilla**

Dra. Odette Peláez***

Summary

The present study reports the results of a comparison of the prevalence of mental disorders in three different studies carried out in Mexico.

The populations studied were

- Health Centre (CS) of the Secretary of Health (S. S. A.).
- Unity of Family Medicine (UMF) of the Mexican Institute of Social Security.
- Private General Hospital (HG).

The studies were carried out at different times but with similar methodologies taking into account the following criteria for the collection of the information.

For a month the subjects between 18 and 64 years of age who came to the external general consultation of each institution asking for medical attention were registered. Representative samples were taken in order for them to answer the General Health Questionnaire (CGS) (3), which was used as the instrument to identify the cases. This instrument is self-applicable with 60 items with 4 optional answers whose range goes from total absence to real presence of the symptom; it also evaluates the severity of the disorder in the actual moment in symptoms like abnormal feelings and different aspects of behaviour.

The confirmation of the cases was done by the Standardized Psychiatric Interview (EPE) (6) applied by the Mental Health team which was formed by psychiatrists and psychologists previously trained in the usage of the instrument. The EPE has a section of symptoms reported by the patient as well as a section of abnormalities evaluated during the interview and it finishes with a global evaluation of severity and the psychiatric diagnosis of the patient.

From the sample of patients who answered the CGS, all those who had obtained a rating of 7 or more symptoms, and one out of every 3 patients who punctuated 0 to 6 were sent to psychiatric interview with the Mental Health team.

These subsamples were also evaluated by the general practitioners following the criteria of the patient's evaluation scale (EVFAM) (15) which consists of a brief mental examination with 5 evaluation possibilities and the diagnosis of the purpose of the consultation for the use of this scale. Physicians who were not psychiatrists were also trained. An identification card (FI) with sociodemographic variables like: sex, age, status, etc. was used in the three populations studied.

**Trabajo presentado en la II Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Octubre-noviembre, 1984.*

***Jefe del Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).*

****Investigadora de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del IMP. Calz. México-Xochimilco, 101, Col. S. Lorenzo Huipulco, 14370 México, D.F. En las investigaciones en que se basa este trabajo participaron los siguientes investigadores del IMP: Dr. Carlos Campillo Serrano, Dr. Jorge Caraveo, Psic. Miriam Ezbán, Psic. Carmen Más, Mtra. en Psic. Ma. Elena Medina-Mora, Psic. Jorge Luis López Jiménez y Dra. Odette Peláez H.*

Results

The samples were N = 493 patients from the Health Centre; N = 1065 from the Unity of Family Medicine and N = 574 from the General Hospital.

In the comparison of sociodemographic variables we found the following:

That women predominate as applicants to the medical consultation in the three institutions. As far as age is concerned, in the Health Centre and in the UMF the major number of applications came from the younger groups. The opposite occurred in the General Hospital. As we already knew, the major percentage of applications came from married people of both sexes.

Where we found the greatest differences in the institutions was in occupation and scholarship.

The total frequency of emotional disorders found was: 51% in the Health Centre, 43% in the UMF and 34% in the General Hospital.

Following the diagnostic categories of the ICD 9 we found that neurosis occupy the first place in the General Hospital and in the UMF, but in the Health Centre the reactions of adaptation with their different clinical expressions occupy the first place.

If we take into account the syndromatic clinical expression we see that the depressive, anxiety, and organic syndromes are the prevalent in these three populations.

There are important discrepancies related with the patients who are considered as "no cases" by the general practitioners and classified as "cases" by the mental health professionals. This situation carries with it the necessity to restate the way in which the physicians conceptualize the psychosocial aspects of the medical problems.

This kind of studies are important since it is difficult to think of establishing programmes and adequate measures of action without the basic information on the nature and extension of this type of problems as well as the necessary resources to cope with them. The knowledge of various sociocultural factors is also important because these factors stimulate directly or indirectly these mental health factors.

Resumen

En el presente trabajo se reportan los resultados comparativos de tres estudios sobre detección de trastornos mentales, realizados en la práctica médica general, en diferentes épocas, pero con instrumentos y metodologías similares.

Las poblaciones estudiadas fueron las asistentes a: a) un centro de salud, b) una unidad de medicina familiar y c) un hospital general privado.

De acuerdo con las variables sociodemográficas, encontramos que en las tres instituciones, los mayores porcentajes de consulta los obtuvieron las mujeres y las casadas, en general.

La edad, la escolaridad y la ocupación del jefe de familia son las variables que marcan las características que diferencian a las tres poblaciones.

La frecuencia de trastornos mentales osciló entre el 35% y

el 50%. La prevalencia corregida para las tres instituciones fue del 40%.

La patología mental es más elevada en las mujeres que en los hombres y se observa que a medida que aumenta la edad, aumenta también la frecuencia del trastorno.

Se encontraron discrepancias notables entre los porcentajes de pacientes clasificados como "no casos" por los médicos generales, y los clasificados como "casos" por los profesionales en salud mental.

Desde el punto de vista diagnóstico, fueron los síndromes depresivos, ansiosos y orgánicos, los que obtuvieron un mayor peso en las tres instituciones, pero los trastornos depresivos, en general, fueron los que representaron casi a la mitad de los pacientes detectados como "casos".

Introducción

Existe una gran preocupación científica y tecnológica por las necesidades crecientes de planeación de los problemas en materia de salud mental, ya que la carencia de indicadores confiables impone serias limitaciones a toda tentativa de evaluar la magnitud e intensidad de los diversos fenómenos en el área.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría se ha desarrollado una línea de investigación sobre la frecuencia de los trastornos mentales entre pacientes adultos que solicitan atención médica institucional. En esta comunicación se comparan los resultados obtenidos por tres investigaciones realizadas en la práctica médica general, cuyos objetivos generales fueron:

1. Obtener índices de prevalencia de trastornos mentales.
2. Delimitar grupos de riesgo, tomando en cuenta variables sociodemográficas.
3. Conocer las categorías diagnósticas psiquiátricas que se presentan con mayor frecuencia en estas poblaciones.
4. Determinar el grado en que el médico familiar y/o general detecta los trastornos mentales en sus pacientes.
5. Obtener instrumentos confiables tanto para la detección, como para la confirmación de "casos"

Los estudios se llevaron a cabo en tiempos diferentes, pero con metodologías e instrumentos similares (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Se seleccionaron tres poblaciones de 18 a 64 años, que durante el periodo de un mes asistieron a solicitar atención médica en la consulta externa de un Hospital General Privado (9, 10, 12), de un Centro de Salud de la SSA (11) y de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS (13).

Resultados

Como se puede observar en el cuadro 1, las muestras quedaron constituidas por N = 493 pacientes del Centro de Salud; N = 1065, de la Unidad de Medicina Familiar y N = 574, del Hospital General.

Las variables sociodemográficas comparables son:

1. Sexo: Las mujeres predominaron como solicitantes de consulta médica en las tres instituciones. Por cada hombre que solicita consulta, cinco mujeres lo hacen en el Centro de Salud (85%), cuatro en el Hospital (61.5%) y dos en la Unidad

CUADRO 1

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS POBLACIONES DE ESTUDIO

VARIABLES	CENTRO DE SALUD (n=493)	UNIDAD DE MEDIC. FAMILIAR (n= 1 065)	HOSPITAL GENERAL (n=574)
	%	%	%
SEXO			
Femenino	84.8	61.5	72.00
Masculino	15.2	38.5	28.00
EDAD			
18 - 24	35.09	26.7	12.39
25 - 34	23.52	38.6	15.91
35 - 44	15.61	17.7	16.08
45 - 54	15.41	10.9	25.62
55 - 64	10.34	6.1	29.98
ESTADO CIVIL			
Casado	72.21	71.2	69.84
Soltero	18.66	22.8	18.59
Divorciado	4.81	2.8	7.37
Viudo	4.25	3.2	1.84
Otros	--	--	1.17
ESCOLARIDAD			
Estudios Universitarios	3.24	5.1	23.68
Preparatoria	8.51	13.7	19.67
Secundaria	13.99	27.6	33.09
Primaria	24.74	47.6	17.07
Primaria incompleta	34.48	--	6.10
Sin educación formal	15.01	6.0	0.34
OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA			
Subempleo	2.83	2.3	--
Campesino	4.86	--	--
Obrero no calificado	38.94	31.0	4.85
Obrero calificado	29.20	26.0	1.60
Empleado	16.22	32.0	4.02
Propietario de pequeño Comercio	4.25	2.2	1.67
Profesionista	1.01	2.1	48.91
Gerente o Director de Industria	--	--	38.02
Otro	2.63	4.4	0.83

del IMSS (72%).

2. Edad: El mayor porcentaje de demandantes de consulta médica en el grupo de 18 a 24 años, corresponde al Centro de Salud, con un 35%; en cambio, en la Unidad de Medicina Familiar fue el grupo de 25 a 34 años el que alcanzó casi el 39%, lo que contrasta con el Hospital General en donde el grupo de 55 a 64 años es el representante del 30% de solicitantes.

Mientras que en el Centro de Salud y en la Unidad de Medicina Familiar la mayor demanda de consulta pertenece a los grupos etarios más jóvenes, en el Hospital General se presenta en forma inversa.

3. Estado civil: Como era de esperarse, en las tres instituciones predominan los casados como solicitantes de consulta con un porcentaje cercano al 70%. En segundo lugar, los solteros, quienes ocupan alrededor del 20%, y el resto lo constituyen, con diferencias no significativas, los viudos y divorciados.
4. Escolaridad: En el Centro de Salud, la mayor demanda correspondió a aquellos que tienen primaria incompleta y completa (60%), en la Clínica del IMSS, a quienes tienen primaria y secundaria completas (75%), y en el Hospital General, a quienes tienen preparatoria y estudios universitarios (45%). En las tres instituciones destaca la

ausencia de personas que no recibieron ningún tipo de instrucción formal; casi nadie en el Hospital General y hasta el 15% en el Centro de Salud.

- Ocupación: La ocupación principal del jefe de familia, o del paciente cuando éste era el jefe de familia, representó el 68% en el Centro de Salud, para obreros calificados y no calificados. En la Unidad de Medicina Familiar, el 32% correspondió a empleados; el 26% , a obreros calificados; y el 31% , a obreros no calificados. La diferencia más notable en esta variable se dio en el Hospital General, en donde el 38% correspondió a gerentes o directivos de industria, y el 49% a profesionistas.

El estudio de las diferencias entre variables sociodemográficas permite explicar con mayor objetividad la razón de los sesgos en las estimaciones de prevalencia.

Detección de trastornos emocionales

En una primera aproximación se clasificó a los pacientes como casos y no casos. Cuando resultaron casos, a su vez se les calificó como leves, moderados y definitivos.

primer nivel, con o sin asesoría de especialistas en salud mental. En esta categoría se observa una concordancia entre los médicos generales del Centro de Salud (11.7%) y la Unidad de Medicina Familiar (10.5%), a diferencia de los médicos del Hospital en donde casi el 20% de los pacientes fue clasificado como caso moderado. Los equipos de salud mental coincidieron en la calificación de casos moderados en la Unidad de Medicina Familiar (31.8%) y en el Hospital (30.5%). En el Centro de Salud esta estimación aumentó al 46.5%.

Las discrepancias más notables se encontraron con respecto a los casos definitivos. En esta categoría se incluye a pacientes cuya atención especializada puede requerir hasta de un internamiento psiquiátrico. Los médicos generales del Centro de Salud sólo detectaron un 0.5% ; los de la Unidad de Medicina Familiar, el 1.5% y los médicos del Hospital General detectaron 5.9% , porcentaje superior al reportado por el equipo de salud mental (4.5%). Los especialistas en salud mental que trabajaron en el Centro de Salud y en la Unidad de Medicina Familiar detectaron el 5% de pacientes en esta situación en el Centro, y el 11% en la Unidad.

CUADRO 2

COMPARACION DEL GRADO DE SEVERIDAD EN QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES LOS TRASTORNOS EMOCIONALES, SEGUN EQUIPO DE SALUD MENTAL¹ Y MEDICOS GENERALES Y/O FAMILIARES²

SEVERIDAD DIAGNOSTICA	N=471		N=1059		N=593	
	CENTRO DE SALUD		UNID. DE MED. FAM.		HOSPITAL GENERAL	
	Eq.S.M. ¹ %	M.Gral. ² %	Eq. S.M. ¹ %	M.Gral. ² %	Eq. S.M. ¹ %	M. Gral. ² %
1. No Caso	15.7	59.3	19.2	65.0	34.0	51.5
2. Leve	32.5	28.5	37.5	23.0	31.0	22.9
3. Moderado	46.5	11.7	31.8	10.5	30.5	19.7
4-5 Definitivo	5.3	0.5	11.4	1.5	4.5	5.9

Como se puede observar en el cuadro 2, la comparación del grado de severidad diagnóstica, calificada por los diferentes equipos de valoración, nos muestra la manera como el médico general catalogó como no casos a casi el 60% de los solicitantes de consulta en el Centro; al 65%, en la Unidad de Medicina Familiar; y al 52% , en el Hospital General. En cambio, el equipo de salud mental de estas instituciones consideró que no tenían ningún tipo de trastorno mental el 16%, el 19% y el 34% , respectivamente. Por lo anterior, es evidente que existe una enorme discrepancia entre médicos generales y especialistas en salud mental sobre la manera de conceptualizar la sintomatología de los pacientes.

Se encontró mayor concordancia en ambos tipos de profesionales en la manera de clasificar a los pacientes como casos leves, ya que se trata de sujetos con rasgos discretos de trastornos de la personalidad, pero con adecuado funcionamiento. Los casos moderados se referían a pacientes que requerían de atención médico-psicológica, que podría ser manejada por el médico del

Frecuencia de trastornos emocionales

La frecuencia total de trastornos emocionales encontrada fue del 51% en el Centro de Salud, 43% en la Unidad de Medicina Familiar y 34% en el Hospital General (cuadro 3).

Si se analiza la frecuencia de estos trastornos de acuerdo a variables tales como sexo, edad, escolaridad y estado civil, podemos concluir lo siguiente:

Hay mayor frecuencia de trastornos mentales en las mujeres que en los hombres; y la edad de 42 a 64 años representa el mayor riesgo para las tres instituciones.

Desde el punto de vista educativo, los pacientes con menor escolaridad se destacan por una mayor prevalencia, en comparación con el grupo de personas que cuentan con 13 a 16 años de escolaridad, y cuya prevalencia se ubica alrededor del 30% en las tres instituciones.

Los casados del Centro de Salud y de la Unidad de Medicina Familiar obtuvieron un porcentaje mayor de prevalencia, a diferencia del grupo de casados del Hospital General.

CUADRO 3
FRECUENCIA DE TRASTORNOS
EMOCIONALES POR SUBGRUPOS

VARIABLES	CENTRO DE SALUD N = 471 %	UNID. DE MED. FAM. N = 1059 %	HOSP. GENERAL N = 593 %
SEXO			
Masculino	43.0	35.0	26.0
Femenino	51.0	48.5	38.0
EDAD			
18 - 41	51.0	43.0	26.5
42 - 64	52.0	48.0	40.0
ESCOLARIDAD			
Años cursados			
0 Años	60.0	45.0	-
1 - 6	48.0	47.0	50.0
7 - 9	61.0	40.0	32.0
10 - 12	63.5	39.0	32.0
13 - 16	30.0	33.0	27.0
ESTADO CIVIL			
Casados	56.0	44.5	33.0
Otros	48.0	40.0	38.0
FRECUENCIA TOTAL	51.0	43.0	34.0

Como se puede observar en las estimaciones de prevalencia, existen diferencias entre los rangos de las variables sociodemográficas estudiadas.

Sabemos de antemano que estas variaciones se deben, en parte, a la dificultad inherente de las definiciones de "caso" y a las características propias de las poblaciones.*

Por ejemplo, si recordamos la estructura poblacional del Hospital General, donde se presentó el mayor porcentaje de directivos de empresa y profesionistas (87.0%) y se estimó la menor prevalencia total (34.0%), podríamos pensar que la clase social es un factor determinante en la estimación al compararla con el Centro de Salud, donde el 68% correspondió a obreros calificados y no calificados y su prevalencia ascendió hasta el 51%.

Es frecuente este tipo de sesgos en el peso de una variable si no se toma en cuenta la influencia que ejercen las diferencias de las estructuras poblacionales sobre las estimaciones reales de prevalencia al momento de establecer comparaciones. Tal es el caso del sexo, el cual juega un papel importante en el aumento de la prevalencia en el Centro de Salud.

Hasta aquí las diferencias cuantitativas estimadas con los instrumentos de medición.

Ahora toca desarrollar el punto de vista cualitativo, que consiste en establecer categorías diagnósticas de la enfermedad, concordantes con la clasificación internacional de enfermedades (ICD9 para UMF y CS; ICD8 para el HG) (15, 16).

Se obtuvieron los siguientes resultados de las submuestras de casos (cuadro 4).

Las neurosis ocupan el primer lugar tanto en el Hospital General como en la Unidad de Medicina Familiar, mientras que en el Centro de Salud, este lugar lo ocupan las reacciones de adaptación con sus diferentes expresiones clínicas.

Las psicosis, tanto orgánicas como funcionales, osci-

*MAS C, PADILLA P, PELAEZ D, EZBAN M, LOPEZ J L: *Tasas ajustadas de prevalencia de trastornos mentales en dos poblaciones de práctica médica general. Enviado para su publicación a Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat. 1984.*

laron de 0.50% a 1.5% en las tres instituciones. No se incluyeron las psicosis afectivas por razones clasificatorias debido a la controversia dicotómica "neurosis vs. psicosis", planteada en la ICD9 (16), en donde, por este motivo, se abre una nueva categoría de trastornos depresivos no clasificados en otra parte, lo que permite una mayor movilidad diagnóstica. Cabe señalar que sólo un paciente con psicosis esquizofrénica fue detectado en cada una de las muestras correspondientes a cada institución.

CUADRO 4
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
PSIQUIATRICA EN 3 INSTITUCIONES

CATEGORIA DIAGNOSTICA	CENTRO DE SALUD N 471 n 235	UNIDAD DE MED. FAM. N 1059 n 412	HOSPITAL GENERAL N 593 n 197
1. Neurosis	10.4	19.0	22.6
2. Reacciones de adaptación	24.4	10.8	2.0
3. Trastornos de personalidad	5.3	4.6	0.3
4. Psicosis afectivas	0.8	-	4.9
5. Trastornos mentales secundarios a lesión orgánica (No psicóticos)	-	1.6	1.0
6. Reacción aguda ante gran tensión	1.9	0.4	*
7. Síndrome de dependencia al alcohol	1.7	0.3	0.2
8. Psicosis y S.O.C.	0.6	0.6	1.5
9. Trastornos depresivos no clasificados en otra parte	0.2	1.0	*
10. Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores psíquicos	1.3	0.5	0.5
11. Otras	3.2	1.6	0.2
TOTAL	49.8	40.4	33.2

*No aparece en ICD8

Una vez establecidas las principales categorías diagnósticas, se analizaron para cada institución los grupos nosológicos más relevantes que daban paso a la morbilidad encontrada.

De esta forma observamos que en el Hospital General el peso lo dan las psicosis orgánicas y funcionales, incluyendo aquí las psicosis afectivas. En el Centro de Salud, las reacciones agudas ante gran tensión y el síndrome de dependencia al alcohol, fueron significativas, mientras que en la Unidad de Medicina Familiar destacaron los trastornos mentales (no psicóticos) secundarios a lesión orgánica, que en su mayoría se refieren a psicosis focales que en este caso fueron representativos de las epilepsias. Los trastornos depresivos no clasificados también son relevantes para esta población.

Ahora bien, si tomamos en cuenta la expresión clínica sindromática de las categorías antes mencionadas, notamos que los síndromes depresivo, ansioso y orgánico son los que se distinguen en estas poblaciones, lo que permite abordar operacionalmente las manifestaciones clínicas, y tomar las pautas más o menos fijas de respuesta individual en el transcurso de la vida, como algunos de los factores patoplásticos que conllevan al malestar individual e interpersonal.

El síndrome depresivo (cuadro 5) representa prácti-

CUADRO 5

SINDROMES DEPRESIVOS COMPARATIVOS EN 3 INSTITUCIONES

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	Centro Salud	U. Med. Fam.	Hosp. General
	N 235	N 412	N 197
	n 104	n 193	n 116
	%	%	%
Neurosis depresivas	8.5	30.8	44.0
Reacción depresiva breve	17.2	7.8	*
Reacción depresiva prolongada	15.3	6.1	*
Otros trastornos depresivos no clasificados en otra parte	0.4	1.8	*
Psicosis maniaco depresiva tipo depresivo	1.7	—	12.2
Melancolía involutiva	**	**	1.5
Trastorno afectivo de la personalidad	0.4	0.5	—
Psicosis maniaco depresiva tipo maniaco	—	—	0.5
Psicosis maniaco depresiva tipo circular	—	—	0.5
Otras psicosis depresivas	0.4	—	—
Perturbaciones de las emociones en la adolescencia	0.4	—	—
Total	44.3	47.0	58.7

* No aparece en ICD8

**No aparece en ICD9

CUADRO 6

SINDROMES ANSIOSOS COMPARATIVOS EN 3 INSTITUCIONES

Categorías diagnósticas	Centro Salud	U. Med. Fam.	Hosp. General
	N 235	N 412	N 197
	n 47	n 100	n 26
	%	%	%
Reacciones de adaptación con predominio de otras emociones	9.2	12.1	— *
Neurosis de ansiedad	8.6	10.5	13.2
Reacción aguda ante gran tensión	3.8	0.4	— *
Neurosis fóbica	0.4	0.4	—
Neurosis obsesivo-compulsiva	—	0.8	—
Total	20.0	24.2	13.2

*No aparece en ICD 8

camente la mitad de la submuestra de casos en las tres instituciones. En la Unidad de Medicina Familiar y en el Hospital General predominan las neurosis depresivas.

En el Centro de Salud son las reacciones de adaptación depresivas las que tienen predominio.

Cabe mencionar que en cuanto a la severidad diagnóstica de las diversas categorías incluidas en este síndrome, es la psicosis maniaco-depresiva la de mayor peso en el Hospital General, a diferencia de las otras instituciones donde la severidad no tiene un valor clínico de esta naturaleza.

Los síndromes ansiosos prácticamente representan la cuarta y quinta parte de los casos en la Unidad de Medicina Familiar y en el Centro de Salud, respectivamente, mientras que en el Hospital General la neurosis

de ansiedad fue la única entidad nosológica señalada. En el Centro de Salud y en la Unidad de Medicina Familiar observamos que las reacciones de adaptación cuya severidad diagnóstica es menor, representan prácticamente la mitad de los casos identificados, en comparación con los otros trastornos neuróticos referidos, cuyo peso clínico es mayor. Esta clasificación se llevó a cabo de acuerdo a los trastornos ansiosos del DSM-III (1), pero conservando el sistema clasificatorio de la ICD9 (16) (cuadro 6).

En cuanto a los síndromes orgánicos cerebrales, las estimaciones de casi un 5% están presentes en la Unidad de Medicina Familiar y en el Hospital General, mientras que en el Centro de Salud sólo se encontró un 1%, (cuadro 7).

CUADRO 7

SINDROMES ORGANICOCEREBRALES COMPARATIVOS EN 3 INSTITUCIONES

	CENTRO DE SALUD	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	HOSPITAL GENERAL
CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	N 235 n: 3	N 412 n: 20	N 197 n: 9
Otras psicosis orgánicas crónicas	—	0.7	—
Síndrome cerebral alcohólico crónico	—	0.2	—
Alcoholismo crónico con psicosis	—	0.2	—
Otras psicosis orgánicas seniles	0.4	—	1.1
<i>Delirium tremens</i>	0.4	—	—
Estado confusional agudo	0.4	—	—
Con infección intracraneal	—	—	1.1
Síndrome poscontusional	—	0.2	0.5
Con perturbación del metabolismo	—	—	0.5
Con perturbación circulatoria	—	—	0.5
Psicosíndrome focal (secundario epilepsia)	—	3.4	0.5
Epilepsia con psicosis	—	—	0.5
TOTAL	1.2	4.7	4.7

Es importante señalar que en el Hospital General, la especificidad diagnóstica de dichos síndromes nos lleva a pensar que se trata de pacientes que necesariamente requieren intervenciones correspondientes al 2º y 3er nivel de atención y donde inevitablemente el paciente ha tenido advertencia de la complejidad de su problemática.

En la Unidad de Medicina Familiar, como se mencionó anteriormente, el psicosisíndrome focal es prácticamente el representativo para esta población.

Conclusiones

La frecuencia de desórdenes mentales en la práctica médica familiar se encuentra entre el 35% y el 50%. La prevalencia corregida para las tres instituciones puede expresarse alrededor del 40%, lo que significa que 40 de cada 100 pacientes presentan un trastorno mental como cuadro acompañante o principal entre los problemas médicos correspondientes al primer nivel de atención.

Respecto al sexo, la patología mental es más frecuente en las mujeres, y respecto al grupo etario, la patología mental es más frecuente en las personas mayores de 42 años.

Existen discrepancias notables en cuanto a los porcentajes de pacientes que son considerados como "no casos" por los médicos familiares, y clasificados como

"casos" por profesionales en salud mental, situación que resulta explicable, pero que lleva a la necesidad de replantear la manera como el médico no psiquiatra conceptualiza los aspectos psicosociales de los problemas médicos. Al conocer los síndromes predominantes en las diferentes poblaciones, surge la necesidad de establecer programas especiales de capacitación continua con el objeto de reducir la brecha que separa la concepción de trastorno mental entre unos y otros, lo que también podrá favorecer al paciente para que busque la detección temprana y el tratamiento oportuno.

Destaca de manera significativa la frecuencia con que aparecen los múltiples rostros de la depresión y la ansiedad. Este tipo de patología conlleva tanta amargura y tristeza entre los pacientes, y tantas repercusiones en el medio familiar y comunitario, que la atención oportuna constituye una medida para la prevención de consecuencias indeseables.

Por ello se recomienda continuar con este tipo de estudios de manera multicéntrica, estatal y regional, ya que difícilmente se puede pensar en establecer programas y medidas adecuadas de acción sin contar con la información básica sobre la naturaleza o extensión de este tipo de problemas, así como la proporción de los recursos necesarios para contender con ellos. Interesa también el conocimiento de los diversos factores socio-culturales que favorecen y estimulan directa o indirectamente a estos fenómenos de la salud mental.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 3. American Psychiatric Association. Washington, D.C., 1980.
2. CAMPILLO SC, CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, MARTINEZ LP: Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana.

- na. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat*, 27: 44-53, 1981.
3. GOLDBERG DP: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph, No. 21. Oxford University Press, Londres, 1972.
 4. GOLDBERG DP: Training family physicians in mental health skills: Implications of recent research findings. Monograph Series DN-2. *Mental Health Services in Primary Care Settings*. 70-87, Rockville, 1979.
 5. GOLDBERG DP, BLACKWELL B: Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Br Med J*, 2: 439-443, 1970.
 6. GOLDBERG DP, COOPER B, EASTWOOD MR, KEDWARD HG, SHEPERD M: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Pres Soc Med*, 24: 18-23, 1970.
 7. GOLDBERG DP, RICKELS K, DOWING R, HESBAHCER P: A comparison of two psychiatric screening tests. *Br J Psychiatry*, 129: 61-67, 1976.
 8. GOLDBERG DP, STEELE JJ, JOHNSONS A, SMITH C: Ability of primary care physicians to make accurate rating of psychiatric symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 829-833, 1982.
 9. MEDINA-MORA ME, PADILLA P, CAMPILLO C, MAS C, EZBAN M, CORONA J: Factor structure of the general health questionnaire: a scaled version for a hospital general practice service in Mexico. *Psychol Med*, 13: 355-361, 1983.
 10. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, MAS CC, EZBAN BM, CARAVEO AJ, CAMPILLO SC, CORONA J: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiatr Psicol Amer Lat*, 1984 (en prensa).
 11. PADILLA P, MAS C, EZBAN M, MEDINA-MORA ME, PELAEZ O: Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a consulta externa general de un Centro de Salud. *Salud Mental*, 7 (3): 72-84, 1984.
 12. PADILLA GP, EZBAN BM, MEDINA-MORA ME, MAS CC, CAMPILLO SC: El médico general en la detección de trastornos emocionales. *Salud Pública Mex*, 26: 138-145, 1984.
 13. PUCHEU C, PADILLA P: Desórdenes mentales en la práctica médica familiar/general. Análisis de algunos indicadores de su frecuencia en México. *Rev Int Med Fam*, 1985 (en prensa)
 14. SHEPHERD M, CLARE A: *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford University Press, Londres, 1981.
 15. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. WHO, Ginebra, 1978.
 16. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Epidemiology of mental disorders. VIIIth. Report of the WHO. Technical Report Series No. 185, Expert Committee on Mental Health*, Ginebra, 1960.