

La salud mental en el municipio de Querétaro: un modelo de investigación psiquiátrica en la comunidad**

Alejandro Díaz-Martínez,* Rosa Díaz-Martínez,* Alfredo Osornio-Rojo,* María Luisa Rascón-Gasca*

Recepción versión modificada 4 de marzo de 2002 aceptación 18 de septiembre de 2002

Resumen

El objetivo general fue determinar la prevalencia de trastornos mentales y el tipo de consumo de alcohol en la población marginada del municipio de Querétaro, Querétaro, mediante el método de encuesta de hogares.

La prevalencia de diagnósticos psiquiátricos fue de 18.26%, con una comorbilidad psiquiátrica de 56.8%. El diagnóstico más común fue el de trastornos de ansiedad en 14.8%, seguido de trastornos afectivos en 10.2%, consumo dañino y dependencia al alcohol en 4.9%; la esquizofrenia en 2% y el abuso de drogas en 1.2%. La prevalencia total de trastornos rebasó a lo reportado previamente para la población mexicana. El desempleo se asoció con la presencia de uno o más diagnósticos psiquiátricos, con una frecuencia de 48.8%. Cerca de 50% de la población masculina tuvo consumo excesivo o problemático de alcohol.

Los resultados obtenidos permiten considerar a esta población como de alto riesgo y refuerzan la necesidad de continuar con investigaciones en esta área para determinar con mayor amplitud y precisión la prevalencia de trastornos mentales, los problemas asociados a ellos y los mecanismos idóneos para su adecuada atención.

Palabras clave: Salud mental comunitaria, población marginada

Summary

The main object of this study was to determine, by means of a house-to-house survey, prevalence of mental disorders and type of alcohol consumption in an underprivileged population from a municipality in the State of Querétaro, Mexico.

Results show that there was an 18.26% prevalence of psychiatric disorders with psychiatric comorbidity of 56.8%. Anxiety disorders with 14.9% were the most frequent diagnosis and additional problems in descending order were affective disorders (10.2%), alcohol abuse and dependency (4.9%), schizophrenia (2%), and drug abuse (1.2%). Total prevalence was above that reported previously in Mexican population. There was a 48.8% association between unemployment and presence of one or more psychiatric disorders. Nearly 50% of male population had a problem with or excessive consumption of alcohol.

These results lead us to consider that this is a high-risk population and that efforts must be made to continue these assessments to better determine prevalence of mental disorders and problems associated with them as well as the optimal mechanisms for attention to them

Key words: Community mental health, marginat population

*Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Alejandro Díaz Martínez. Iglesia 23, Col. Lomas Quebradas, Delegación Magdalena Contreras. 10200 México, D. F. E-mail: admar@servidor.UNAM.mx, Tel: 5616-2475, 5623 2128

**Trabajo de ingreso leído el 6 de septiembre de 2000. Financiado por el Fideicomiso de Inversión No. 1350 del Estado de Querétaro

Introducción

En el país en general y en el estado de Querétaro en particular, la salud mental no ha sido atendida de acuerdo a los requerimientos y a las necesidades de la población. Este descuido está sustentado en la concurrencia de diversos factores que incluyen la ignorancia, los miedos injustificados, los prejuicios sociales y la débil o nula trascendencia de las acciones de los profesionales de la salud.

En México, los estudios de los trastornos psiquiátricos en la comunidad son escasos. En 1960, se reportó una prevalencia de 4.43% para alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica, cifra que hace referencia a la demanda de atención.¹ Otro estudio realizado en 1964 en trabajadores del estado, obtuvo una prevalencia de 33.0%.² En 1968 se estudió a la población de una zona militar de la ciudad de México y se encontró una prevalencia de 23.0%. En 1985, en la ciudad de México se obtuvo una prevalencia de 6.4% para las categorías diagnósticas de crisis de angustia, ansiedad generalizada y depresión en la población damnificada que vivía en albergues como consecuencia de los sismos ocurridos en ese mismo año.

En 1988 se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional de Salud Mental en una submuestra probabilística de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA),⁴ para población adulta en áreas urbanas del país, siguiendo el mismo procedimiento que la primera, pero sólo en individuos que tuvieran entre 18 y 65 años. Este trabajo fue el primero en México que investigó la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos en la población general a través de encuestas en hogares. La prevalencia de trastornos afectivos bipolares fue de 2.9%, tanto para mujeres como para hombres, mientras que para los trastornos depresivos mayores y la neurosis depresiva la prevalencia fue de 4.7% para mujeres y 2.8% para hombres. La clase diagnóstica sugestiva de esquizofrenia fue similar en ambos sexos y alcanzó una prevalencia de 1%. En general, los resultados del estudio fueron semejantes a las cifras reportadas en estudios epidemiológicos recientes.

Tomando en cuenta sólo los trastornos de mayor severidad y con mayor certeza de definición, entre 15 y 18% de la población adulta estaba afectada. Este estudio intentó estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos, a través de un abordaje único en su género (encuesta en hogares), y encontró que la prevalencia global estimada fue de 16.7%; los trastornos depresivos mayores y la depresión neurótica, así como el trastorno obsesivo-compulsivo fueron más frecuentes entre las mujeres. La prevalencia global por género fue de 19.5% en las mujeres, y 14.3% en los hombres. En los trastornos más severos no hubo diferencias entre sexos.⁵⁻⁷

También respecto al consumo de alcohol en nuestro país los estudios son escasos. Se ha reportado que en la población psiquiátrica tratada, el diagnóstico más frecuente es el de trastornos afectivos, seguido de trastornos de ansiedad, abuso y dependencia al alcohol y esquizofrenia el último lugar.⁸ La segunda ENA efectuada en 1993 mostró que dos terceras partes de la población se clasifica como bebedora (66.5%), y de ésta el 53.7% está entre los 12 y 18 años y 70.1% entre los 19 y 65 años. Con respecto al género son bebedores 77.2% de los hombres y 57.5% de las mujeres. En la población total la proporción de bebedores que cumplieron con los criterios de dependencia fue de 9.4% cabe hacer notar que esta cifra equivale a más de tres millones de personas en México; la prevalencia para los hombres fue de 19.5% y para las mujeres de 1.2%.⁹ La ENA divide al país en ocho regiones, en la región centro se encuentra el estado de Querétaro, la prevalencia de bebedores en esta región fue de 69%, que se considera alto comparado con la media nacional que fue de 66.5%.

En el estado de Querétaro se cuenta con pocos estudios que muestren un panorama real de la salud mental. Un estudio con 768 sujetos, mayores de 15 años, residentes en el municipio de Querétaro, mostró una prevalencia de trastornos mentales no psicóticos en 26.4% de la población estudiada, esta cifra es mayor que la prevalencia de estos mismos trastornos en el ámbito nacional (19%); sin embargo, al analizar estas diferencias es necesario tomar en cuenta que se trata de distintas metodologías de estudio. Los grupos más afectados fueron la población sin grado formal de escolaridad, con ingresos de un salario mínimo o menos, sin ocupación y que habitan en zonas rural y marginal. Llama la atención que la ideación suicida afecta de manera significativa a adolescentes estudiantes y habitantes de zonas marginales. La prevalencia de síntomas mostró una relación directa con la edad e inversa al ingreso económico y a la escolaridad.¹⁰

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio observacional de corte transversal, probabilístico, polietápico y autoponderado a través del método de encuesta en hogares.

Población

El estudio se llevó a cabo en el municipio de Querétaro, estuvo dirigido a la población de jóvenes y adultos de ambos sexos, de 15 a 65 años, que habitan en zonas marginales.

Para definir las zonas marginales dentro del municipio de Querétaro, se tomaron los indicadores de pobreza con

datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), también se consideraron el aislamiento y la vulnerabilidad social, en relación con la manera de cubrir las necesidades básicas del ser humano incluyendo las físicas, psicológicas, sociales y culturales de acuerdo a Boltvinik.¹¹ Para la identificación de las zonas se requirió de un inventario de 37 localidades que constituyó el marco a partir del cual se inició el proceso de selección de la muestra que fue de 19 colonias. Posteriormente, se efectuó el conteo de viviendas, para esto se obtuvo la cartografía de las localidades de las zonas marginadas, se cuantificó el número de viviendas que integran estas localidades, con la finalidad de seleccionarlas. Con la información obtenida se procedió a la selección de manzanas necesarias para el tamaño de muestra calculado. A cada manzana se le construyó en campo su listado de viviendas, se elaboró un croquis con la ubicación exacta y así se obtuvo la identificación de la vivienda. Para determinar el tamaño de la muestra se tomaron en consideración los resultados de los estudios psicopatológicos en la población urbana y de la Encuesta Nacional de Adicciones. Se estimó una tasa de respuesta de 15%, con una confianza de 95%, un coeficiente de variación de 25% y un efecto de diseño de dos para estimar prevalencias del orden de 5%. Con estos parámetros se estableció que el tamaño

de muestra requerido era de 750 viviendas. La estrategia de muestreo fue la de una muestra autoponderada, con este fin se determinó un intervalo de selección general para aplicarse en cada una de las localidades de la zona marginada de Querétaro. La selección se llevó a cabo iniciando un arranque aleatorio dentro de cada localidad, a efecto de asegurar la independencia de selección en cada una de ellas. En virtud de los requerimientos del estudio en cada una de las viviendas se entrevistó a un solo individuo seleccionado aleatoriamente dentro del grupo de edad de interés.

La información se obtuvo durante seis meses. El tiempo promedio de aplicación de los instrumentos para cada individuo, fue de dos horas aproximadamente. Los instrumentos aplicados fueron la ficha de datos demográficos, posteriormente se aplicó el cuestionario AUDIT y finalmente el CIDI. La aplicación estuvo a cargo de un grupo de encuestadores previamente capacitados en dichos instrumentos. Cada uno de los encuestadores realizó dos entrevistas completas por día. Cuando fue necesario se llevaron a cabo visitas subsecuentes para completar las entrevistas en caso de renuencia del entrevistado y para comprobar la veracidad de la información. Una vez obtenida la información se procedió a elaborar guías de verificación para asegurar su coherencia y congruencia.

Cuadro I. Aspectos demográficos por sexo*

	Hombres		Mujeres	
	n (n ponderada)	%	n	%
Sexo	206 (14001)	33.8	402 (27323)	66.2
Edad (años)	33.2 ± 13.2		31.8 ± 15.4	
Estado civil				
Casado y unión libre	127 (8631)	61.6	278 (18895)	69.1
Separado, divorciado y viudo	5 (339)	2.4	23 (1563)	5.7
Soltero	70 (4758)	33.9	98 (6661)	24.3
Sin información	4 (272)	1.9	3 (204)	0.7
Empleo actual				
Empleados	165 (11215)	80.1	127 (8632)	31.6
Desempleados	41 (2787)	19.9	275 (18691)	68.4
Nivel de educación (años)	8.3 ± 4.5		6.9 ± 5.5	

*Porcentaje obtenido en la población por sexo

**Población total ponderada

Instrumentos

Cédula de datos demográficos

Se utilizó la Cédula de Datos Demográficos elaborada para la ENA, que incluye datos generales para la identificación de la vivienda, datos generales de la vivienda, métodos de selección y datos sociodemográficos del entrevistado.

Cuestionario AUDIT

El AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) es un instrumento desarrollado por la OMS en 1982 como parte de un estudio transcultural en el que participaron seis países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, entre ellos México. El propósito de dicho estudio fue crear un instrumento sencillo que identificara personas con problemas incipientes de abuso de alcohol y que pudiera ser aplicado por trabajadores de la salud en diversos países.¹² A través de este instrumento se obtuvieron los datos del consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses.

Entrevista compuesta diagnóstica internacional (CIDI)¹³

Se trata de una entrevista diagnóstica estructurada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y los criterios de Investigación de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.¹⁴ Considerando que el número de sujetos con diagnóstico fue reducido, con una *n* de muestra de 111 y una *n* ponderada de 884, se agruparon los diagnósticos en las siguientes categorías, de acuerdo a la CIE-10.

- a) Trastorno de ansiedad
- b) Trastornos afectivos
- c) Esquizofrenia
- d) Trastornos debidos al uso de alcohol
- e) Trastornos debidos al uso de drogas

Análisis de los datos del estudio

A los resultados obtenidos se les aplicó el ponderador (peso relativo al valor para cada individuo en su representatividad dentro de la población estudiada). En este análisis cada sujeto tiene una representatividad de 67.96 individuos.

Para su análisis la muestra se separó por el sexo de los pacientes, formando dos grupos a cada uno de los cuales se les evaluaron otros datos demográficos, el diagnóstico psiquiátrico y el tipo de consumo del alcohol.

Las pruebas estadísticas utilizadas incluyeron la comparación de proporciones y la χ^2 para datos no paramétricos, y la *t* de Student para datos paramétricos.

Resultados

El número de entrevistas completas fue de 608. Del 18.9% de la población estudiada no se obtuvo respuesta, entre las razones se incluyeron: no encontrar a la persona seleccionada, no encontrar a nadie en la vivienda, el que las personas se negaran a dar información, que fueran individuos mayores de 65 años y que las personas estuvieran imposibilitadas para contestar la entrevista.

Los datos demográficos de la población que participó en el estudio se presentan en el cuadro I. El nivel de hacinamiento en el que vivían los sujetos encuestados tuvo un porcentaje de 61.8 en el rango de uno a cinco individuos por hogar, seguido de 34.3 para seis a 10 individuos; de 3.0 para 11 a 15 y de 0.6 para 15 o más habitantes. En cuanto a la migración, 67.76% reportaron haber vivido siempre ahí, el 13.3% ha vivido 10 años o menos, el 10.36% para 11 a 20 años, el 5.2% para 21 a 30 años y el porcentaje menor, 3.28 para los que han vivido ahí 30 años o más.

El 18.26% de la población encuestada presentó por lo menos un diagnóstico psiquiátrico, pero se encontraron de uno a cinco para cada sujeto. De la población diagnosticada 43.2% presentó un diagnóstico, 28.2% dos diagnósticos, 16.2% tres diagnósticos, 9.0% cuatro diagnósticos y 2.7% con cinco diagnósticos. En la figura 1 se observa la frecuencia con la que se presentaron los diferentes diagnósticos psiquiátricos, por sexo. En hombres, el mayor porcentaje correspondió a los diagnósticos de consumo dañino y dependencia al alcohol con 14.1, seguido de los trastornos de ansiedad con 11.7. En cuanto a las mujeres, el diagnóstico más comúnmente observado fue el de trastornos de ansiedad con 16.4%, seguido de 13.4% para trastornos afectivos. Entre am-

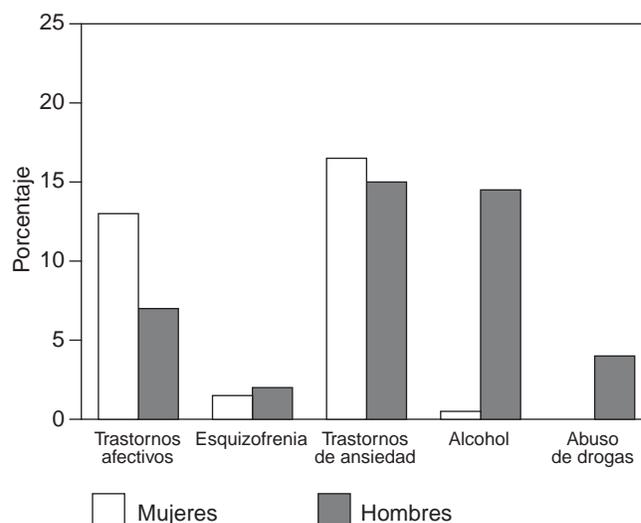


Figura 1. Diagnóstico psiquiátrico de la población total por sexo.

bos sexos se presentaron diferencias significativas para la prevalencia de los trastornos afectivos ($z = 2.31, p = 0.02$), para el abuso de alcohol ($z = 5.34, p < 0.001$) y para el abuso de drogas ($z = 3.25, p < 0.01$). En las figuras 2 y 3 se presentan los diagnósticos en hombres y mujeres de acuerdo con el grupo de edad. Respecto a la situación laboral y diagnóstico psiquiátrico por sexo, se detectó que del total de hombres desempleados 48.8% tuvieron uno o más diagnósticos psiquiátricos, mientras que de las mujeres desempleadas 43.3% tuvieron uno o más diagnósticos psiquiátricos ($z = 1.204, n.s.$).

El 35.9% de la población total reportó consumir bebidas alcohólicas en el último año, que incluye al

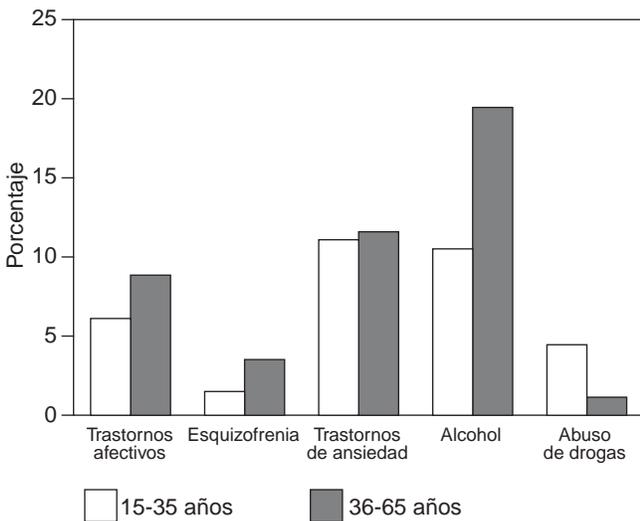


Figura 2. Diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al grupo de edad (hombres).

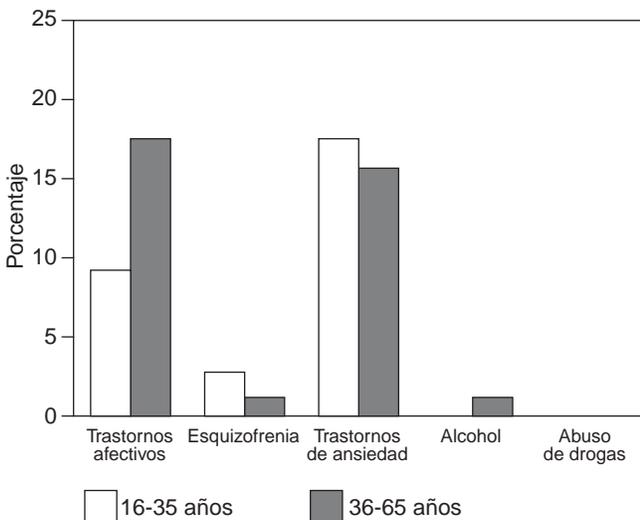


Figura 3. Diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al grupo de edad (mujeres).

65.5% de la población masculina. La distribución del tipo de consumo de alcohol (Figura 4): en los hombres jóvenes (15-35 años): se encontró consumo moderado 51.2%, consumo peligroso 28.7%, consumo dañino y síndrome de dependencia con 10.0%. En los hombres de más de 35 años, el tipo de consumo de alcohol se presentó en el siguiente orden de frecuencia: consumo moderado 50.9% (n.s. vs 15-35 a), síndrome de dependencia 21.8% (n.s. vs 15-35 a), consumo peligroso 16.4% (n.s. vs 15-35 a); en último lugar el consumo dañino con 10.9% (n.s. vs 15-35 a) (Figura 5).

Se observó que 8% de la población femenina reportó consumir bebidas alcohólicas en el último año. En la distribución del consumo de alcohol en la población consumidora el 55.4% reportó tener un consumo moderado, el 22.3% consumo peligroso, 13.3% síndrome de dependencia y el 8.9% reportó tener consumo dañino.

Discusión

Del total de participantes en el estudio, 33.8% fueron hombres y 66.2% mujeres, no hubo diferencia entre las medias de edad de ambos grupos. En cuanto a la situación ocupacional, los hombres presentaron un porcentaje de desempleo de 19.9, mientras que en las mujeres fue de 68.4. Es necesario considerar que el porcentaje de ocupación para el municipio fue de 97.7% para hombres y de 97.8% para las mujeres (incluyendo amas de casa), estos datos muestran que en la población marginada la población con una ocupación fue menor a la reportada para el municipio.¹⁵ El 32.24% de la población del estudio fue considerado migrante, cifra que coincide con lo señalado para el municipio, donde a partir de 1980 se ha reportado un alto índice de migración, particular-

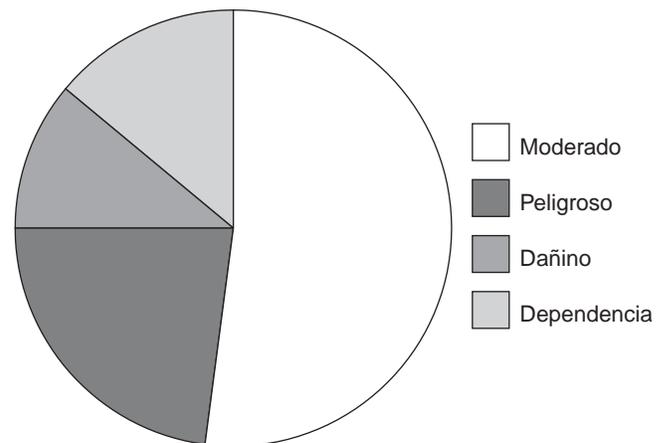


Figura 4. Distribución del consumo de alcohol en la población bebedora (hombres).

mente en las zonas marginadas. En esta muestra, del total de migrantes, 72.8% migró en los últimos 20 años o menos. Estos factores aunados a un mayor hacinamiento que el observado en la media poblacional podrían ser representativos de las poblaciones marginadas.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos estructurados para esta población fue alta, en comparación con lo reportado por otros estudios en el ámbito nacional¹⁶⁻¹⁸ e internacional.^{19,20} También se encontró un alto índice de comorbilidad psiquiátrica, ya que más de la mitad de la población diagnosticada (56.8%) presentó dos o más diagnósticos, cifra ligeramente superior a la encontrada en otros estudios en población mexicana.^{8,17} A pesar de la mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, la distribución interna de los diagnósticos coincide con lo reportado previamente,^{2,4,10} lo que sugiere que la marginalidad es un factor que influye de manera general y no específica. Esto coincide con estudios previos que señalan que la población marginada no solamente se enfrenta a una situación económica muy difícil, sino que también sufre de carencia de instituciones o instancias que la apoyen, no sólo en el aspecto de la salud, sino también en lo referente a oportunidades de crecimiento.²¹ Además, en estos grupos de población se ha encontrado una mayor complejidad de las relaciones interpersonales familiares, y un mayor consumo de alcohol y drogas, en comparación con otros grupos sociales;²²⁻²⁴ por otra parte, en esta muestra es muy clara la relación desempleo-diagnóstico psiquiátrico.

Al observar la distribución de diagnósticos entre sexos es importante recalcar el predominio de los trastornos afectivos en la población femenina y el abuso de alcohol y drogas en la población masculina, así como una prevalencia similar de trastornos de ansiedad en ambos

sexos, estas cifras reflejan diferencias ya conocidas entre géneros y que se manifiestan de igual manera en esta población de estudio. En cuanto a la frecuencia del diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al grupo de edad, entre los hombres se perciben algunas diferencias, particularmente un mayor consumo de alcohol en hombres mayores y un mayor consumo de drogas en hombres jóvenes; sin embargo, estas diferencias no fueron significativas. En las mujeres se aprecia una mayor prevalencia de trastornos afectivos en los grupos de 35 a 65 años. La edad se muestra como una variable importante para la presentación de algunos de los diagnósticos psiquiátricos, pero no se encuentran variables claras que lo expliquen, excepto las mencionadas previamente.

Respecto al consumo de alcohol, las cifras obtenidas muestran que para el grupo de jóvenes predominó el consumo peligroso y en el de los mayores el del síndrome de dependencia, lo que es esperado de acuerdo a la historia natural de la enfermedad; sin embargo, aunque las cifras de consumo son menores a las reportadas por la ENA, la cifra de dependencia en el grupo de 35-65 años rebasa a la reportada para la población nacional.⁹

La población marginada del estado de Querétaro enfrenta, probablemente de manera similar a otras poblaciones con características sociodemográficas parecidas, un fenómeno que se refleja en la salud en general y en la salud mental en particular. Se vive, por una parte, el rezago representado por las enfermedades del subdesarrollo, tales como las infecciones comunes, la desnutrición y la mortalidad materno infantil y, por otra, los retos emergentes asociados a la industrialización y la urbanización, tales como: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los padecimientos mentales, así como las adicciones y las lesiones que vienen a aumentar la carga de enfermedad.²⁵

La alta frecuencia de diagnósticos psiquiátricos encontrados en esta población hace que sea considerada como de alto riesgo, por lo que es necesario establecer los mecanismos pertinentes para la detección de trastornos en estadios tempranos del padecimiento. Por otra parte, es necesario sensibilizar a la población para la identificación de los trastornos mentales, brindándoles la información y la orientación necesaria para su adecuada atención. Los resultados obtenidos en este estudio, muestran la necesidad de continuar con investigaciones en esta área para determinar con mayor exactitud la prevalencia de los trastornos mentales y sus problemas asociados, y poder diseñar e implementar programas que atiendan de una manera más adecuada las necesidades de esta población.

Por último, con los datos obtenidos, producto de la investigación de un año y de las experiencias acumuladas del equipo de salud, surge la propuesta de un programa estructurado para la prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la Salud Mental en el Estado de

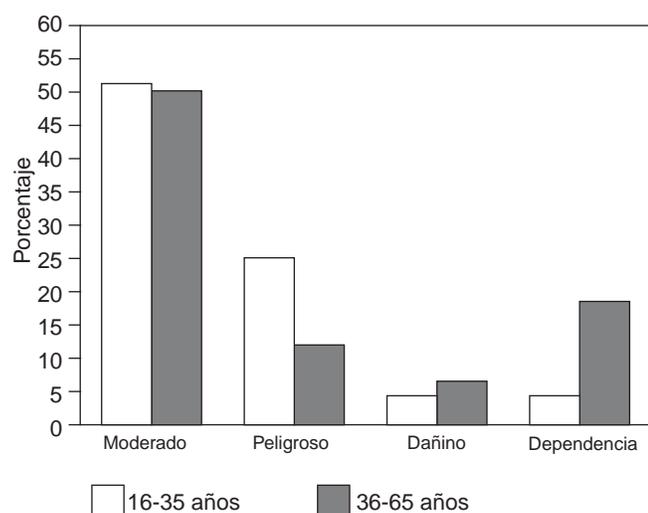


Figura 5. Consumo de alcohol de acuerdo al grupo de edad (hombres).

Querétaro. La respuesta social con la que se ha venido haciendo frente a estos problemas en Querétaro ha sido diversa, sobre todo en lo que a programas públicos y de la salud se refiere; sin embargo, debido al rápido crecimiento poblacional, se han rebasado dichos programas, que ya son insuficientes para cubrir las necesidades de una población cada vez mayor, con mayores y nuevos requerimientos, particularmente en el área de la salud mental.

Referencias

1. **Secretaría de Salubridad y Asistencia. SSA:** Primera Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas. México: Dirección General de Bioestadística; 1960.
2. **Cabildo HM.** Encuesta para detectar trastornos psíquicos. *Higiene* 1967;18:188-208.
3. **Caraveo J, Ramos LL, Villatoro J.** Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la ciudad de México. En: Lima B, editores. Chicago; Centro de la familia Hispánica. Desastres. Serie de monografías clínicas número 2; 1989.
4. **Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia CR, y cols.** Encuesta Nacional de Adicciones. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Dirección General de Epidemiología, SSA; 1989.
5. **Caraveo J, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, López K, Juárez F, Gómez A.** Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional de hogares. *An Inst Mex Psiquiatr* 1994;5:22-42.
6. **Caraveo J, y cols.** La prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996;19,3:14-21.
7. **Caraveo J, López MS, González C.** La importancia de los sistemas diagnósticos: experiencia obtenida utilizando el sistema PSE-CATEGO en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental* 1988;11(2):20-29.
8. **Díaz-Martínez R, Campillo C, Rosado A, Hernández A.** Consumo de alcohol por la población psiquiátrica. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992;3:108-116.
9. **Encuesta Nacional de Adicciones.** México: Dirección Nacional de Epidemiología, SSA; 1992.
10. **Rivera RG, Rivas MJ.** Un estudio epidemiológico sobre los psicotrastornos en Querétaro, México: Universidad Autónoma de Querétaro, Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 1992.
11. **Boltvinik J.** Pobreza y necesidades básicas. Proyecto regional para la superación de la pobreza. Caracas, Venezuela; PNUD; 1990.
12. **De la Fuente JR, Kershenovich D.** El alcoholismo como problema médico. UNAM. *Revista de la Facultad de Medicina* 1992;35,29:4751.
13. **Robins LN, Wing JK, Wittchen HU, Helzer JE, Babaor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH.** The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-1077.
14. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Revised 8DSM-III-R. USA: 1987.
15. **Consejo Nacional de Población.** Datos sociodemográficos del estado de Querétaro, México: CONAPO; 1990.
16. **Verástegui H.** Diagnóstico de salud mental en el estado de Querétaro: Estado actual y perspectiva. Trabajo presentado en el Primer Congreso de Salud Mental del estado de Querétaro; 1992.
17. **Díaz-Martínez R.** Comorbilidad psiquiátrica. consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos. En: Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario.
18. **Medina-Mora ME, Rascón JL, Tapia CR, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J, Gómez EM.** Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992.
19. **Weissman MM, Klerman GL.** Epidemiology of mental disorders. Emerging trends in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 19078;35:705-712.
20. **Bebbington P, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK.** Epidemiology of mental disorders in Camberwell *Psychol Med* 1981;11:561-579.
21. **Lara MA, Stern S.** Entrevista a jóvenes pertenecientes a una banda juvenil en una comunidad marginada. *Revista del Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana;* 1991 enero-junio. p. 78.
22. **Lara C, Figueroa OML.** Familias con hijos en bandas juveniles. *Rev Mex Psicol* 1990;7(1y2):37.
23. **Santamaría C, Obregón SA, Figueroa L, Sosa R, Stern S.** Estudio de una banda juvenil en una comunidad de alto riesgo: resultados de la fase de iniciación de la relación. *Salud Mental* 1989;12:3:26.
24. **Stern S, Lara MA, Santamaría C, Obregón SA, Sosa R, Figueroa L.** Interacciones sociales, conductas delictivas, violencia y consumo de drogas en una banda juvenil: reporte de registros conductuales y diarios de campo. *Rev Latinoam Psicol.* En prensa.
25. **Dorante González y García, Ugarte C.** Sociología de la pobreza. En: El caso de la mendicidad en Querétaro. México: Universidad Autónoma de Querétaro 1994.