

L. Ley



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA

ESPECIALIZACION EN ESTADISTICA APLICADA A LA SALUD

"UN MODELO DE PROTOCOLO PARA LA INVESTIGACION SOCIOMEDICA"

TRABAJO DE FIN DE CURSO PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN ESTADISTICA APLICADA A LA SALUD

P R E S E N T A:

Paula Emma Rosa Padilla Galina

Curso 1981-1982

vo. bo. *Jesús Reynaga*

Tutor: Dr. Jesús Reynaga Obregón
Jefe de la Unidad de Bioestadística
Departamento de Medicina Social,
Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina, U.N.A.M.

México, D.F., 1982

TEJIS CON
FALLA DE COPIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Página
Introducción	1
Bibliografía	8
Capítulo I	12
Guía e instructivo para la elaboración de protocolos sociomédicos	
0.0 Título	12
1.0 Utilidad o significación	12
2.0 Marco teórico	12
3.0 Descripción del problema y antecedentes	13
4.0 Hipótesis y consecuencias verificables	13
5.0 Diseño y tipo de investigación	14
6.0 Objetivos	14
7.0 Metodología	15
7.1 Unidades de observación	15
7.2 Universo	16
7.3 Pruebas estadísticas	16
7.4 Muestra	16
7.5 Grupo control	16
7.6 Información necesaria (variables en estudio)	17
7.7 Fuentes, métodos e instrumentos de recolección	17
7.8 Recuento y plan de tabulación	17

	Página
7.9 Plan de presentación de la información	18
7.10 Plan de descripción	18
8.0 Organización	18
9.0 Costos	20
10.0 Control	20
11.0 Bibliografía	21
12.0 Anexos	21
13.0 Conclusiones por etapa	21
 Capítulo II	 23
Ejemplo de un protocolo de Investigación Psicosocial	.
0.0 Título	23
1.0 Utilidad	23
2.0 Marco teórico	23
3.0 Descripción del problema y antecedentes	27
4.0 Hipótesis y consecuencias verificables	37
4.0.1 Glosario de términos	38
5.0 Diseño de Investigación	46
6.0 Objetivo de la investigación	47
6.0.1 Objetivos específicos de investigación	47
7.0 Metodología	49
7.0.1 Prueba piloto	49

	Página
7.0.2 Curso de entrenamiento a clínicos	51
7.0.3 Estudio final	52
7.1 Unidades de observación	53
7.2 Universo	53
7.3 Pruebas estadísticas	54
7.4 Muestra	56
7.5 Grupo control	57
7.6 Información necesaria	57
7.7 Instrumentos de recolección	59
7.8 Recuento y plan de tabulación	60
7.8.1 Esquema de cruces de variables	63
7.9 Plan de presentación de la información	64
7.9.1 Tablas	64
7.9.2 Gráficas	65
7.9.3 Títulos de tablas	65
7.10 Plan de descripción	66
8.0 Organización	68
8.1 Estructura orgánica	68
8.2 Funciones	69
8.3 Programación y organización operativa del proyecto	72
8.4 Diagrama de Barras (Programación y organización operativa)	78

	Página	
9.0	Costo de proyecto (por etapas)	80
9.1	Resumen de costos (por etapas)	84
10.	Control	85
11.	Bibliografía	87
Capítulo III		93
Conclusiones		
12.	Anexos	96
Índice de anexos		97

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La realización de todo proyecto de investigación implica el conocimiento teórico-práctico acerca del objeto de estudio y de la disciplina en la cual se piensa investigar, así como la utilización adecuada de una metodología científica.

Dentro del campo de la investigación sociomédica, la experiencia ha demostrado que las personas que se interesan por la investigación, tienen conocimientos fundamentales sobre el contenido del tema, pero no siempre poseen la información necesaria sobre los procedimientos metodológicos más apropiados, quedando fuera de su alcance el manejo objetivo y la organización de la información disponible o en su caso la secuencia de actividades sistematizadas que deben seguir en el desarrollo de su proyecto.

Las dificultades señaladas afectan globalmente el desarrollo científico de la investigación y limitan el empleo de las herramientas de trabajo que nos proporcionan otras disciplinas para la comprensión y solución de problemas que se presentan en diferentes etapas de la investigación. Estas deficiencias pueden ser reconocidas en el proceso mismo del trabajo científico donde la teoría se enfrenta con el método en una situación concreta: "La investigación científica en determinada área del conocimiento".

Específicamente, la metodología de la Investigación es un conjunto dinámico de preceptos y procedimientos elaborados en forma no disyuntiva, organizada y susceptible de aplicarse indistintamente a cualquier problema de Investigación. De acuerdo con esto, puede decirse que existen formas alternativas que pueden ser utilizadas por el Investigador desde el momento mismo de la elección del problema hasta las soluciones que se proponga alcanzar.

Una forma de abordaje metodológico para la investigación se presenta en la elaboración del protocolo, el cual permite valorar con anticipación el cuidado con que se ha planeado el proyecto, el grado de justificación que implica su realización y la evaluación sobre el desarrollo del mismo.

El propósito básico de este trabajo es servir de demostración práctica de las ventajas que tiene el seguimiento de una guía metodológica para la elaboración de protocolos en la investigación sociomédica. Considerando que la Investigación en esta área se constituye en un cuerpo sistematizado y congruente de conceptos, métodos y técnicas necesarios para la interpretación y transformación del proceso salud-enfermedad en su dimensión social. Sean estos dirigidos al fomento y conservación de la salud colectiva, a la prevención y curación o a la rehabilitación.

En la investigación sociomédica se incluyen estudios con

enfoque colectivo sobre: la nutrición, inmunidad, resistencia, susceptibilidad y herencia; estudios sobre fenómenos de estructura y dinámica demográfica y ecológica como condicionantes de la salud poblacional; estudios acerca de agentes patógenos biológicos, fisicoquímicos y psicosociales que afectan a las colectividades.

Asimismo se incluyen investigaciones sobre la atención a la salud colectiva, tales como: planificación y programación de la atención nuevas formas de organización y manejo de unidades médicas; ejercicio profesional, formación, adiestramiento y selección de las estrategias de personal, formas de relación entre la población y el personal de salud y adopción de normas legales en beneficio de las actividades de salud.

Dentro de la investigación sociomédica también son incluidos estudios referentes a las repercusiones de los acontecimientos sociales en la salud y las respuestas sociales a la salud y a la enfermedad.

La investigación en este campo puede tener o no objetivos inmediatos, prácticos o concretos, o puede proponerse la búsqueda de nuevos métodos, procedimientos o sistemas, prototipos, instalaciones piloto, productos o dispositivos; así puede decirse que la investigación sociomédica puede ser aplicada, teórica o de desarrollo experimental.

Además de aplicar conocimientos de la morfología, la fisiología, la ecología, la clínica y la terapéutica, la investigación sociomédica también utiliza conceptos y métodos de disciplinas auxiliares tales como la estadística, la epidemiología, la psicología, la administración, la pedagogía y las ciencias sociales.

Por todos los puntos antes señalados se interpreta la necesidad de contar con un documento que sirva de apoyo para la realización de investigaciones en una forma más eficiente y organizada, con la conveniencia de una planificación anticipada sobre el proceso metodológico antes de efectuar cualquier desarrollo operativo. Plasmando esta planeación teórica y anticipada en un documento inicial llamado protocolo de investigación, el cual permite conocer a través de su lectura las ideas del investigador, la organización de sus pensamientos en relación al problema, sus objetivos, hipótesis, saber con qué cuenta, así como los métodos o procedimientos más adecuados para sus fines. La elaboración de un protocolo tiene doble función; una es servir como documento evaluativo del proyecto y otra como instrumento clarificador de ideas y procedimientos sistematizados que cumplirá el investigador. También se trata de mostrar que su elaboración exige un cumplimiento perfectamente establecido de ciertos pasos; cada uno de ellos varía de acuerdo con el tipo de estudio o investigación que se trate, aunque existe un patrón más o menos general que se adhiere a principios básicos.

Desde este punto de vista un protocolo brinda las siguientes ventajas para la investigación científica: iguala en lo posible la secuencia de actividades en las investigaciones, facilita la constitución de un acervo de antecedentes acerca de la metodología y procedimientos a seguir para el logro del conocimiento, facilita la consecución de aprobaciones y recursos para la investigación y optimiza una calidad satisfactoria en los resultados.

A continuación se propone una guía, para la elaboración de protocolos y un instructivo de los contenidos de cada capítulo que se sugiere.

Es importante tomar en cuenta que por tratarse de una guía; resultará en ocasiones rígida, por lo que se sugiere utilizarla con flexibilidad, ya que algunos incisos no podrán ser elaborados o tomados en cuenta, por las características específicas de cada proyecto. Tal sería el caso de las investigaciones históricas o de tipo docente.

Se realizó una revisión de diferentes guías e instructivos para la elaboración de protocolos, a fin de encontrar alguno que fuera el más completo y el más apegado al propósito básico de este trabajo. Como resultado de esta búsqueda se decidió utilizar el instructivo para la elaboración de protocolos de investigación sociomédica, del Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública

de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Siendo que se trataba de un modelo integrador, factible de ser utilizado tanto en la investigación sociomédica como en las líneas que se desprenden de esta, tal es el caso de la investigación interpretada a través de daños, servicios y medicina y sociedad. Es indudable que la investigación sociomédica debe desarrollar e implantar nuevos métodos para su estudio, detección, prevención y tratamiento oportuno, así como considerar en su correcta magnitud a efecto de lograr una planificación y programación de acciones coherentes en materia de salud.

El protocolo de investigación que se presenta como ejemplo en este trabajo, forma parte del proyecto de "Prevalencia de trastornos mentales en la población de pacientes de un Centro Comunitario", (Padilla, P., Medina-Mora, M.E. y cols., 1981) que se realiza en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en el Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.

El enfoque psicosocial que se maneja dentro de este proyecto nos habla de la tendencia que, sobre todo en las dos últimas décadas, se viene desarrollando en cuanto a las condiciones de riesgo en la salud mental y al comportamiento epidemiológico de los trastornos emocionales, que exige en forma cada vez más creciente el estudio

del fenómeno psicosocial con un enfoque eminentemente sociomédico.

BIBLIOGRAFIA

Breilh, P. Jaime: Epidemiología. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo. 1980.

Breilh, P. Jaime: Metodología de la investigación en salud. Seminario de Sociología Médica. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. División de estudios de Posgrado. Material Impreso. UNAM. México, 1982.

Bunge, Mario: La ciencia, su método y su filosofía. Siglo XX, Buenos Aires, 1972.

Camel, F.V.: Estadística Médica y de Salud Pública. 4a. ed. Universidad de los Andes. Venezuela, 1974.

Campillo Serrano, C.: Instructivo para el protocolo de tesis en los cursos de especialidad y maestría en psiquiatría. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM. México,

CONACYT.: Formato para la presentación de proyectos de Investigación. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; Dirección adjunta de Desarrollo Científico. México, 1981.

Grawite, Madeleine: Métodos y Técnicas de las Ciencias Sociales.

Ed. Hispano Europea. España, 1976.

IMP: Instructivo para la elaboración de protocolos de investigación en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Material Impreso. México, 1981.

Kerlinger, F.N.: Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. 2a. ed., Interamericana. México, 1979.

Knox, E. G.: La epidemiología en la planificación de la atención a la salud. Guía para el uso de un método científico. Ed. Siglo XXI. México, 1981.

Laudes, H. Jacob: Noiones prácticas de Epidemiología. Ed. La prensa Médica Mexicana. México, 1981.

McGuigan, F.G.: Psicología experimental. Enfoque metodológico. 3a. ed. Trillas. México, 1975.

Rojas, S. Raúl: El proceso de la investigación científica. Ed. Trillas. México, 1981.

Terris, Milton: La revolución epidemiológica y la Medicina Social. Ed. Siglo XXI. México, 1980.

UNAM: La investigación científica y la estadística. Publicaciones Técnicas de Medicina Preventiva y Social. No. 8. México, 1980.

Unidad de Bioestadística; Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública: Instructivo para la elaboración del protocolo de Investigación Sociomédica. Facultad de Medicina. UNAM. México, 1981.

CAPITULO I

Guía e Instructivo para la elaboración de protocolos sociomédicos

Al principio debe asentarse que se trata de un protocolo de investigación y a qué área corresponde: Psicosocial, Sociomédica, Biomédica o Clínica.

Deberá anotarse el nombre o nombres de los responsables del proyecto.

0.0 Título:

Debe ser claro, preciso y en lo posible, debe reflejar el propósito, alcances o resultados esperados de la investigación. En general debe informar, lo más exactamente posible la naturaleza de la investigación.

1.0 Utilidad o significación:

La intención es formular en términos sencillos la factibilidad de los beneficios, aplicaciones y posibilidades a obtenerse de la investigación que se propone.

2.0 Marco teórico:

Deben señalarse los aspectos teóricos que fundamentan a la investigación, tanto en sus aspectos conceptuales como metodológicos de tal manera que se aprecie la relación entre la presentación teórica de la investigación y las hipótesis, procedimientos de comprobación y resultados previstos.

3.0 Descripción del problema y antecedentes:

Debe hacerse un planteamiento claro del problema a estudiar y de sus diferentes aspectos a investigar. Deben señalarse los argumentos relacionados con el problema que se presenten en investigaciones similares o en estudios de problemas análogos (marco de referencia), también deben mencionarse las estrategias de solución seguidas por otros investigadores y han de citarse las referencias bibliográficas correspondientes.

Debe hacerse referencia a las situaciones o circunstancias en que surge el problema, en que se presenta la necesidad de investigarlo o de presentar resultados relacionados (marco contextual).

4.0 Hipótesis y consecuencias verificables:

Deben señalarse, a manera de explicación, los posibles significados, relaciones, factores condicionantes o determinantes que se supongan incompletamente dilucidados. En la redacción de la(s) hipótesis ha de advertirse el sistema de juicios, conceptos y razonamientos ordenados que dan lugar a la explicación que ha de someterse a prueba.

En vista de que a partir de la descripción del problema y del planteamiento de hipótesis surgirán los objetivos de la investigación, deben anotarse las posibles consecuencias derivadas de la(s) hipótesis que son susceptibles de comprobar con la metodología pre-

vista .

En lo posible, ha de procurarse elaborar una esquematización que facilite la comprensión de la(s) hipótesis y de sus consecuencias verificables . Siempre ha de hacerse la aclaración de conceptos y juicios fundamentales en la investigación, así como las definiciones y términos relevantes que han de manejarse . (Glosario de términos).

En el caso de investigaciones de tipo netamente descriptivo, debe señalarse la carencia de una hipótesis formalmente acabada; sin embargo, conviene señalar, aún de manera anticipada, el tipo de hipótesis al que pudieran servir los resultados de la presente investigación.

5.0 Diseño y tipo de investigación:

Deberá elaborarse un diseño esquemático de los pasos secuenciales que se seguirán en la investigación formal .

Posteriormente ha de señalarse si la investigación es de tipo longitudinal o transversal, prospectiva o retrospectiva, descriptiva o analítica, experimental o no experimental o de otros tipos . Considérese que al no ser excluyentes, las anteriores clasificaciones han de permitir caracterizar a la investigación convenientemente .

6.0 Objetivos:

Estos estarán directamente relacionados con las consecuencias de la(s) hipótesis, susceptibles de comprobar, que se hayan

previsto, deben señalarse los objetivos que ha de tener la investigación; éstos deben redactarse de tal manera que se adviertan como los logros más directos, inmediatos, observables y evaluables que han de surgir como consecuencia de las actividades de investigación. Debe apreciarse la mutua exclusividad, jerarquía y orden de los objetivos anotados.

7.0 Metodología:

La descripción de métodos a utilizar debe ser detallada sólo en caso de técnicas o procedimientos originales o en aplicaciones innovadoras de técnicas tradicionales, en caso contrario solo deben darse referencias acerca de la descripción original de los métodos. En caso de efectuar una prueba piloto o un curso de adiestramiento o capacitación, que sean requeridos para la realización del estudio, se recomienda hacer la descripción de procedimientos correspondientes a éstos en este apartado. Dándoles el lugar que les corresponde en el diseño, para concluir con la descripción metodológica del estudio o investigación final.

En el caso de que los métodos sean radicalmente nuevos y su descripción muy extensa, debe pensarse en la elaboración de un informe o artículo específicamente destinado a dicha información.

7.1 Unidades de observación:

Con el propósito de homogeneizar la recolección deben

especificarse claramente las características de los elementos o personas típicas de quienes se obtendrá la información.

7.2 Universo:

Debe señalarse la población o grupo de elementos con que se trabajará y sobre quién se generalizarán los hallazgos de la investigación.

7.3 Pruebas estadísticas:

Con el propósito de anticipar la cuantía y tipo de trabajo estadístico a realizar, deben anotarse los tipos o nombres de las pruebas de análisis estadístico que han de emplearse en el caso de investigaciones analíticas que así lo requieran.

7.4 Muestra:

En caso de que la investigación no se realice con universos o con muestras obligadas, han de señalarse las características básicas de la muestra probabilística y el tipo de esquema de muestreo a emplear.

7.5 Grupo control:

Si es el caso, el grupo control ha de ser perfectamente delimitado, señalando semejanzas y diferencias con el grupo de observación.

En caso contrario, sólo reportar que no es necesario

manejar grupo control, por las características del estudio. Siendo opcional señalar dichas características.

7.6 . Información necesaria (variables en estudio):

Debe enlistarse, y relacionarse con los objetivos, la información necesaria para la investigación y, por separado, la información para fines administrativos. También deben señalarse las unidades en que se medirá la información y anotarse las escalas de clases o modalidades en que se ubicarán las observaciones.

7.7 Fuentes, métodos e instrumentos de recolección:

Para el caso, de que se prevea la obtención de información a partir de documentos deben especificarse detalladamente los requisitos y características que éstos deben tener. Deben señalarse los métodos y técnicas de recolección que se planean emplear (censo, registro, encuesta y observación-medición, entrevista o llenado de formularios) así como anexar un ejemplar del o los instrumentos de recolección (cédulas, cuestionarios, formularios).

7.8 Recuento y plan de tabulación:

Deben señalarse los procedimientos para el cómputo de la información (palotes, tarjetas, cómputo electrónico) y ha de elaborarse un esquema que muestre los cruces de variables que se vayan a realizar.

7.9 Plan de presentación de la información:

Debe elaborarse un listado de los cuadros y gráficos que se planea emplear para mostrar la información y anexarse un bosquejo, con título completo, de cada uno de ellos.

7.10 Plan de descripción:

Con propósito de anticipar la magnitud de cálculos estadísticos deben señalarse los tipos de medidas de resumen que se prevé emplear durante la descripción de los datos de la investigación.

8.0 Organización:

Este capítulo tiene como propósito dejar definidos los aspectos prácticos de la investigación que han de conducir al logro de los objetivos de la misma. Deben delimitarse los siguientes rubros:

- Responsables: deben apreciarse las funciones y responsabilidades de los participantes en la investigación, de tal manera que se aprecie la organización de los recursos humanos. Deben señalarse las necesidades de convenios intra, inter o extra institucionales que se requieran y han de anexarse borradores de los oficios de autorizaciones o solicitudes que deban emplearse.
- Recolección de la información: deben señalarse las características del personal de recolección así como el tipo y duración del adiestramiento que se les dará. Deben anotarse el sitio,

duración y fechas de la prueba piloto de los instrumentos de recolección. Han de señalarse los límites geográficos y temporales para la recolección definitiva, los procedimientos de recolección definitivos y debe anexarse el instrumento de recolección con su instructivo.

- Revisión, clasificación y recuento de la información: han de señalarse los aspectos que deben ser revisados en los instrumentos de recolección con el propósito de lograr integridad y exactitud en los datos. Deben señalarse los procedimientos para clasificar y contar la información, así como la duración y sitios para este fin.
- Presentación de la información: deben señalarse los recursos necesarios para la elaboración de cuadros y gráficas, así como la duración y sitios en que se elaborarán.
- Descripción y análisis de la información: deben señalarse los recursos materiales y de equipo requeridos para la realización de medidas de resumen y/o pruebas estadísticas, así como la duración, sitios y responsables de esta fase.
- Cronograma: deben esquematizarse, con diagramas tales como Gantt o Pert u otros similares de fácil comprensión, las fechas y duraciones de las etapas de:
 - Planeación;
 - Pruebas preliminares.

- Recolección.
 - Revisión, clasificación y recuento.
 - Presentación tabular y gráfica.
 - Descripción y análisis.
 - Elaboración de informe.
- Difusión de resultados: han de señalarse las revistas o reuniones de donde puedan ser difundidos los resultados de la investigación, así como las fechas en que habrá de efectuarse dicha difusión.

Es recomendable para este capítulo la elaboración de una tabla de programación y organización operativa del proyecto y que ésta a su vez esté dividida por etapas y con columnas que cubran los rubros antes mencionados, ya que de esta forma se facilita el control y evaluación del proyecto.

9.0 Costos:

Debe señalarse, para toda la investigación y para cada etapa, el costo de los recursos humanos y materiales por conceptos de sueldos, compra o renta. En lo posible, han de señalarse las fuentes de financiamiento.

10.0 Control:

Deben señalarse los logros parciales que han de apreciarse al final de cada etapa y que permitan emitir un juicio acerca del gra-

do de cumplimiento de lo previsto. Así mismo deben señalarse los procedimientos y responsables de la supervisión de actividades.

11.0 . Bibliografía:

En este capítulo se presentarán todas las citas bibliográficas que se mencionen en el desarrollo del protocolo, así como los libros de consulta que se utilizaron.

12. Anexos:

Este apartado está destinado para conjuntar todo el material que sea necesario utilizar para el desarrollo de la investigación, o toda aquella información que piense el investigador sea importante en su proyecto.

Por lo general se adjunta: copias de instrumentos, descripciones detalladas de éstos, manuales de procedimientos, tablas, cuadros, etc.

13. Conclusiones por etapa:

Este capítulo se irá llevando de acuerdo a la programación que por etapas se haya establecido en el protocolo.

Su finalidad radica en que el investigador describa tanto las dificultades como los aciertos que se le presentaron, a fin de poder reprogramar sus siguientes etapas.

CAPITULO II

Ejemplo de un protocolo de investigación psicosocial

PROTOCOLO DE INVESTIGACION PSICOSOCIAL

Lic. en Psic. Paula Emma Rosa Padilla Galina.

0.0 Título

Estandarización del Cuestionario General de Salud en la población que asiste a la práctica médica de un Centro de Salud.

1.0 Utilidad

La estandarización de un instrumento para la detección de trastornos emocionales ofrece la posibilidad de contar en la atención primaria de la salud con una herramienta sencilla para descubrir casos potenciales de padecimientos mentales y establecer las medidas preventivas pertinentes o bien, cuando corresponda, canalizar en forma oportuna a los pacientes que presenten algún tipo de alteración y realizar su tratamiento integral mediante la aplicación de los métodos y técnicas de la medicina general y la psiquiatría.

2.0 Marco teórico

La psicología y la psiquiatría se interesan en las diferentes formas de enfermedad mental, que se encuentran tan variadas y extendidas, como las de la medicina general.

Aunque han existido muchos avances terapéuticos en los últimos 30 años, es claro también que una gran parte de la población sufre por disturbios psiquiátricos y psicológicos, sin recibir la atención necesaria o adecuada.

Los desórdenes mentales son tan diversos como los individuos que los sufren y la manera en que éstos se presentan está determinada por patrones estructurales y funcionales inherentes al organismo humano. Por lo tanto, la diversidad puede ser debida a una combinación de causas, con mayor o menor participación de factores orgánicos y efectos del medio ambiente de cada individuo a través de su vida, su desarrollo y conducta. De esta manera siempre hay una interacción entre factores psicológicos, biológicos y sociales en la manifestación de una enfermedad.

La relación entre la enfermedad mental y otros tipos de enfermedades ha sido mencionada frecuentemente.

En la experiencia clínica común, los pacientes perturbados emocionalmente tienen muchos trastornos somáticos, que pueden atribuirse total o parcialmente a enfermedad física. Varios investigadores han dicho que el paciente psiquiátrico padece más enfermedad física que el resto de la población. Downes y Simons (1954,7), comparando un grupo de pacientes neuróticos con grupo de enfermos crónicos en Baltimore, encontraron una mayor incidencia de trastornos físicos.

tanto crónicos, como agudos en el grupo de neuróticos. Observaron también que la enfermedad crónica parece ser más frecuente entre los familiares de neuróticos que entre la de otros pacientes.

Por lo tanto, podemos decir que existe una gran tendencia de que los trastornos mentales medianos o severos tengan repercusiones a nivel orgánico que se manifiestan como síntomas físicos o bien que trastornos físicos tengan repercusiones en el funcionamiento emocional del paciente.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos no sólo consultan más frecuentemente que el promedio, manteniendo niveles altos de demanda para tratamiento médico, sino que también presentan más síntomas físicos y son frecuentemente referidos a los departamentos médicos y quirúrgicos.

Sin embargo, inicialmente muchas enfermedades psiquiátricas son mal diagnosticadas debido a su presentación somática. Se puede argumentar que el grado de morbilidad física del paciente neurótico es equivalente al del paciente no psiquiátrico, pero el primero tiende a quejarse más y a consultar más frecuentemente. Así, pacientes que habitualmente consultan a su médico pueden estar etiquetados como neuróticos, independientemente de la verdadera naturaleza de sus quejas.

Esto nos lleva a contemplar a los trastornos emocionales

como una de las posibles causas que en interacción con otros factores determinan la manifestación de la enfermedad física. Este enfoque ayudaría a una mejor detección de este tipo de padecimientos y por lo tanto el paciente podría beneficiarse mediante el tratamiento integral (físico y emocional) de su padecimiento.

Es conveniente considerar la morbilidad psiquiátrica bajo dos encabezados:

1. Trastornos mayores o psicóticos.
2. Trastornos menores o no psicóticos.

En la primera categoría, se incluye los trastornos orgánicos y funcionales; como son: retardo mental severo, alcoholismo crónico, esquizofrenias, etc., donde el paciente manifiesta gran anormalidad y alteración social y su patología es clara en el sentido de un trastorno de tipo psiquiátrico. Este grupo de pacientes no representan una gran dificultad para la investigación psiquiátrica dentro de la práctica médica general, ya que en su mayoría son canalizados y atendidos por instituciones o médicos especialistas.

El problema de la investigación se presenta con el segundo grupo, el cual por fines prácticos y por la dificultad diagnóstica que existe para diferenciar los grados de severidad en que están presentes los diversos tipos de neurosis, los hemos denominado "trastornos menores o no psicóticos".

La comprensión de los componentes sociales de los trastornos psiquiátricos en la práctica médica, es tan significativa como la de sus características clínicas.

Es importante conocer, cómo situaciones de medio ambiente producen stress en el paciente y lo llevan a presentar alteraciones emocionales y cómo estos trastornos repercuten a su vez en el funcionamiento social del paciente.

Estos datos nos indican la importancia de considerar los factores sociales en su relación con los trastornos mentales. La pregunta sobre si los trastornos mentales provocan desajuste social o bien es éste el que precipita una condición mental anormal queda aún sin responder; lo más probable es que estemos frente a un fenómeno dinámico y que la causalidad pueda verse en ambos sentidos.

3.0 Descripción del problema y antecedentes

Tomando en cuenta que una de las más importantes metas de la epidemiología psiquiátrica es actuar a nivel preventivo, es importante considerar la población que acude al médico general y presenta sintomatología de carácter psiquiátrico que no es detectada, lo cual impide su canalización oportuna con el especialista de tal forma que la labor preventiva no puede cumplir su función adecuadamente.

Los pacientes que presentan este tipo de alteraciones son

individuos que por lo general permanecen socialmente capacitados y el manejo de sus alteraciones queda fuera del rango de acción del especialista, siendo atendidos en su mayoría por el médico general. Por ejemplo: Shepherd (1974, 18) encontró que el 14% de 2,000 pacientes que consultaron al médico general en Londres, su sintomatología era de naturaleza psiquiátrica. Polanchek (1972, 16), reportó que en Checoeslovaquia el 20% de los casos psiquiátricos eran atendidos por el médico general; Cooper (1972, 6), encontró que la angustia y depresión formaban el 80% de las neurosis crónicas en la consulta de 8 médicos generales en Londres. Hallazgos similares se han encontrado en Australia (20) y Austria (21).

Los estudios realizados en la práctica médica general nos indican una prevalencia elevada de trastornos psiquiátricos. Estudios realizados en otros países reportan cifras de prevalencia entre el 20% (8) y 31% (19), comparables con las encontradas en México (34%), en una muestra de pacientes en su mayoría de niveles socioeconómicos medio y alto (3). Por otro lado, en un estudio de comparación de 4 países no industrializados (12), se encuentra una prevalencia menor que oscila entre el 10.6% y el 17.7%.

Desde luego las diferencias en las tasas de prevalencia pueden explicarse en parte por la diversidad de los instrumentos utilizados y a definiciones de caso más o menos estrictas. Sin embargo, también cabría esperar diferencias en función del tipo de población

que estamos investigando.

Estos resultados nos indican que el número de pacientes, que consulta al médico general por problemas de tipo psicológico, además de una proporción de sintomatología física y que muestran tener un componente psicosocial, es elevado. Razón por la cual es importante reconocer que la población que acude a la práctica médica general es un eslabón más para estimar los principales problemas de salud mental que aquejan a la comunidad.

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

Campillo y Cols. (1979, 1), realizaron una prueba de confiabilidad entre clínicos en el manejo de la entrevista psiquiátrica estandarizada (9). Dicho instrumento fue probado en 40 pacientes de consulta externa especializada. Todos los casos fueron mujeres entre 20 y 40 años con nivel de ingreso per cápita inferior a \$3,000.00 mensuales, escolaridad de secundaria y atendidas por primera vez antes de recibir medicación. Los pacientes fueron vistos por una pareja de clínicos, quienes alternaban el papel de entrevistador-observador, las calificaciones fueron dadas en forma independiente.

Se hicieron análisis de confiabilidad entre observador-entrevistador y entre psiquiatra-psicólogo. Asimismo, se midió el

grado de acuerdo entre clínicos cuando el síntoma está presente y cuando está ausente. Se realizaron análisis de varianza con el fin de probar la homogeneidad del criterio de los clínicos a pesar de las diferencias entre reactivos. Los resultados (tabla 1), indican una adecuada confiabilidad entre clínicos. En el análisis de varianza no se detectaron diferencias significativas en el juicio de los clínicos. Los resultados también indican la aplicabilidad del instrumento por parte de psicólogos clínicos entrenados.

Campillo y Cols. (1979,2), probaron la validez del Cuestionario General de Salud. Se probó el nivel de discriminación de los reactivos, sensibilidad y especificidad del instrumento, utilizando como criterio externo la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg (9), cuya confiabilidad fue probada en un estudio previo.

La prueba definitiva del instrumento se realizó en una muestra de 46 pacientes de centros de tratamiento especializado y 46 personas "normales". Para la selección de los sujetos normales se aplicó un cuestionario previo. La población estudiada presenta las mismas características que el estudio previo llevado a cabo por los mismos autores (2).

Los resultados indicaron que para la población considerada con un punto de corte (calificación que se debe obtener para ser considerado como "caso"), de 7/8 se obtenía un buen equilibrio entre sensibilidad y especificidad (tabla 2). El análisis individual de cada re-

activo mostró que todos los individuos, salvo dos, discriminaban significativamente entre "casos" y "no casos". Considerando todos los reactivos del instrumento se obtenía una tasa de clasificación errónea sólomente de 9% por lo que se decidió que era un instrumento eficaz para discriminar casos potenciales.

Posteriormente, se llevó a cabo un estudio similar con 40 pacientes, 20 "casos" y 20 "no casos", con escolaridad máxima de tercero de primaria ($\bar{x} = 1.5$; el 35% no tenía educación formal). Este estudio se realizó con el fin de probar el grado de discriminación del cuestionario en población con bajo nivel de comprensión; las otras características demográficas, el procedimiento y método de análisis se mantuvieron estables. Como era de esperarse, la tasa de clasificación errónea fue superior (17%) similar a la reportada por Goldberg en Estados Unidos en la práctica médica general (19%). Los casos puntuaron más alto que los "no casos" en todos los reactivos, menos uno; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de ambos grupos en todos los reactivos. A pesar de esto las puntuaciones globales del cuestionario en ambos grupos se diferenciaron significativamente ($t=6.2$; $gl=38$; $p \leq .01$). Estos resultados nos indican que el cuestionario es un instrumento útil, aún en población de bajo nivel de escolaridad. Sin embargo es necesario revisar el lenguaje con el fin de adaptarlo a la población de estudio, a fin de asegurar un mayor nivel de comprensión (4).

Finalmente, se llevó a cabo un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales en la población que asistió a consulta médica general de un Hospital General durante los meses de septiembre y octubre de 1979. Se estandarizó el instrumento para esta población y se probó su validez, se estimó la prevalencia de trastornos por tipo de trastorno y por características demográficas (Tablas 3 y 4).

Asimismo, se valoró la habilidad del médico general para la detección de trastornos mentales, encontrando un acuerdo de $K=0.35$ entre ambos clínicos (3).

Este mismo instrumento ha sido aplicado en otros países, tanto en la práctica médica general (10, 24), como en población general, a través de muestras de hogares (23).

Estos antecedentes de investigación nos demuestran la utilidad de los instrumentos propuestos en la presente investigación para determinar la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en poblaciones generales; sin embargo, los estudios realizados en México han abarcado solamente a segmentos muy específicos de la población, por lo que es necesario realizar una investigación que abarque un grupo más amplio.

Por otro lado, estudios realizados en otros países, han demostrado la necesidad de determinar los puntos de corte (calificación que define a los casos) específicos para cada población de estudio. En estas condiciones, el establecimiento de la calificación para defi-

Tabla 1. RESULTADOS DE CONFIABILIDAD DE LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

Entrevistador-Observador (n = 30)			
Correlación producto momento	Kappa	Acuerdo en presencia	Acuerdo en ausencia
$\bar{X} = .90$	$\bar{X} = .80$	$\bar{X} = .91$	$\bar{X} = .82$
Psiquiatra-Psicólogo (n = 20)			
$\bar{X} = .93$	$\bar{X} = .81$	$\bar{X} = .81$	$\bar{X} = .83$

Campillo y Cols. (1979).
 Departamento de Investigaciones Sociales
 Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental

Tábla 2

COEFICIENTES DE VALIDEZ DEL CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (GHQ) TOMANDO COMO CRITERIO LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

Prueba de Screening GHQ

Evaluación Psiquiátrica

	Nº Caso	Caso		
Bajo 0-7	42	falso - 5	=	47
Alto 8 +	falso + 4	41	=	45
	46	46		92

Tasa de clasificación errónea	9%
Especificidad	89%
Sensibilidad	91%
Valor predictivo de calificación alta	.91
Valor predictivo de calificación baja	.10

Campillo y cols. (1979)
 Departamento de Investigaciones Sociales
 Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental

Tabla 3

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACION
- QUE ASISTE A CONSULTA EXTERNA EN MEDICINA GENERAL.**

POBLACION MASCULINA	26%
POBLACION FEMENINA	38%
POBLACION TOTAL	34%

Población de 18 a 64 años

**Campillo y Cols. , 1980.
Instituto Mexicano de
Psiquiatría.**

Tabla 4

COMPARACION DE MEDIAS DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS
EN EL C.G.S. ENTRE "CASOS" Y "NO CASOS".
PRACTICA MEDICA GENERAL

Mujeres	Calificación Global de Severidad	Media de la Calif. del Cuestionario
No casos n = 130	0, 1	$\bar{x} = 11.06$
Casos n = 138	2, 3, 4	$\bar{x} = 20.10$

T = 7.8

Gl = 266

P .01

Hombres	Calificación Global de Severidad	Media de la Calif. del Cuestionario
No casos n = 61	0, 1	$\bar{x} = 6.81$
Casos n = 35	2, 3, 4	$\bar{x} = 19.42$

T = 6.4

Gl = 94

P .01

Mixto	Calificación Global de Severidad	Media de la Calif. del Cuestionario
No casos n = 191	0, 1	$\bar{x} = 9.71$
Casos n = 173	2, 3, 4	$\bar{x} = 19.96$

T = 8.1

Gl = 362

P .01

Población de 18 a 64 años.

Campillo y cols. 1980
Instituto Mexicano de
Psiquiatría

nte a la población que asiste la práctica médica general como "caso", es decir como persona que requiere atención especializada, precisa llevar a cabo un estudio en esta población, no realizado aún en nuestro medio.

4.0 Hipótesis y consecuencias verificables

A. Validez. Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos en el Cuestionario General de Salud, por los pacientes que no presentan alteraciones mentales (no casos) y los pacientes con trastornos en diferentes grados de severidad (casos) y los resultados de la entrevista psiquiátrica estandarizada.

En caso de que esto ocurra, se esperaba que al aplicar el Cuestionario General de Salud, a una población que asiste a consulta general, éste detecte pacientes que presenten trastornos de tipo emocional de aquéllos que no los presentan.

Sería de esperarse también que por medio de una submuestra de pacientes detectados por el cuestionario con o sin trastornos, se confirme el diagnóstico por la aplicación de la entrevista psiquiátrica estandarizada.

El resultado en cuanto al acuerdo de los diagnósticos daría el punto de corte óptimo para la población de estudio y las diferencias entre cuestionario y entrevistas, darían la estimación del error con que se comportaría el cuestionario.

B. Estandarización. No se observan diferencias significativas en la estimación de la prevalencia, utilizando el estándar obtenido por sexo y el obtenido para cada subgrupo de edad y escolaridad.

Por lo tanto, en caso de que esto ocurra, se esperaría que al obtener la prevalencia de trastornos emocionales en esta población, ésta no variaría al efectuar las estimaciones en los diferentes subgrupos, sino que la variación estaría dada en cuanto a los puntos de corte ideales para cada subgrupo que se estudie por edad y escolaridad.

4.0.1 Glosario de términos

A continuación se ordena una serie de definiciones que serán utilizadas a través de la investigación, a fin de homogenizar su comprensión e identificar el significado que tienen dentro de nuestro estudio.

Epidemiología:

Estudio de la salud en enfermedades de poblaciones y grupos. (Morris, 1957, 15).

Estudio de los factores que influyen sobre la ocurrencia y disminución de las enfermedades, efectos y muerte en un conjunto de individuos. (Leavell and Clark, 1964, 14).

Ciencia de los fenómenos colectivos (Shepherd, Cooper, 1964, 17).

La ciencia dedicada al estudio de los fenómenos que la enfermedad provoca en una gran masa de población, tanto en sus formas usuales o endémicas, como en su carácter epidémico (Frost, W.H., 1941, 29).

La epidemiología en correspondencia con el modelo de las enfermedades infecciosas; explica que las enfermedades tienen un agente, un huésped y un contexto; donde el huésped es considerado como una víctima, la cual es o no vulnerable, infectada o infecciosa. La epidemiología estudia las enfermedades comunicables que se esparcen por contacto secuencial de persona a persona; se asocian a un patrón característico de morbilidad y mortalidad, afectando sólo a ciertos subgrupos de la población (Nowlis, H. 1975, 30).

Epidemiología psiquiátrica:

Es la ciencia que estudia la ocurrencia y las causas más importantes para el desarrollo y pronóstico del desorden mental en una población determinada (Sartorius, N. 1971, 31).

Los métodos epidemiológicos tienen gran importancia en psiquiatría, porque permiten obtener datos de utilidad para los estudios sobre la etiología de las enfermedades, para una mejor delimitación de síndromes clínicos y para la planificación y evaluación de los servicios.

Estudio de la ocurrencia del desorden mental en una población determinada (Hinsie y Campbell, 1970, 13).

Estandarización=Normatización= Normalización:

Función que permite elaborar y actualizar las normas requeridas para la aplicación adecuada de un instrumento o procedimiento de trabajo a las condiciones cambiantes del proceso de producción al que sirve. (Blazy, Z., 1969, 28).

Caso:

Se considerará caso, al sujeto que presenta síntomas y sufre por ellos, persona que presenta alteración mental y amerita tratamiento especializado.

(Por la manera en que está construido el cuestionario, no detecta sujetos crónicos ya que éstos están habituados a sus síntomas y en el presente no sufren por ellos).

Casos potenciales:

Se considerarán como casos potenciales a los sujetos que detecte el cuestionario con alta probabilidad de requerir tratamiento en el presente. Sujetos que presentan síntomas y sufren por ellos y que obtengan una puntuación en el cuestionario igual o superior al punto de corte óptimo determinado para ésta población.

Casos actuales:

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

No caso:

En el presente estudio se considerará no caso al sujeto normal, estable con o sin enfermedad física, o con un grado subclínico de disturbio emocional. (Tarnopolsky, 1977, 22).

No caso potencial:

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

No caso confirmado:

Sujeto confirmado sin trastorno mental por la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada y que no requiera tratamiento especializado.

Punto de corte inicial:

Estimación preliminar para determinar el número de síntomas que deberá presentar un sujeto, para pasar a la entrevista psiquiátrica estandarizada. La estimación de este punto, será después de realizada la prueba piloto y sólo será válido en la fase inicial de la presente investigación.

Punto de corte:

El número de síntomas presentes con el cual se determina que un sujeto sea considerado "caso" o "no caso". Para determinar este punto se busca el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad y la menor tasa de clasificación errónea.

Punto de corte óptimo:

Número de síntomas presentes en base a la variable "sexo" para determinar cuando un sujeto es considerado "caso" o "no caso".

Punto de corte ideal:

Número de síntomas presentes, en base a las diferentes variables socio demográficos para determinar cuando es considerado caso o no caso a un paciente.

Prueba piloto:

Prueba preliminar de técnicas y métodos que se proponen utilizar en el estudio final.

Validez:

Grado en el cual una prueba mide lo que se supone que debe medir (Hinsie y Campbell, 1970, 13).

Validez de contenido:

Se refiere al contenido del cuestionario, es decir, que el

contenido de sus reactivos sea relevante a la variable que se está queriendo medir. (Goldberg, 1972, 10).

Validez concurrente:

Se refiere a la capacidad del cuestionario para dar datos que sean comparables a algún criterio externo. (Goldberg, 1972, 10).

En el presente estudio, la validez concurrente del Cuestionario General de la Salud se considerará tomando como criterio externo la entrevista psiquiátrica.

Confiabilidad de un instrumento:

Grado en el cual una prueba mide consistentemente la seguridad de una medición. (Hinsie y Campbell, 1970, 13).

Confiabilidad entre clínicos:

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

Prevalencia:

Número de casos de cualquier desorden mental que existe frecuentemente en una población. (Hinsie y Campbell, 1970, 13).

Prevalencia periódica:

Número de casos existentes durante un periodo de observación que se expresa en relación con una población de tamaño conocido (OMS Inf. Tecn. 1973, 26).

Prevalencia activa o actual:

Número de casos existentes en un momento determinado dentro de una población de tamaño conocido (OMS Inf. Tecn. 1973, 26).

Incidencia:

Número de casos nuevos que aparecen durante un periodo específico de tiempo. (Hinsle y Campbell, 1970, 13).

Sensibilidad:

La proporción de casos correctamente identificados por una prueba. (Tarnopolsky, 1979, 22).

Especificidad:

La proporción de personas normales correctamente identificadas al mismo tiempo. (Tarnopolsky, 1979, 22).

Práctica médica general:

Servicio de consulta externa general de un Centro de Salud.

Médico general:

Médico (general o especialista) no psiquiatra.

Ansiedad:

Actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro, caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza. (H.C. Warren, 1948).

Psicótico:

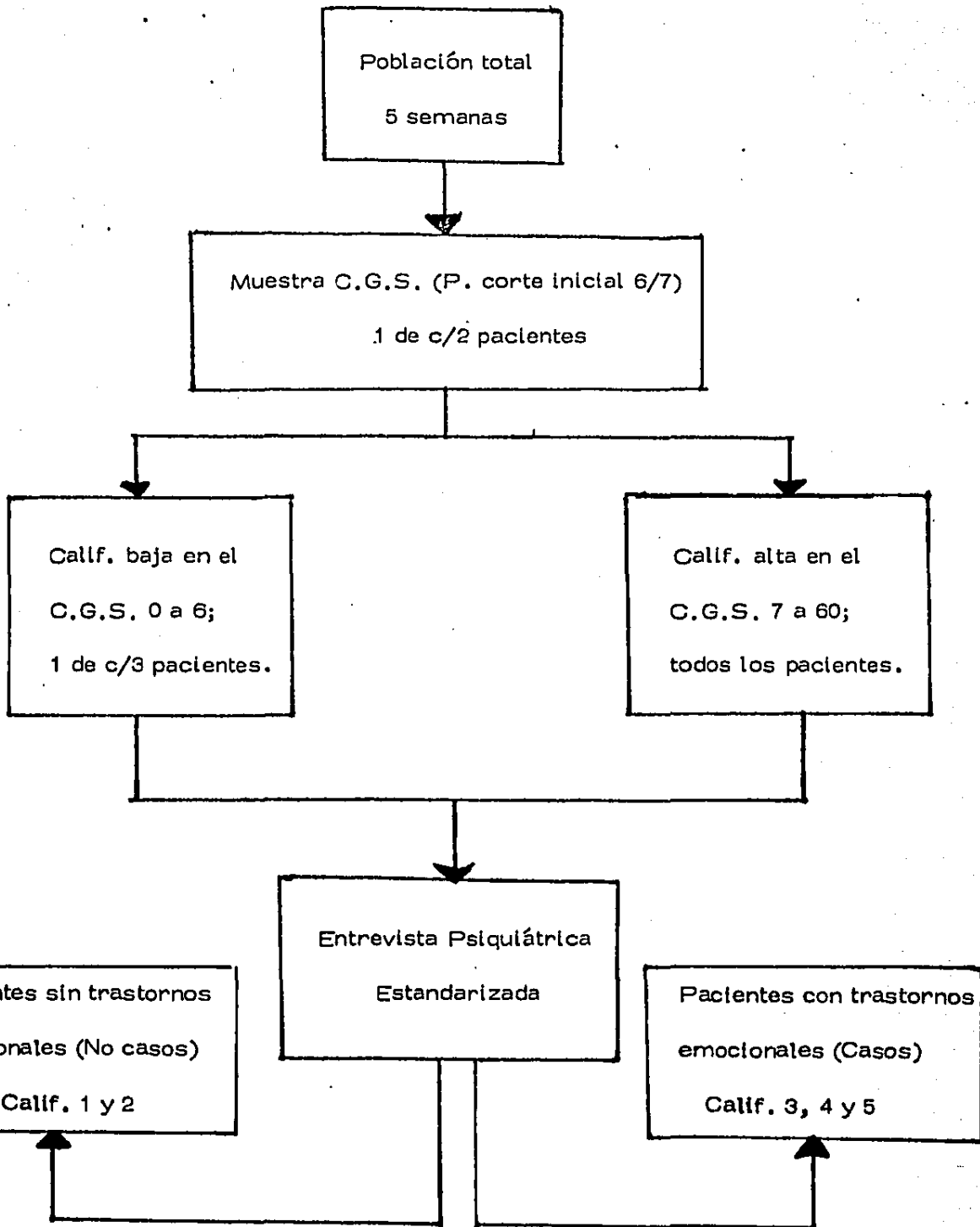
Sujeto que presenta síntomas o signos de que posee características severas de desorden mental relacionados con la psicosis. (Hinsie y Campbell, 1970, 1S).

No psicótico:

Sujeto que requiere tratamiento psiquiátrico por presentar síntomas y sufrir por ellos, excluyendo subnormalidades manifiestas, demencia senil, manía, esquizofrenia o psicosis orgánica.

Neurótico:

Sujeto en el cual una parte de su personalidad está afectada y en la cual la realidad no es combinada cuantitativamente pero el valor si puede estar afectado. (Hinsie y Campbell, 1970, 1S).

5.0 Diseño de la investigación (esquema)

5.0.1 Tipo de Investigación

Para la investigación se propone utilizar el modelo epidemiológico aplicado a la investigación psiquiátrica, uno de cuyos alcances es la investigación de la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en poblaciones definidas; ésto es, la determinación del número de sujetos que presentan cierta condición, en nuestro caso sujetos que requieren atención especializada.

Por lo tanto, el tipo de investigación que se propone es explicativa y transversal, ya que la recolección de la información se efectuará en un periodo determinado de tiempo (5 semanas) y se destacarán las consecuencias verificables, así como las diferencias significativas entre los diferentes conjuntos de datos.

6.0 Objetivo de la investigación

Determinar la validez y estandarizar un cuestionario que detecte "casos" psiquiátricos potenciales en la población que asiste a la práctica médica en un Centro de Salud.

6.0.1 Objetivos específicos de investigación

- Valoración de la muestra obtenida, de acuerdo a las aplicaciones efectuadas del Cuestionario General de Salud entre Universo;
- Valoración de la submuestra obtenida, de acuerdo a las aplicaciones entre Cuestionario General de Salud y entrevista psiquiátrica.

- Estimar factor de corrección para la ponderación de los datos muestrales.
- Determinar el número de individuos, que puntuaron alto y bajo en el Cuestionario General de Salud y en la entrevista psiquiátrica, de acuerdo al punto de corte inicial.
- Probar diferentes combinaciones entre puntuaciones altas y bajas del cuestionario, utilizando como criterio de validez externa las puntuaciones obtenidas en la entrevista psiquiátrica. A fin de encontrar el mejor equilibrio entre los pacientes correctamente identificados que requieran tratamiento (casos) y los "no casos".
- Estimar a las diferentes combinaciones que se obtengan las siguientes pruebas: (ambos sexos).

Tasa de clasificación errónea, sensibilidad, especificidad, porcentaje de falsos positivos y falsos negativos, valores predictivos para que una calificación alta o una calificación baja sean "casos".
- Determinar la calificación en el cuestionario que divida los casos potenciales de los no casos, a fin de obtener el punto de corte óptimo para la población de estudio.
- Estimar la prevalencia de trastornos emocionales en base al punto de corte óptimo.
- Estimar los puntos de corte ideales para los subgrupos de edad, escolaridad y estado civil.

- Estimar la prevalencia de trastornos emocionales en base al punto de corte ideal obtenido para los diferentes subgrupos de edad, escolaridad y estado civil.

- Obtener los porcentajes de los diferentes diagnósticos psiquiátricos de acuerdo a la novena revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades (OMS).

Los objetivos específicos de investigación siguen un orden secuencial a fin de marcar el desarrollo que se seguirá durante la parte de análisis de resultados (10) descrito posteriormente en la programación y organización operativa del proyecto (8.3).

7.0 Metodología

7.0.1 Prueba piloto

Como primer paso se realizará una prueba piloto, que tendrá diferentes finalidades. Será un acercamiento dentro del área de trabajo para conocer el tipo de población que asiste al Centro, y realizar estimaciones aproximadas sobre edad, escolaridad y sexo.

En primer lugar, se efectuará una prueba de comprensión, sobre el Cuestionario General de Salud. Posteriormente, en caso de así requerirlo, se efectuará la adaptación del lenguaje a la población de estudio y se procederá a una nueva aplicación del cuestionario.

Posteriormente, se propone una nueva aplicación con objeto de estimar el punto de corte inicial con el que se trabajará en el

estudio definitivo.

Los criterios de selección para esta fase serán los siguientes:

- Se tomará una muestra controlada de 50 individuos de ambos sexos, entre 18 y 64 años de edad.

- 25 serán pacientes del Servicio de Salud Mental, que presenten sintomatología de origen no psicótico y que se reporten a sí mismos como enfermos.

Los otros 25 serán individuos que asistan al Centro, pero que no soliciten consulta médica (acompañantes, visitantes, etc). A estas personas se les aplicará una entrevista estructurada para la selección de controles normales (anexos número 7 y 8) a fin de determinar el estado actual de salud de la persona y si ésta se reporta a sí misma sana.

La metodología de selección se utilizará para determinar el punto de corte inicial, ya que traducirá la forma de respuesta en el cuestionario, que presentan los sujetos tanto los que se reportan a sí mismos sanos, como aquellos que sufren de alguna alteración emocional y tienen conciencia de ella.

Simultáneamente a esta fase, se llevará a cabo, un registro de los pacientes de 18 a 64 años que asistan al Centro de Salud a solicitar consulta en el periodo de una semana.

La frecuencia de asistencia será cotejada con los datos recabados por el Departamento de Epidemiología del Centro, sobre los

meses anteriores, a fin de poder hacer estimaciones probabilísticas sobre la muestra definitiva.

7.0.2 Curso de entrenamiento a clínicos

Con el fin de asegurar la confiabilidad del diagnóstico que se obtendrá en la investigación, se impartirá un curso de entrenamiento a clínicos que deberán encargarse de realizar la entrevista psiquiátrica estandarizada.

El propósito del adiestramiento consiste en la capacitación de personal en el empleo de una forma de entrevista psiquiátrica estandarizada que sea de utilidad para fines epidemiológicos y clínicos, arribando de esta manera a un criterio común.

Se persigue como objetivos:

1. La familiarización con la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada elaborada por Goldberg y cols., (1970,8) la forma de aplicación y calificación de la misma.

2. Desarrollar un criterio común para calificar los síntomas y signos apreciados durante la entrevista.

3. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la presencia o ausencia de síntomas.

4. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la severidad de los signos y síntomas.

5. Lograr una alta concordancia entre los diferentes entrevistadores con respecto a la consideración de si un sujeto es caso o no.

6. Intentar arribar a un diagnóstico sindromático a través de los signos y síntomas reportados en la entrevista psiquiátrica, de acuerdo con el glosario de términos de la OMS.

7.0.3 Estudio final

Una vez cubiertos los pasos anteriores, se propone una investigación en dos etapas. En la primera etapa, se seleccionará una muestra de la población que recibe atención médica en un Centro de Salud, en el servicio de consulta externa. En esta fase, se aplicará el Cuestionario General de Salud y una ficha de identificación del sujeto.

En una segunda fase, se seleccionará simultáneamente una submuestra de pacientes, de los cuales todos los que saquen puntajes altos pasarán a la aplicación de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, manejada por psiquiatras previamente entrenados en dicho instrumento.

La valoración en esta etapa será independiente de la realizada en la primera fase; esto es, el clínico desconocerá la calificación obtenida por el paciente en el Cuestionario General de Salud (1a. fase). En caso de que la Entrevista Psiquiátrica, se realice en un tiempo diferente a la primera fase, se pedirá al paciente que compare su estado en el momento de la misma, con su estado del día en que acudió a consulta y contestó el Cuestionario General de Salud.

7.1 Unidades de observación

Las unidades de observación estarán representadas por todas las personas de ambos sexos, que fluctúen en una edad de 18 a 64 años y que asistan a solicitar consulta médica general, ya sean pacientes de primera vez o subsecuentes dentro de la Institución y que no hayan recibido consulta psiquiátrica, en un periodo mínimo de 6 meses previos a la fecha del estudio.

Para los fines de la investigación, los pacientes seleccionados serán de primera vez para el estudio; ésto es, que la muestra será manejada sin reemplazo.

7.2 Universo

Se tomará a la población que asiste a consulta médica general de un Centro de Salud de la SSA. Se trabajará en conjunto con el equipo de Salud Mental.

Se propone trabajar en un Centro de Salud de la SSA, que se encuentra ubicado en los pedregales de Coyoacán, al sur del Distrito Federal. Su zona de influencia abarca cinco colonias localizadas en una extensión de 18 Km². La población estimada es de 166,000 habitantes. La mayoría pertenece a nivel socioeconómico bajo. El 56% de la población tiene un ingreso inferior al salario mínimo. El 70% son obreros calificados o no calificados. El 75% tiene una escolaridad de 0 a 6 años. La mayor parte de la población no tiene posesión legal

de los terrenos, existen escasas vías pavimentadas y los servicios públicos son deficientes (25).

Los hallazgos del estudio estarán dirigidos hacia la población de la zona antes mencionada, tomándose como requisito que tenga acceso a los servicios de salud que se prestan en dicho Centro.

7.3 Pruebas estadísticas

Se describen los análisis más relevantes con el fin de probar el poder discriminativo del Cuestionario General de Salud; se tomará como criterio de validez externa la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada; se estimará la tasa de clasificación errónea, sensibilidad y especificidad y valor predictivo de que una calificación alta o baja en el Cuestionario será "caso". Para estandarizar este instrumento a la población de estudio se determinará el punto de corte (calificación que se requiere para ser considerada como "caso") que proporcione mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad (23).

Entrevista Psiquiátrica

Cuestionario General de Salud. No casos potenciales (calificación baja).

Casos potenciales (calificación alta).

No casos	Casos
A	Falsos- B
C Falsos +	D

Tasa de clasificación errónea = $\frac{(\text{falsos } +) + (\text{falsos } -) \times 100}{\text{Total de sujetos}}$

$$= \frac{B+C}{N} \times 100$$

Especificidad = $\frac{\text{Personas normales correctamente identificadas por CGS} \times 100}{\text{Total de personas normales}}$

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

Sensibilidad = $\frac{\text{Personas con trastornos correctamente identificados por el CGS} \times 100}{\text{Total de personas con trastornos.}}$

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

% Falsos positivos = 100 - Especificidad

% Falsos negativos = 100 - Sensibilidad

Valores Predictivos

Probabilidad de personas con = $\frac{\text{Personas con Trastornos correctamente identificadas por el CGS} = D}{\text{Total de personas con calificación C+D alta.}}$

Probabilidad de que una = $\frac{\text{Falsos negativos}}{\text{Total de personas con calificación D+B baja.}}$

Para estimar la prevalencia se tomará la fórmula que sugiere Tarnopolsky (1979, 23), que corrige el error del cuestionario:

Prevalencia= (% P.A. CGS) V.P.A.) + (%P.B. CGS)(V.P.B.), en

donde:

% P.A. CGS= Porcentaje de casos con puntajes altos en el cuestionario.

V.P.A. = Valor predictivo de que una calificación alta sea caso.

% P.B. CGS= Porcentaje de casos con puntajes bajos en el cuestionario.

V.P.B. = Valor predictivo de que una calificación baja sea caso.

Con el fin de valorar el poder discriminativo del Cuestionario entre "casos" y "no casos", de acuerdo a las calificaciones en la entrevista psiquiátrica, se comparan las medias obtenidas en el cuestionario, utilizando el estadígrafo t.

7.4 Muestra

Primera etapa:

Se obtendrá un registro de la población de 18 a 64 años que asista a consulta médica general en el lapso de 5 semanas.

Se seleccionará una muestra, aleatoria sistematizada, constituida por una de cada dos personas que acudan a solicitar servicio de medicina. Se les aplicará el Cuestionario General de Salud y una ficha de identificación.

Segunda etapa:

Para la aplicación de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada, se tomarán en cuenta todos aquellos sujetos que obtengan una puntuación alta en el cuestionario (casos), así como una submuestra

5.	Ocupación del Entrevistado.	Trabaja Trabaja o estudia Ama de casa Estudia-trabaja Otro
6.	Calificación del Cuestionario General de Salud.	0 - x calif. baja x - 60 calif. alta
7.	Calificación entrevista psiquiátrica estandarizada.	1, 2 = sin trastorno emocional. 3, 4, 5 = con trastorno emocional, con diferentes grados de severidad.
8.	Diagnóstico Psiquiátrico.	.018 = sano Los diagnósticos estarán basados en la Novena Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS.

Las variables socio demográficas serán utilizadas para la valorización de la muestra y su representatividad, así como, para especificar el tipo de población estudiada.

El resto de las variables se utilizarán para la validez y estandarización del cuestionario, para la estimación de la prevalencia.

En conjunto, las variables antes mencionadas permiten efectuar los cálculos porcentuales de rechazo hacia los instrumentos en aplicación; cálculo de intervalos de confianza por subgrupos afectado, y porcentajes sobre los diferentes diagnósticos psiquiátricos.

7.7 Instrumentos de recolección

Los Instrumentos a utilizar serán:

- El Cuestionario General de Salud desarrollado por Goldberg (1972, 10) y probado en México (2).

Este cuestionario consta de 60 reactivos acerca de los principales síntomas de enfermedades psiquiátricas no psicóticas, señala la ausencia y presencia de síntomas, el grado en que se presentan y en conjunto discrimina los grados de severidad de enfermedad mental. (Anexos No. 1 y 2).

- Ficha de Identificación del sujeto, contendrá datos socio-económicos básicos. (Anexos No. 5 y 6).

- La entrevista Psiquiátrica Estandarizada desarrollada por Goldberg y Cols. (1970, 11) y probada en México (1). Este instrumento consta de una sección de síntomas reportados por el paciente y una sección de anomalías manifiestas evaluadas por el clínico en el transcurso de la entrevista, asimismo, el clínico da un diagnóstico global de severidad y el diagnóstico del paciente, siguiendo el criterio de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1978, 27), la definición de los síntomas las preguntas que investigan en presencia y la forma de calificarlas aparecen definidas en el instrumento. (Anexos No. 3 y 4).

- Entrevista estructurada para seleccionar controles normales. Es un instrumento de selección constituido por seis preguntas

mutuamente excluyentes, cada una con diferentes opciones de respuesta, así como, las conductas a seguir de acuerdo a la forma de respuesta. (Anexos No. 7 y 8).

Una copia y una definición detallada de estos instrumentos se adjuntan como anexos.

7.8 Recuento y plan de tabulación

El cómputo de la información se llevará a cabo en una primera etapa por medio de tarjetas simples, manejando las siguientes variables:

Número de paciente, sexo, edad, escolaridad, estado civil, calificación obtenida en el cuestionario general de salud (CGS), y en la entrevista psiquiátrica estandarizada (EPE), diagnóstico psiquiátrico (OMS) y fecha de aplicación.

El formato de las tarjetas será el siguiente:

Sexo ②	Edad ③	Escolaridad ④
Fecha ⑨	No. de paciente ①	Estado civil ⑤
⑧ Diagnóstico O.M.S.	⑦ Calificación E.P.E.	⑥ Calificación C.G.S.

Codificación en las tarjetas simples

<u>Nombre de la variable.</u>	<u>Codificación</u>
1. Número de paciente.	0001 a 0500 el que aparezca
2. Sexo.	F o M " "
3. Edad.	18 a 64 el que aparezca
4. Escolaridad.	o sin educación formal, 1 a 20 años cursados y aprobados.
5. Estado civil.	1. Soltero 2. madre soltera 3. casado 4. viudo 5. divorciado 6. separado 7. unión libre
6. Calificación Cuestionario General de Salud.	0 a 60 el que aparezca
7. Calificación Entrevista Psiquiátrica.	1. Sujeto totalmente asintomático. 2. Algún tipo de alteración leve que no amerita tratamiento. 3. Presencia de trastornos que requieren ayuda en consulta externa psiquiátrica. 4. Necesita forzosamente ayuda psiquiátrica e incluso un internamiento lo beneficiaría. 5. Internamiento psiquiátrico forzoso.

<u>Nombre de la variable</u>	<u>Codificación</u>
8. Diagnóstico Psiquiátrico OMS.	018 Sano 290. a 309.9 Clasificación Internacional de las enfermedades mentales (Anexo No. 10)
9. Fecha de aplicación.	Día _____ el que aparezca Mes _____ Septiembre u Octubre Año _____ 81.

En una segunda etapa se propone que la información sea procesada electrónicamente; sin embargo, no se protocoliza esta etapa.

7.8.1 Esquema de cruces de variables

Cruces de Variables.

Nombre de la variable.	Sexo	Edad	Escolaridad	Estado civil	Calif. C.G.S.	Calif. E.P.E.	Diagnóstico Psiquiátrico
Sexo		X	X	X	X	X	X
Edad					X	X	
Escolaridad					X	X	
Estado civil					X	X	
Calif. C.G.S.							
Calif. E.P.E.							
Diagnóstico Psiquiátrico.							

7.9 Plan de presentación de la Información

7.9.1 Tablas

- Se elaboraron tablas de distribución de frecuencias simples para las siguientes variables:

Sexo, edad, escolaridad, estado civil y diagnóstico psiquiátrico.

Se elaboraron tablas de Asociación para las siguientes variables: (se anexa modelo de tabla 5).

- Entre calificación alta y baja que se obtenga en el cuestionario general de salud.

- Entre criterios de "no caso" (1 y 2) y "caso" (3, 4 y 5) establecidos en la entrevista psiquiátrica estandarizada.

- Entre calificaciones que se obtengan en el cuestionario (altas y bajas) y los criterios establecidos en la entrevista psiquiátrica en los diferentes grados de severidad en que se presentan los trastornos emocionales.

- Por subgrupos de edad, escolaridad, estado civil, entre calificaciones altas y bajas del cuestionario y los criterios de la entrevista psiquiátrica.

7.9.2 Gráficos

- Para las variables donde se utilicen las tablas de distribución de frecuencias se propone la elaboración de histogramas (sexo, edad, escolaridad, estado civil y diagnóstico psiquiátrico).

Para las variables manejadas en tablas de asociación, se utilizarán gráficos lineales.

7.9.3 Títulos de tablas

Debido a la cantidad de tablas que será necesario elaborar, se presentará a continuación a modo de ejemplo 5 de los títulos de los mismos.

Hacemos hincapié, que en todos ellos se contemplarán los lineamientos básicos para su formulación, tales como los siguientes:

- Deberán tener un título completo que especifique qué se presenta.
- Cómo se clasifican las unidades de observación.
- Dónde fueron registrados los datos.
- Cuándo se registraron los datos.

Tabla 1

Características de la población a estudiar. Consulta externa del Centro de Salud, Dr. Gustavo Rovirosa. 1982.

Tabla 2

Resultados sobre la prueba de confiabilidad entre clínicos. Análisis de correlación síntoma por síntoma entre estandar y cada entrevistador. 1982.

Tabla 3

Tasas de respuesta y de no respuesta en el cuestionario (CGS), obtenido del total de la población. 1982.

Tabla 4

Estimación de los intervalos de confianza en la estimación de la frecuencia de presentación de los trastornos emocionales, por subgrupos de sexo, edad y escolaridad. 1982.

Tabla 5

Prevalencia de trastornos mentales. Estimados de los datos muestrales ponderados. Para ambos sexos. Centro de Salud. 1982.

7.10 Plan de descripción

En el presente estudio, se utilizaron para las estimaciones estadísticas, las siguientes medidas de resumen:

Proporciones, porcentajes, promedios (media aritmética), desviación estándar (series simples y agrupadas), distribuciones de probabilidad, distribuciones normales y puntuación estándar, intervalos de confianza, pruebas de hipótesis, análisis de varianza, correlación,

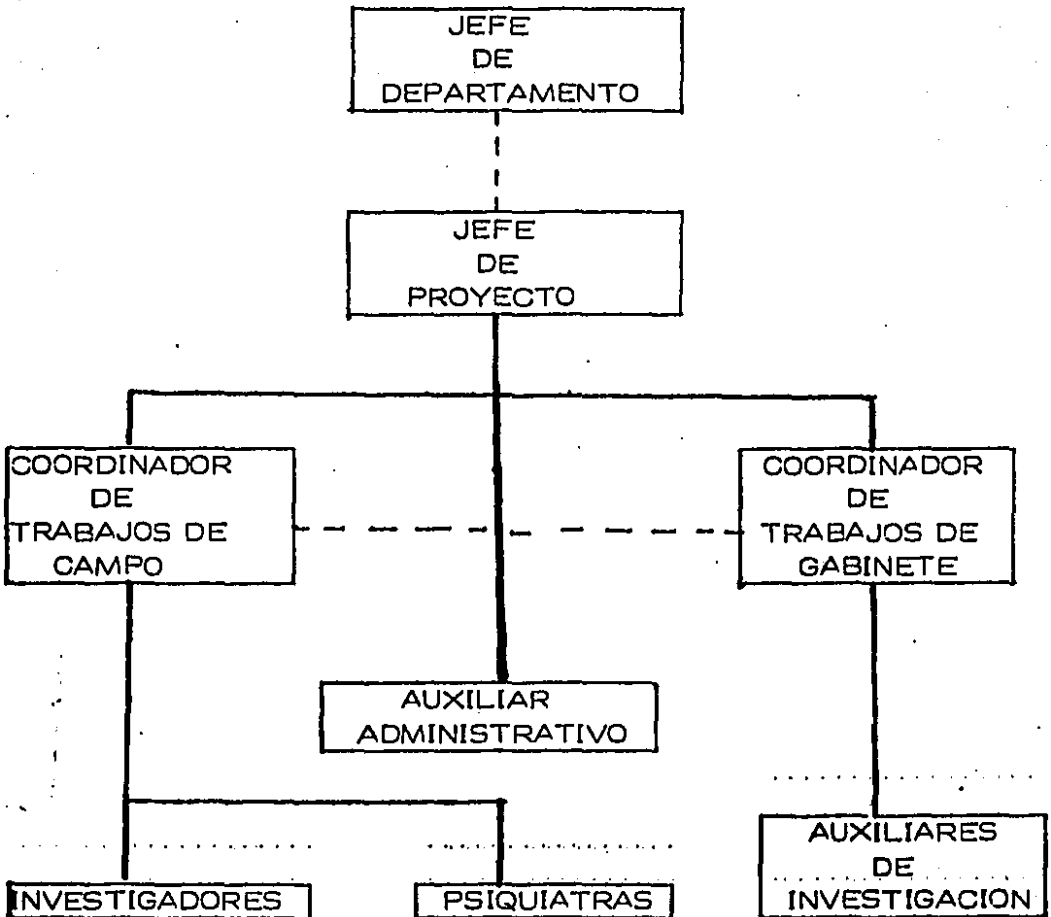
TABLA No. 5

Punto de corte	Punto de corte	Punto de corte																								
<p>Valoración Psiquiátrica</p> <p>Calif. Baja <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Calif. Alta <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p>Valoración Psiquiátrica</p> <p>Calif. Baja <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Calif. Alta <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>									<p>Valoración Psiquiátrica</p> <p>Calif. Baja <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Calif. Alta <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>								
Tasa del error de clasificación																										
Especificidad																										
Sensibilidad																										
% Falsos positivos																										
% Falsos negativos																										
valor predictivo que una alta calificación sea caso																										
valor predictivo que una calificación baja sea caso																										

pruebas paramétricas y no paramétricas.

8. Organización

8.1 Estructura orgánica



8.2 Funciones

Del jefe de proyecto

1. Promover y realizar la coordinación con las dependencias aplicativas de la SSA en el DF.
2. Coordinar la formulación del proyecto.
3. Supervisar el diseño, organización y ejecución de la prueba piloto.
4. Coordinar el análisis de la prueba piloto y la organización del estudio definitivo.
5. Organizar y coordinar el adiestramiento de personal.
6. Supervisar la realización de los trabajos de gabinete del estudio definitivo.
7. Coordinar el análisis de resultados y la formulación de conclusiones.
8. Preparar el reporte interno del estudio.
9. Elaborar publicaciones.
10. Informar a las autoridades superiores de los avances y resultados del proyecto.

Del coordinador de trabajos de campo

1. Participar en la formulación del proyecto.
2. Organizar y dirigir la prueba de comprensión del cuestionario.

3. Diseñar, organizar y dirigir la ejecución de la prueba piloto.
4. Analizar la prueba piloto y organizar el estudio definitivo.
5. Participar en el adiestramiento de personal.
6. Dirigir la aplicación de cuestionarios.
7. Integrar el grupo de observación.
8. Dirigir la entrevista psiquiátrica.
9. Participar en el análisis de resultados y formulación de conclusiones.
10. Participar en la preparación del reporte interno.
11. Informar al jefe de proyecto de avances y problemas.

Del coordinador de trabajos de gabinete

1. Participar en la formulación del proyecto.
2. Elaborar sistemas de información del proyecto.
3. Coordinar la recolección y procesamiento de la información de la prueba piloto.
4. Participar en el adiestramiento de personal.
5. Coordinar el procesamiento y calificación de cuestionario.
6. Coordinar la recolección y procesamiento de las hojas de calificación de entrevista del paciente.
7. Participar en el análisis de resultados y formulación de conclusiones.

8. Participar en la preparación del reporte interno.
9. Informar al jefe del proyecto de avances y resultados.

Del auxiliar administrativo

1. Preparar y distribuir los materiales.
2. Realizar los trámites necesarios para la contratación, control y pago del personal.

De los investigadores

1. Aplicar el cuestionario en la prueba de comprensión, prueba piloto y en el estudio definitivo.

De los psiquiatras

1. Realizar la entrevista psiquiátrica.

De los auxiliares

1. Recolectar y procesar los cuestionarios e información de la prueba de comprensión del cuestionario, de la prueba piloto y del estudio.

E T A P A	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHAS DE EJECUCION	RECURSOS	PROCEDIMIENTO	R E S U L T A D O S	
						PRODUCTO	INFORMACION
1. Coordinación	1.1 Promoción de reunión 1.2 Reunión de presentación del proyecto 1.3 Firmar convenio de coordinación	Jefe de proyecto Jefe del proyecto Jefe del Depto.	2- 6 febrero 11 febrero	Ejemplares del Proyecto	Elaborar oficios Presentación Audiovisual Entrega del Proyecto Protocolario		
2. Prueba de comprensión	2.1 Información al Director del Centro de Salud 2.2 Aplicación del Cuestionario 2.3 Calificación de reactivos y adaptación de cuestionario. 2.4 Aplicación de cuestionario modificado.	Jefe del proyecto Coordinador de campo. Investigadores Coordinador de campo. Investigadores Coordinador de campo. Investigadores	2 marzo 0-13 marzo 10-18 marzo 23-26 marzo	Cuestionarios Cuestionarios modificados	Reunión con el Director Entrevista con asistentes a consulta. Por sexo 50% y 50%. Discriminación de reactivos según grado de comprensión. Adecuación del lenguaje del cuestionario a los patrones culturales. Entrevista con asistentes a consulta. Por sexo 50% y 50%		Cuestionarios Cuestionarios.
3. Diseño, organización y ejecución de prueba piloto	3.1 Diseño de muestra 3.2 Información al personal del Centro 3.3 Selección de Universo 3.4 Preparación de materiales	Jefe del Proyecto Coordinador de campo Jefe del proyecto Jefe del proyecto Auxiliar administrativo	30 marzo 31 marzo 13-17 abril 13-17 abril	Cuestionario	Diseño de muestra.- 50 individuos.- 25 hombres y 25 mujeres.- De 18 a 64 años de edad.- 25 pacientes del servicio de salud mental y 25 personas que se reportan sanas Reunión con el Director epidemiológico y personal de archivo y estadística Según parámetros normalizados		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHAS DE EJECUCION	RECURSOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS PRODUCTO	INFORMACION
	3.5 Aplicación de cuestionario y registro de pacientes	Coordinador de campo, Investigadores	20-25 abril		Entrevista con individuos seleccionados. Registro de pacientes, preguntando sexo, <u>edad y servicio al que asisten</u> .		Cuestionario Registro
	3.6 Recolección de información demográfica y de cobertura y concentración de servicios	Coordinador de campo	20-25 abril		Obtención de datos sobre universo de la unidad, cobertura por mes y asistentes de primera vez y subsiguientes		Información estadística
4, Análisis de la prueba piloto y organización de estudio definitivo	4.1 Análisis de resultados	Jefe del proyecto, Coordinador de campo, Investigadores, Coordinador de gabinete, Auxiliares de investigación	27-30 abril	Calculadoras	Obtención de indicadores: De los cuestionarios Promedio de edad escolaridad- sexo, De los registros Promedio de asistencia mensual- Porcentaje por servicio. De la información estadística Promedio de asistencia mensual de pacientes de 15 y más años para 3 meses - Asistentes de primera vez y subsiguientes; sanos y enfermos - Análisis de indicadores mediante promedios y porcentajes.		Datos estadísticos
	4.2 Diseño de muestra definitiva	Jefe del proyecto, Coordinador de campo	4- 8 mayo		En base al análisis de indicadores se determina el tamaño de la población de estudio, de la muestra y de la submuestra	Población No. de individuos de la muestra. No. de individuos de la submuestra	

E T A P A	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHAS DE EJECUCION	RECURSOS	PROCEDIMIENTO	R E S U L T A D O S PRODUCTO INFORMACION	
	4.3 Determinación del tiempo de desarrollo y calendarización de etapas	Jefe del proyecto	4- 6 mayo		En base al tamaño de la población, de la muestra, y de la submuestra se determina tiempo tentativo de desarrollo del estudio y fechas	Calendario	
	4.4 Programación de cursos de adiestramiento	Jefe del proyecto, Coordinador de campo, Coordinador de gabinete	18-22 mayo		<p>Determinación de objetivos didácticos para curso a investigadores sobre el cuestionario general de salud. Determinación de contenidos.</p> <p>Determinación de objetivos didácticos para curso a psiquiatras sobre entrevista psiquiátrica estandarizada, (Goldberg, 1970). Determinación de contenidos.</p>	Programa de curso a investigadores	Programa de curso a psiquiatras (anexo) manual sobre manejo de la entrevista psiquiátrica
	4.5 Preparación de material para cursos	Jefe del proyecto, Auxiliar administrativo	25 mayo- 19 junio	Manuales, Programas, Material audiovisual, Aula, Aparatos, Cámara de Gessel	Reproducción fotográfica		
	4.6 Preparación de material para estudio	Auxiliar administrativo	22 junio- 10 julio	Cuestionarios, Hojas de calificación de entrevista Fichas de identificación, Hojas de control	Reproducción fotográfica		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHAS DE EJECUCION	RECURSOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS PRODUCTO	RESULTADOS INFORMACION
5. Adiestramiento a investigadores y psiquiatras	5.1 Curso de capacitación para el manejo de la entrevista psiquiátrica estandarizada. (Goldberg, 1970)	Jefe del proyecto. Coordinador de campo. Coordinador de gabinete	17-28 Agosto		(Se adjunta programa)	Psiquiatras y psicólogos adiestrados	
	5.2 Curso de capacitación para el manejo del cuestionario General de Salud (Goldberg, 1972)	Jefe del proyecto	3 agosto		Presentación de instrumentos. Instrucciones para la aplicación, calificación y codificación de los instrumentos, motivación	Investigadores adiestrados	
6.	6.1 Información a personal del Centro	Jefe del Proyecto	7- 8 Sept.		Reunión con el Director, médicos generales, personal de archivo y estadística y epidemiólogo		
	6.2 Integración de la población de estudio	Coordinador de campo	17 Septiembre 21 Octubre		Registro de individuos de 18 a 64 años que asisten al Centro		Registro (Hojas de control)
	6.3 Aplicación de cuestionario General de Salud y ficha de identificación	Coordinador de campo. Investigadores	17 Septiembre 21 Octubre		Entrevista con individuos seleccionados (uno de cada dos individuos registrados Aleatoriamente).		Cuestionarios
7. Calificación de cuestionarios e Integración de grupo de observación	7.1 Calificación de cuestionarios	Coordinador de campo. Investigadores	17 septiembre 21 octubre		Contabilidad de síntomas presentes Codificación de síntomas presentes		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHAS DE EJECUCION	RECURSOS	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS PRODUCTO	INFORMACION
	7.2 Integración del grupo de observación	Coordinador de campo	17 Septiembre 21 Octubre		Aplicación de punto de corte. Con calificación alta el individuo pasa a al grupo; de los individuos con calificación baja, Uno de cada tres se ha integrado aleatoriamente	Caso detectado.	Relación de pacientes con calificaciones altas y bajas.
II. Entrevista Psiquiátrica	8.1 Aplicación de entrevista	Coordinador de campo, Psiquiatras y psicólogos	17 Septiembre 21 Octubre		Según normas del manual para la entrevista	Caso confirmado y diagnóstico psiquiátrico	Hojas de calificación de entrevista
D. Codificación	9.1 Codificación de instrumentos	Coordinador de gabinete, Auxiliar de investigación	22 Octubre 13 Noviembre		Conforme a las guías de codificación; -Chequeo de datos básicos. -Aplicación de normas para codificación de instrumentos		Instrumentos integrados; -Ficha de identidad, -Cuestionario General de Salud, -Hoja de calificación de entrevista, -Tarjetas codificadas
	9.2 Elaboración de tarjetas simples	Coordinador de gabinete, Auxiliar de investigación	22 Octubre 13 Noviembre	Tarjetas 3x5	Se elabora tarjeta codificada a partir de los códigos aplicados en los instrumentos		Tarjetas codificadas
10. Análisis de resultados y formulación de conclusiones	10.1 Procedimientos de datos de hojas de control y tarjetas simples	Coordinador de gabinete, Auxiliar de investigación	16-27 noviem.	calculadora	Se determina el total de la pobla-		

E T A P A	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHAS DE EJECUCION	RECURSOS	PROCEDIMIENTO	R E S U L T A D O S PRODUCTO INFORMACION	
	<p>10.2 Análisis de información</p> <p>10.3 Formulación de conclusiones</p>	<p>Jefe del Proyecto, Coordinador de campo, Coordinador de gabinete</p> <p>Jefe de Departamento</p>	<p>1-15 dictem.</p> <p>16-31 dictem.</p>		<p>ción estudiada. Determinación de tamaño de muestra y submuestra. Clasificación de pacientes a partir de las variables de estudio. Obtención de frecuencias simples y acumuladas, porcentajes, promedios</p> <p>Análisis estadístico para determinar: -Desviación estándar, -Curva normal, -Ponderación de datos, -Tasa de clasificación errónea, -Sensibilidad, -Especificidad, -Porcentajes de falsos positivos y negativos, -Valor predictivo para determinación de casos, -Fórmula de prevalencia, -Intervalos de confianza, -Análisis de diagnósticos, -Análisis de diagnósticos psiquiátricos para clasificar incidencia de los diversos trastornos emocionales</p> <p>En base a los resultados determinados por el análisis se establecen condiciones sobre: -Prevalencia de trastornos emocionales, Validez y estandarización de instrumentos, -Comparación de hipótesis, -Nuevas investigaciones al respecto</p>	<p>Distribución de datos dentro de la curva normal, - Valoración de muestras de población, - Parámetros de estandarización, Prevalencia de trastornos emocionales, Discusión, conclusiones y recomendaciones.</p>	<p>Datos sobre población, tamaños de muestra, porcentajes y promedios</p> <p>Indicadores de prevalencia, Indicadores de morbilidad, Tablas y gráficas con los datos de la investigación, Descripción de los contenidos,</p>
<p>11. Formulación de reporte interno</p>	<p>11.1 Elaboración de reporte</p>	<p>Jefe de proyecto</p>	<p>4-15 Enero</p>		<p>Con base en la información de las conclusiones se elabora el reporte conforme a la guía oficialmente establecida. Se prepara informe técnico administrativo sobre cumplimiento del programa del proyecto y la utilización de los recursos</p>		<p>Reporte de consulta de la investigación</p>

E T A P A	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	EJECUCION	RECURSOS	PROCEDIMIENTO	R E S U L T A D O S	
						PRODUCTO	INFORMACION
12. Elaboración de publicaciones	12.1 Preparación del resumen final	Jefe del proyecto	3-20 febrero		Diseño de resumen final, diseño y elaboración de artículos sobre: -Validez y -Estandarización, -Prevalencia	Resumen en inglés y español.	
	12.2 Preparación artículos de publicaciones	Jefe del proyecto	3-20 febrero				

9.0 Costo del Proyecto. (Por etapas).

ETAPA	ACTIVIDAD	R E G U R S O			C O S T O	
		NOMBRE	UNIDAD	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
1. Coordinación.	1.1	Jefe del Proyecto.	Día/hombre.	5	(1)	
	1.2	Jefe del Proyecto.	Día/hombre.	1	(1)	
		Fotocopias.	hoja.	300	1,00	300,00
	1.3	Jefe del Departamento.	Día/hombre.	1	(2)	
					Subtotal Etapa 1.	300,00
2. Prueba de comprensión.	2.1	Jefe del Proyecto.	Día/hombre.	1	(1)	
	2.2	Coordinador de Campo.	Día/hombre.	5	(3)	
		Investigadores.	Día/hombre.	10	(4)	
		Fotocopias	hoja.	100	1,00	100,00
	2.3	Coordinador de Campo.	Día/hombre.	3	(3)	
		Investigadores.	" "	6	(4)	
	2.4	Coordinador de Campo.	" "	5	(5)	
Investigadores.		" "	10	(4)		
	Fotocopias.	hoja.	100	1,00	100,00	
					Subtotal Etapa 2.	200,00
3. Prueba piloto.	3.1	Jefe de Proyecto.	Día/hombre.	1	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	1	(3)	
	3.2	Jefe del Proyecto.	" "	1	(1)	
	3.3	Jefe del Proyecto.	" "	5	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	5	(3)	
	3.4	Aux. Administrativo.	" "	5	(5)	
		Fotocopias.	hoja.	410	1,00	410,00
3.5	Coordinador de Campo.	Día/hombre.	6	(5)		
	Investigadores.	" "	12	(4)		
3.6	Coordinador de Campo.	" "	6	(3)		
					Subtotal Etapa 3.	410,00
4. Análisis.	4.1	Jefe del Proyecto.	" "	4	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	4	(3)	
		Investigadores.	" "	8	(4)	
		Coordinador de gabinete.	" "	4	(6)	
		Aux. de Investigador.	" "	8	(7)	

9.0 Costo del Proyecto. (Por etapas).

ETAPA	ACTIVIDAD	R E C U R S O			C O S T O	
		NOMBRE	UNIDAD	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
	4.2	Jefe del Proyecto.	Día/hombre.	5	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	5	(3)	
	4.3	Jefe del Proyecto.	" "	5	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	5	(3)	
	4.4.	Jefe del Proyecto.	" "	5	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	5	(3)	
		Coordinador de Gabinete.	" "	5	(3)	
	4.5	Jefe del Proyecto.	" "	18	(1)	
		Aux. administrativo.	" "	18	(5)	
		Fotocopia.	hoja.	2000	1.00	2,000.00
		Engergolado.	pieza.	20	50.00	1,000.00
		Videocassette.	pieza.	5	1500.00	7,500.00
		Audio.	pieza.	5	(3)	
		Proyector.	pieza.	1	(3)	
		Equipo de Sonido.	pieza.	1	(3)	
		Cámara de gessel.	pieza.	1	(3)	
		Auxiliar administrativo.	Día/hombre.	16	(3)	
	Fotocopia.	hoja.	10,000	0.60	6,000.00	
					Subtotal Etapa 4. 17,000.00	
5. Adiestramiento.	5.1	Jefe del Proyecto.	Día/hombre.	10	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	10	(3)	
		Coordinador de Gabinete.	" "	10	(3)	
	5.2	Jefe del Proyecto.	" "	1	(1)	
Coordinador de Campo.		" "	1	(3)		
					Subtotal Etapa 5. 0.00	
6. Aplicación.	6.1	Jefe de Proyecto.	" "	2	(1)	
	6.2	Coordinador de Campo.	" "	25	(3)	
	6.3	Coordinador de Campo.	" "	25	(3)	
		Investigadores.	" "	200	350.00	70,000.00
					Subtotal Etapa 6. 70,000.00	

9.0 Costo del Proyecto, (Por etapas).

ETAPA	ACTIVIDAD	R E C U R S O			C O S T O	
		NOMBRE	UNIDAD	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
7. Calificación.	7.1	Coordinador de Campo.	Día/hombre.	25	(3)	
		Investigadores.	" "	200	(A)	
	7.2	Coordinador de Campo.	" "	25	(3)	
					Subtotal Etapa 7.	0.00
8. Entrevista.	8.1	Coordinador de Campo.	" "	25	(5)	
		Psiquiatra.	" "	125	650.00	81,250.00
					Subtotal Etapa 8.	81,250.00
9. Codificación.	9.1	Coordinador de Gabinete.	" "	10	(6)	
		Aux. de Investigación.	" "	10	450.00	1,500.00
	9.2	Coordinador de Gabinete.	" "	10	(6)	
		Aux. de Investigación.	" "	10	(3)	
					Subtotal Etapa 9.	1,500.00
10. Análisis.	10.1	Coordinador de Gabinete.	" "	9	(6)	
		Aux. de Investigación.	" "	18	160.00	2,700.00
	10.2	Jefe del Proyecto.	" "	10	(1)	
		Coordinador de Campo.	" "	10	(3)	
	10.3	Coordinador de Gabinete.	" "	10	(6)	
		Jefe de Departamento.	" "	10	(1)	
		Jefe del Proyecto.	" "	10	(2)	
		Coordinador de Campo.	" "	10	(3)	
Coordinador de Gabinete.	" "	10	(6)			
					Subtotal Etapa 10.	2,700.00
11. Reporte Interno.	11.1	Jefe del Proyecto.	" "	9	(1)	
					Subtotal Etapa 11.	0.00
12. Publicaciones.	12.1	Jefe del Proyecto.	" "	19	(1)	
	12.2	Jefe del Proyecto.	" "	19	(1)	
					Subtotal Etapa 12.	0.00
(13*) No se le asigna costo por realizarse simultáneamente a 9.1						

9.0 Costo del Proyecto. (Por etapas).

ETAPA	ACTIVIDAD	R E C U R S O			C O S T O	
		NOMBRE	UNIDAD	CANTIDAD	UNITARIO	TOTAL
		* (1) No se incluyen los costos de servicios personales causados por el Jefe del Proyecto por ser personal permanente del Instituto.				
(2)	" "	"	" Jefe de Departamento "	"	"	"
(3)	" "	"	" Coordinador de Campo "	"	"	"
(4)	" "	"	" los Investigadores "	"	"	"
(5)	" "	"	" auxiliar administrativo "	"	"	"
(6)	" "	"	" Coordinador del Gabinete "	"	"	"
(7)	" "	"	" auxiliares de investigación "	"	"	"
		* (A) No se le asigna costo por realizarse simultáneamente a 6.3				
		* (B) No se le asigna costo por realizarse simultáneamente a 9.1				

9.1 RESUMEN DE COSTOS. (POR ETAPAS).

No. DE ETAPA	C O S T O
1	300.00
2	200.00
3	410.00
4	17,000.00
5	0.00
6	70,000.00
7	0.00
8	81,250.00
9	1,500.00
10	2,700.00
11	0.00
12	0.00
TOTAL:	\$173,360.00

10. Control

El modelo utilizado para la programación operativa del proyecto permite verificar por etapa, por actividad y por operación, el grado de cumplimiento alcanzado en el avance, así como la utilización de los recursos humanos y materiales. Finalmente, el mismo da la posibilidad de evaluar los resultados-problemas e informes-cumplidos.

La verificación del cumplimiento del programa operativo constituye el instrumento básico para la supervisión indirecta de la ejecución del proyecto.

Por otra parte, se ejercerá en la supervisión directa de la misma, mediante la visita y verificación del cumplimiento de las medidas normativas que establecen los manuales procedimentales correspondientes.

El jefe del proyecto, ejercerá supervisión sobre el coordinador de campo, de gabinete y el auxiliar administrativo, pudiendo hacerlo directamente sobre el personal aplicativo si así lo desea.

El coordinador de campo, ejercerá supervisión sobre los investigadores, psiquiatras y psicólogos en las diversas etapas del proyecto.

El coordinador de gabinete ejercerá supervisión sobre los auxiliares de investigación en las diversas etapas del proyecto.

11. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

1. Campillo C; Medina-Mora ME; Caraveo J; Martínez LP. "Prueba de confiabilidad de una entrevista psiquiátrica estructurada en una muestra de pacientes mexicanos". (Trabajo inédito), 1979.
2. Campillo C; Medina-Mora ME; Martínez LP; Caraveo AJ. "Prueba de un cuestionario (GHQ) para la detección de posibles casos psiquiátricos en una comunidad mexicana". (Trabajo inédito). 1979.
3. Campillo C; Medina-Mora ME; Caraveo AJ; Padilla P. "Prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica general". (Trabajo inédito) pp 1-175, 1980.
4. Castro R; Medina-Mora ME. "Validez del Cuestionario General de Salud en una población de bajo nivel de comprensión en México". (Trabajo inédito) pp 123, 1980.
5. Clare AW; Shepherd M. "Psychiatry and family medicine". In Scientific foundations of family medicine (Chapter 13): 105-123. Ed. Medical Books Ltd. 1978.
6. Cooper B. "Social correlates of psychiatric illness in the community". In: Approaches to action: Ed. Oxford University Press for Nuffield for Neyfeld Provincial Hospital Trust: 65-70, London 1972.

7. Downes J; Simon K. "Characteristics of neurotic patients and their families as revealed in a general morbidity study". Milbank Mem: 32-42, 1954.
8. Goldberg DP; Blackell B. "Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification". British Medical Journal 2: 439-443, 1970.
9. Goldberg DP; Cooper B; Eastwood MR; Kedward HB; Shepherd M. "A standardized psychiatric interview for use in community surveys". British Journal Prev. 24(1), 1970.
10. Goldberg DP. "The detection of psychiatric illness by questionnaire". Mandsley Monograph Oxford University Press (22) London, 1972.
11. Goldberg DP; Rickels K; Downing R; Hesbacher P. "A comparison of two psychiatric screening tests". British Journal of Psychiatry 129: 61-67, 1970.
12. Hadling TW; De Arango MV; Baltasar J; Climent CE; Ibrahim HHA; Ladrido I; Srinivasa MR; Wig NN. "Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries". Psychological Medicine (10): 231-241, 1980.
13. Hinshelwood LE and Campbell, MD. "Psychiatric Dictionary" Oxford University Press. Fourth Edition. London, 1970.

14. Leavell, HR and Clark, EG. "Textbook of preventive medicine". McGraw-Hill. New York, 1964.
15. Morris, JR. "Uses of epidemiology" Ed. Edinburgh. Livingstone, 1957.
16. Polanckek A. "one problem of professional training and qualification of the primary contact psyslan". Health Organization and Economic , 1972. Clare W. Shepherd M. Psychiatry and family medicine, 1978 op cit.
17. Sheperd, M. and Cooper, B. "General Practice Research". Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. Pergamon Press. London, 1964.
18. Shepherd M. "General Practice, mental illness and the British national heald service". Amer. J. Public. Health an Soc. Behab. (13), 1974. Clare A; Shepherd. Psychiatry and family medicine 1978 Op Cit.
19. Sims ACP; Salmoms PH. "Severity of Simptoms of psychiatric out patients: Use of the general health questionnaire in hospital and general practice patients". Psychological medicine (5): 62-66, 1975.
20. Stoller A; Krupinski J. "Psychiatric disturbances. In report on a National morbidity survey". H.M.C.C. 48, 1969. Clare A.W. Shepherd M. Psychiatry and family medicine, 1978 Op Cit.

21. Strotzka H; Kleinburg. "Eine sozialpsychiatrische Feldstudie". Austrian State publishers, 1969. Clare AW Shepherd, *Psychiatry and family medicine* 1978, op cit.
22. Tarnopolsky, A., Caetano, R., Levav, I; Del Olmo, G. "Prevalence of psychiatry morbidity in a industrial suburb of Buenos Aires." *Social Psychiat.* Londres. 1977.
23. Tarnopolsky A; Hand DJ; Mc Jean EK; Roberts H; Niggling RO. "Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community". British Journal of Psychiat (13): 505-515, 1979.
24. Tennant. "A valid index of psychological impairment in Australian populations". Medical Journal of Australia (2).
25. Terroba GG; Medina-Mora ME; Saltijeral MT; Parra Y. "Estudio epidemiológico del consumo de fármacos en una zona del sur de la ciudad de México. Reporte Interno, 1978.
26. World Health Organization: "Psychiatry and Primary Medical Care". Copenhagen. 1973.
27. World Health Organization: "Mental disorders". Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases. W.H.O. Geneva. 1978.

28. Blazej Z: "Ekonomika Stádevníroby" Statní Nakladatelstvo. Technické Literaturny. Thaja, 1970.
29. Frost, W.H.: "Epidemiology". Trabajos de Wade Hapton Frost. The Commonwealth Fund, 1941. Landes, J. H. Nociones Prácticas de Epidemiología. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1981. Op.Cit.
30. Nowlis, H.: "La verdad sobre la droga". La droga y la educación. Ed. UNESCO. París, 1975.
31. Sartorius, N.: "The Epidemiological Approach to Psychiatric Disorders". Acta Paedopsychiátrica. Vol. 38. Basilia, Suiza, 1971.

CAPITULO III

Conclusiones

CONCLUSIONES

Al aplicar el "Modelo de protocolo para investigación socio-médica", se encontró que se trataba de un conjunto de principios básicos y orientaciones metodológicas, definidas con una amplitud que no excluye enfoques alternativos, tratamientos diferentes o complementarios.

La interpretación del modelo es susceptible de describirse bajo dos puntos de vista:

Uno estaría destinado a enmarcar su utilidad si éste fuera utilizado dentro de instituciones que se avoquen al estudio o investigación del proceso salud-enfermedad en su dimensión sociomédica.

El otro punto estaría dirigido a los profesionistas del área de la salud, interesados en realizar investigaciones bajo este enfoque.

La aplicación de este modelo ofrece las siguientes ventajas:

Permite la homogenización de un lenguaje científico, que al ser manejado por investigadores de diferentes departamentos sistematiza una metodología de investigación y uniforma la presentación de resultados satisfactoriamente.

La organización como actividad debe formar parte dentro de un protocolo de investigación, pues permite definir las unidades responsables de la planeación y ejecución del proyecto quedando establecidas las responsabilidades, las funciones de cada puesto considerado, las líneas de autoridad y los canales de comunicación formal e informal.

La programación y la organización operativa por etapas describen las actividades en cuanto a frecuencia y periodicidad, unificando criterios de control para lograr un correcto desarrollo de actividades, permitiendo la evaluación de cada etapa ya que a cada una corresponde un producto terminado, que en caso de no concluir satisfactoriamente la actividad programada, cabría la posibilidad de reestructurar las fases siguientes para obtener una nueva calendarización de las actividades faltantes del estudio.

Otra actividad importante que debe ser protocolizada es la referente a el presupuesto.

Puede afirmarse que sin presupuesto que garantice la asignación de recursos no hay prácticamente posibilidades de llevar a cabo un proyecto de investigación.

El capítulo referente a costos, consiste en formular un presupuesto preliminar que facilite la toma de decisiones sobre su factibilidad en términos financieros.

Por medio de la estimación de costos se obtiene tanto el gasto global que representa el estudio, como el costo de cada una de sus etapas de acuerdo al tipo de recursos humanos o materiales con los que se necesita contar para el desarrollo del trabajo.

También encontramos que este modelo protocolario, puede servir como estructura básica para la formulación del reporte formal; ya que en éste se informarán los hallazgos alcanzados y la verificación

de las hipótesis planteadas.

Habría que hacer mención sobre las limitaciones que se presentan en la utilización del modelo que al estar sustentado por una guía y un instructivo para su manejo, resulta en ocasiones rígido, poco flexible, falta de información en su contenido, con muchos lineamientos metodológicos a seguir y con capítulos de poco interés o incomprensibles para el investigador.

Estas limitaciones podríamos decir que son inherentes a cualquier modelo que se intente seguir para la investigación científica y por lo tanto, existen medidas alternativas susceptibles de ser utilizadas a fin de minimizar algunas de las deficiencias que presenta el modelo.

Por lo tanto, se recomiendan:

- Lecturas básicas y complementarias con la intención de ampliar conceptos y aclarar ideas que aparezcan confusas en los contenidos.
- Utilizar en forma flexible los capítulos que sugiere el modelo, de acuerdo con el tipo de proyecto y las necesidades específicas del estudio.
- Buscar la asesoría de expertos o especialistas en el área de la salud y en metodología de investigación que puedan aclarar dudas y sugerir técnicas o procedimientos adecuados al problema del estudio.

Estas recomendaciones y la utilización del modelo de protocolo para la investigación sociomédica, por sí solos no garantizan ni el

éxito ni el fracaso en un proyecto de investigación. Lo cierto es que la elaboración del documento protocolario se convierte en un flujo de información, que permite hacer una evaluación de los contenidos del proyecto, de la planeación teórica, del problema, sus objetivos, sus hipótesis, sobre los métodos o procedimientos a utilizar, su calendarización, su costo, su programación y la forma de utilizar los recursos con eficiencia.

12. ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

No. de Anexo:		Página
1.	Descripción del Cuestionario General de Salud (Goldberg).	1
2.	Cuestionario General de Salud.	7
3.	Descripción de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.	13
4.	Hoja de calificación de Entrevista de Paciente.	18
5.	Descripción de la ficha de identificación.	29
6.	Ficha de identificación.	30
7.	Descripción de la entrevista estructurada para la selección de controles normales.	31
8.	Entrevista estructurada para la selección de controles normales.	33
9.	Programa del curso de capacitación para el manejo de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg (1970).	35
10.	Resumen del glosario de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales.	37
11.	Descripción hoja de control.	40
12.	Hoja de control.	42
13.	Manual para el manejo de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada.	43
14.	Guías de codificación.	71

ANEXO 1

Descripción del Instrumento: Cuestionario General de Salud (Goldberg, 1972):

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

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

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

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

Las primeras preguntas tratan con síntomas físicos y continúa con síntomas psiquiátricos cada vez más abiertos. Además

está constituido de tal manera que la respuesta afirmativa en ocasiones indica enfermedad y en otras salud.

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

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

Origen de los reactivos

Antecedentes:

Gurín, Veroff y Feld (1960), y Veroff, Feld y Gurín (1962) estudiaron una muestra de 2,460 americanos representativos de una población no hospitalizada. Una muestra más pequeña de 542 mujeres y 255 hombres fueron entrevistados exclusivamente en cada una de las 19 áreas que comprensivamente cubrían todos los aspectos de ajuste y "tensión experimentada" (Felt Distress).

A través de un análisis factorial se obtuvieron 4 factores para ambos sexos:

1. Malestares psicológicos experimentados.

2. Infelicidad.
3. Inadecuación social.
4. Ausencia de identidad.

Únicamente para los hombres, se encontró además otro factor: angustia fisiológica.

Se obtuvieron reactivos desarrollados por estos autores que se incluyeron en cuestionario desarrollado por Goldberg.

Además, Abrahamson y asociados (1965) formularon "Diez preguntas clave" (Ten Key Questions), que fueron reescritas para ser incluidas en el cuestionario.

De acuerdo con la definición entre síntomas y signos de enfermedad y rasgos de la personalidad, se seleccionaron reactivos que reforzarán los aspectos cambiantes de la enfermedad. Se incluyeron además, reactivos que miden aspectos de esta conducta y que son observables para otros. La idea a seguir al incluir estos reactivos fue que pudieran ser usados después en un cuestionario del informante.

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

1. Depresión: Incluyó reactivos que cubren "infelicidad" en el sentido que le dan Veroff y colaboradores, así como reactivos

adaptados de la escala "N" del CMI (que es la subescala que mide depresión).

2. Ansiedad y malestares psicológicos experimentados: algunos reactivos que trataban la ansiedad y la irritabilidad paranoide fueron sugeridos por los reactivos del CMI, mientras que la sección de malestares psicológicos experimentados, no solamente incluyó los reactivos sugeridos por Veroff y colaboradores, sino que se extendió para incluir la noción de ausencia de satisfacción de rol. Esta noción es discutida por Fried y Linderman (1961) quienes atribuyen la idea a Talcott Parsons (1959), y los reactivos que se refieren a éste, fueron especialmente escritos para el cuestionario.

3. Comportamiento observado objetivamente: consiste en reactivos que pudieran ser respondidos ya sea por el respondiente o por otro informante. Se incluyeron reactivos de deterioro social, además de los de Veroff y sus asociados sobre inadecuación social.

4. Hipocondriasis: consiste en una amplia variedad de reactivos superficialmente orgánicos, muchos de los cuales fueron adaptados del CMI.

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

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

- La escala de Ansiedad Manifestada de Taylor (Taylor's Manifest Anxiety Scale).
- Inventario de la personalidad de Maudsley y de Eysenck (Eysenck's Maudsley Personality Inventory).
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

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

Selección y distribución final de los reactivos

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

Cuando estos procedimientos fueron llevados a cabo, resultaron 140 reactivos divididos casi equitativamente entre las cuatro áreas. Esta separación se hizo solicitando a varios sujetos para que separaran los reactivos en grupos diferentes según su similitud. Se

agruparon así en 7 grupos de aproximadamente 20 reactivos cada uno.

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

Los siete grupos encontrados fueron los siguientes:

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

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

ANEXO No. 2

Clave 1

No. de expediente:

Estudio 6

No. de paciente:

Forma 1
13

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello se han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que lo conteste usted en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Encierre en un círculo la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren exclusivamente a las molestias de las últimas 2 ó 3 semanas.

Por favor si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las consigne.

Nombre: _____ Edad _____

¿Sabe leer y escribir? Si No 14 15

Último año de escuela completado _____

Urtamamento:

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|--|-----------------|------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud? | Mejor que antes | Igual que antes | Peor que antes | Mucho peor que antes | <input type="checkbox"/> 18 |
| 2. ¿Ha sentido la necesidad de tomar Vitaminas? | No | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes | <input type="checkbox"/> 19 |
| 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? | No | Como antes | Más que antes | Mucho más que antes | <input type="checkbox"/> 20 |
| 4. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo? | No | No más que antes | Más que antes | Mucho más que antes | <input type="checkbox"/> 21 |
| 5. ¿Ha tenido dolores de cabeza? | No | Como siempre | Más que siempre | Mucho más que siempre | <input type="checkbox"/> 22 |
| 6. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar? | No | Igual que antes | Más que antes | Mucho más que antes | <input type="checkbox"/> 23 |
| 7. ¿Siento que pueda concentrarse en todo lo que hago? | Mejor que antes | Igual que antes | Menos que antes | Mucho menos antes | <input type="checkbox"/> 24 |

En las últimas 2 o 3 semanas:

	1	2	3	4	
8. ¿Ha tenido miedo de desmayarse en un lugar público?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 25
9. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 26
10. ¿Ha estado sudando mucho?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre	<input type="checkbox"/> 27
11. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 28
12. ¿Al despertar, se siente cansado?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre	<input type="checkbox"/> 29
13. ¿Se ha sentido demasiado cansado y agotado aún para comer?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 30
14. ¿Ha dormido menos por tener preocupaciones?	No	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 31
15. ¿Se ha sentido alerta y bien despierto?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 32
16. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 33
17. ¿Ha tenido dificultad para dormirse o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 34
18. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 35

Ultimamente, o sea en las 2 o 3 semanas pasadas:	1	2	3	4	
19. ¿Ha tenido pesadillas o sueños desagradables?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 36
20. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 37
21. ¿Se las ha ingeniado para mantenerse ocupado?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 38
22. ¿Se tarda más tiempo en hacer las cosas?	Menos que antes	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 39
23. ¿Ha perdido interés en sus actividades diarias?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 40
24. ¿Ha perdido interés en su arreglo personal?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 41
25. ¿Se ha preocupado menos en su forma de vestir?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 42
26. ¿Ha salido de casa tanto como acostumbra?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 43
27. ¿Se desenvuelve tan bien como lo haría la mayoría de la gente en su caso?	Mejor que la mayoría	Igual que la mayoría	Peor que la mayoría	Mucho peor que la mayoría	<input type="checkbox"/> 44
28. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	<input type="checkbox"/> 45

Ultimamente:

1

2

3

4

29. ¿Ha estado llegando tarde a trabajar o está empezando tarde sus quehaceres de la casa?	No, para nada	No más tarde que siempre	Más tarde que siempre	Mucho más tarde que siempre	<input type="checkbox"/> 46
30. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 47
31. ¿Siente cariño y afecto por los que le rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 48
32. ¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	<input type="checkbox"/> 49
33. ¿Ha pasado mucho tiempo platicando con los demás?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 50
34. ¿Ha tenido miedo decir ciertas cosas a la gente porque tiene la impresión de que va a hacer el ridículo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 51
35. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes	<input type="checkbox"/> 52
36. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 53
37. ¿Encuentra difícil iniciar alguna actividad?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 54
38. ¿Siente miedo ante todo lo que tiene que hacer?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 55
39. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 56

	1	2	3	4	
40. ¿Se siente incapaz de resolver sus problemas?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 57
41. ¿Siente que la vida es una lucha constante?	No	No más que siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre	<input type="checkbox"/> 58
42. ¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 59
43. ¿Le parece todo más difícil?	No	No más difícil que antes	Más difícil que antes	Mucho más difícil que antes	<input type="checkbox"/> 60
44. ¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 61
45. ¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 62
46. ¿Se ha sentido capaz de enfrentar sus problemas adecuadamente?	Más capaz que antes	Igual que antes	Menos capaz que antes	Mucho menos capaz que antes	<input type="checkbox"/> 63
47. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 64
48. ¿Ha tenido la sensación de que la gente se le queda viendo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 65
49. ¿Se ha sentido triste y deprimido?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 66
50. ¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 67
51. ¿Ha pensado que usted no vale nada?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 68

Durante las últimas 2 o 3 semanas:

	1	2	3	4	
52. ¿Siente que no se puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 69
53. ¿Vé su futuro con esperanza?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	<input type="checkbox"/> 70
54. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	Más feliz que antes	Igual que antes	Menos feliz que antes	Mucho menos feliz que antes	<input type="checkbox"/> 71
55. ¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 72
56. ¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	No, para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 73
57. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No, para nada	No creo	Alguna vez	Sí	<input type="checkbox"/> 74
58. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 75
59. ¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	<input type="checkbox"/> 76
60. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No, para nada	No creo	Alguna Vez	Sí	<input type="checkbox"/> 77

Total G.H.S.

78 79

No. de Tarjeta

1
80

ANEXO 3

Descripción del Instrumento: Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (Goldberg, 1970).

Esta entrevista fue hecha para cumplir con los siguientes requisitos:

1. La evaluación psiquiátrica debe ser hecha por un clínico especializado con experiencia en un escenario real.
2. Debe ser aceptada por individuos que no se consideran a sí mismos como enfermos psiquiátricos.
3. El contenido de la entrevista debe ser apropiado para el tipo de desórdenes encontrados comúnmente en la comunidad.
4. Debe generar información acerca de los signos síntomas individuales y una evaluación diagnóstica global.
5. Debe discriminar claramente entre enfermos con desórdenes mentales e individuos normales y entre pacientes con diferentes grados de desórdenes psiquiátricos.
6. Debe ser relativamente económica en tiempo.
7. Las evaluaciones psiquiátricas y las calificaciones clínicas deben ser confiables en el sentido de ser reproducibles por diferentes observadores entrenados.

La entrevista está dividida en tres secciones:

1a) La primera no está estructurada y está compuesta por subtítulos para registrar en forma breve la historia médica pasada y presente del sujeto.

Esta parte también se utiliza para entablar un buen rapport y relajar al paciente.

2a) La segunda parte de la entrevista es un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el paciente haya presentado tanto en su historia como en las últimas tres semanas los síntomas están organizados en diez grupos que son administrados al paciente en el siguiente orden:

- síntomas somáticos

- fatiga

- alteraciones en el sueño

- irritabilidad

- disminución en la concentración

- ánimo depresivo

- ansiedad y preocupación

- fobias

- obsesiones y compulsiones

- despersonalización

Los síntomas están ordenados progresivamente desde aquéllos que son comunmente encontrados en la vida de todos los días (dolores menores, fatiga, pérdida de sueño), hasta llegar a aquéllos que representan patologías más agudas. En esta parte el entrevistador es libre para hacer preguntas adicionales que puedan ser indicadas en un caso dado: (preguntas opcionales).

Al finalizar esta sección, el entrevistador podrá preguntar toda la información que considere pertinente, relacionada con la historia personal y familiar del sujeto entrevistado para llegar a formular su evaluación clínica.

3a) Después de la entrevista el entrevistador completa la tercera y última sección del instrumento en donde califica las anomalías observadas durante la entrevista en doce escalas.

Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador acerca de las anomalías manifiestas que ha observado en la entrevista y que son distintas a los síntomas del paciente, que han sido calificados en la segunda parte de la entrevista. Esta sección está dividida en la siguiente forma:

1) Escala para anomalías en la conducta:

- a. Lentitud y carencia de espontaneidad
- b. Suspicaz, defensivo
- c. Histriónico

2) Escala para estados de ánimo anormales:

- a. Deprimido
- b. Ansioso, agitado, tenso
- c. Exaltado, eufórico
- d. Aplanado, incongruente

3) Escala para anormalidades perceptuales y cognitivas:

- a. Delirios, trastornos del pensamiento
- b. Alucinaciones
- c. Alteraciones en el intelecto y daño crónico
- d. Excesiva preocupación por las funciones corporales
- e. Contenido depresivo del pensamiento

El clínico al terminar la entrevista ha calificado 22 reactivos:

- 10 para síntomas reportados tanto en la historia del sujeto como en las últimas tres semanas.
- 12 que se presentaron durante la entrevista.

Modo de calificación

Cada reactivo se califica con una escala de 5 puntos y cada síntoma tiene indicaciones específicas para su evaluación; pero en términos generales:

1. Indica ausencia de síntomas.
2. Indica rasgo habitual o un síntoma limítrofe que no causa tensión significativa ni requiere tratamiento.

3, 4 y 5. Indican, respectivamente, grados leves, moderados y severos de un síntoma definitivamente patológico, clínicamente detectado.

Material:

Manual que contiene:

1. Una guía general para conducir la entrevista.
2. La forma de utilizar la escala de 5 puntos para calificar cada síntoma.
3. La definición detallada de cada reactivo.

Hojas de respuesta, donde se anota:

1. La calificación dada a cada reactivo.
2. Si la entrevista fue realizada el mismo día que el CGS*.
3. La credibilidad de la información.
4. La calificación global de severidad actual.
5. El total global de severidad (incluye tanto la severidad en la historia como la severidad actual).
6. El diagnóstico principal (y diagnósticos secundarios) de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades.

* En caso de no ser así, se pregunta al paciente si su estado de salud es similar o no al día en que respondió el cuestionario.

HOJA DE CALIFICACION DE ENTREVISTA DE PACIENTE

Clave No. de expediente

2	3	4	5	6	7	

Estudio No. de paciente

8	9	10	11	12

Forma 3 13 Fecha

DIA		MES			AÑO	
14	15	16	17	18	19	

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Años

1. Historia Médica General (intervenciones quirúrgicas, enfermedades pulmonares, cardiovasculares, hipertensivas, úlcera gástrica, colitis, riñones, artritis, tumores, dermatitis, epilepsia)

	SI	NO	
a) Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20
b) Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21
c) Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22
d) Hipertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23
e) Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24

No anote en esta sección

No anote en esta sección

	SI	NO	
f) Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25
g) Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26
h) Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 27
i) Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 28
j) Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 29
k) Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30

1.1 Medicamentos que ha tomado en los últimos 6 meses:
(marque la casilla correspondiente)

Grupo	Nombre del medicamento	
a. Sedantes barbitúricos y no barbitúricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31
b. Tranquilizantes menores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 32
c. Tranquilizantes mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 33
d. Antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 34
e. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 35
f. Otros psicofármacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 36
g. Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37

No anote en esta sección.

1.2 Antecedentes psiquiátricos familiares, (inclusive toxícomanías), (Favor de investigar en el siguiente orden; Abuelos, padres, hijos, hermanos, nietos, tíos, primos, sobrinos, esposo (a).

<u>Parentesco</u>	<u>Edad de inicio</u>	<u>Descripción del trastorno o diagnóstico</u>	<u>Tratamiento</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44

1.3 Antecedentes psiquiátricos personales (inclusive toxícomanías)

<u>Edad de inicio (mencionar c/u de los episodios)</u>	<u>Descripción del trastorno; síntomas y signos principales y/o diagnóstico</u>	<u>Tratamiento (especifique si hubo hospitalizaciones psiquiátricas)</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50

No anote en esta sección

Edad de inicio (mencionar c/u de los episodios)	Descripción del trastorno; síntomas y signos principales y/o diagnóstico	Tratamiento (especifique si hubo hospitalizaciones psiquiátricas)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

51

52

1.4 El cuestionario fue contestado el mismo día o en fecha diferente a la Entrevista Psiquiátrica

1. Mismo día

2. Día diferente

53

1.5 Si fue contestado en diferente día favor de contestar la siguiente pregunta:

De acuerdo con el día que contestó el cuestionario, cómo ha sido su estado de salud? Considera:

54

1. Mucho mejor

2. Ligeramente mejor

3. Igual

4. Ligeramente peor

5. Mucho peor

2. Síntomas reportados

2.1 Síntomas somáticos:

Calificación A _____

55

a) Disnea C A

56 57

b) Palpitaciones

58 59

No anote en esta sección

	C	A
c) Dolor u opresión precordial	—	—
d) Sensación desmayo	—	—
e) Mareo (timopático)	—	—
f) Parestesias	—	—
g) Paresias	—	—
h) Pérdida de peso	—	—
i) Cefaleas	—	—
j) Sudoración excesiva	—	—
k) Dolor abdominal	—	—
l) Frigidez	—	—
m) otros	—	—

60	61

62	63

64	65

66	67

68	69

70	71

72	73

74	75

76	77

78	79

3	80
---	----

14	15

No anote en esta sección

2.2 Fatiga

Calificación A

16

C A

Mañanas

17 18

Tardes/noches

19 20

2.3 Alteraciones en el sueño

Calificación A

21

Predurmicional

22 23

Durmicional

24 25

Postdurmicional

26 27

Hipersomnia

28 29

2.4 Hipnóticos

Calificación A

30

2.5 Irritabilidad

Calificación A

31

Selectiva

32 33

General

34 35

2.6 Disminución de la

Calificación A

36

concentración

37 38

2.7 Animo depresivo

Calificación A

39

Mañanas

40 41

No anote en esta sección

Tardes/noches

42 43

Momentáneas

44 45

Motivado

46 47

Inmotivado

48 49

2.8 Ansiedad

Calificación A

50

Mañanas

51 52

Tardes/noches

53 54

Selectiva

55 56

General

57 58

2.9 Fobias

Calificación A

59

Tipo (s)

60 61

62 63

64 65

2.10 Obsesiones y compulsiones

Calificación A

66

No anote en esta sección

C A

Actos compulsivos

67 68

Tipo (s)

Pensamientos desagradables

69 70

Tipo (s)

Indecisión obsesiva

71 72

Tipo (s)

2.11 Despersonalización

Calificación A

73

Desrealización

74 75

3. Anormalidades manifiestas (si la calificación es superior de 2, especificar por qué).

76 77

3.1 Lentitud y carencia de espontaneidad

Calif.

78

3.2 Suspica, defensivo

Calif.

79

3.3 Hístriónico

Calif.

4 80

14

No anote en esta sección

3.4 Deprimido

Calif. _____

15

3.5 Ansioso, agitado, tenso

Calif. _____

16

3.6 Exaltado, eufórico

C A

Calif.A _____

17

18 19

3.7 Aplanado, incongruente

Calif. _____

20

3.8 Delirios, trastornos del pensamiento

C A

Calif.A _____

21

22 23

3.9 Alucinaciones:

C A

Calif.A _____

24

-Seudoalucinaciones

25 26

-Alucinaciones

27 28

Tipo (s)

29 30

31 32

33 34

No anote en esta sección:

C A

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

35	36

3.10 Alteraciones en el intelecto y daño crónico

Califi. _____

	37

3.11 Excesiva preocupación por las funciones corporales

Calif. A _____

	38

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

39	40

3.12 Contenido depresivo del pensamiento

Calif. A _____

	41

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

42	43

4. Impresiones diagnósticas

4.1 Credibilidad de la información

1. Buena 2 Regular 3 Pobre

	44

4.2 Calificación Global de Severidad Actual

	45

4.3 Total Global de Severidad (Historia y Actual)

	46

4.4 Diagnóstico (s) OMS

47	48

49	50

ANEXO 5

Descripción del instrumento: Ficha de Identificación.

Esta ficha se elaboró con el fin de obtener datos personales y sociodemográficos de la persona que se entrevistará.

Permite también, una identificación del paciente ya sea por su número de expediente dentro de la institución o por el número que le corresponda dentro del estudio.

Constituye también el primer acercamiento con el paciente después de que éste fue seleccionado y corrobora rápidamente el parámetro de edad establecido en el estudio (18 a 64 años).

La forma de codificación es relativamente sencilla, ya que cada pregunta que se formula tiene diferentes opciones de respuesta, de las cuales se elige la conducta de acuerdo a la información obtenida. El instrumento está constituido por 14 reactivos, número de expediente, número de paciente, clave del estudio y número del mismo.

El nombre y el domicilio tanto particular, como de trabajo, se incluyeron con el fin de que si posteriormente se necesitara información o ésta faltara en el momento de computarizar los datos, se pudiera localizar a la persona y pedirle su cooperación nuevamente.

De acuerdo a las variables en estudio se decidió que esta ficha de identificación reunía los requisitos necesarios para la presente investigación.

Clave 1 No. de expediente: Estudio 6 No. de paciente: Forma 1 13

Nombre: _____

Domicilio particular: _____ Teléfono: _____
 (Investigar donde puede ser localizada)

Domicilio trabajo: _____ Teléfono: _____

1) Sexo: 1. Masculino 2) Edad: 3) Fecha de nacimiento: _____
 2. Femenino 14 15 16 día mes año

4) Lugar de nacimiento: 10 7) Lugar de residencia: 18
 1. México, D.F. y zona Metropolitana 1. México, D.F. y zona Metropolitana
 2. Provincia/otro (especificar) 2. Provincia/otro (especificar)

6) Estado civil: 1. Soltero 2. Madre soltera 19 7) Último año de escuela completado (del entrevistado)
 3. Casado 4. Viudo 5. Divorciado 6. Separado 7. Unión libre
 0 Sin educación formal
 1-6 Primaria 7-9 Secundaria o equivalente 10-13 Preparatoria o equivalente 14 ó + Universitaria
 (calificar el más alto grado)

8) Ocupación del entrevistado: 22
 1. Trabaja
 2. Trabaja y estudia
 3. Ama de casa
 4. Estudia
 5. No trabaja
 6. Otros: _____

9) ¿Cuál es la ocupación de la persona que aporta la mayor parte del dinero a la casa (jefe de familia) ó cuál ha antes de estar retirado?
 1. Profesionista (con estudios universitarios, maestro universitario) 25 24
 2. Maestro de primaria, secundaria, preparatoria, rurales, etc.)
 3. Propietario de pequeños negocios (tienda, restaurant, miscelánea)
 4. Empleada de banco, de oficina, establecimiento o dependientes gubernamentales (secretaría, recepcionista,
 5. Obrero calificado (carpintero, mecánico, electricista, plomero, policía bancario, radiotécnico, conductor, etc.)
 6. Obrero no calificado u. con trabajo eventual: taxista, mesero, culti, soldado raso, personal de servicios domésticos
 (cocher, mozo, jardinero, sirviente, albañil, etc.)
 7. Sin ocupación evidente en las anteriores, talleres, lavacoches, prostituta, etc.)
 8. Campesino, agricultor y otros: _____
 9. No sabe, ni contesta.

10) ¿Cuál es la escolaridad del jefe de familia (el que aporta la mayor cantidad de dinero) 25 26
 1. Nunca ha ido a la escuela, No sabe ni leer, ni escribir.
 2. Nunca ha ido a la escuela para saber leer y escribir.
 3. Primaria incompleta
 4. Primaria completa
 5. Secundaria incompleta
 6. Secundaria completa
 7. Estudios comerciales o técnicos (secretaría, auxiliar administrativo, etc.)
 8. Preparatoria o normal.
 9. Carrera universitaria o posgrado
 10. No sabe o no contesta

11) Fecha de obtención de datos: día mes año 33

 27 28 29 30 31 31 1. Si
 2. No

13) Encuestador (anotar nombre): _____

ANEXO 7

Descripción del instrumento: Entrevista estructurada para la selección de controles "normales".

Este instrumento está diseñado para seleccionar sujetos que reportan su estado de salud como bueno, pidiéndoles las siguientes características para confirmarlo:

- No estar en tratamiento psiquiátrico.
- No estar tomando medicamentos.
- No haber perdido el trabajo por motivos de salud.
- Que su estado de salud no impida realizar sus actividades cotidianas.
- No sufrir insomnio persistente.
- No haberse enfermado más de una vez en los últimos 3 meses.
- No haber ocurrido al médico más de una vez en el mismo lapso de tiempo.

Los reactivos están dispuestos de manera tal, que funcionan de acuerdo a las respuestas obtenidas, siendo éstas mutuamente excluyentes ya que presentan la opción de suspender o continuar con la entrevista.

Las instrucciones de cada pregunta, así como las posibles respuestas que se den a éstas, están incluidas dentro del mismo ins-

trumento, facilitando así su manejo y optimizando sus resultados.

La persona que se considera con buena salud, y se confirma por la entrevista estructurada, formarán el grupo de sujetos seleccionados como controles normales para los fines que persigue la prueba piloto.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA SELECCIONAR CONTROLES
"NORMALES"

Cuestionario general de salud - Entrevista de muestreo.

Preguntas

Respuestas

Conductas a seguir

1. ¿Cuándo consultó por última vez a un médico por motivos de su estado de salud? y/o ¿Cuándo estuvo enfermo(a) la última vez?

Más de 3 meses ()
Menos de 3 meses ()
Más de 3 semanas ()
Menos de 3 semanas () Gripe ()

Si fue hace más de 3 meses o por gripe hace más de 3 semanas continuar a pregunta 3 o averiguar:

Antes de esa vez, ¿Cuándo consultó al médico o estuvo enfermo?

Si han sido 2 o más consultas por enfermedades diferentes en los últimos 3 meses, suspender la entrevista

2. ¿Está tomando alguna medicina actualmente?

Si () No ()
Regularmente Si () No ()
Prescrita Si () No ()

Si es afirmativo, preguntar si la toma regularmente y por prescripción médica. Rechazar a todos los que tomen "pastillas para los nervios" y a todos los que estén en tratamiento con medicación regular.

3. ¿Trabaja usted?
¿Ha faltado a su trabajo por motivo de salud, últimamente?

Si (X) No ()
Si () No ()
Más de 2 semanas ()
Menos de 2 semanas ()

Si la respuesta es No, continuar
Si la respuesta es SI, rechazar al sujeto que haya estado incapacitado por más de 2 semanas en los últimos 3 meses.

4. ¿Tiene usted algún problema de salud que le impida realizar sus actividades actualmente?

Si () No ()

Sólo anote la respuesta

5. ¿Tiene usted algún problema nervioso?

Si () No ()

Si es afirmativo, rechazar

- como sentirse muy preocupado y nervioso
- como no poder dormir adecuadamente
- o alguna otra cosa

Si () No ()

Si hay insomnio persistente en la última semana, o está tomando pastillas para dormir, rechazar
Anote la respuesta

Si () No ()

6. ¿Considera ud. que su estado general de salud es bueno, regular o malo?

Bueno
Regular
Malo

Si el sujeto es aceptado para contestar el cuestionario, no olvide anotar aquí, el número del cuestionario que se le proporcione.

Edad: _____

No. de cuestionario _____

Ocupación: _____

Sexo: _____

(Para mujeres casadas únicamente)
ocupación del esposo: _____

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

CURSO DE CAPACITACION PARA EL MANEJO DE LA ENTREVISTA
PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA DE GOLDBERG (1970)

1a. Semana:

Lunes 17. 16:00 a 17:30 hrs. Presentación del curso y del proyecto, entrega del material. Lectura preliminar.

17:30 a 18:30 hrs. Presentación de la 1a. entrevista en Audio.

Martes 18. 16:00 a 16:45 hrs. Presentación de la 2a. entrevista en Audio.

16:45 a 17:30 hrs. Presentación de la 3a. entrevista en Audio.

17:30 a 18:30 hrs. Presentación de la 4a. entrevista en Audio.

Miércoles 19.

16:00 a 17:00 hrs. Presentación de la 5a. entrevista en Audio.

17:00 a 18:30 hrs. Presentación de la 1a. entrevista en Video.

Jueves 20. 16:00 a 17:00 hrs. Presentación de la 2a. entrevista en Video.

17:00 a 18:30 hrs. Presentación de la 3a. entrevista en Video.

Viernes 21. 16:00 a 17:00 hrs. Presentación de la 4a. entrevista en Video.

17:00 a 18:30 hrs. Presentación de la 5a. entrevista en Video.

Martes 25. 16:00 a 18:30 hrs. Discusión de casos.

Jueves 27. 16:00 a 18:30 hrs. Discusión de casos.

2a. Semana:

Del 24 al 28 de agosto, se entrevistarán y se discutirán los casos de 5 pacientes de la consulta especializada de un centro de salud.

El horario que seguirá el curso durante esta semana será ajustado de acuerdo a la conveniencia de los participantes.

Curso a cargo de: Psic. Paula Padilla
Psic. Miriam Ezban

Coordinación: Dra. Odette Peláez

Agosto de 1981.

ANEXO No. 10

RESUMEN DEL GLOSARIO DE LA CLASIFICACION
INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

290	PSICOSIS ORGANICAS SENIL Y PRESENIL	296	PSICOSIS AFECTIVAS
290.0	Demencia senil, tipo simple	296.0	Psicosis maníacodepresiva, tipo maníaco
290.1	Demencia presenil	296.1	Psicosis maníacodepresiva, tipo depresivo
290.2	Demencia senil de tipo depresivo o paranoide	296.2	Psicosis maníacodepresiva circular, fase maníaca
290.3	Demencia senil con estado confusional agudo	296.3	Psicosis maníacodepresiva circular, fase depresiva
290.4	Demencia arteroesclerótica	296.4	Psicosis maníacodepresiva circular, mixta
290.8	Otras	296.5	Psicosis maníacodepresiva de tipo circular fase no especificada
290.9	Sin especificación	296.6	Psicosis maníacodepresiva de otro tipo y del no especificado
291	PSICOSIS ALCOHOLICAS	296.8	Otras
291.0	Delirium tremens	296.9	Sin especificación
291.1	Psicosis alcohólica de Korsakov	297	ESTADOS PARANOIDES
291.2	Otra demencia alcohólica	297.0	Estado paranoide simple
291.3	Otra alucinosis alcohólica	297.1	Paranoia
291.4	Embriaguez patológica	297.2	Parafrenia
291.5	Celotipia alcohólica	297.3	Psicosis inducida
291.8	Otras	297.8	Otros
291.9	Sin especificación	297.9	Sin especificación
292	PSICOSIS DEBIDAS A DROGAS	298	OTRAS PSICOSIS NO ORGANICAS
292.0	Síndrome de abstinencia de droga	298.0	Tipo depresivo
292.1	Estado paranoide o alucinatorio, o con ambas manifestaciones, inducido por drogas	298.1	Tipo agitado
292.2	Intoxicación patológica por drogas	298.2	Confusión reactiva
292.8	Otra	298.3	Reacción paranoide aguda
292.9	Sin especificación	298.4	Psicosis paranoide psicógena
293	PSICOSIS TRANSITORIA	298.8	Otras psicosis reactivas y las reactivas no especificadas
293.0	Estado confusional agudo	298.9	Psicosis no especificada
293.1	Estado confusional subagudo	299	PSICOSIS PECULIARES DE LA NIÑEZ
293.8	Otras	299.0	Autismo infantil
293.9	Sin especificación	299.1	Psicosis desintegrativa
294	OTRAS PSICOSIS ORGANICAS (CRONICAS)	299.8	Otras
294.0	Psicosis o síndrome de Korsakov (no alcohólico)	299.9	Sin especificación
294.1	Demencia en enfermedades clasificadas en otra parte		
294.8	Otras		
294.9	Sin especificación		
295	PSICOSIS ESQUIZOFRENICA		
295.0	Tipo simple		
295.1	Tipo hebefrénico		
295.2	Tipo catatónico		
295.3	Tipo paranoide		
295.4	Episodio esquizofrénico agudo		
295.5	Esquizofrenia latente		
295.6	Esquizofrenia residual		
295.7	Tipo esquizoaectivo		
295.8	Otra		
295.9	Sin especificación		
			TRASTORNOS NEUROTICOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS
		300	TRASTORNOS NEUROTICOS
		300.0	Estados de ansiedad
		300.1	Histeria
		300.2	Estado fóbico
		300.3	Trastornos obsesivo-compulsivos
		300.4	Depresión neurótica
		300.5	Neurastenia
		300.6	Síndrome de despersonalización
		300.7	Hipocondría
		300.8	Otros trastornos neuróticos
		300.9	Sin especificación

301 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
 301.0 Trastorno paranoide de la personalidad
 301.1 Trastorno afectivo de la personalidad
 301.2 Trastorno esquizoide de la personalidad
 301.3 Trastorno explosivo de la personalidad
 301.4 Trastorno anancástico de la personalidad
 301.5 Trastorno histérico de la personalidad
 301.6 Trastorno asténico de la personalidad
 301.7 Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales
 301.8 Otros trastornos de la personalidad
 301.9 Sin especificación

302 DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES
 302.0 Homosexualidad
 302.1 Bestialidad
 302.2 Pedofilia
 302.3 Trasvestismo
 302.4 Exhibicionismo
 302.5 Transexualismo
 302.6 Trastorno de la identidad psicosexual
 302.7 Frigidez e impotencia
 302.8 Otras
 302.9 Sin especificación

303 SINDRÓME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

304 DEPENDENCIA DE LAS DROGAS
 304.0 Del tipo de la morfina
 304.1 Del tipo de los barbitúricos
 304.2 Cocaína
 304.3 Cannabis
 304.4 Del tipo de la anfetamina y otros psicoestimulantes
 304.5 Alucinógenos
 304.6 Otra
 304.7 Combinaciones de drogas del tipo de la morfina con cualquiera otra
 304.8 Combinaciones que no comprenden drogas del tipo de la morfina
 304.9 Sin especificación

305 ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA
 305.0 Alcohol
 305.1 Tabaco
 305.2 Cannabis
 305.3 Alucinógenos
 305.4 Barbitúricos y tranquilizadores
 305.5 Del tipo de la morfina
 305.6 Del tipo de la cocaína
 305.7 Del tipo de la anfetamina
 305.8 Antidepresivos
 305.9 Otros

306 ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES CORPORALES ORIGINADAS POR FACTORES MENTALES

306.0 Osteo-musculares
 306.1 Respiratorios
 306.2 Cardiovasculares
 306.3 Cutáneas
 306.4 Gastrointestinales
 306.5 Genitourinarias
 306.6 Endócrinas
 306.7 De los órganos de los sentidos
 306.8 Otras
 306.9 Sin especificación

307 SINTOMAS O SINDROMES ESPECIALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

307.0 Tartamudeo
 307.1 Anorexia nervosa
 307.2 Tics
 307.3 Movimientos estereotipados repetitivos
 307.4 Trastornos característicos del sueño
 307.5 Otros trastornos y los no especificados del comer
 307.6 Enuresis
 307.7 Encopresis
 307.8 Psicalgia
 307.9 Otros y los no especificados

308 REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION

308.0 Con predominio de las alteraciones emocionales
 308.1 Con predominio de las alteraciones de la conciencia
 308.2 Con predominio de las alteraciones psicomotoras
 308.3 Otras
 308.4 Mixtas
 308.9 Sin especificación

309 REACCION DE ADAPTACION

309.0 Reacción depresiva breve
 309.1 Reacción depresiva prolongada
 309.2 Con predominio de alteración de otras emociones
 309.3 Con alteración predominante de la conducta
 309.4 Con alteración simultánea de las emociones y de la conducta
 309.8 Otras
 309.9 Sin especificación

301 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
 301.0 Trastorno paranoide de la personalidad
 301.1 Trastorno afectivo de la personalidad
 301.2 Trastorno esquizoide de la personalidad
 301.3 Trastorno explosivo de la personalidad
 301.4 Trastorno anancástico de la personalidad
 301.5 Trastorno histérico de la personalidad
 301.6 Trastorno asténico de la personalidad
 301.7 Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales
 301.8 Otros trastornos de la personalidad
 301.9 Sin especificación

302 DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES
 302.0 Homosexualidad
 302.1 Bestialidad
 302.2 Pedofilia
 302.3 Trasvestismo
 302.4 Exhibicionismo
 302.5 Transexualismo
 302.6 Trastorno de la identidad psicosexual
 302.7 Frigidez e impotencia
 302.8 Otras
 302.9 Sin especificación

303 SINDRÔME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

304 DEPENDENCIA DE LAS DROGAS
 304.0 Del tipo de la morfina
 304.1 Del tipo de los barbitúricos
 304.2 Cocaína
 304.3 Cannabis
 304.4 Del tipo de la anfetamina y otros psicoestimulantes
 304.5 Alucinógenos
 304.6 Otra
 304.7 Combinaciones de drogas del tipo de la morfina con cualquiera otra
 304.8 Combinaciones que no comprenden drogas del tipo de la morfina
 304.9 Sin especificación

305 ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA
 305.0 Alcohol
 305.1 Tabaco
 305.2 Cannabis
 305.3 Alucinógenos
 305.4 Barbitúricos y tranquilizadores
 305.5 Del tipo de la morfina
 305.6 Del tipo de la cocaína
 305.7 Del tipo de la anfetamina
 305.8 Antidepresivos
 305.9 Otros

306 ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES CORPORALES ORIGINADAS POR FACTORES MENTALES
 306.0 Osteo-musculares
 306.1 Respiratorios
 306.2 Cardiovasculares
 306.3 Cutáneas
 306.4 Gastrointestinales
 306.5 Genitourinarias
 306.6 Endócrinas
 306.7 De los órganos de los sentidos
 306.8 Otras
 306.9 Sin especificación

307 SINTOMAS O SINDROMES ESPECIALES NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
 307.0 Tartamudeo
 307.1 Anorexia nervosa
 307.2 Tics
 307.3 Movimientos estereotipados repetitivos
 307.4 Trastornos característicos del sueño
 307.5 Otros trastornos y los no especificados del comer
 307.6 Enuresis
 307.7 Encopresis
 307.8 Psicalgia
 307.9 Otros y los no especificados

308 REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION
 308.0 Con predominio de las alteraciones emocionales
 308.1 Con predominio de las alteraciones de la conciencia
 308.2 Con predominio de las alteraciones psicomotoras
 308.3 Otras
 308.4 Mixtas
 308.9 Sin especificación

309 REACCION DE ADAPTACION
 309.0 Reacción depresiva breve
 309.1 Reacción depresiva prolongada
 309.2 Con predominio de alteración de otras emociones
 309.3 Con alteración predominante de la conducta
 309.4 Con alteración simultánea de las emociones y de la conducta
 309.8 Otras
 309.9 Sin especificación

3 TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICOS NO PSICOTICOS CONSECUTIVOS

- 310.0 Síndrome del lóbulo frontal
- 310.1 Otro tipo de cambio de la personalidad
- 310.2 Síndrome de poscontusión
- 310.8 Otros
- 310.9 Sin especificación

3 TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE

3 PERTURBACION DE LA CONDUCTA NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

- 312.0 Perturbación insocial de la conducta expresada en forma individual
- 312.1 Perturbación de la conducta en pandilla
- 312.2 Trastorno compulsivo de la conducta
- 312.3 Perturbación mixta de la conducta y de las emociones
- 312.8 Otra
- 312.9 Sin especificación

3 PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIARES DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA

- 313.0 Con ansiedad y miedo
- 313.1 Con sentimientos de infelicidad y tristeza
- 313.2 Con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social
- 313.3 Problemas de relación
- 313.8 Trastornos mixtos u otros
- 313.9 Sin especificación

3 SINDROME HIPERCINETICO DE LA NIÑEZ

- 314.0 Perturbación simple de la actividad y de la atención
- 314.1 Hipercinesia con retardo del desarrollo
- 314.2 Trastorno hipercinético de la conducta
- 314.8 Otro
- 314.9 Sin especificación

315 RETARDO SELECTIVO DEL DESARROLLO

- 315.0 Retardo selectivo de la lectura
- 315.1 Retardo selectivo de la aritmética
- 315.2 Otras dificultades selectivas del aprendizaje
- 315.3 Trastorno en el desarrollo del lenguaje o del habla
- 315.4 Retardo motor selectivo
- 315.5 Trastorno mixto del desarrollo
- 315.8 Otros
- 315.9 Sin especificación

316 FACTORES PSIQUICOS ASOCIADOS CON ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

RETRASO MENTAL

317 RETRASO MENTAL DISCRETO

318 RETRASO MENTAL DE OTRO GRADO ESPECIFICADO

- 318.0 Retraso mental moderado
- 318.1 Retraso mental grave
- 318.2 Retraso mental profundo

319 RETRASO MENTAL DE GRADO NO ESPECIFICADO

ANEXO 11

Descripción de la hoja de control.

Este instrumento de recolección de información, fue diseñado para cubrir los siguientes objetivos:

- Obtener un registro ordenado de los pacientes de 18 a 64 años, que asisten al Centro de Salud a solicitar atención médica, diariamente.

- Obtener el número de expediente del paciente, en caso de tenerlo o hacer la anotación correspondiente en caso contrario, como podría ser que sea paciente de primera vez, que pasa sin expediente, que pasa urgencias, etc.

- Recolectar la calificación obtenida en el cuestionario general de salud, a fin de seleccionar de acuerdo al punto de corte inicial los pacientes que deberán pasar a la entrevista psiquiátrica y canalizarlos.

- Obtener los datos sobre rechazo hacia el cuestionario o posteriormente hacia la entrevista psiquiátrica.

- Recolectar la calificación obtenida en la entrevista, a fin de confirmar que se llevó a cabo y no fue rechazo.

- Para seguir la secuencia de aleatoriedad en la selección de los pacientes, de acuerdo a lo fijado en el inicio del estudio.

- Para asegurar que la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo de acuerdo a los criterios fijados para la investigación.
- Para detectar la omisión o mal manejo sobre datos básicos de los instrumentos.

El empleo de las hojas de control se lleva a cabo durante el trabajo de campo y después se verifica con las calificaciones obtenidas en los instrumentos diariamente con el fin de localizar posibles errores tanto en la recolección de la información como en la selección de la muestra. Ya que una detección oportuna, permite hacer reconsideraciones rápidas sobre el tipo de error y plantear posibles soluciones.

MANUAL PARA EL MANEJO DE LA
ENTREVISTA PSIQUIATRICA ESTANDARIZADA

SUBSECCION 2: . SINTOMAS REPORTADOS

2.1 Síntomas somáticos:

Molestias físicas primaria o secundariamente psíquicas. Ejemplo "correlatos de la depresión, la angustia y quejas hipocondriacas". Excluir todo síntoma somático que sea explícado en términos orgánicos.

SINTOMAS SOMATICOS:

¿Ha tenido usted alguna molestia física durante la última semana?, ¿ha tenido por ejemplo dolor de cabeza, mareos, dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración excesiva, molestias o problemas digestivos, parestias o parestesias?, ¿hay alguna otra molestia?.

PREGUNTAS OPCIONALES

Desde cuándo tiene usted este problema?, ¿ha notado si se hace más fuerte cuando está usted nervioso?, ¿qué tanto le molesta?, ¿cómo y con qué frecuencia se le ha presentado durante la semana pasada?.

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a preguntas obligatorias o falta de evidencia de naturaleza psicológica.

- 2 Leve - Síntomas mínimos que no han causado malestar suficiente.
- 3 Moderado - Síntomas ocasionales que han causado malestar suficiente (una o dos veces por semana)
- 4 Intenso - Síntomas frecuentes y molestos o síntomas ocasionales, pero muy molestos. (3 ó 4 veces por semana)
- 5 Muy intenso - Síntomas muy molestos y frecuentes (más de 4 veces por semana).

Aumento de la atención en las funciones corporales

Preocupación excesiva por la salud, el cuerpo, la historia médica pasada, el funcionamiento sexual y enfermedades imaginarias.

AUMENTO DE LA ATENCION EN LAS FUNCIONES CORPORALES;

¿Le preocupa su salud física actualmente?, ¿piensa usted frecuentemente en ella, o cómo está funcionando alguna parte de su organismo?, ¿Le han preocupado tener cáncer o alguna enfermedad cardíaca, una infección u otro padecimiento?.

NOTA: Se sugiere explorar este ítem en esta sección, pero su calificación debe ser hecha en la subsección de anomalías manifiestas. (Página 25, apartado 3.11).

2.2 Fatiga

Incluye: cansancio, fatiga, abulia y falta de energía física y/o mental, no debidas por completo a causa orgánica. También se refiere a sensación subjetiva y objetiva de disminución de rendimiento.

FATIGA

¿Ha notado si se cansa con facilidad?, ¿o que le haga falta energía?, ¿en qué lo ha notado?.

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Desde cuándo ha notado usted esto?, ¿se siente usted cansado todo el tiempo, o sólo por momentos?, ¿qué tareas encuentra más difíciles o pesadas?, ¿se siente usted agotado por las noches?, ¿cómo ha sido esto durante las tres últimas semanas?, ¿le ha impedido realizar alguna actividad?, ¿qué piensa usted de esto?.

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a preguntas obligatorias o cansancio de origen orgánico
- 2 Leve - Quejas que se consideran como rasgos temperamentales del paciente
- 3 Moderado - Síntomas ocasionales que hayan causado suficiente malestar al paciente o que le haya obligado a modificar sus actividades usuales (una o dos veces por semana)
- 4 Intenso - Igual que la calificación anterior, pero con mayor frecuencia o síntomas internos y ocasionales (3 o 4 veces por semana)

5 Muy intenso - Síntomas muy intensos y frecuentes (más de 4 veces por semana)

2.3 Alteraciones en el sueño:

Se valorarán las horas de sueño perdido independientemente de que se hayan tomado o no hipnóticos, o de que el insomnio sea de tipo temprano, tardío o intermitente. También se valorarán exceso de sueño, cansancio al despertar, pesadillas aterradoras y dormir inquieto.

ALTERACIONES EN EL SUEÑO

¿Cómo está usted durmiendo?, ¿a qué horas se acuesta?, ¿cuánto tiempo tarda en conciliar el sueño?, ¿se levanta o despierta durante la noche?, ¿tiene sueño inquieto o pesadillas?, ¿a qué horas se despierta?, ¿se levanta inmediatamente?, ¿en las mañanas se despierta descansado?, ¿cómo ha sido esto durante las 3 últimas semanas?

PREGUNTAS OPCIONALES

Desde cuándo tiene usted este problema?, ¿a qué se lo atribuye?, ¿cuántas noches de la semana pasada no ha podido dormir adecuadamente?, ¿cuántas horas pierde de sueño en una mala noche?

Calificación:

1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.

- 2 Leve - Pérdida de sueño que no molesta al paciente o exceso de sueño
- 3 Moderado - Una pérdida leve de sueño, pero suficiente para causar malestar al paciente, o una pérdida significativa que haya sucedido en una sola ocasión
- 4 Intenso - Pérdida importante en varias ocasiones durante la semana previa a la entrevista
- 5 Muy intenso - Pérdida importante del sueño, todas las noches

2.4 Hipnóticos

Debe incluirse cualquier medicamento que tenga la propiedad de inducir sueño y que sea con esa intención.

<p>HIPNOTICOS</p> <p>Toma usted algún medicamento para dormir?, ¿Se las recetó su médico?, ¿sabe cuál es el nombre del medicamento?, ¿las toma todas las noches o sólo ocasionalmente?, ¿cuántas noches las ha empleado en la semana pasada?</p>
--

Calificación:

- 1 Ausente - El paciente no ha tomado ningún hipnótico durante la semana anterior
- 2 Leve - Durante la última semana o cada tercer día
- 3 Moderado - Empleo en cuatro noches o más durante la última semana

2.5 Irritabilidad

Se valorará explosividad e impaciencia. También se incluye la hipersensibilidad o sea, cuando siente coraje y resentimiento pero es capaz de controlarlos.

IRRITABILIDAD

¿Cómo ha andado de genio?, ¿ha notado si se impacienta con facilidad? (por ejemplo con niños, familiares, compañeros de trabajo), ¿está usted sensible o explosivo?, ¿la gente le ha dicho que está usted enojado?, ¿ha tenido motivo para enojarse?

OPCIONALES

Desde cuándo está usted así?, ¿le sucede todo el tiempo?, o sólo en ocasiones?, ¿le molesta estar irritado?, ¿ha tenido dificultades con alguna persona por este motivo?

Calificaciones:

- 1 Ausente - Respuesta negativa a preguntas obligatorias
- 2 Leve - Síntoma leve o representa una conducta habitual de ser y no le ocasiona malestar, o si el psiquiatra piensa que la irritabilidad no ha molestado ni al paciente ni a otros
- 3 Moderado - Síntoma ocasional que provoca malestar moderando en el paciente y/o en personas que lo rodean

- 4 Intenso - Semejante a calificación 2, pero el síntoma es más frecuente o ha provocado mayores molestias (discusiones violentas)
- 5 Muy intenso - El síntoma ha provocado problemas importantes o violencia

2.6 Disminución de la concentración

Falta de concentración en las actividades cotidianas: el trabajo, la lectura (novelas, libros, revistas, periódicos, y conversaciones. La falta de interés y de motivación no deben valorarse aquí.

DISMINUCION DE LA CONCENTRACION

¿Se ha vuelto olvidadizo?, ¿en qué lo ha notado?, ¿ha tenido dificultades para concentrarse en sus labores?, ¿puede usted concentrarse en la lectura del periódico o en la T.V.?, ¿la gente le ha dicho si está usted distraído?.

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Desde cuándo ha notado este problema?, ¿le ha causado problemas en su casa, o en su trabajo?, ¿cómo ha sido durante la semana pasada?, ¿le ha impedido realizar alguna actividad?, ¿cuántas de sus actividades han sido efectuadas?.

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Síntoma leve o formas habituales de ser, que no ocasionan molestias.
- 3 Moderado - El paciente nota falta de concentración en el trabajo u otras actividades, o refiere que otras personas se han dado cuenta de su distraimiento (sin embargo esto, no llega a interferir en forma importante en su desempeño).
- 4 Intenso - El síntoma afecta varias actividades o se ha presentado en forma frecuente durante la semana pasada, o bien el síntoma es intenso pero ocasional o ha afectado una sola actividad.
- 5 Muy intenso - Las dificultades en la concentración han sido tales, que el paciente ha sido incapaz de realizar cualquier actividad.

2.7 Animo depresivo

Se valorarán estados de tristeza, faltas de ánimo o alegría. Si el paciente niega un estado depresivo y el psiquiatra lo sospecha, debe valorarse en el inciso correspondiente de la subsección 3, página 19, apartado 3.4.

ANIMO DEPRESIVO

¿Se ha sentido triste o apesadumbrado?, ¿sin ánimos o falta de espíritu?

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Se ha sentido triste todo el tiempo, o sólo ocasionalmente?, ¿lo relaciona a algo que le haya pasado últimamente?, ¿qué tanto le molesta?, ¿ha sentido ganas de llorar?, ¿puede usted controlarse?, ¿se ha sentido desesperanzado?, ¿ha deseado que todo termine?, ¿ha deseado morir?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Sentimientos ocasionales de nostalgia que no causan malestar y son vistos por el paciente como habituales; pérdida de entusiasmo pero sin sentimientos depresivos.
- 3 Moderado - Sentimientos depresivos ocasionales o que el paciente considera anormales en su persona, produciéndole malestar (1 ó 2 veces por semana).
- 4 Intenso - Sentimientos depresivos frecuentes semejantes a lo anotado en la calificación 2, o malestar extremo ocasional o presencia ocasional de un fenómeno depresivo mayor (ejemplos: ideas suicidas, ideas de desesperanza, etc.).
- 5 Muy intenso - La depresión ha causado malestar importante y frecuente durante la semana anterior. Presencia frecuente de fenómenos depresivos mayores, incluyendo delirios nihilistas.

Ideas depresivas

Si hay sospecha de estado depresivo, formule las siguientes preguntas para valorar el pensamiento depresivo.

IDEAS DEPRESIVAS

¿Qué tan exigente es usted consigo mismo?, ¿se ha sentido incómodo consigo mismo?, ¿se ha sentido culpable?, ¿ha tenido sentimientos de inferioridad?, ¿qué piensa usted del futuro?.

NOTA:

Se sugiere explorar pensamientos depresivos en esta sección. La calificación deberá de hacerse en la subsección de anormalidades manifiestas. Subsección 3, página 26, apartado 3.12.

2.8 Ansiedad

Incluye el cortejo físico de la ansiedad y la ansiedad psicológica. Se excluye ansiedad fóbica. La angustia hipocóndrica puede ser valorada tanto aquí, como en la subsección de anormalidades manifiestas. Subsección 3, página 25, apdo.3.11.

ANSIEDAD

¿Se considera usted una persona nerviosa?, ¿qué tan preocupón es usted?, ¿se ha sentido ahora más preocupado que lo habitual?, ¿Se ha sentido angustiado o con miedo? ¿Se siente usted inseguro?, ¿ha notado si le preocupan cosas sin importancia?

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Cuáles son las cosas que más le preocupan?, ¿ha sido siempre usted así, o sólo desde hace poco tiempo?, ¿con qué frecuencia está usted preocupado?, ¿le ha molestado el estar así?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Pacientes habitualmente angustiados y nerviosos, pero sin malestar importante en la última semana.
- 3 Moderado - Malestar importante que se ha presentado ocasionalmente en la última semana (1 ó 2 veces).
- 4 Intenso - La ansiedad ha provocado malestar intenso y ocasional o se ha presentado en forma frecuente y moderada durante la semana previa, (3 ó 4 veces.)
- 5 Muy intenso - Ha causado malestar intenso y frecuente durante la semana anterior (más de 4 veces).

2.9 Fobias

El término es empleado en el sentido usual para denotar miedos infundados, excesivos y persistentes hacia objetos o situaciones en particular.

FOBIAS

¿Tiene usted fobias como por ejemplo, miedo a espacios cerrados, elevadores, lugares con mucha gente?, ¿le tiene usted miedo a ciertos animales, a la obscuridad, lugares altos, etc.?

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Qué tan molesta es esta situación para usted?,
¿cómo ha sido durante las 3 últimas semanas?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Temor que no causa molestias importantes durante la semana anterior, ni ha alterado sus actividades normales.
- 3 Moderado - Fobia que ha provocado malestar importante en forma ocasional, o el paciente ha cambiado o alterado sus actividades en función de la fobia.
- 4 Intenso - Malestar importante de manera frecuente, o malestar extremo en forma ocasional o limitaciones extremas en sus actividades durante las 3 últimas semanas.
- 5 Muy intenso - El paciente ha experimentado malestar extremo frecuentemente durante la semana anterior a la entrevista.

2.10 Obsesiones y compulsiones

Pensamientos o acciones acompañadas de la sensación subjetiva de compulsión, y que, el paciente identifica como irracionales y molestos, pero es incapaz de poder evitarlos. Este ítem ha sido dividido en tres áreas: s) Actos compulsivos, b) Pensamientos desagradables, c) indecisión obsesiva. Para valorar la severidad, el psiquiatra deberá intentar establecer el grado de malestar asociado. Para una valoración global. Se empleará la calificación actual más alta que haya sido dada en cualquiera de estas áreas.

OBSESIONES Y COMPULSIONES

¿ Ha encontrado dificultad para tomar decisiones última mente?, ¿qué tan perfeccionista es usted?, ¿hay alguna idea que lo moleste o mortifique?, ¿cómo el lavarse las manos, o checar que estén cerradas las puertas, etc.?, ¿tiene usted necesidad de checar ciertas tareas, como la de ver si están cerradas las puertas y ventanas de la ca sa, Etc.?

PREGUNTAS OPCIONALES

Valorar orden, compulsión, obsesión e indecisión:
 ¿cuántas veces necesita repetir tal acción?, ¿hay alguna otra cosa que encuentre usted que deba re petir?, ¿podría describir el tipo de pensamientos que le molestan?, ¿se le ha dificultado siempre decidirse, o sólo últimamente?, ¿es sólo acerca de

de cosas importantes, o en todos aspectos?

Investigar: ¿Lucha usted contra él?, ¿es muy molesto?, ¿le molesta durante mucho tiempo?, ¿cómo ha sido durante las 3 últimas semanas?

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Rasgos obsesivos de carácter y tendencias obsesivas o compulsivas no patológicas.
- 3 Moderado - La presencia de fenómenos obsesivos/compulsivos, definitivamente patológicos y molestos que se hayan presentado 1 ó 2 veces en las 3 últimas semanas.
- 4 Intenso - Obsesiones y compulsiones que hayan ocasionado malestar importante 3 ó 4 veces durante las 3 últimas semanas o que hayan estado presentes en forma marcada continuamente.
- 5 Muy intenso - Fenómenos obsesivos/compulsivos que hayan causado malestar extremo en forma frecuente al paciente, durante las 3 últimas semanas anteriores a la entrevista.

2.11 Despersonalización

El término se emplea para significar una vivencia subjetiva de cambio, ya sea en relación al mundo externo o en la persona del paciente. La vivencia se caracteriza por ser desagradable y molesta al sujeto; abarca, tanto la experiencia neurótica como psicótica. Se tomarán en consideración aquí los fenómenos que con estas características sean provocados por algún medicamento ingerido por el sujeto, debiéndose especificar esta situación.

DESPERSONALIZACION

¿Cuándo está usted nervioso, ha tenido las siguientes sensaciones: como si las cosas fueran un sueño, como si actuara mecánicamente, o estuviera vacío, o como si no tuviera sentimientos?, ¿se ha sentido extraño?, ¿cómo si estuviera fuera de usted?, ¿como si estuviera actuando en un teatro?, ¿como si todo fuera irreal?

PREGUNTAS OPCIONALES

Podría describir su sensación?, ¿la encuentra desagradable o atemorizante?, ¿cuánto tiempo le dura?, ¿Cuándo se le presenta?, ¿qué tan fuerte ha sido las 3 últimas semanas?

NOTA: En caso de presencia, investigar si es ego sintónica ego distónica, así como los aportados.

- | | | |
|---------|------|---|
| Pág. 10 | 3.6 | Exaltado y eufórico. (pág. 21) |
| " 11 | 3.7 | Aplanado incongruente. (pág. 21) |
| " 12 | 3.8 | Delirios, trastornos del pensamiento y falsas interpretaciones. (pág. 22) |
| | 3.9 | Alucinaciones. (pág. 23) |
| | 3.10 | Alteraciones del intelecto y daño crónico. (pág. 24) |

Calificación:

- 1 Ausente - Respuestas negativas a las preguntas obligatorias.
- 2 Leve - Cualquier fenómeno que no alcance la definición dada o fenómenos leves y transitorios que no mo lestán al sujeto en forma significativa.
- 3 Moderado - El fenómeno se ha presentado en forma ocasional y molesta al sujeto durante las 3 últimas se manas previas a la entrevista.
- 4 Intenso - La despersonalización ha sido frecuente y moles ta, u ocasional pero muy significativa para el sujeto en la semana anterior.
- 5 Muy intenso - La despersonalización ha sido frecuente y muy mo lesta para el sujeto en la semana anterior.

SUBSECCION 3: ANORMALIDADES MANIFIESTAS

NOTA: Recuérdese que esta parte de la entrevista se completa una vez que el paciente haya salido. En ella el psiquiatra desempeña un papel muy activo por lo que se recomienda leer detenidamente las instrucciones antes de calificar.

3.1 Lentitud y carencia de espontaneidad

Lentitud se refiere a retardo psicomotor en su sig nificación clínica. La falta de espontaneidad se conceptualiza co mo un grado menor de retardo psicomotor y no será calificado con más de 2. Una actitud de apatía durante la entrevista, puede ser calificada aquí o bien bajo el rubro de aplanamiento efec tivo, según se considere.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo y lenguaje normales. Responde a las pre guntas con prontitud, espontaneidad y expresividad.

- 2 Leve - Hay evidencia de lentitud y/o poca espontaneidad pero el psiquiatra lo considera como una característica habitual, o carece de significado patológico.
- 3 Moderado - Lentitud y/o falta de espontaneidad en la entrevista, atribuibles a enfermedad psiquiátrica y no a una característica habitual.
- 4 Intenso - Fácilmente se aprecia retardo psicomotor atribuible a enfermedad psiquiátrica.
- 5 Muy intenso - El retardo psicomotor es muy intenso.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.2 Suspicaaz, defensivo

Se conceptualiza defensivo como un grado menor de suspicacia y por lo tanto no será calificado con más de dos. Calificaciones patológicas (3, 4 ó 5), se darán únicamente cuando la suspicacia contribuya a un estado mental anormal. Se concluye de ésto que alguien que habitualmente es defensivo en exceso, pero cuya defensividad se piensa es irrelevante para cualquier estado mental anormal observado, no será calificado con más de dos. Las calificaciones patológicas se harán aún en ausencia de tales actitudes durante la entrevista, siempre y cuando el paciente, lo haya referido durante el interrogatorio o el psiquiatra lo haya inferido en él.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo de ser y comportamiento normales en la entrevista.
- 2 Leve - Aunque defensivo y con respuestas poco convincentes, se considera una característica habitual irrelevante para cualquier estado mental anormal.

- 3 Moderado - Defensivo y/o levemente suspicaz. Contribuye al estado mental anormal pero no obstaculiza la entrevista.
- 4 Intenso - Suspícaria marcada y suficiente para obstaculizar en forma mínima la entrevista. (El paciente puede demandar y exigir la razón de algunas preguntas o dar respuestas falsas).
- 5 Muy intenso - Suspícaria intensa que obstaculiza la entrevista y/o despierta dudas importantes en el entrevistador. También se dará esta calificación si el paciente rehusa coatestar preguntas, demanda irse, se enoja y/o se torna hostil.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.3 Histriónico

Aquí se calificará el grado en el que el lenguaje y el comportamiento histriónicos contribuyan a ocasionarle un estado mental anormal. Se utilizará cuando se sospeche que el paciente exagera propositivamente sus síntomas; en ausencia de otras anormalidades las características histriónicas serán calificadas como 2.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo de ser y comportamiento normales durante la entrevista.
- 2 Leve - Comportamiento histriónico que se sospeche es un rasgo característico del individuo y que no contribuye en la condición patológica del paciente.
- 3 Moderado - Conducta que contribuye al estado patológico del paciente, pero no obstaculiza la entrevista. Se detecta una tendencia a exagerar síntomas y/o aspectos de la historia.

- 4 Intenso - Definitivo comportamiento histriónico que es su suficiente para causar breves interrupciones en el curso de la entrevista. Por ejemplo, gestos ex travagantes, demostraciones melodramáticas de defectos físicos, etc. Hay una constante exageración en la información al grado que se considera no confiable.
- 5 Muy intenso - Comportamiento obviamente anormal, demostrado o descrito, como por ejemplo, desmayos his téricos y conducta manipuladora.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.4 Deprimido

Este apartado no solamente incluye la conducta du rante la entrevista, ejemplo, aparente tristeza, descorazonamiento, desesperanza, sino que deberá ser un registro clínico global de depresión y la forma en que esta anormalidad esté contribu yendo al estado mental del paciente.

NOTA: Si el paciente amenaza suicidarse o tiene ideas suicidas, el psiquiatra no está obligado a calificarlo con un valor en particular. Se le deja a su juicio el calificarlo con 3, 4 ó 5 de acuerdo con la gravedad de las ideas. Un paciente que lllore durante la entrevista, se calificará con no menos de 2, aunque si es un rasgo habitual, puede ser calificado con 2 o menos.

Calificación:

- 1 Ausente - Modo de ser y comportamiento durante la entrevista, normales.
- 2 Leve: - Aunque puede haber evidencia de depresión no se considera patológico, es una forma habitual de ser.

- 3 Moderado - Está moderadamente deprimido
- 4 Intenso - Está fuertemente deprimido.
- 5 Muy intenso - Está intensamente deprimido, hay ideas suicidas, llanto incontrolable, ideas nihilistas.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.5 Ansioso, Agitado, Tenso

Además de la evidencia directa de ansiedad se valorará el grado en que ésta contribuye a modificar el estado mental del paciente. Se considerarán los signos fisiológicos de sobreactividad simpática, como sudoración de manos, temblor, manchas en la piel, etc. Cuando la ansiedad se exprese por agitación motora la calificación no será menor de 4.

Calificación:

- 1 Ausente - Estado de ánimo normal en la entrevista
- 2 Leve - La tensión es una característica habitual y una respuesta razonable a la entrevista
- 3 Moderado - Ansiedad con un grado leve de valor clínico
- 4 Intenso - Hay tensión, ansiedad y aprehensión durante la entrevista. El psiquiatra necesita transmitir confianza y las interrupciones son mínimas. Puede haber una ligera agitación motora.
- 5 Muy intenso - Hay interrupciones en la entrevista debido a angustia intensa. Se observa agitación motora marcada y/o exceso de temor.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.6 Exaltado, eufórico

La euforia es considerada como un grado menor de exaltación y no deberá ser calificada con más de 3.

Calificación:

- 1 Ausente - Estado de ánimo normal
- 2 Leve - Entusiasmo que se considera una característica habitual y/o es apropiada a la circunstancia del paciente en el momento de la entrevista
- 3 Moderado - Exaltación leve, eufórico. El juicio del paciente no está alterado.
- 4 Intenso - Exaltación marcada en el afecto y actividad. La entrevista presenta dificultades momentáneas; hay ciertas alteraciones en el juicio del paciente y en su capacidad introspectiva y dificultad en su concentración.
- 5 Muy intenso - Exaltación muy importante; risa contagiosa, chistes, fuga de ideas.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.7 Aplanado, incongruente

El apartado, está destinado para evaluar estados esquizofrénicos y esquizoides. Puede ser utilizado independientemente del diagnóstico, pero como regla general el psiquiatra debe precisar la alteración del ánimo, ya sea exaltación, depresión o aplanamiento/incongruencia. Al tratar con pacientes, cuya respuesta es pobre y apática el psiquiatra debe diferenciar entre depresión y empobrecimiento del afecto, debe hacerse hincapié de que una calificación patológica en el apartado de lentitud, apatía o falta de espontaneidad, no implica que deba calificarse como patológico el presente apartado. Aplanamiento se refiere a un empobrecimiento de las respuestas afectivas. El paciente es incapaz de imprimir y transmitir efecto a través de su relato y en su contacto personal.

Calificación:

- 1 Ausente - Estado de ánimo normal durante la entrevista.
- 2 Leve - El paciente puede mostrarse lacónico con respecto a algunos temas afectivos, pero como característica habitual.
- 3 Moderado - Falta de respuesta emocional clínicamente significativa al discutir temas de importancia o bien respuestas emocionales incongruentes durante la entrevista.
- 4 Intenso - Falta importante de respuesta emocional. El paciente se muestra incapaz de transmitir emoción y afecto en su relato. No muestra preocupación acerca del futuro o da respuestas francamente incongruentes.
- 5 Muy intenso - No hay respuesta emotiva alguna; incongruencia muy importante.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.8 Delirios, trastornos del pensamiento, falsas interpretaciones.

Las falsas interpretaciones se consideran como un grado menor que los delirios y no se calificarán con más de 2, En la evaluación actual, se incluirán aquellos trastornos ocurridos en las 3 últimas semanas y no solamente lo manifiesto en la entrevista.

Calificación:

- 1 Ausente - No se detecta ninguna anormalidad
- 2 Leve - Creencias excéntricas y falsas interpretaciones triviales. Por ejemplo, que el clima está alterado por las pruebas nucleares, supersticiones, sectas religiosas, etc. Aberraciones de sintáxis que no son propiamente un trastorno de

pensamiento.

- 3 Moderado - Ideas sobrevaloradas, ideas de referencia, errores de juicio claramente evidentes, percepciones delirantes o alteraciones leves del pensamiento como respuestas inadecuadas en forma aislada.
- 4 Intenso - Delirios evidentes de culpa, nihilismo y otros que alteran la comunicación con el paciente en forma momentánea.
- 5 Muy intenso - Delirios graves que afectan la conducta e impiden la comunicación con el paciente a lo largo de la entrevista.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.9 Alucinaciones

El término define a las falsas percepciones que ocurren en ausencia de estímulos externos, incluyendo todas las modalidades.

El psiquiatra investigará si las alucinaciones se han presentado en las 3 últimas semanas anteriores, su frecuencia de terminará si han sido verdaderas o pseudoalucinaciones. Cuando se trate de un caso agudo.

La calificación deberá hacerse en base al relato y comportamiento del paciente durante la entrevista.

Calificación:

- 1 Ausente - Sin alteraciones
- 2 Leve - Las experiencias alucinatorias no son patológicas: son definitivamente alucinaciones hipnagógicas, imágenes eidéticas, ilusiones transitorias.
- 3 Moderado - Pseudo alucinaciones visuales y auditivas.

- 4 Intenso - Alucinaciones ocasionales durante las 3 últimas semanas.
- 5 Muy intenso - Verdaderas alucinaciones frecuentes en la última semana o el paciente está alucinando durante la entrevista.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.10 Alteraciones del intelecto y daño crónico

En este apartado se incluyen todos los tipos de defecto cognoscitivo ya sea debido a amnesia, demencia, síndromes orgánicos, crónicos o estado confusionales agudos y los síndromes dismnésicos. Para calificar este ítem se realizarán pruebas simples para valorar memoria, orientación, pensamiento abstracto y concreto y conocimientos generales. En las encuestas comunitarias el problema de la pseudodemencia surgirá con poca frecuencia; en ciertos tipos de encuesta puede ser necesario esperar hasta que la prueba estandarizada haya sido completada para calificar. Para calificar una subnormalidad mental, se deberá no sólo tomar en cuenta la impresión diagnóstica durante la entrevista, sino además la historia del paciente.

Calificación:

- 1 Ausente - Inteligencia normal .
- 2 Leve - Faltas de memoria poco significativas, o inteligencia por debajo de lo normal sin evidencia de subnormalidad mental.
- 3 Moderado - Dismnesia, desorientación, daño orgánico leve o inteligencia límite. El paciente no fue normalmente alfabetizado o (acudió a escuelas especiales).

NOTA:

En caso desospecha o duda investigar:

- Orientación - Fecha, lugar, persona
- Memoria - Repetición de 3 palabras, inmediatamente y al finalizar la entrevista
- Juicio - Interpretación de un cuento absurdo
- Pensamiento - Refranes y situaciones

- 4 Intenso - Dismnesia o desorientación o daño orgánico o subnormalidad mental importante. Analfabeta o capaz de realizar solamente cálculos simples.
- 5 Muy intenso - Dismnesia, desorientación, daño orgánico o subnormalidad mental grave.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.11. Excesiva preocupación por las funciones corporales

Este aspecto se refiere a la exagerada preocupación del paciente por su salud y el funcionamiento de su cuerpo. Puede ser manifestado como enfermedades imaginarias, preocupación excesiva acerca de cosas triviales, interés excesivo en detalles y circunstancias de tratamientos médicos anteriores o precauciones excesivas. También incluye preocupación por las funciones sexuales. En caso de existir enfermedad física deberá, calificarse si el psiquiatra considera que la preocupación del paciente es exagerada, cuando exista duda en este punto, calificar 2. Un paciente que esté preocupado por un síntoma de origen psicológico deberá recibir calificación tanto en esta parte como en síntomas somáticos.

Calificación:

- 1 Ausente - Sin alteraciones o la preocupación está bien sustentada
- 2 Leve - El paciente está preocupado pero no molesto o existe duda en el entrevistador (favor de consignarlo).
- 3 Moderado - Leve preocupación patológica secundaria a estados de ansiedad o depresión u otros síntomas psicológicos.

4 Intenso - Grado marcado de preocupación. El paciente se observa seriamente preocupado hablando espontáneamente de sus síntomas y solamente de ellos.

5 Muy Intenso - El paciente se muestra delirante

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

3.12 Contenido depresivo de pensamiento

Este apartado permite al psiquiatra calificar ideas autodepreciativas, nihilistas o pesimistas expresadas por el paciente. Estas ideas pueden ser calificadas independientemente del síntoma ánimo depresivo, o de "deprimido" como descripción clínica. El contenido depresivo del pensamiento es intermedio entre un síntoma y una anormalidad manifiesta, ya que la calificación puede estar basada en las respuestas directas e indirectas del paciente durante la entrevista. Los pacientes con calificación patológica en este apartado muestran usualmente ánimo deprimido. Los pacientes que manifiestan tristeza y desaliento no siempre admiten tener patología depresiva. Las ideas depresivas repetitivas deben ser calificadas en este apartado aun que ya lo hayan sido en "compulsiones y obsesiones". Las ideas suicidas deben ser calificadas aquí si se piensa que son secundarias o asociadas a ideas depresivas, pero no de otra manera.

Calificación:

- 1 Ausente - Ausencia de pensamiento depresivo
- 2 Leve - Tendencia pesimista no patológica
- 3 Moderado - Pensamientos depresivos patológicos pero leves, sentimientos de inferioridad, vergüenza y culpa.
- 4 Intenso - Ideas depresivas importantes; sentimiento de inferioridad, vergüenza, y culpa. Pueden presentarse ideas suicidas.

5 Muy intenso - Delirios nihilistas de culpa y autodevaluación.

(Si la calificación es mayor de 2, por favor consigne usted la razón).

RESUMEN Y PLANTEAMIENTOS

4. Impresiones diagnósticas

4.1 Credibilidad de la información

Se valorará a juicio del entrevistador si la credibilidad de la información obtenida es buena, regular o pobre.

4.2 Calificación global de severidad actual

Se valorará en forma global la severidad de los síntomas presentados durante las 3 últimas semanas.

4.3 Total Global de Severidad

Esta calificación consistirá en la integración de la severidad de los síntomas encontrados, tanto en la historia, como en las últimas 3 semanas.

Calificación para los apartados 4.2 y 4.3:

1. Sujeto totalmente asintomático, sin molestia alguna, ni alteraciones caracterológicas.
2. El sujeto se queja de algunas alteraciones emocionales o psicológicas pero éstas no ameritan tratamiento psiquiátrico, porque no son suficientemente intensas o porque se confunden con la estructura caracterológica del sujeto.
3. Las quejas presentadas por el sujeto hacen que éste requiera ayuda pero en consulta externa.
4. El sujeto necesita forzosamente ayuda psiquiátrica en consulta externa e incluso podría ser que un internamiento lo beneficiara, aunque no sería indispensable.
5. El sujeto requiere internamiento psiquiátrico forzosamente.

4.4 Diagnósticos OMS

Se anotará el diagnóstico principal del sujeto, de acuerdo al criterio de la OMS. Así mismo se anotarán los posibles diagnósticos secundarios.

4.5 En este apartado se indicará si la historia médica del su jeto tiene alguna relación con su estado mental actual.

4.6 Finalmente el entrevistador anotará su nombre completo.

GUIA DE CODIFICACION

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS EN UN CENTRO COMUNITARIO

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
	Cuestionario Gral. de Salud					
1.	Clave del Estudio		1	1	6	Centro de Salud
2.	No. de expediente		1	2 a 7	el que aparezca	00 Sin No. 01. 1a. vez o sin Exp.
3.	Estudio		1	8	1	1. Estudio 18 a 64 años
4.	No. de paciente		1	9 a 12	0001 a 1000	Estudio 18 a 64 años
5.	Forma		1	13	1	Cuestionario G. de S.
6.	Edad		1	14 y 15	18 a 64	00. No respuesta 18 a 64
7.	Escolaridad		1	16 y 17	el que aparezca	(00 Sin educación formal 01 - 05 primaria 07 - 09 secundaria o equiv. 10 - 12 prep. o equiv. 13 - 0 + Universitaria Calificar el más alto grado) 0. No respuesta
8 a 68	Cuestionario (8 reactivo 1; 9 reactivo 2... 68 reactivo 60)	1 a 60	1	18 a 77	0 a 4	1 y 2 síntoma ausente 3 y 4 síntoma presente
69	Calificación	61	1	78 y 79	0 a 60	total de síntomas presentes
70	No. de tarjeta		1	80	1	1a. tarjeta
	Ficha de identificación Identificación del paciente		2	1 a 13		Variables similares a las de la 1a. tarjeta (1 a 5)
76	Sexo	1	2	14	1 y 2	1. Masculino 2. Femenino
77	Edad	2	2.	15 y 16	00 y 18 a 64	00 No respuesta 18 a 64
78	Lugar de nacimiento	4	2	17	1 y 2	1 México y zona metropoli- tana 2 provincia

no.	Titulo de la variable	Pre	inje	C	ina	Edig	Identificación de Edig
79	Lugar de residencia	5	2	18		1 y 2	1 México y zona metropolitana 2 Provincia
80	Estado civil	6	2	19		1 a 7	1 Soltero 2 Madre soltera 3 Casado 4 Viudo 5 Divorciado 6 Separado 7 Unión libre
81	Escolaridad	7	2	20 y 21		el que aparezca	(00sin educación formal 01-06 primaria 07 09 secundaria o equiv. 10 - 12 prepa o equiv. 13 ó + universtaria calificar el más alto grado)
82	Ocupación	8	2	22		1 a 6	1 Trabaja 2 Trabaja y estudia 3 Ama de casa 4 Estudia 5 No trabaja 6 Otro
83	Ocupación del Jefe de Familia	9	2	23 y 24		01 a 9	01 Profesionista 02 Maestro de primaria, secundaria, preparatoria, rurales, etc. 03 Propietario de pequeños comercios 04 Empleado de banco, de oficina, establecimiento ó dependencia gubernamental 05 Obrero calificado (carpintero, mecánico, electricista)

no.	título de la variable	preg.	tarjet.	Código	Identificación del Código
					06 Obrero no calificado ó con trabajo eventual: taxista, mosero, cabo, personal de servicio doméstico
					07 Subempleado (vendedores no asalariados, boleros, lavacoche, prostituta)
					08 Campesino, agricultor y otros
					09 No sabe, no contesta
84	Escolaridad del Jefe de Familia	10	2	25 y 28	01 a 10
					01 Nunca ha ido a la escuela
					02 Nunca ha ido a la escuela pero sabe leer y escribir
					03 Primaria incompleta
					04 Primaria completa
					05 Secundaria incompleta
					06 Secundaria completa
					07 Estudios comerciales ó técnicos
					08 Preparatoria ó normal
					09 Carrera universitaria ó posgrado
					10 No sabe ó no contesta
85	Fecha de obtención de datos	11	2	27 a 32	el que aparezca
					Día, Mes, Año
86	Pasó a entrevista	12	2	33	1 y 2
					1 Si
					2 No
87	No. de tarjeta		2	80	2
					Tarjeta 2

Octubre 29, 1981
C.S.G.

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
Hoja de calificación de entrevista de paciente						
	Identificación del paciente		3	1 a 12		Variables similares a las de la 1a. tarjeta
88	Formas		3	13	3	Entrevista psiquiátrica
89	Fecha		3	14 a 19	El que aparezca	Día, mes, año
90	Historia médica general; Intervenciones quirúrgicas	1	3	20	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
91	Enfermedades pulmonares	1	3	21	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
92	Enfermedades cardiovasculares	1	3	22	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
93	Hipertensiva	1	3	23	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
94	Úlcera gástrica	1	3	24	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
95	Colitis	1	3	25	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
96	Riñones	1	3	26	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
97	Artritis	1	3	27	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
98	Tumores	1	3	28	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
99	Dermatitis	1	3	29	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
100	Epilepsia	1	3	30	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
101	Medicamentos tomados en los últimos 6 meses Sedantes	1.1	3	31	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
102	Tranquilizantes menores	1.1	3	32	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
103	Tranquilizantes mayores	1.1	3	33	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
104	Antidepresivos	1.1	3	34	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
105	Anfetaminas	1.1	3	35	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
106	Otros psicofármacos	1.1	3	36	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
107	Anticonceptivos	1.1	3	37	0, 1 y 2	0. no resp., 1. presente, 2 ausente
<hr/>						
Antecedentes psiquiátricos familiares						
108	Abuelos	1.2	3	38	0 a 4	0. no existen; 1; 2; 3 .. Número de abuelos c/antecedentes
109	Padres	1.2	3	39	0, 1 y 2	0. no existen; 1 ó 2 número de padres c/antecedentes
110	Hijos	1.2	3	40	0 a 9	0. no existen; 1 a 9 número de hijos c/antecedentes
111	Hermanos	1.2	3	41	0 a 9	0. no existen; 1 a 9 número de hermanos c/antecedentes
112	Cónyuge ó pareja	1.2	3	42	0 y 1	0. no existe; 1 cónyuge
113	Tíos	1.2	3	43	0 a 9	0. no existen; 1 a 9 número de tíos c/antecedentes
114	Otros (primos, sobrinos, nietos)	1.2	3	44	0 a 9	0. no existen; 1 a 9 número de otros parientes (primos, sobrinos, nietos) c/antecedentes
<hr/>						
Antecedentes psiquiátricos personales						
115	Edad de inicio del primer episodio	1.3	3	45 y 46	El que aparezca	
116	Edad de inicio del último episodio	1.3	3	47 y 48	El que aparezca	
117	Tratamiento psiquiátrico en consulta externa	1.3	3	49	0, 1 y 2	0. no resp.; 1. presente; 2 ausente

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
118	Hospitalizaciones por motivos psiquiátricos	1.3	3	50	0, 1 y 2	0. no resp; 1. presente; 2 ausente
119	Número de tratamientos	1.3	3	51 y 52	El que aparezca	00. no tuvo; 01. un tratamiento y así subsecuentemente
120	Fecha de aplicación del cuestionario	1.4	3	53	1 y 2	1. mismo día que entrevista 2. diferente día que entrevista
121	Estado de salud del paciente con respecto al día de aplicación del CGS	1.5	3	54	0 a 5	0. la entrevista se hizo el mismo día 1. mucho mejor 2. ligeramente mejor 3. igual 4. ligeramente peor 5. mucho peor
Síntomas reportados 2						
122	Síntomas somáticos calificación	2.1	3	55	0 a 5	0. no respuesta; 1. ausente; 2. leve; 3. moderado; 4 intenso; 5. muy intenso
123	Díasea (C 6 A)	2.1	3	56 y 57	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento anterior; 02. padecimiento actual; 03. padecimiento anterior; 04. crónico
124	Palpitaciones (C 6 A)	2.1	3	58 y 59	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento anterior; 02. padecimiento actual; 03. padecimiento anterior; 04. crónico
125	Dolor u opresión precordial (C 6 A)	2.1	3	60 y 61	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento anterior; 02. padecimiento actual; 03. padecimiento anterior; 04. crónico
126	Sensación de amayo (C 6 A)	2.1	3	62 y 63	00; 01; 02; 03; y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento anterior; 02. padecimiento actual; 03. padecimiento anterior; 04. crónico

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
127	Mareo (C ó A)	2.1	3	64 y 65	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
128	Parestesia (C ó A)	2.1	3	66 y 67	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
129	Parestia (C ó A)	2.1	3	68 y 69	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
130	Pérdida de peso (C ó A)	2.1	3	70 y 71	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
131	Cefaleas (C ó A)	2.1	3	72 y 73	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
132	Sudoración Excesiva (C ó A)	2.1	3	74 y 75	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
133	Dolor abdominal (C ó A)	2.1	3	76 y 77	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
134	Frigidez (C ó A)	2.1	3	78 y 79	00; 01; 02 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
135	No. de tarjeta	2.1	3	80	3	
136	Otros (C ó A)	2.1	4	14 y 15	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01 sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
137	Fatiga calificación	2.2	4	16	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso.
138	Fatiga mañanas (C ó A)	2.2	4	17 y 18	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
139	Fatiga tardes/noche (C ó A)	2.2	4	19 y 20	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
140	Alteraciones en el sueño calificación	2.3	4	21	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
141	Predurmicional (C ó A)	2.3	4	22 y 23	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
142	Durmicional (C ó A)	2.3	4	24 y 25	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
143	Postdurmicional (C ó A)	2.3	4	26 y 27	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
144	Hipersomnía (C ó A)	2.3	4	28 y 29	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
145	Hipnóticos calificación	2.4	4	30	0 a 3	0. no respuesta; 1. ausente; 2. leve; 3. moderado.
146	Irritabilidad calificación	2.5	4	31	0 a 5	0. no respuesta; 1. ausente; 2. leve; 3 moderado; 4. intenso; 5. muy intenso
147	Irritabilidad selectiva (C ó A)	1.5	4	32 y 33	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
148	Irritabilidad general (C ó A)	2.5	4	34 y 35	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
149	Disminución de la concentración calificación	2.6	4	36	0 a 5	0. no respuesta; 1. ausente; 2. leve; 3. moderado; 4. intenso; 5 muy intenso

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
150	Disminución de la concentración (C ó A)	2.6	4	37 y 38	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
151	Animo depresivo calificación	2.7	4	39	0 a 5	0. no respuesta; 1. ausente; 2. leve; 3. moderado; 4. intenso; 5. muy intenso
152	A. dep. mañanas (C ó A)	2.7	4	40 y 41	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
153	A. dep. tardes/noches (C ó A)	2.7	4	42 y 43	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
154	A. dep. momentáneo (C ó A)	2.7	4	44 y 45	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
155	A. dep. motivado (C ó A)	2.7	4	46 y 47	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
156	A. dep. inmotivado (C ó A)	2.7	4	48 y 49	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin padecimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
157	Ansiedad calificación	2.8	4	50	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
158	Ansiedad mañanas (C ó A)	2.8	4	51 y 52	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimientos; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
159	Ansiedad tardes/noches (C ó A)	2.8	4	53 y 54	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
160	Ansiedad selectiva (C ó A)	2.8	4	55 y 56	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
161	Ansiedad General (C ó A)	2.8	4	57 y 58	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
162	Fobias calificación	2.9	4	59	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
163	Tipo de fobia I (C ó A) (200 fobia)	2.9	4	60 y 61	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
164	Tipo de fobia II (C ó A) (claustrófilia, agorafobia, altura)	2.9	4	62 y 63	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
165	Tipo de fobia III (C 6 A) (soledad, vacío, obscuridad y otros)	2.9	4	64 y 65	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin pa- decimiento; 02. padecimien to anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
166	Obsesiones y compulsiones calificación	2.10	4	66	0 a 5	0. no respuesta; 1. ausente; 2. leve; 3. moderado; 4. In- tenso; 5. muy intenso
167	Actos compulsivos (C 6 A)	2.10	4	67 y 68	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin pa- decimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
168	Pensamiento desagradables (C 6 A)	2.10	4	69 y 70	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin pa- decimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
169	Indecisión obsesiva (C 6 A)	2.10	4	71 y 72	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin pa- decimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
170	Despersonalización/deareali- zación calificación	2.11	4	73	0 a 5	0. no respuesta; 1. ausente; 2. leve; 3. moderado; 4. In- tenso; 5. muy intenso
171	Despersonalización/deareali- zación (C 6 A)	2.11	4	74 y 75	00; 01; 02; 03 y 04	00. no respuesta; 01. sin pa- decimiento; 02. padecimiento anterior; 03. padecimiento actual; 04. crónico
172	Suma de calificación obtenida en síntomas reportados		4	76 y 77	El que aparezca	

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
Anormalidades manifiestas 3						
173	Lentitud y carencia de espontaneidad calificación	3.1	4	78	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
174	Susplicaz, defensivo calificación	3.2	4	79	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
175	No. de tarjeta		4	80	4	Tarjeta 4
176	Histriónico calificación	3.3	5	14	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
177	Deprimido calificación	3.4	5	15	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
178	Ansioso, agitado, tenso, calificación	3.5	5	16	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
179	Exaltado, eufórico calificación	3.6	5	17	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
180	Exaltado eufórico (C ó A)	3.6	5	18 y 19	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento arterial; 03, padecimiento actual; 04, crónico
181	Aplanado incongruente calificación	3.7	5	20	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
182	Delirios, trastornos de pensamiento calificación	3.8	5	21	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
183	Delirios trastornos del pensamiento (C 6 A)	3.8	5	22 y 23	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
184	Alucinaciones calificación	3.9	5	24	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
185	Seudo alucinaciones (C 6 A)	3.9	5	25 y 26	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
186	Alucinaciones (C 6 A)	3.9	5	27 y 28	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
187	Alucinaciones Tipo I (C 6 A) (visuales)	3.9	5	29 y 30	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
188	Alucinaciones Tipo II (C 6 A) (auditivas)	3.9	5	31 y 32	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
189	Alucinaciones Tipo III (C 6 A) (olfativas)	3.9	5	33 y 34	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
190	Suma de calificación obtenida en anomalías manifiestas por dos		5	35 y 36	E1 que aparezca	
191	Alteraciones en el intelecto y daño crónico calificación	3.10	5	37	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
192	Excesiva preocupación por las funciones corporales calificación	3.11	5	38	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
193	Excesiva preocupación por las funciones corporales (C 6 A)	3.11	5	39 y 40	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
194	Contenido dep. del pens. calificación	3.12	5	41	0 a 5	0, no respuesta; 1, ausente; 2, leve; 3, moderado; 4, intenso; 5, muy intenso
195	Contenido dep. del pens. (C 6 A)	3.12	5	42 y 43	00; 01; 02; 03 y 04	00, no respuesta; 01, sin padecimiento; 02, padecimiento anterior; 03, padecimiento actual; 04, crónico
Impresiones diagnósticas 4						
196	Credibilidad de la información	4.1	5	44	0 y 1 a 3	0, no respuesta; 1, buena; 2, regular; 3, pobre
197	Calificación global de severidad actual (síntomas en las 3 últimas semanas)	4.2	5	45	1 a 5	1, sin alteraciones psicológicas 2, no amerita tratamiento 3, tratamiento en consulta externa 4, consulta externa con int. probable 5, internamiento forzoso

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código	Identificación del Código
198	Total global de severidad (historia y actual)	4,3	5	46	1 a 5	1. sin alteraciones psicóticas 2. no amerita tratamiento 3. tratamiento en consulta externa 4. consulta externa con int. probable 5. internamiento forzoso
199	Diagnóstico OMS	4,4	5	47 a 50	El que aparezca	Se anexa
200	Rel. entre estado mental e historia médica	4,5	5	51	1, 2, 3	1. sí; 2. no; 3. duda
201	Nombre del entrevistador	4,6	5	52	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1. Dra. Odette Peláez 2. Dr. Antonio Celis 3. Dra. Ma. Josefa Díaz Aguirre 4. Dra. Josefina Ulacia 5. Dr. Ricardo Secin 6. Psic. Laura González 7. Psic. Paula Radilla 8. Psic. Elvia Serra Toca
202	Suma de síntomas reportados y anomalías manifiestas		5	53 y 54	El que aparezca	
203	Sujeto con enfermedad crónica o actual		5	55		
204	Analfabeta corrección No. de tarjeta		5	56	5	Tarjeta 5

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código(s)	Identificación del Código
	Escala de valoración del paciente por parte del médico general					
205	Clave del estudio		6	1 y 2	06	Centro de Salud
	No. de expediente		6	3 a 8	El que aparezca	00000 sin No., 00001 1a. vez, sin exp.
206	Estudio		6	9	1	1. estudio 18 a 64 años
207	No. de paciente		6	10 a 19	0001 a 1000	Estudio 18 a 64 años
208	Forma 2		6	14	2,	Escala de valoración del médico general
209	Fecha		6	15 a 20	El que aparezca	Día, mes, año
210	Diagnóstico médico		6	21 y 22	01 al 17	01. ausencia de enfermedad 02. sin diagnóstico 03. certificado médico 04. trastornos vías urinarias 05. trastornos ginecoobstétricos 06. infecciones oído, nariz, garganta 07. enfermedades autoinmunes 08. enfermedades sistema nervioso 09. enfermedades de la piel 10. enfermedades gastrointestinales 11. Trastornos endócrinos 12. traumatismos 13. enfermedades cardiovasculares 14. Infecciosas (que no son oído, nariz, garganta). 15. enfermedades bucodentales 16. intoxicación 17. quirúrgico

No.	Título de la variable	Pregunta	Ficha	Columna(s)	Código(s)	Identificación del Código
	Tipo de padecimiento					
213	Sistema nervioso	6	23	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
214	Sistema digestivo	6	24	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
215	Sistema respiratorio	6	25	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
216	Sistema cardiovascular	6	26	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
217	Sistema endócrino	6	27	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
218	Sistema urinario	6	28	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
219	Sistema músculo esquelético	6	29	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
220	Oído	6	30	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
221	Vista	6	31	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
222	Otros órganos de los sentidos	6	32	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
223	Sexual reproductor	6	33	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
224	Otros	6	34	1 y 2	1, presente; 2, ausente	
	Componentes psicológicos concomitantes de acuerdo a su enfermedad	8	35	0, 1 a 5	0, no respuesta 1, no obedecían a componer- se psicológicos 2, no ameritan tratamiento psicológico 3, requiere ayuda psicológi- ca en consulta externa 4, forzosa ayuda psiquiátrica y probable internamiento 5, internamiento psiquiátrico forzoso	
225	Lugar de la próxima consulta	6	36	1 y 2	1, consulta externa 2, especialidad	
226	Nombre del médico	8	37 y 38	01 a 10	01, Mejía (neurólogo) 02, Sotelo (médico general) 03, Ortiz (ginecóloga) 04, León (urgencias) 05, Lara (médico general) 06, González (ginecóloga) 07, Ramos (transmisibles) 08, Franco (transmisibles) 09, Viscaya (odontólogo)	

No.	Título de la variable	Pregunta	Tarjeta	Columna(s)	Código(s)	Identificación del Código
227	No. de tarjeta		6	80	8	10. Pastrana (odontólogo) 11. Sordo (odontólogo) 12. Sánchez Muñoz (neumología) 13. Otros Tarjeta 6