

La práctica psiquiátrica en hospital general

CARLOS CAMPILLO SERRANO *

En los últimos años la práctica psiquiátrica del hospital general se ha tornado importante, si bien su origen se remonta a finales del siglo pasado. Las características de este tipo de práctica difieren de las de la psiquiatría comunitaria, la del hospital psiquiátrico y la de consulta externa. Los servicios de psiquiatría en hospitales generales deben desarrollarse por departamentos (psicología, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería) y trabajar por áreas: hospitalización, consulta externa, interconsulta y programas de enlace.

En un estudio de prevalencia, que se efectuó en la consulta externa general del Hospital Español de México como parte de un programa de psiquiatría de enlace, se encontró que 34 por ciento de los pacientes que acudían a la consulta sufrían padecimientos mentales lo suficientemente graves como para tener que acudir con el especialista. Además, la mayor parte de las veces estos pacientes no eran diagnosticados como tales por el médico no especialista y cuando lo eran, no recibían el tratamiento adecuado. Al comparar sus expedientes con un grupo de pacientes no psiquiátricos, se encontró que acudían con más frecuencia a consulta en distintos servicios, se hospitalizaban un mayor número de veces, la estancia hospitalaria era más larga y requerían un mayor número de análisis clínicos de rutina y de rayos X.

Recibido: 28 de noviembre de 1980.

Aceptado: 12 de mayo de 1981.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 20 de agosto de 1980.

* Académico numerario. Servicio de Psiquiatría. Hospital Español de México.

De los cambios importantes acontecidos en la psiquiatría en la última década, destaca la importancia que ha adquirido la práctica psiquiátrica en hospitales generales. En 1971, en Inglaterra se dictaminó que cada hospital de distrito debería contar con un servicio psiquiátrico.¹ Actualmente en los Estados Unidos de Norteamérica el número de ellos sobrepasa por mucho al de los hospitales

para enfermos mentales,² en tanto que en México, en 1974, el Plan Nacional de Salud³ recomendó que los hospitales generales destinaran 5 por ciento de sus camas a la atención de pacientes psiquiátricos. Lo anterior se explica por el interés que la psiquiatría ha demostrado últimamente en la medicina, y por las grandes ventajas que ofrece. Habitualmente, los hospitales generales se localizan en zonas de fácil acceso; además de que se aprovecha óptimamente la costosa infraestructura material y humana del establecimiento, los pacientes acuden con mayor espontaneidad a la consulta, porque no cargan con el estigma social que implica recurrir a los hospitales que atienden exclusivamente a enfermos mentales; y por último, aquellos pacientes cuyo padecimiento colinda con el campo de otras especialidades médicas, se hallan en posibilidad de recibir un tratamiento integral. En el campo de la educación, el entrenamiento de los médicos residentes en psiquiatría y en otras especialidades puede ser más completo, porque mientras los primeros continúan en estrecho contacto con la práctica médica, los segundos se sensibilizan a problemas humanos y psicológicos, condición indispensable para el buen tratamiento de cualquier tipo de paciente. Y en el terreno de la investigación científica, se da el ambiente propicio para el desarrollo de programas que exigen un enfoque psicosocial complejo, como es el caso del alcoholismo, la obesidad, el dolor y los problemas del enfermo anciano.

Ha sido tal el entusiasmo sobre el tema, y tanto lo que últimamente se ha escrito,⁴ que bien pudiera parecer que se trata de un movimiento que carece de tradición. Sin embargo los primeros servicios de psiquiatría en hospitales generales aparecieron a finales del siglo pasado y a principios del actual.⁵ En México, el primer servicio de esta clase se fundó en el Hospital Español, en 1942.⁶ En un principio funcionó compartiendo algunas camas con los servicios de neurología y neurocirugía, y atendiendo las interconsultas que se le solicitaban, así como la consulta externa. En esa época pasaron por ahí profesores de la talla de López Albo, Manuel Guevara Oropeza, Alfonso Millán y Mario Fuentes. Pero cabe mencionar que quien lo transformó en lo que ahora es, fue el doctor Ramón de la Fuente, quien llegó a México en 1947, después de haber realizado estudios de postgrado en un hospital general de la Unión Norteamericana. Bajo su dirección, el Hospital Español se distinguió por formar especialistas en psiquiatría con la capacidad de relacionar los conceptos dinámicos psicoanalíticos, con el modelo y los conocimientos médicos vigentes. Fue posible ofrecer a los pacientes internados un ambiente de libertad y amabilidad. Ha servido de modelo a otros servicios, como el desaparecido servicio de psiquiatría del Hospital General del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social⁷ y los que actualmente se están organizando en los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En esta presentación se describen las características de la práctica psiquiátrica del hospital general y la manera en que funciona un servicio de este tipo, para después comentar, con propósitos ilustrativos, la experiencia de un programa específico de psiquiatría de enlace que se lleva al cabo en la consulta externa del Hospital Español.

Estos programas nacieron cuando los médicos y los psiquiatras del hospital se percataron de que la interconsulta no bastaba para atender satisfactoriamente a los pacientes y resolver sus problemas. Empezaron a funcionar en los lugares de mayores exigencias emocionales, como las unidades coronarias, de cuidados intensivos y diálisis renal.^{8,9} Después, cuando sus cualidades fueron evidentes, se extendieron a otros lugares del nosocomio. Ahora se trata de un movimiento con filosofía propia y estrategias particulares, cuyas ventajas ya nadie discute y que ofrece interesantes perspectivas.¹⁰

La práctica psiquiátrica de los hospitales generales difiere de la que se efectúa en los hospitales para enfermos mentales, en el consultorio privado y en los centros comunitarios. En ella, los psiquiatras tienen que conocer más de medicina, para tratar mejor a sus enfermos y hacerse respetar. Al mismo tiempo deben poseer la suficiente habilidad para utilizar sus propios conocimientos psicológicos, de manera que sean útiles y comprensibles a médicos y enfermeras. Su labor no sólo es asistencial, sino orientadora y educativa, y con frecuencia incluye, además de sus colegas, a todas las personas que mantienen contacto con el paciente. El psiquiatra ha de conjugar el pensamiento abstracto, imaginativo y reflexivo propio de su especialidad, con el enfoque pragmático, ejecutivo y objetivo que exige la práctica médica diaria. Así, debe llegar a un diagnóstico con prontitud, tomar decisiones que resuelvan problemas y adoptar técnicas terapéuticas que en poco tiempo den resultados efectivos. Todo ello debe efectuarse al mismo tiempo que se intenta entender al paciente como persona, relacionar la problemática psicológica con la sintomatología orgánica, o identificar los elementos del medio hospitalario que no favorecen una buena evolución. Para lograr este nivel de competencia, es necesario conocer a fondo la clínica psiquiátrica, manejar los conocimientos básicos de la medicina, y poseer la suficiente capacidad de abstracción, para moverse con facilidad en diferentes planos conceptuales.

Lo ideal es que los servicios psiquiátricos se organicen dentro del hospital en forma de unidades, para que los especialistas tengan la oportunidad de recibir un adiestramiento completo y los pacientes una atención integral, y que el servicio no sólo se reduzca a la consultoría, como hasta ahora ha sido el caso en la mayoría de los hospitales en México. La unidad debe reunir a un grupo interdisciplinario de profesionales compuesto por psiquiatras, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y técnicos en rehabilitación. Nuestra unidad del Hospital Español cuenta con

las áreas de consulta externa, interconsulta, hospitalización, rehabilitación y programas de psiquiatría de enlace. Es necesario que exista coordinación externa con el resto del hospital y con las instituciones encargadas de la salud mental de la zona, como hospitales psiquiátricos y centros de medicina comunitaria.

El área principal de la unidad de psiquiatría es la de hospitalización; a ella recurren todos los departamentos, se norman los criterios diagnósticos y terapéuticos, se imparte la mayor parte de la docencia, se discuten los casos difíciles, se brindan los principales tratamientos psiquiátricos, como farmacoterapia, psicoterapia individual, grupal, familiar o de modificación de conducta y se convive estrechamente con los enfermos y los colegas. En contraste con los hospitales psiquiátricos, la patología que se observa aquí abarca mayor variedad de diagnósticos e incluye la sintomatología limítrofe entre la medicina y la psiquiatría.

Los pacientes que se atienden se encuentran en los estadios iniciales de la enfermedad, con poco deterioro de su personalidad, buenas posibilidades de recuperación y conducta socialmente no disruptiva. Con este tipo de pacientes es fácil conformar un ambiente acogedor, en el que se eviten las restricciones, se fomenten las responsabilidades y se incluya a la familia en el tratamiento. Por ello, el acto del internamiento resulta menos doloroso y traumático. Se recomienda que la estancia hospitalaria sea corta, de no más de ocho semanas como promedio y que tenga como propósito fundamental resolver crisis agudas, problemas diagnósticos y recurrencias reversibles de enfermedades crónicas. Debe contar con buenos programas de rehabilitación de tipo hospital de día y con la consulta externa para alcanzar resultados satisfactorios.

La existencia de la consulta externa dentro de la unidad de psiquiatría se justifica porque la mayoría de los padecimientos mentales son crónicos y recurrentes, por lo que requieren supervisión estrecha y prolongada; porque es preferible tratar a la mayor parte de los enfermos en el seno de la familia y de su comunidad, para que se comparta con la institución la responsabilidad del tratamiento; y porque debe evitarse en lo posible la hospitalización y el proceso de deterioro que se observa cuando aquella es prolongada.

La interconsulta y los programas específicos de psiquiatría de enlace son las áreas que particularizan el quehacer psiquiátrico del hospital general, porque allí se lleva al cabo la confrontación y la complementación entre la medicina y la psiquiatría. Su funcionamiento se justifica por: a) la alta prevalencia de problemas mentales y psicológicos que sufren los pacientes internados en los servicios de cirugía y medicina; b) la frecuencia con que estos problemas no son identificados ni atendidos por el personal médico y paramédico; c) la observación de que el ambiente hospitalario, por sí solo, favorece su ocurrencia; y d) los ade-

lantos de la psiquiatría moderna son ahora más prometedores que en el pasado.

Para que el psiquiatra tenga éxito en ambas actividades, el marco de referencia se fundamenta en los siguientes principios:

1. En la génesis, la expresión sintomática y en el tratamiento de todas las enfermedades intervienen factores somáticos, psicológicos y ambientales.
2. Entre los procesos mentales y somáticos, las diferencias no son de base sino de forma.
3. Una buena práctica médica exige que la atención no se circunscriba exclusivamente a resolver los problemas de la enfermedad, sino que también incluya los del paciente en su dimensión personal.

Las diferencias entre la interconsulta y los programas de psiquiatría de enlace se encuentran en que en la primera, al psiquiatra se le solicita ayuda para que resuelva un problema particular. Se trata de una acción momentánea y discontinua, puesto que una vez resuelto el asunto, el psiquiatra no vuelve a aparecer. En cambio, en los programas de psiquiatría de enlace al psiquiatra se le asigna una área o programa del hospital y actúa como un miembro más del personal médico, por lo que su labor es más activa, continua y permanente.

Con el propósito de ilustrar las potencialidades y el funcionamiento de los programas de psiquiatría de enlace, se relatará brevemente el que iniciamos en 1979 en la consulta externa del Hospital Español. Se eligió a la consulta externa, por el número de pacientes que maneja —quinientas consultas a la semana—, por ser un lugar de contacto primario y porque se supuso que habría una alta prevalencia de patología mental. Al empezar se fijaron los siguientes objetivos: 1) conocer la patología psiquiátrica de la consulta externa; 2) desarrollar un método práctico y sencillo que reconozca oportunamente los casos psiquiátricos; 3) investigar cuánto le cuesta al hospital un paciente psiquiátrico, en contraste con un paciente de otra especialidad, en cuanto a número de consultas, exámenes de laboratorio e internamientos; 4) desarrollar un procedimiento que dé atención oportuna y adecuada a los casos identificados; 5) elaborar un modelo de acción que sea aplicado a otras áreas del hospital.

El programa se inició con un modelo epidemiológico consistente en dos etapas: 1) la identificación de los casos potenciales, mediante un cuestionario autoaplicable, y 2) su confirmación, por medio de una entrevista psiquiátrica semiestructurada. Como caso psiquiátrico se consideró a toda persona que sufría de manifestaciones psicopatológicas lo suficientemente intensas o problemáticas como para requerir atención especializada. Con el propósito de comparar los resultados, se eligieron un cuestionario y una entrevista diseñados en Inglaterra,^{11,12} que han sido utilizados con

Cuadro 1. Relación de pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital Español entre el 1º de octubre al 10 de noviembre de 1979.

	Hombres	Mujeres	Total
Número total de pacientes	178	441	619
Número de pacientes que contestaron el cuestionario	166	431	597*
Número de pacientes que contestaron la entrevista psiquiátrica	96	268	364**

* Tasa de no respuesta: 3.5% (22 sujetos)

** Tasa de no respuesta: 6% (24 sujetos)

buen éxito, en condiciones similares, en los Estados Unidos de Norteamérica,¹⁸ Australia¹⁴ y España.¹⁵ En el Instituto Mexicano de Psiquiatría se efectuaron la traducción, la adecuación de los síntomas a la población mexicana y los estudios de validez, confiabilidad, especificidad y sensibilidad en ambos instrumentos.^{16,17}

Del 1º de octubre al 10 de noviembre de 1979, acudieron a la consulta externa del Hospital Español 619 pacientes entre los 18 a 64 años de edad.* A todos ellos se les aplicó el cuestionario. Lo rechazaron sólo 3.5 por ciento (22 sujetos), los cuales no difirieron del resto en cuanto a sexo, edad y escolaridad. A los 597 pacientes que lo contestaron se les dividió entre aquellos que señalaron alta incidencia de síntomas, con calificación de siete o más puntos** y aquellos otros con baja incidencia de síntomas, con calificación de seis o menos puntos. A todos los miembros del primer grupo se les sometió a la entrevista psiquiátrica estructurada —pues se supuso que tenían grandes posibilidades de sufrir alteraciones psiquiátricas— mientras que de los del segundo grupo, sólo a uno de cada cuatro se les sometió a este procedimiento. En total se entrevistaron 364 pacientes, 96 hombres y 268 mujeres (cuadro 1). La tasa de rechazo fue de 6 por ciento, proporción reducida que no invalida los resultados, a pesar

de que en el grupo hubo pacientes con mayor número de puntos en el cuestionario, más edad y años de escolaridad. La comparación entre la muestra de 364 pacientes con entrevista psiquiátrica y los 597 con cuestionario no mostró ningún sesgo en relación con edad y sexo (cuadro 2).

La prevalencia de alteraciones mentales fue de 38 por ciento en las mujeres, 26 por ciento en los hombres y 34 por ciento en los dos sexos. Los diagnósticos más frecuentes fueron las neurosis, principalmente de ansiedad y depresión; los problemas afectivos mayores, los trastornos de la personalidad y los síntomas ocasionados por situaciones transitorias difíciles¹⁸ (cuadro 3).

No es de extrañar lo alto de la cifra de prevalencia, puesto que es compatible con los datos de otros estudios,^{19,20} realizados en poblaciones similares. Lo importante es que pocos de estos casos habían sido identificados como tales. Por ejemplo, en un informe interno de la misma consulta,²¹ en que se revisaron mil pacientes, sólo 44 de ellos se consideraron como casos psiquiátricos. En el estudio se evaluó la capacidad de los médicos no psiquiatras para distinguir entre caso psiquiátrico y no psiquiátrico, encontrándose un error de clasificación mayor que en el cuestionario, con tendencia a no identificar los casos verdaderos.

En otra parte del presente estudio, se comparó un grupo de 49 mujeres que habían sido confirmadas como psiquiátricas en la entrevista y que ni ellas mismas, ni los médicos, las habían considerado como tales, con un grupo testigo de casos no psiquiátricos. Ambos grupos se aparearon por sexo, edad y escolaridad (cuadro 4). Después, en forma ciega —sin que el investigador supiera si se trataba o no de un caso psiquiátrico—, se recurrió al expediente para revisar lo acontecido durante el último año, investigando la utilización de servicios, los exámenes de laboratorio y gabinete y el

* Acudieron también 393 sujetos de 65 años en adelante; por razones metodológicas, sus resultados serán publicados en otro trabajo.

** Se acordó tomar como punto de corte el siete, después de los estudios previos que se elaboraron en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Cuadro 2. Edad y sexo de la población que contestó el cuestionario y que fue sometida a entrevista psiquiátrica.

Sexo	Cuestionario			Entrevista psiquiátrica		
	Núm.	Por ciento	Edad promedio (años)	Núm.	Por ciento	(años)
Hombres	166	28	43.9	96	26	42.9
Mujeres	431	72	44.7	268	74	45.2
Total	597	100	44.5	364	100	44.6

Cuadro 3. Diagnóstico psiquiátrico en la población que requirió atención especializada en psiquiatría.

	Población femenina n = 268 N = 431		Población masculina n = 96 N = 166	
	Por ciento		Por ciento	
Psicosis	0.5		0.7	
Trastornos afectivos mayores	6		3	
Neurosis	24		15	
Trastornos de la personalidad	1		—	
Alcoholismo y dependencia a drogas	0.3		2	
Trastornos psicofisiológicos y situacionales transitorios	2		4	
Otros	0.5		—	

N: número de individuos que contestaron el cuestionario.

n: número de pacientes entrevistados.

Cuadro 4. Características de las muestras apareadas, según requieran o no tratamiento especializado en psiquiatría.

	Casos psiquiátricos (n = 49)	Casos no psiquiátricos (n = 49)
	Promedio (años)	Promedio (años)
Edad (años) (18 a 64)	45.4	45.0
Escolaridad (años cursados) (3 a 16)	8.8	8.9

número de medicamentos prescritos. Los resultados se presentan en los cuadros 5 a 7.

Los casos psiquiátricos aventajaron a los que no lo fueron en el número de consultas, en los días de hospitalización, en los exámenes de laboratorio de rutina, en los estudios de rayos X y en la cantidad de psicofármacos prescritos.

Después de finalizado el estudio epidemiológico, se ha continuado utilizando en forma rutinaria el cuestionario y se han asignado estudiantes de postgrado y a residentes en psiquiatría a la consulta externa, para que refieran los casos al servicio de psiquiatría. La experiencia ha sido positiva, pues de los pacientes enviados con los médicos al servicio de psiquiatría, sólo 20 por ciento desertan; el resto acepta el tratamiento con gusto. Los médicos de la consulta externa cuentan con asesoría cuando la solicitan y con facilidad para referir los casos que no son de su competencia.

La práctica psiquiátrica de hospital general es pues una modalidad a la que recientemente se le ha dado impulso por las ventajas que ofrece y que

Cuadro 5. Patrón de utilización de servicios.

	Pacientes Núm.	Casos psiquiátricos Por ciento	Casos no psiquiátricos Por ciento
Consultas no psiquiátricas	470	56.5*	43.5*
Internamientos no psiquiátricos	14	64.2	35.8
Intervenciones quirúrgicas	12	66.6	33.3
Días de hospitalización	91	69.2**	30.8**

* "p" < .01

** "p" < .001

Cuadro 6. Utilización de exámenes de laboratorio y rayos X.

	Pacientes Núm.	Casos psiquiátricos		Casos no psiquiátricos	
		Núm.	%	Núm.	%
Rutina	193	105	54	88	46
No rutina	108	51	47	57	53
Rayos X	68	41	60	27	40
Total	369	197	53	172	47

Cuadro 7. Cantidad de medicamentos prescritos.

	Casos psiquiátricos		Casos no psiquiátricos	
	Núm.	%	Núm.	%
Psicofármacos	71	37	15	14
No psicofármacos	120	63	92	86
Total	191		107	
Promedio de medicamentos utilizados por individuo		3.89		2.18

manejada con imaginación, sentido práctico y espíritu científico, presenta buenas perspectivas en los campos de la asistencia, la educación y la investigación hospitalarias. Esta opción ofrece mayores posibilidades de armonía en el largo y conflictivo matrimonio de la psiquiatría con la medicina.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece la colaboración que recibió de parte del personal del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, de los alumnos de postgrado y residentes de psiquiatría del Hospital Español de México y de los médicos de la consulta externa del mismo hospital, porque sin su ayuda no hubiera sido posible llevar al cabo este trabajo. En forma muy especial deseo citar a la psicóloga María Elena Medina Mora, jefa del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, quien en todo momento aportó su tiempo y conocimientos.

NOTA BIOGRAFICA

El doctor Carlos Campillo Serrano se graduó como médico cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el año 1968. Su adiestramiento de postgrado comprendió la residencia de psiquiatría en el Hospital Español de México; el curso de postgrado en psiquiatría en la Universidad Nacional Autónoma de México; un curso de subespecialización, de un año de duración, en epidemiología psiquiátrica, en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Londres y en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la misma universidad. En 1979 se diplomó como Maestro en Psiquiatría Social, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha ejercido los cargos de médico adscrito al servicio de Psiquiatría del Hospital Español de México; a partir de 1977 es jefe de este servicio. De 1976 a 1980 fue jefe del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Es profesor de psicología médica en postgrado en la Facultad de Medicina y en el curso de postgrado en psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La Academia Nacional de Medicina lo aceptó como miembro del Departamento de Medicina, en el área de Psiquiatría, el día 22 de mayo de 1980.

REFERENCIAS

1. DISS: *Hospital services for the mentally ill*. Londres. Department of Health and Social Services. Her Maj. Stat. Off. 1971.
2. Jones, R. E.: *Issues facing general hospital psychiatry*. Hosp. Comm. Psychiat. 30:183, 1979.
3. Plan Nacional de Salud: *Programa Nacional de Salud Mental*. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1974, vol. 7.
4. Hackett, T. P.: *Beginnings: liaison psychiatry in a general hospital*. En: *Handbook of general hospital psychiatry*. Hackett, T. P. y Cassir, M. H. (Eds.). Saint Louis, C. V. Mosby Co. 1978, p. 1.
5. De la Fuente, R.: *La psiquiatría del hospital general*. Salud Mental 2:17, 1979.
6. De la Fuente, R. y Campillo Serrano, C.: *La psiquiatría en México: una perspectiva histórica*. Gac. Méd. Méx. 111:421, 1976.
7. López Elizondo, G.: *Práctica de la psiquiatría en los hospitales generales*. Psiquiatría (Méx.) 1:31, 1968.
8. Rahe, C. R. H.: *A liaison psychiatrist on a coronary care unit*. En: *Consultation-liaison psychiatry. Seminars in psychiatry*. Pasnau, R. (Ed.). Nueva York, Grune and Stratton. 1975, p. 115.
9. Roger, B.: *The role of the psychiatrist in the renal dialysis unit*. En: *Op. cit.*, en 8, p. 149.
10. Lipowski, Z. J.: *Consultation psychiatry: an overview*. Am. J. Psychiat. 131:623, 1974.
11. Goldberg, D. P.: *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres, Oxford University Press, 1972.
12. Goldberg D. P.; Cooper, B.; Eastwood, M. R., Keduard, H. B. y Shepherd, M.: *A standardized psychiatric interview for use in community surveys*. Br. J. Prev. Soc. Med. 24:18, 1970.
13. Goldberg, D. P.; Rickels, K.; Downing, R. y Hesbacher, P.: *A comparison of two psychiatric screening test*. Br. J. Psychiat. 129:61, 1976.
14. Teunant, E.: *The general health questionnaires. A valid index of psychological impairment in Australian populations*. Med. J. Aust. 2:392, 1977.
15. Muñoz, P. E.; Vázquez, J. L.; Pastrana, E.; Rodríguez, F. y Oneca, C.: *Study of the validity of Goldberg's 69-item GHQ in its Spanish version*. Soc. Psychiat. 13:99, 1978.
16. Campillo Serrano, C.; Medina Mora, M. E.; Caraveo, J. y Martínez, L. P.: *Prueba de confiabilidad de una entrevista psiquiátrica estructurada en una muestra de pacientes mexicanos*. México. CEMESAM. En prensa. 1980.
17. Campillo Serrano, C.; Medina Mora, M. E.; Martínez, L. P. y Caraveo, A. J.: *Prueba de un cuestionario GHQ para la detección de posibles casos psiquiátricos en una comunidad mexicana*. México. CEMESAM. En prensa. 1980.
18. Campillo Serrano, C.; Medina Mora, M. E.; Caraveo, A. J. y Padilla, P.: *Prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica general*. México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Investigación en proceso.
19. Sims, A. C. P. y Salmoms, P. H.: *Severity of symptoms of psychiatric outpatients: use of the general health questionnaire in hospital and general practice patients*. Psychol. Med. 5:62, 1975.
20. Marks, J. N.; Goldberg, D. P. y Hillier, V. F.: *Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness*. Psychol. Med. 9:337, 1979.
21. Fernández Valiñas, M.: *Revisión de 1 000 pacientes consecutivos*. Informe interno. Consulta Externa General. Hospital Español. México. 1979.

