

SECCIÓN III

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS COMUNITARIOS

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN BRASIL

*Marcelo Feijó Mello,¹ Robert Kohn,² Jair de Jesus Mari,³
Laura Helena Andrade,⁴ Naomar Almeida-Filho,⁵
Sergio Luís Blay,³ Maria Carmen Viana⁶ y Andrea Feijó Mello³*

INTRODUCCIÓN

El Brasil está experimentando un proceso de transición epidemiológica. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países, las enfermedades transmisibles siguen ocupando un lugar importante mientras que las enfermedades crónicas y degenerativas representan una proporción creciente de la carga de salud pública. En particular, se observa que las enfermedades neuropsiquiátricas contribuyen a gran parte de la carga de morbilidad, calculada según el número de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y de los años vividos con discapacidad (AVD). En 2002, este tipo de trastornos causó 22% de las pérdidas de AVAD (1) en todos los grupos de edad, lo cual supone un aumento de la contribución de los trastornos neuropsiquiátricos

a las pérdidas de AVAD, por comparación con el año 1998, en que la carga de AVAD perdidos era de 18,6% (2). En el cuadro 1 se muestran las contribuciones a las pérdidas de AVAD de los 25 principales trastornos específicos en 2002. En 1998 los trastornos neuropsiquiátricos causaron 34% de AVD, y en la actualidad se estima que la carga de AVD puede ser de 40% a 48%. Es probable que la carga de los trastornos psiquiátricos específicos sea aún mayor si solo se estudia la población de 15 a 59 años de edad. En el cuadro 2 se presenta un resumen de los resultados del estudio de 1998 sobre discapacidades, y pone de relieve que los trastornos neuropsiquiátricos son las principales causas de AVD y de las pérdidas de AVAD por comparación con todos los otros tipos de trastornos médicos (2).

La alta tasa de contribución de los trastornos neuropsiquiátricos tanto para las pérdidas de AVAD como para los AVD es un reflejo del progreso en el país en materia de salud pública y de atención de salud. Sin embargo, existen países, como Chile, donde la contribución de las condiciones psiquiátricas a las pérdidas de AVAD es mucho mayor (31%). Hay que seguir combatiendo las enfermedades infecciosas causantes de alta mortalidad, las enfermedades diarreicas en niños y las altas tasas de mortalidad materna. Además, la elevada tasa de violencia existente en el país (7,2%) contribuye

¹ Programa de Violencia, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Universidad Federal de São Paulo, SP, Brasil.

² Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

³ Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Instituto de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía, SB, Brasil.

⁶ Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil.

CUADRO 1. Contribución en pérdidas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de los diferentes trastornos específicos para ambos sexos y todas las edades, Brasil, 2002.

Posición	Trastorno	%
1	Trastorno depresivo unipolar	7,8
2	Violencia	7,2
3	Asfíxia perinatal y traumatismo neonatal	5,1
4	Enfermedades cerebrovasculares	4,0
5	Trastornos por consumo de alcohol	4,0
6	Cardiopatía isquémica	3,5
7	Accidentes de tránsito	3,1
8	Otros traumatismos no intencionales	3,1
9	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2,3
10	Anomalías congénitas	2,3
11	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,2
12	Enfermedades diarreicas	2,0
13	Asma	2,0
14	Diabetes sacarina	1,9
15	Enfermedades maternas	1,5
16	Esquizofrenia	1,4
17	Cataratas	1,3
18	Hipoacusia aparecida en la edad adulta	1,3
19	Cirrosis hepática	1,3
20	Trastornos de la visión en relación con la edad	1,2
21	Trastorno bipolar	1,2
22	Infección por el VIH y sida	1,1
23	Osteoartritis	0,9
24	Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas	0,9
25	Cardiopatía hipertensiva	0,9

Fuente: Organización Mundial de la Salud: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS) <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

en gran medida a la carga de morbilidad y es casi equivalente a la de la depresión unipolar.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADULTOS

La epidemiología psiquiátrica tiene una larga tradición en el Brasil. La investigación epidemiológica psiquiátrica más antigua publicada es un estudio transversal realizado por Coutinho (3) en un barrio pobre y muy deteriorado del centro de Salvador de Bahía, basado en un censo de 1.196 residentes mayores de 10 años. Para la recopilación de los datos se adoptó un diseño en dos etapas. La tasa de prevalencia general de los trastornos mentales observada era muy alta (49,3% entre los adultos y 13% entre los niños menores de 15 años). La neurosis y el alcoholismo eran los diagnósticos más frecuentes (aproximadamente de 23% en ambos casos). Se observó una mayor tasa

de prevalencia de las enfermedades mentales en los subgrupos constituidos por mujeres, personas solteras, analfabetas, desempleadas y de bajos ingresos.

A esta investigación pionera le siguen una serie de estudios sobre morbilidad psiquiátrica basados en la población y llevados a cabo en el estado de Bahía. El primero de ellos fue un estudio de prevalencia realizado por Santana (4) en un distrito de bajos ingresos de Salvador. Se utilizó un muestreo de áreas por agrupaciones de hogares y un diseño en dos etapas para la evaluación de los casos, así como también un instrumento de tamizaje para seleccionar los casos presuntos, seguido de una exploración de diagnóstico psiquiátrico individual. Se entrevistó a una muestra de 1.549 personas mayores de 14 años. En esta investigación se utilizó por primera vez el *Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (Questionnaire for Adult Psychiatric Morbidity, QMPA)* (5), un ins-

CUADRO 2. Porcentajes de contribución de los diferentes tipos de trastornos médicos a los años de vida perdidos (AVP), los años vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), Brasil, 1998.

Trastorno	AVP (%)	AVD (%)	AVAD (%)
Grupo I	26	19,8	23,5
Enfermedades parasitarias	10	8,6	9,2
Infecciones respiratorias	5	1,9	3,5
Enfermedades maternas	0	4,2	2,4
Enfermedades perinatales	10	2,3	6,4
Carencia nutricional	1	2,8	2,1
Grupo II	59	74,7	66,3
Cáncer	12	1	6,3
Neoplasias benignas	0	... ^a	0,1
Diabetes sacarina	3	7,2	5,1
Trastornos endocrinos	1	1,8	1,5
Trastornos neuropsiquiátricos	2	34,0	18,6
Enfermedades de los órganos sensoriales	0	2,0	1,1
Enfermedades cardiovasculares	24	2,7	13,3
Enfermedad respiratoria crónica	5	11,2	8,1
Trastornos del aparato digestivo	7	0,4	2,7
Trastornos de las vías urinarias y genitales	1	0,3	0,8
Enfermedades cutáneas	0	...	0,1
Enfermedades osteomusculares	0	10,4	5,5
Anomalías congénitas	2	1,3	1,8
Trastornos dentales y orales	0	2,4	1,2
Grupo III	15	5,5	10,2
Causas externas no intencionales	8	5,1	6,4
Causas externas intencionales	7	0,3	3,9

^a Sin información.

trumento de tamizaje breve. Los diagnósticos psiquiátricos se basaron en exploraciones clínicas y psicológicas realizadas a todos los casos presuntos seleccionados. Para evitar el sesgo, también se evaluó una submuestra aleatoria de testigos. Se utilizó la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (la clasificación diagnóstica oficial normalizada en ese momento). La tasa de prevalencia general de los trastornos mentales en la población adulta se calculó en 20,2%. El trastorno mental más frecuente era la neurosis, con una prevalencia calculada de 17,0%. La prevalencia general de los trastornos psiquiátricos en las mujeres era significativamente mayor (24%) que en los hombres (16%), mientras que en los hombres, el alcoholismo era 11 veces más frecuente. La tasa de prevalencia era mayor en los emigrantes (22%) que en los no emigrantes (18%). Las personas con menores ingresos presenta-

ban una mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica, especialmente para los trastornos neuróticos y psicosomáticos.

Almeida-Filho utilizó el mismo conjunto de datos para investigar el efecto de los factores sociales sobre la salud mental (6). Se demostró la hipótesis de una asociación entre el desempleo y el deterioro de la salud mental mediante una técnica de variables múltiples, tomando en consideración variables de confusión de edad, sexo, estado civil, nivel educativo, emigración, ingresos y tamaño de la familia. La supuesta asociación fue estadísticamente significativa, incluso después del ajuste según estos factores de confusión. Mediante un método similar no se pudo confirmar la hipótesis tradicional de una asociación entre la emigración y la salud mental. Aunque abordaban temas importantes, estos estudios se basaron en la muestra de un barrio y eran por consiguiente demasiado es-

pecíficos como para permitir la generalización de los resultados.

El Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica, el primer estudio integral, terminó en 1991 e incluyó a 6.476 personas de 15 años y más. El estudio se llevó a cabo en tres zonas urbanas principales: Brasilia, São Paulo y Porto Alegre (7, 8); se utilizó un diseño transversal en dos etapas y la estratificación se basó en unidades censales. La primera etapa consistió en una entrevista de tamizaje de 44 elementos realizada a todos los miembros de la familia mayores de 14 años por medio del QMPA. La segunda etapa constó de una entrevista diagnóstica a 30% de las personas que obtuvieron resultados positivos en el tamizaje y a 10% de las que obtuvieron resultados negativos, la cual fue realizada entre una y cuatro semanas después de la entrevista inicial. Los diagnósticos se hicieron según la lista de verificación de síntomas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*), y los cálculos de las tasas de prevalencia, mediante una ponderación retrospectiva con la muestra original.

El estudio presentaba muchas limitaciones. El método empleado no era compatible con el de otros estudios comunitarios psiquiátricos a gran escala. Para la selección de casos se empleó el QMPA, pero a diferencia de la mayor parte de los estudios en dos etapas, solo se volvió a evaluar una parte de los casos con resultados positivos. En otras palabras, los cálculos se basaron en la confianza puesta en la supuestamente alta sensibilidad y especificidad del QMPA para determinar la existencia o no de un caso (5). Está poco claro, sin embargo, cuál es el grado de sensibilidad y especificidad para los diferentes trastornos específicos. Además, la muestra empleada para obtener los diagnósticos resultó ser demasiado pequeña para detectar casos de trastornos psiquiátricos menos comunes, pero graves, tales como las psicosis no-afectivas o las manías, en alguna de las subpoblaciones. Para obtener el diagnóstico no se llevó a cabo una entrevista semiestructurada o totalmente estructurada, sino

una entrevista clínica, en la que se utilizó una lista de verificación de síntomas. Aunque todos los entrevistadores eran clínicos bien capacitados, se sabe que es escasa la fiabilidad diagnóstica entre evaluadores cuando no se aplica una entrevista estandarizada. Lamentablemente, esto plantea dudas en cuanto a la validez de los diagnósticos obtenidos. El diseño del muestreo incluía la entrevista a todas las personas idóneas en un hogar, no a una persona seleccionada aleatoriamente. A pesar de las limitaciones de este estudio, sigue siendo el único estudio nacional realizado en el Brasil y las tasas generales concuerdan con las de otros estudios internacionales.

Los resultados del Estudio Multicéntrico se muestran en los cuadros 3 y 4. Las tasas de prevalencia de vida varían según la zona: 50,4% en Brasilia, 31,0% en São Paulo y 42,4% en Porto Alegre (Cuadro 3). Se observaron diferencias igualmente importantes en las tasas anuales: 34,1% en Brasilia, 19,0% en São Paulo y 33,7% en Porto Alegre (Cuadro 4). El trastorno de ansiedad era el más prevalente. La prevalencia anual de los trastornos depresivos era inferior a 2%, excepto en Porto Alegre (6,7%). El abuso o la dependencia de alcohol presentaban tasas de prevalencia anual algo superiores a 4% en Brasilia y São Paulo, y de casi 9% en Porto Alegre. Las tasas de los trastornos por consumo de alcohol en las mujeres eran inferiores a 2% en todas las ciudades.

El QMPA también fue utilizado en un estudio posterior llevado a cabo en Salvador de Bahía (9). Se analizó la aparición concurrente de la ansiedad y los síntomas depresivos con el consumo o el abuso de alcohol en una muestra de 2.302 adultos. La selección de la muestra se basó en los distritos censales y sus zonas sociodemográficas, obteniéndose así 108 zonas de encuesta de las que se seleccionaron aleatoriamente 37. En cada hogar se seleccionaron aleatoriamente dos personas (un hombre y una mujer), lo que dio lugar a que se incluyeran 1.258 familias en el estudio. Se observó que los trastornos de ansiedad tenían una prevalencia en los 12 meses precedentes de 14,4% y que eran más frecuentes entre las personas que

CUADRO 3. Prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida, según el Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica.

Trastorno	Brasilia			São Paulo			Porto Alegre		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Trastornos de ansiedad	13,6	21,6	17,6	7,3	13,9	10,6	5,2	14,0	9,6
Estados fóbicos	10,8	22,7	16,7	4,9	10,4	7,6	7,7	20,5	14,1
Trastornos disociativos somáticos	3,3	13,0	8,1	1,3	4,3	2,8	1,7	8,0	4,8
Trastornos obsesivo-compulsivos	0,9	0,5	0,7	... ^a	...	...	1,7	2,5	2,1
Trastornos de adaptación	1,9	2,2	2,0	...	1,2	0,6	1,7	1,5	1,6
Estados depresivos	1,9	3,8	2,8	...	3,8	1,9	5,9	14,5	10,2
Manía y ciclotimia	0,9	...	0,4	...	0,6	0,3	1,7	0,5	1,1
Trastornos psicóticos	...	0,5	0,3	...	1,2	0,9	2,4	2,5	2,4
Abuso o dependencia de alcohol	15,0	1,1	8,0	15,2	...	7,6	16,0	2,5	9,2
Trastornos del aprendizaje	3,3	2,7	3,0	3,6	1,7	2,6	2,4	4,5	3,4
Todos los trastornos	47,0	53,8	50,4	32,7	28,8	31,0	35,0	49,9	42,4

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).

CUADRO 4. Prevalencia de los trastornos mentales correspondiente al año precedente, según el Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica.

Trastorno	Brasilia			São Paulo			Porto Alegre		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Trastornos de ansiedad	7,8	16,4	12,1	4,3	9,6	6,9	5,2	5,6	5,4
Estados fóbicos	6,0	17,2	11,6	2,8	7,2	5,0	7,6	6,6	7,1
Trastornos disociativos somáticos	1,9	9,8	5,8	0,7	3,0	1,9	1,7	3,9	2,8
Trastornos obsesivo-compulsivos	0,5	0,4	0,5	... ^a	...	...	1,7	0,7	1,2
Trastornos de adaptación	1,1	1,6	1,3	...	0,8	0,4	1,7	0,3	1,0
Estados depresivos	1,1	2,9	1,5	...	3,6	1,3	5,9	7,6	6,7
Manía y ciclotimia	0,5	...	0,3	...	0,4	0,2	1,7	0,3	1,0
Trastornos psicóticos	...	0,4	0,2	...	1,2	0,6	2,4	0,7	2,0
Abuso o dependencia de alcohol	8,6	0,8	4,7	8,6	...	4,3	15,9	1,6	8,7
Trastornos del aprendizaje	1,9	2,0	1,9	2,1	1,2	1,6	2,4	1,3	1,8
Todos los trastornos	27,0	41,2	34,1	18,8	20,0	19,0	34,5	33,0	33,7

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).

consumían mayor cantidad de alcohol. La prevalencia de los trastornos depresivos en los 12 meses precedentes era de 12,5%

La comorbilidad sintomática era mayor para la depresión (94% de los casos presentaban otro diagnóstico concurrente). Los trastornos de ansiedad presentaban 82% de comorbilidad y el alcoholismo, 20%. La proporción de síntomas de ansiedad entre las personas con depresión era de 74% y la presencia de depresión entre las personas con ansiedad, de 61%. Los autores se-

ñalaron las diversas limitaciones del estudio, como por ejemplo, que no estaba diseñado para proporcionar cálculos epidemiológicos muy precisos en materia de alcoholismo, depresión y trastornos de ansiedad como cuadros clínicos, sino más bien para aportar una explicación global a ciertas cuestiones de investigación sobre los fenómenos de comorbilidad.

El Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas (*Epidemiological Catchment Area, ECA*) realizado también en São Paulo, proporcionó

información sobre las tasas de trastornos psiquiátricos en la comunidad. El estudio se limitó a dos distritos de la ciudad, zona de captación de la unidad de atención primaria del centro médico de la Universidad de São Paulo, el mayor complejo hospitalario de América del Sur (10, 11). Esta zona está compuesta predominantemente por familias de nivel socioeconómico superior o medio, aunque también existen algunos barrios pobres. La muestra de hogares se dividió en tres estratos para poder sobremuestrear a jóvenes y adultos mayores y aumentar así la probabilidad de observar a jóvenes psicóticos y la morbilidad psiquiátrica en los adultos mayores. Se entrevistó a todas las personas entre 18 y 24 años de edad y 60 años y más que vivían en los hogares seleccionados. En cada hogar también se seleccionó, mediante el método de Kish, a una persona entre 25 y 59 años para responder las preguntas. En total fueron entrevistadas 1.464 personas. Se utilizó la versión 1.1 de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*) (12). Para introducir los datos se utilizó el software creado especialmente para la CIDI 1.1, el cual controla la coherencia de todas las entradas y proporciona diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con los criterios de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Las tasas de prevalencia

fueron ajustadas para el diseño de muestreo complejo, mediante el uso de factores de ponderación para cada estrato. Aunque el método empleado en este estudio es compatible con los diseños de vanguardia, la posibilidad de generalización es altamente cuestionable, ya que la muestra no corresponde a una comunidad representativa de São Paulo ni del Brasil. Las tasas generales de prevalencia se muestran en los cuadros 5 y 6.

Todos los trastornos analizados en el estudio epidemiológico, con la exclusión de la dependencia de la nicotina, mostraron una tasa de prevalencia de vida de 33,1%. La depresión mayor era el trastorno más prevalente (16,8%) y era más frecuente en mujeres (1,4) que en hombres (1,0). La prevalencia anual de todos los trastornos era de 18,5%, siendo la depresión mayor el trastorno específico más prevalente entre los investigados (6,7%), seguida de las fobias (5,7%) y el abuso o la dependencia de alcohol (3,9%). La prevalencia anual del abuso o la dependencia de la nicotina era de 11,0%.

En Bambuí, Minas Gerais, se elaboró una muestra probabilística de hogares para todos los habitantes (13). Solo se notificaron datos sobre la depresión mayor según el DSM-III-R con exclusión del trastorno bipolar y la fobia social, basados en la CIDI (14, 15). Se entrevistaron 1.041 individuos de 18 años de edad y más. La tasa de vida para la depresión mayor

CUADRO 5. Prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida, según el Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas de São Paulo.

Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Depresión mayor	13,2	19,1	16,6
Distimia	3,7	4,7	4,3
Manía	1,1	0,9	1,0
Trastorno de ansiedad generalizada	3,3	4,9	4,2
Trastorno de pánico	0,7	2,3	1,6
Todas las fobias	4,4	11,4	9,3
Trastorno obsesivo compulsivo	0,4	0,1	0,3
Abuso o dependencia de alcohol	7,8	3,8	5
Abuso o dependencia de drogas	1,9	0,6	1
Abuso o dependencia de la nicotina	29,9	21,3	25,0
Psicosis no-afectiva	1,7	2,0	2,1
Deterioro cognoscitivo	1,3	1,1	1,4
Todos los trastornos no relacionados con la nicotina	28,4	36,6	33,1

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

CUADRO 6. Prevalencia de los trastornos mentales correspondiente al año precedente, según el Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas de São Paulo.

Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Depresión mayor	3,5	9,1	6,7
Distimia	1,1	1,7	1,4
Manía	0,3	0,6	0,5
Trastorno de ansiedad generalizada	1,1	2,1	1,7
Trastorno de pánico	0,1	1,7	1,0
Todas las fobias	2,4	7,0	5,7
Trastorno obsesivo compulsivo	0,3	0,1	0,2
Abuso o dependencia de alcohol	6,5	3,0	3,9
Abuso o dependencia de drogas	1,1	0,2	0,6
Abuso o dependencia de la nicotina	12,2	10,8	11,0
Psicosis no-afectiva	0,7	0,9	0,8
Deterioro cognoscitivo	. . . ^a	. . .	1,1
Todos los trastornos no relacionados con la nicotina	14,4	21,5	18,5

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

era de 17,0% para las mujeres y de 7,3% para los hombres. La prevalencia anual era de 9,1% y las mujeres presentaron una tasa más de dos veces superior (12,2%) a la observada en los hombres (5,1%). La fobia social presentó una prevalencia de vida de 13,0% para las mujeres y de 10,0% para los hombres. La prevalencia anual de la fobia social era de 10,2% para las mujeres y de 7,6% para los hombres.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS

La investigación epidemiológica psiquiátrica en niños se inició hace más de 20 años en el país en la ciudad de Salvador. En un estudio realizado por Almeida-Filho (16) se observó que 10% de los niños de 5 a 14 años presentaba un trastorno psiquiátrico que requería tratamiento. La selección de los casos se hizo por medio del Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil, puesto a prueba en cuanto a su validez y fiabilidad (17). Sin embargo, el estudio no se basó en criterios de diagnóstico psiquiátrico estandarizados, ya que no se disponía de ellos en el país en aquel momento. Desde entonces, se han llevado a cabo otros estudios dignos de mención basados en los síntomas de los niños y de los adolescentes. En una investigación realizada con 3.139 niños y adolescentes

en la ciudad de Pelotas (18), se administró la Lista de Control de la Conducta del Niño (*Child Behavior Checklist*, CPCL) (19). Los investigadores observaron problemas conductuales en 13,5% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años de edad. El estudio de Embu, realizado en el estado de São Paulo, utilizó el Cuestionario de Autnotificación para Jóvenes y la CPCL (20). Para realizar el estudio se seleccionaron hogares con madres en edad fértil (15–49 años). Se observó que entre los niños y adolescentes de 6 a 17 años, 24,6% presentaba problemas de salud mental sí no se tenía en cuenta el deterioro global, y si se tenía en cuenta, se estimó que 7,3% requería tratamiento (21).

Con el objeto de realizar un tamizaje de los problemas de salud mental en niños y adolescentes se realizaron diversos estudios en los que se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) (22). El cuadro 7 resume los resultados de los cinco estudios realizados mediante el empleo de este cuestionario. La tasa de trastornos detectados osciló entre 10% y 22% (22–27).

Hasta la fecha, solo dos estudios han analizado la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos específicos mediante entrevistas diagnósticas estructuradas. El primero de ellos se llevó a cabo en Taubaté, en el estado de São Paulo.

CUADRO 7. Prevalencia de los problemas de salud mental en niños con base en estudios que emplean el Cuestionario de Capacidades y Dificultades.

Autor	Lugar del estudio	Tamaño de la muestra	Intervalo de edad	Prevalencia (%)
Cucchiari, 2007 (27)	Campinas	811	10-16	10,1%
Goodman, 2005 (26)	Ilha de Maré	187	11-14	mujeres: 12,0%, hombres: 14,1%
Barros, 2005 (25)	Barretos	327	11-15	12,6%
Cury, 2003 (24)	Ribeirão Preto	112	6-11	12,5%
Fleilich, 2001 (23)	Campos do Jordão	382	11-14	12,8% en general; 22% en zonas urbanas pobres

Se hizo una selección aleatoria de alumnos de entre 7 y 14 años de edad de las 22 escuelas privadas y públicas del lugar (28). Con la participación de 1.251 alumnos se sobremuestrearon las escuelas públicas y las de las zonas rurales. Se detectó como mínimo un diagnóstico correspondiente al DSM-IV en 12,7% de los entrevistados mediante la Encuesta sobre Desarrollo y Bienestar de Niños y Adolescentes (29). Los trastornos de externalización fueron significativamente más frecuentes en los varones. En las niñas, existía un pequeño exceso de trastornos emocionales que no era significativo. Una mayor presencia de depresión entre los niños mayores fue el único cambio significativo en relación con la edad. En el cuadro 8 se muestran las tasas de los diferentes trastornos específicos. Los trastornos de oposición y del comportamiento eran los más comunes entre los niños. Aproximadamente en 24% de los alumnos de la muestra se observó la presencia de comorbilidad con otro trastorno. En una submuestra de este estudio (alumnos del primer al tercer curso) se analizó la relación entre castigo corporal y salud mental. Azotar a los niños con el cinturón se asociaba con problemas de conducta y problemas generales de salud mental (30). Por medio de un estudio posterior de toda la muestra se observó que la psicopatología infantil estaba asociada con factores tales como vivir en una zona peligrosa o en una familia no tradicional, estrés paterno, castigo físico grave, deterioro de la salud general, bajo cociente intelectual, repetición de un curso en la escuela y ser varón (31).

Otro estudio que proporcionó tasas de los diferentes trastornos específicos fue el realizado en Ilha de Maré (Bahía), una isla con po-

blación pobre, de origen principalmente africano (26). Se sometió a tamizaje a una muestra aleatoria de la población de la isla, compuesta por 519 niños de 5 a 14 años, empleando el Cuestionario de Capacidades y Dificultades. Se llevaron a cabo entrevistas con los padres, los profesores y los niños mayores. En una segunda fase se realizaron entrevistas diagnósticas a una submuestra de 100 niños de 7 a 14 años de edad, por medio de la Encuesta sobre Desarrollo y Bienestar de Niños y Adolescentes.

CUADRO 8. Prevalencia de los problemas de salud mental en niños de 7 a 14 años de edad en Taubaté, Brasil.

Trastorno	Prevalencia (%)
Cualquier trastorno psiquiátrico	12,7
Cualquier trastorno de ansiedad	5,2
Ansiedad por separación	1,4
Fobia específica	1,0
Fobia social	0,7
Trastorno por estrés postraumático	0,1
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,1
Trastorno de ansiedad generalizada	0,4
Trastorno de ansiedad no especificado	2,1
Cualquier trastorno depresivo	1,0
Cualquier trastorno por déficit de atención con hiperactividad	1,8
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad combinado	1,3
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio de déficit de atención	0,4
Cualquier trastorno de conducta de oposición	7,0
Trastorno de oposición desafiante	3,2
Trastorno de comportamiento	2,2
Trastorno de comportamiento perturbador no especificado	1,5
Trastornos poco frecuentes	0,2

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

tes. El tamizaje resultó positivo en 42 niños y negativo en 58. La tasa de diagnósticos en Ilha de Maré era aproximadamente la mitad de la obtenida en el estudio anterior realizado en Taubaté. Al aplicar los mismos criterios de tamizaje y selección, se observó la presencia de algún trastorno psiquiátrico del DSM-IV en 7,0% de la muestra de Ilha de Maré y en 11,8% de la de Taubaté. Las tasas de presencia de un trastorno emocional, un trastorno de conducta o un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según los criterios del DSM-IV, eran de 3,6%, 3,4% y 0,9%, respectivamente, en Ilha de Maré, y de 5,9%, 7,0% y 1,8%, en Taubaté. Los entrevistadores llegaron a la conclusión de que existían marcadas diferencias regionales en lo que respecta a las tasas de diferentes trastornos psiquiátricos entre los niños del Brasil.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADULTOS MAYORES

La tasa de trastornos psiquiátricos clínicamente significativos en el país varía de 10,2% a 18,0%. En un estudio realizado en 1.602 adultos mayores de São Paulo (32), en el que se empleó el cuestionario de tamizaje de salud mental Servicios y Recursos para Americanos Mayores (*Older Americans Resources and Services*, OARS), aproximadamente 27% eran presuntos casos de enfermedad mental (33). Mediante el cuestionario de autonotificación (34) aplicado a 344 personas mayores de 60 años en Porto Alegre, se obtuvo una tasa de casos de 10,2% (35). En otro estudio llevado a cabo en Minas Gerais en una muestra de 327 residentes de la comunidad, en el cual se utilizó la Entrevista Psiquiátrica Breve (*Short Psychiatric Evaluation Schedule*, SPES) que forma parte del cuestionario de tamizaje, se obtuvo una tasa de prevalencia de 29,3% (36).

En el estudio más amplio del país sobre la salud mental de los adultos mayores, realizado en Rio Grande do Sul, se examinaron 7.040 personas mayores de 60 años mediante la SPES (37). Los investigadores obtuvieron una tasa de prevalencia de 22%; las mujeres presentaron una tasa significativamente mayor (25%) que los hombres (18%). Las tasas también aumen-

taron con la edad en el análisis no controlado. En el análisis controlado, los siguientes factores estuvieron significativamente asociados a la depresión: menor edad, bajos ingresos, origen rural, ausencia o interrupción de una relación matrimonial, mala salud (autoevaluada), presencia de enfermedades sistémicas, deficiencias visuales, auditivas o en las actividades de la vida diaria, hospitalización durante los 12 meses anteriores y falta de ejercicio o empleo. El sexo, el nivel educativo, pertenecer a una etnia minoritaria o las visitas ambulatorias durante los seis meses anteriores no estuvieron asociados con la depresión. La presencia simultánea de dolor crónico estaba altamente asociada con la morbilidad psiquiátrica (38). Además, se observaron alteraciones del sueño en 33,7% de las personas evaluadas, con una prevalencia mayor en las mujeres (37,2%) que en los hombres (27,4%) (39). En el estudio realizado en São Paulo (40, 41) se encontraron también tasas similares de perturbaciones del sueño. Las enfermedades psiquiátricas y los trastornos de dolor contribuyen de forma importante a las alteraciones del sueño (42). Además, la prevalencia del consumo de tabaco era alta (28,9% para los hombres y 13,6% para las mujeres). La asociación adversa entre consumo de tabaco y salud mental fue confirmada a través de esta muestra poblacional (43).

Otros investigadores utilizaron escalas de síntomas de depresión para calcular la tasa de depresión mayor. Por medio del *short-CARE* (*Comprehensive Assessment and Referral Evaluation*) (44) y de una lista de verificación de síntomas del DSM-III, se obtuvo una tasa de 0,4% a 20,4% en las 738 personas mayores de 60 años entrevistadas en Rio de Janeiro (45). En entrevistas llevadas a cabo en Porto Alegre, se utilizó la Escala para Valoración de la Depresión de Montgomery y Asberg (46). Un estudio realizado con una muestra reducida de 62 personas encontró una tasa estimada de 20,9% (47). En otro estudio realizado en Porto Alegre en el que se entrevistaron 344 personas, se obtuvo una tasa de 21,5% mediante la Escala para Valoración, pero solo 4,7% de los entrevistados cumplieron los criterios del DSM-III-R para depresión mayor cuando se utilizó una lista de

CUADRO 9. Prevalencia (%) de los trastornos mentales correspondiente al mes anterior, como resultado de la aplicación del Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría en el estudio de Bambuí, Brasil.

Trastorno	Total	Hombres	Mujeres	75-84	85+
Episodio depresivo sin distimia	15,4	7,9	18,8	14,3	18,9
Distimia sin episodio depresivo actual	4,6	8,5	2,9	4,6	4,3
Episodio depresivo concomitante con distimia	4,4	6,2	3,5	4,4	4,5
Cualquier trastorno depresivo (uno de los anteriormente enumerados)	24,5	22,7	25,2	23,6	27,4
Trastorno de ansiedad generalizada	3,8	5,6	3,6	3,8	4,3
Fobia	1,9	... ^a	...	...	...
Disfunción somatomorfa	1,8	...	...	...	...
Trastorno mental común (uno o varios de los anteriores)	26,4	22,9	28,0	25,9	27,5
Insomnio no orgánico	10,2	9,6	10,3	9,5	12,4

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

verificación (35). Al aplicarse la entrevista clínica (48, 49) a una muestra de personas de 65 años y más de la comunidad de São Paulo (40), se observó una tasa de depresión de 14,3%. En este estudio también se analizaron las perturbaciones del sueño, que presentaban una tasa de 36,3%.

Solo en un estudio comunitario se utilizó un formulario de entrevista diagnóstica estructurada para analizar específicamente las tasas de los trastornos psiquiátricos en los adultos mayores (Cuadro 9) (50). El estudio de Bambuí analizó las tasas de prevalencia correspondiente al mes anterior en 392 personas de 75 años de edad y más. La evaluación se realizó por medio del Cuestionario de Salud General (51), la Escala de Depresión Geriátrica (52) y el Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (53). Se observó que el diagnóstico más frecuente era el de episodio depresivo sin distimia (15,4%) y que el trastorno de ansiedad generalizada estaba presente en 3,8% de los entrevistados. Solo el grado de salud general notificado por la propia persona estaba estadísticamente asociado con los trastornos mentales comunes de los adultos mayores.

Los resultados de la CIDI en el estudio de Bambuí mostraron una tasa de 9,8% para la fobia social según el DSM-III-R entre las personas de 65 años y más (14). Las tasas de prevalencia (de un mes y de un año) de la depre-

sión mayor según el DSM-III-R en personas de 60 años y más eran de 25,0% en las mujeres y de 5,1% en los hombres (13) y las tasas de prevalencia de vida eran de 34,0% en las mujeres y de 10,2% en los hombres.

El Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas llevado a cabo en São Paulo también proporcionó tasas de prevalencia de vida de algunos trastornos entre las personas de 60 años y más (11). Se observaron tasas de prevalencia de vida inferiores a las del estudio de Bambuí: 10,4% para los trastornos del estado de ánimo (6,1% para los hombres y 12,7% para las mujeres); 8,8% para el episodio depresivo (6,1% para los hombres y 10,2% para las mujeres); y 4,0% para la distimia (1,5% para los hombres y 5,3% para las mujeres).

En la investigación de la epidemiología de la demencia se han utilizado diferentes instrumentos, pero principalmente el Miniexamen del Estado Mental (54). El cuadro 10 proporciona un resumen de los estudios realizados hasta la fecha (35, 45, 47, 55-60). Se estudió la incidencia de la demencia en la ciudad de Catanduva entre 1.538 personas de 65 años y más durante un período de tres años (61). Por medio del Miniexamen y el análisis de las actividades funcionales, se observó una tasa de demencia de 13,8 por 1.000 habitantes y una tasa de enfermedad de Alzheimer de 7,7 por 1.000. La tasa de incidencia de la demencia se

CUADRO 10. Tasas de prevalencia de la demencia y la deficiencia cognoscitiva.

Grupo diagnóstico	Intervalo de edad	Instrumento de tamizaje	Tamaño de la muestra	Prevalencia (%)
<i>Síndrome cerebral orgánico</i>				
Almeida-Filho y colaboradores, 1984 (55)	55+	Cuestionario sobre morbilidad psiquiátrica en adultos ^a	139	4,3
	65+	Cuestionario sobre morbilidad psiquiátrica en adultos	44	6,8
Blay SL y colaboradores, 1989 (56)	65+	Prueba cara a mano ^b	91	5,5
Veras y Coutinho, 1994 (45)	60+	Short Care ^c	738	5,9–29,7
Silberman y colaboradores, 1995 (47)	60+	Miniexamen del Estado Mental ^d	62	29
<i>Deficiencia cognoscitiva</i>				
Eizirik, 1997 (35)	60+	Miniexamen del Estado Mental	344	24,7
Xavier, 1999 (58)	80+	Batería de evaluación	77	19,7
Laks y colaboradores, 2005 (57)	60+	Miniexamen del Estado Mental	1443	19,2
<i>Demencia</i>				
Herrera y colaboradores, 2002 (59)	65+	Miniexamen del Estado Mental	1660	7,1
Scazufca y colaboradores, 2008 (60)	65+	Batería de evaluación	2072	5,1

Nota: Las siglas que aparecen a continuación son el equivalente en inglés o portugués de los instrumentos de estudio mencionados en el cuadro.

^a QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto).

^b FHT (Face-Hand Test).

^c CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation).

^d MMSE (Mini-Mental State Examination).

duplicaba cuando la edad se incrementaba en cinco años; se observó también una diferencia entre sexos, ya que las mujeres presentaban tasas más elevadas en edades muy avanzadas. Se observó que las personas que padecían de demencia en esta población presentaban una tasa de mortalidad cinco veces mayor (62).

DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A diferencia de lo que ocurre en más de una tercera parte del mundo, el Brasil posee una política nacional de salud mental, servicios comunitarios de atención de salud mental y una legislación que protege los derechos de los enfermos mentales. Además, se han establecido políticas para el tratamiento de las personas con trastornos por consumo de sustancias. Actualmente, se destina 2,5% del presupuesto sanitario a la salud mental. A pesar de que la situación es mejor que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, con excepción de Suriname y Uruguay, el Brasil está muy lejos de alcanzar el 6% y el 11% que des-

tinan los Estados Unidos y el Canadá. Aunque el financiamiento principal de la atención de salud mental se basa en impuestos y se ofrece a toda la población, muchas personas no pueden acceder al sistema asistencial como consecuencia de la escasez y la calidad de los servicios, por lo que además deben pagar.

El país dispone de más camas psiquiátricas que la mayoría de los países vecinos (2,3 por cada 10.000 habitantes), pero con respecto a Estados Unidos y el Canadá está muy por debajo. Sin embargo, si se compara con otros países de ingresos medianos y bajos, el nivel es similar. La distribución de camas no es uniforme en todo el país (desde 0,3 camas por 10.000 habitantes en la Región del Norte hasta 3,2 por 10.000 en el Sudeste). Además, la asignación de camas es cuestionable, ya que los hospitales psiquiátricos cuentan con 2,4 camas por 10.000 habitantes, mientras que el número en los hospitales generales es de 0,1 por 10.000. Esta proporción, que alcanza el 92%, indica que las camas se destinan a la atención de pacientes crónicos en lugar de destinarse a los pacientes agudos. En los países con mayores ingresos, la

proporción es de 55%. El país cuenta con 4,8 psiquiatras por 100.000 habitantes, una situación mejor que la de algunos países de Latinoamérica, pero mucho peor que la de otros de la misma Región, y muy inferior a la de los países más desarrollados. Por el contrario, el Brasil cuenta con 31,8 psicólogos por 100.000 habitantes, a la altura de los Estados Unidos y el Canadá, pero queda abierta la pregunta sobre si se está tratando a los que más lo necesitan. La disponibilidad de atención de salud mental y de subespecialistas para niños es limitada y en general inexistente, al igual que ocurre con los programas específicos destinados a la población indígena. Además, existe una amplia disparidad en cuanto a la disponibilidad de recursos en las diferentes zonas del país.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y BRECHA DE TRATAMIENTO

La mayor parte de las personas con algún trastorno psiquiátrico en el país no acude a los servicios de atención de salud mental (63). Cerca de un tercio (32,2%) de los que padecían un trastorno prevalente según la CIE-10 en el último año había solicitado tratamiento de un médico general durante el mes anterior. Los servicios especializados eran poco utilizados (7,0%). La brecha de tratamiento en relación con la atención de salud mental, definida como el porcentaje de personas que requieren tratamiento y no lo reciben, es algo inferior a la de otros países de América Latina para algunos trastornos específicos (64). Sin embargo, sigue siendo alarmantemente alta. Más de la mitad de las personas que padecen un trastorno bipolar o una depresión mayor no reciben tratamiento. La brecha en cuanto a la psicosis no afectiva es de 58,0%, una de las mayores del mundo, y es muy probable que sea incluso mucho mayor en determinadas zonas, con aun menor acceso a los servicios asistenciales que las analizadas en los estudios epidemiológicos. Estos datos provienen de un estudio realizado en dos barrios de São Paulo, donde vivían familias con un nivel socioeconómico medio y alto. Además, no solo existe una brecha de tra-

tamiento, sino que a menudo pasan años antes de que se vuelva a buscar asistencia, demorando así el tratamiento.

En un estudio realizado con personas mayores de 60 años, también se observó que los trastornos psiquiátricos tenían una importante repercusión en la utilización de los servicios de atención de salud. Los individuos con trastornos psiquiátricos tenían mayores probabilidades de acudir a los servicios de hospitalización y requerir múltiples hospitalizaciones (65). Ello implica que la falta de atención de los problemas de salud mental puede dar lugar a una mayor utilización de costosos recursos de internación hospitalaria dentro del régimen de atención general en salud.

RAZONES DE LA FALTA DE TRATAMIENTO

Es previsible que la brecha de tratamiento sea mayor entre las clases sociales más pobres, ya que en ellas existe un mayor riesgo de enfermedades mentales y tienen un acceso limitado al tratamiento. Un estudio realizado en Bahía indicó que las inequidades sociales en el Brasil podían influir en las tasas de las enfermedades mentales (66). Una encuesta realizada a 2.302 personas reveló que existía una relación de 4:1 para la depresión cuando se comparaban a los participantes analfabetos con los que tenían estudios universitarios. Asimismo, las diferencias raciales parecían influir en las tasas de depresión, pues los de raza blanca presentaban tasas inferiores.

La encuesta epidemiológica de São Paulo analizó los factores que predisponían a solicitar tratamiento (63). Se observó que entre los enfermos mentales, el hecho de ser mujer, tener más de 60 años y ser viuda, divorciada o separada, aumentaba el nivel de búsqueda de tratamiento en los servicios de atención primaria. Además, se señalaron otros factores que contribuían a la búsqueda de tratamiento en los servicios de atención primaria, como tener seguro privado o estar fuera del mercado laboral. El nivel educativo, los ingresos familiares y la comorbilidad física no fueron factores influyentes en la búsqueda de asistencia en los servicios

de atención primaria. Los que más acudían a los servicios de salud mental eran los más jóvenes, los de mayor nivel educativo, los de ingresos superiores, los que tenían un seguro privado y las personas viudas, divorciadas o separadas. El sexo no era un factor determinante. El 15,8% de los que habían padecido recientemente algún trastorno psiquiátrico utilizaron los servicios de salud mental.

Los estudios en donde se analizan el estigma y los conocimientos en materia de salud mental eran hasta hace poco tiempo escasos en el Brasil (67). Uno de ellos, llevado a cabo en el nordeste del país, mostró una fuerte influencia de la familia y el vecindario en la búsqueda de tratamiento de salud mental, así como en la consulta a especialistas religiosos (68). Los modelos interpretativos de las enfermedades, tanto los espirituales como los biomédicos, estaban presentes entre los familiares de las personas con esquizofrenia (69). El primer estudio que analizó las percepciones de las enfermedades mentales por parte de la comunidad fue publicado en 1981. La esquizofrenia era la enfermedad más admitida, mientras que el alcoholismo y otros trastornos psiquiátricos no eran tan frecuentemente considerados como una enfermedad mental (70).

En un estudio realizado en São Paulo en 2002, se entregaron viñetas a 2.000 personas para analizar el estigma y los conocimientos acerca de cuatro trastornos psiquiátricos en la comunidad. El 23,4% consideró que los síntomas de esquizofrenia correspondían a depresión (71). El término esquizofrenia solo aparecía en 2,2% de las respuestas. Más de la mitad de las personas pensaban que la esquizofrenia era una enfermedad mental. Las principales causas atribuidas a la enfermedad fueron el consumo de drogas y el aislamiento. Los factores que influían más en las respuestas acerca de las causas fueron los años de escolarización y la apreciación de la esquizofrenia como una enfermedad mental. Menos de la mitad de la muestra fue capaz de seleccionar una viñeta correspondiente a depresión mayor como representativa de una persona con depresión (72). Aproximadamente 20% pensaba que la

viñeta representaba una enfermedad mental. El bajo nivel educativo fue la única variable asociada a la identificación de la depresión como una enfermedad mental. Las causas explicativas más relevantes fueron el desempleo y el aislamiento. Las causas biológicas, espirituales y morales de la depresión se consideraron menos importantes. Los factores que más influyeron en las respuestas acerca de las causas de la depresión fueron el nivel educativo, el sexo, la experiencia personal con problemas mentales y la identificación de la depresión como una enfermedad mental. A diferencia de lo que ocurría con la esquizofrenia, y de forma similar a lo observado con la depresión mayor, menos de 20% de los sujetos opinaban que una viñeta relativa al alcoholismo representaba una enfermedad mental (73). En cuanto al alcoholismo, las causas consideradas más relevantes eran los factores psicosociales, seguidos de los motivos éticos. Predominaron las imágenes intensamente negativas con respecto a los individuos que sufrían este trastorno, en particular la asociación con actos violentos. El 46,4% describió los síntomas de la viñeta correspondiente a la enfermedad de Alzheimer como pérdida de memoria (74). El término enfermedad de Alzheimer solo se empleó en 4% de las respuestas. Sin embargo, 39,4% pensaba que se trataba de una enfermedad mental. Las causas primarias atribuidas a la enfermedad de Alzheimer eran de carácter psicosocial: el consumo de drogas y el aislamiento. Los factores que influían en las respuestas acerca de las causas de la enfermedad de Alzheimer eran el estado civil, el nivel educativo y la situación económica. En esta muestra brasileña, una explicación médico-científica de la enfermedad a las cuatro viñetas fue dada con menor frecuencia que en otros países donde se han realizado estudios similares. En general, los entrevistados no esgrimieron conceptos médico-científicos. Las atribuciones causales indicaron que las creencias de las personas profanas eran muy diferentes a las de la comunidad médica.

Además de la falta de reconocimiento de las enfermedades mentales por parte del público en general, se ha observado que los médicos

de atención primaria requieren una mejor capacitación para la detección y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, teniendo en cuenta la falta de cambios producidos en la práctica clínica con posterioridad a la participación en un programa estructurado de capacitación de un día (75).

IMPLICACIONES

Si se quieren reducir la discapacidad y las cargas económicas asociadas a los trastornos mentales y neurológicos, es preciso salvar la “brecha de tratamiento” y reducir la “demora en el tratamiento”. Además, algunos trastornos son prevenibles, lo que es indicativo de la existencia de una continua “brecha de prevención” así como de una “brecha de intervención”. Las tasas elevadas de discapacidad a causa de los trastornos neuropsiquiátricos demuestran que se trata de afecciones que requieren tratamiento. Son trastornos que aparecen con una prevalencia significativamente alta y que deberían estar muy presentes en los programas de salud pública. La aparición de la enfermedad mental en etapas tempranas de la vida da lugar a una discapacidad y una carga prolongadas. El curso de la enfermedad cuando no se recibe tratamiento suele ser crónico y debilitante. Existen datos probatorios sólidos de la importancia del tratamiento para reducir la discapacidad de la persona y su familia, aliviar los síntomas y modificar el curso de la enfermedad. El grado de carga de morbilidad, el costo económico de la enfermedad y la discapacidad asociada, tanto para el individuo como para la familia, alcanzan tal magnitud que el fracaso de la intervención tiene un precio inadmisibles.

El no prestar la debida atención a la brecha de tratamiento puede tener graves implicaciones en materia de salud pública. El incremento de la pobreza, el descenso de la clase social y la disminución del nivel educativo alcanzado son posibles consecuencias de la falta de tratamiento de las enfermedades mentales. Asimismo, puede ocasionar el deterioro de la función familiar, un mayor número de embarazos en adolescentes y mayores niveles de violencia

doméstica. Los trastornos psiquiátricos también tienen efectos negativos sobre la calidad de vida y aumentan la mortalidad y el suicidio.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto 10 recomendaciones que pueden ser aplicadas en el Brasil, con objeto de reducir la brecha de tratamiento en materia de salud mental (76). Ellas son: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar los recursos humanos necesarios; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; y apoyar nuevas investigaciones (77).

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global burden of disease estimate. <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.htm>
2. Schramm JM, Oliveira AF, Leite LC, Valente JG, Gadelha AM, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9:897-908.
3. Coutinho DM. Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel, Salvador. (Dissertação). Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1976.
4. Santana V. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador-Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 1982;4:160-7.
5. Santana V. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de Estudos em Saúde* (Secretaria de Saúde da Bahia) 1982;2:122.
6. Almeida-Filho N. The psychosocial costs of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil. *Latin Am Res Review* 1982;17:407-432.
7. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Estudo multicêntrico de morbilidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiros (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992;14:93-104.
8. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
9. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, de Jesus MJ. Co-occurrence pat-

- terns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:423–31.
10. Andrade LH, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:257–62.
 11. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316–25.
 12. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069–77.
 13. Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:257–63.
 14. Vorcaro CM, Rocha FL, Uchoa E, Lima-Costa MF. The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambuí study. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:216–26.
 15. Rocha FL, Vorcaro CM, Uchoa E, Lima-Costa MF. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:222–4.
 16. Almeida-Filho N. Estudo de prevalência de distúrbios mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. *J Bras Psiquiatr* 1982;31:225–36.
 17. Almeida-Filho N. Development and Assessment of the QMPI, a Brazilian Childrens Behavior Questionnaire (para su cumplimentación por parte de los padres). *Soc Psychiatry* 1981;16:205–11.
 18. Benvegna LA, Fassa AG, Facchini LA, Wegman DH, Dall'Agnol MM. Work and behavioural problems in children and adolescents. *Int J Epidemiol* 2005;34:1417–24.
 19. Achenbach TM, Edelbrock CS: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, Vermont: University of Vermont; 1983.
 20. Achenbach TM. Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile. Burlington, Vermont: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
 21. Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:11–7.
 22. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatry caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:791–9.
 23. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: Cross Sectional Survey. *British Medical Journal* 2001;323:599–600.
 24. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25:139–45.
 25. Barros MGS. Estudo de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes de 11 a 16 anos na cidade de Barretos (dissertação). São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.
 26. Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:11–7.
 27. Cucchiari G, Dalgalarondo P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban areas. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:213–21.
 28. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:727–34.
 29. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation on an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatr* 2000;41:645–55.
 30. Vitolo YL, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IA. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev Saúde Pública* 2005;39:716–24.
 31. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:448–56.
 32. Ramos R, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MC, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados do inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993;27:87–94.
 33. Blay S, Ramos LR, Mari JJ. Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *Am J Geriatr Soc* 1988;36:687–92.
 34. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires

- (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-9.
35. Eizirik CL. Rede social, estado mental e contra-transferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. PhD Thesis. Porto Alegre; 1997.
 36. Maia LC, Durante AM, Ramos LR. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004;38:650-6.
 37. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal F. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:790-9.
 38. Blay SL, Andreoli SB, Dewey ME, Gastal FL. Co-occurrence of chronic physical pain and psychiatric morbidity in a community sample of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:902-8.
 39. Blay SL, Andreoli SB, Gastal SL. Prevalence of self-reported sleep disturbance among older adults and the association of disturbed sleep with service demand and medical conditions. *Int Psychogeriatr* 2008;20:582-95.
 40. Blay SL, Bickel H, Cooper B. Mental illness in a cross-national perspective. Results from a Brazilian and a German community survey among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26(6):245-51.
 41. Blay SL, Mari JJ. Subjective reports of sleep disorders in the community elderly. *Behav Health Aging* 1990;1:143-9.
 42. Blay SL, Andreoli SB, Gastal FL. Chronic painful physical conditions, disturbed sleep and psychiatric morbidity: results from an elderly survey. *Ann Clin Psychiatry* 2007;19:169-74.
 43. Marinho V, Blay SL, Andreoli SB, Gastal F. A prevalence study of current tobacco smoking in later life community and its association with sociodemographic factors, physical health and mental health status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:490-7.
 44. Gurland B, Golden RR, Teresi JA, Challop J. The short-care: an efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability. *J Geront* 1984;39:166-9.
 45. Veras RP, Coutinho E. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1991;25:209-17.
 46. Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatr* 1979;134:382-9.
 47. Silberman C, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev Saúde Pública* 1995;29:444-50.
 48. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedarward HB, Sheperd MA. Standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970;24:18-23.
 49. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465-86.
 50. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambuí Health Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:17-27.
 51. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
 52. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.
 53. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
 54. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
 55. Almeida Filho N, Santana VS, Pinho AR. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos— área urbana de Salvador BA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1984; 33:114-20
 56. Blay SL, Mari JJ, Ramos LR. O uso do face-hand test como instrumento para rastrear as síndromes psicorgânicas: estudo piloto. *Rev Saúde Pública* 1989;29:395-400.
 57. Laks J, Batista EM, Guilherme ER, Contino AL, Faria ME, Rodrigues CS et al. Prevalência de comprometimento cognitivo e funcional em idosos residentes em uma comunidade: importância da avaliação das atividades de vida diária. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63:207-12.
 58. Xavier FMF. Prevalência de declínio cognitivo associado ao envelhecimento em uma população de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. Tese de Doutorado, São Paulo; 1999.
 59. Herrera E Jr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiological survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002;16:103-8.
 60. Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, Crepaldi AL, Pastor-Valero M, Coutinho LM et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr* 2008;20:394-405.
 61. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian

- population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18:241–6.
62. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, de Castro I, Bahia VS, Anghinah R et al. Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:247–53.
 63. Andrade LH, Viana MC, Tófoli LF, Wang YP. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43: 45–53.
 64. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Saxena S et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Salud Publica* 2005;18:229–40.
 65. Blay SL, Fillenbaum GG, Andreoli SB, Gastal FL. Equity of access to outpatient care and hospitalization among older community residents in Brazil. *Medical Care* 2008 (en prensa).
 66. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender ethnicity, and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:214–22.
 67. Peluso Ede T, Blay SL. Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:955–61.
 68. Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro, Fiocruz 1999.
 69. Villares CC, Redko CP, Mari JJ. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21:36–47.
 70. D'Amorim MA. Estudo comparativo da percepção da doença mental pela comunidade. *Arq Bras Psic* 1981;22:75–83.
 71. Peluso Ede T, Blay SL. Public conceptions of schizophrenia in urban Brazil: symptom. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2008 (en prensa).
 72. Peluso Ede T, Blay SL. Public perception of depression in the city of São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008;42:41–8.
 73. Peluso Ede T, Blay SL. Public perception of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30:19–24.
 74. Blay SL, Peluso Ede T. The public's ability to recognize Alzheimer disease and their beliefs about its causes. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008;22:79–85.
 75. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello Ade A, Mello ME, Ramos CP: Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública* 2004;38: 522–8.
 76. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. <http://www.who.int/whr2001/>
 77. Lancet Global Mental Health Group; Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, Tomlinson M. Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet* 2007; 370:1241–52.

LAS CONTRIBUCIONES DE CHILE A LA INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Benjamín Vicente,¹ Robert Kohn,² Sandra Saldívia¹ y Pedro Rioseco¹

INTRODUCCIÓN

Se calcula que los trastornos neuropsiquiátricos en Chile, en todos los grupos de edad, representan 31% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), uno de los índices más altos del mundo. En la totalidad de América Latina y el Caribe, el peso específico de los AVAD es de solo 22% y en los Estados Unidos y el Canadá, de 30% (1). Entre los trastornos que más contribuyen a los AVAD, el trastorno depresivo unipolar ocupa el primer lugar, seguido de los trastornos por el consumo de alcohol (Cuadro 1). Los trastornos por el consumo de drogas y la esquizofrenia se encuentran también entre los 20 trastornos principales. La contribución de los trastornos psiquiátricos específicos a la discapacidad general es aún mayor cuando se examinan solamente los trastornos que se presentan entre los 15 y los 59 años de edad. La elevada tasa de contribución de las afecciones neuropsiquiátricas a los AVAD en Chile es un reflejo, en gran medida, de los avances en la salud pública y en la atención sanitaria del país. Para abordar estos temas se emprendieron en el país dos iniciati-

vas epidemiológicas psiquiátricas en gran escala: la Encuesta de los Trastornos Mentales en Santiago y el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica.

LA ENCUESTA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN SANTIAGO

En octubre de 1996 se realizó una encuesta domiciliaria en Santiago, en la cual se entrevistaron 3.870 personas de 16 a 64 años de edad (2). Para hacer los diagnósticos psiquiátricos se empleó el Formulario Revisado de Entrevista Clínica (*Clinical Interview Schedule-Revised*, CIS-R) (3), un instrumento utilizado en la Encuesta Nacional de Morbilidad de Gran Bretaña (4). La tasa de respuesta fue de 90%. Una puntuación de 12 o más en la CIS-R establece un diagnóstico positivo de un trastorno mental común. Además, la entrevista permite hacer diagnósticos, según la CIE-10, de prevalencia de una semana para los siguientes trastornos: episodios depresivos, fobias, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos neuróticos no especificados fueron aquellos que no cumplieron los criterios de la CIE-10, pero que estuvieron por encima del umbral de la entrevista correspondiente a los trastornos mentales comunes.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

² Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

CUADRO 1. Contribución a los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de los trastornos específicos correspondientes a ambos sexos y a todas las edades, Chile, 2002.

Posición	Trastorno	%
1	Trastorno depresivo unipolar	9,9
2	Trastorno por consumo de alcohol	5,1
3	Anomalías congénitas	3,8
4	Otras lesiones no intencionales	3,2
5	Accidentes de tránsito	3,1
6	Enfermedades cerebrovasculares	3,1
7	Cardiopatía isquémica	2,7
8	Violencia	2,7
9	Cataratas	2,2
10	Hipoacusia de inicio en la edad adulta	2,2
11	Trastornos de visión relacionados con la edad	2,1
12	Trastornos por consumo de drogas	2,1
13	Diabetes sacarina	2,0
14	Asma	1,8
15	Esquizofrenia	1,8
16	Lesiones autoinfligidas	1,8
17	Cirrosis hepática	1,7
18	Infección por el VIH/sida	1,6
19	Artrosis	1,6
20	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1,6

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Sistema de información estadística (WHOSIS): <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Al momento de la encuesta, la tasa de prevalencia general de los trastornos mentales más comunes era de 26,7% (Cuadro 2); la prevalencia de este tipo de trastornos era mayor en las mujeres; sin embargo, en cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, las tasas eran casi iguales en ambos sexos. Los episodios depresivos eran más prevalentes en las mujeres y el tras-

torno de ansiedad generalizada, en los hombres. Teniendo en cuenta el punto de corte de la entrevista clínica, 25% de la población presentaba trastornos mentales comunes.

Se observó la existencia de varias correlaciones sociodemográficas con los trastornos mentales comunes. La prevalencia más alta se encontró en las personas de 25 a 39 años y la más baja en el grupo de edad más avanzada. La probabilidad de observar un trastorno psiquiátrico era mayor en las personas separadas o viudas. Además, los padres solos con hijos tenían un mayor riesgo. Quedó en evidencia la existencia de una relación inversa entre los trastornos mentales comunes, la educación, la clase socioeconómica y la precariedad de la vivienda (5).

En un análisis secundario se examinó la relación entre el tabaquismo y los trastornos mentales comunes (6). Se observó una relación sólida entre el tabaquismo más intenso y la presencia y gravedad de dichos trastornos. Sin embargo, no se advirtió tal relación en los fumadores leves ni en los que en esa ocasión no fumaban. Además, el tabaquismo se asoció con el consumo excesivo de alcohol y con el consumo de drogas.

EL ESTUDIO CHILENO DE PREVALENCIA PSIQUIÁTRICA

El estudio chileno de prevalencia psiquiátrica (ECPP) se basó en una muestra estratificada y domiciliaria de personas de 15 años y más. La

CUADRO 2. Prevalencia (%) de una semana de los trastornos mentales más frecuentes, Chile, 1996.

Trastorno	Mujeres	Hombres	Total
Trastorno de ansiedad generalizada	6,9	3,2	5,1
Episodio depresivo	8,0	2,7	5,5
Todas las fobias	5,6	2,9	4,3
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,1	1,4	1,3
Trastorno de pánico	1,5	1,1	1,3
Cualquiera de los diagnósticos anteriores según la CIE-10	17,2	8,2	12,9
Trastorno neurótico inespecífico	18,0	9,1	13,8
Cualquier trastorno o trastorno inespecífico según la CIE-10	35,2	17,3	26,7

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); Intervalos de confianza (IC) = 95%.

Fuente: Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228-233.

muestra se seleccionó a partir de cuatro provincias de diferentes regiones geográficas del país y fue representativa de la distribución de la población nacional: Santiago, Concepción, Iquique y Cautín. Santiago es la capital del país y representa un tercio de la población. Concepción está en la región central y es la segunda ciudad en importancia. Iquique, en el norte, está aislada por el desierto, con pueblos distantes entre sí. Aunque Chile es fundamentalmente urbano, el sur del país, incluida la provincia de Cautín, es principalmente rural y tiene una concentración alta de población indígena.

La encuesta se llevó a cabo entre julio de 1992 y junio de 1999. La primera ciudad en completar la encuesta fue Concepción, seguida de Santiago, Iquique y Cautín. En la encuesta participaron 2.987 personas y la tasa de respuesta fue de 90,3%. El estudio se basó en los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R*) y para el mismo se utilizó la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*), de amplio uso mundial (7) en estudios comparativos de países, en los que ha participado Chile (8). Además, se utilizaron las secciones del Formulario de entrevista de diagnóstico del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos sobre el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de personalidad antisocial, ya que estos trastornos no están incorporados en las versiones 1.0 y 1.1 de la CIDI (9). Los diagnósticos del DSM-III-R considerados fueron el trastorno depresivo mayor, la manía, la distimia, el trastorno de pánico, la agorafobia, el abuso de alcohol, la dependencia de alcohol, el abuso de drogas, la drogodependencia, la dependencia de la nicotina, el trastorno de personalidad antisocial, los trastornos somatomorfos y las psicosis no afectivas. Esta última es una categoría compuesta que incorpora la esquizofrenia, el trastorno esquizomorfo, el trastorno afectivo esquizoide, el trastorno delirante y la psicosis atípica. Las secciones de la CIDI correspondientes a los trastornos de los

hábitos alimentarios, el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia simple y la fobia social no están representadas en las tasas generales de los trastornos de ansiedad ni en la categoría "cualquier trastorno". Los datos se pesaron según edad, sexo y estado civil, según el Censo Nacional de 1992. Los análisis se realizaron mediante el método de linearización de las series de Taylor, tomando en cuenta el complejo diseño de la muestra.

Las tasas de prevalencia de vida y de los últimos 12 meses de los trastornos psiquiátricos específicos (10) se presentan en el cuadro 3. Casi un tercio de la población chilena ha padecido algún tipo de trastorno psiquiátrico en su vida, y 22,2% en el último año. Los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes, y entre los trastornos afectivos, la depresión mayor, con una prevalencia a lo largo de la vida de 9,2% y en los últimos 12 meses, de 5,7%. Los trastornos por consumo de alcohol y de drogas también eran sumamente prevalentes (11,7% y 8,1%, respectivamente). Una proporción considerable de la población presentó trastornos moderados (5,5%) o graves (3,3%). Además, hubo considerables diferencias regionales en todo el país (Cuadro 4) (11). En el Cuadro 5 se muestra el número de personas que presentaron un trastorno mental en algún momento de la vida, en los últimos 12 meses o al momento de la encuesta.

El ECPP formó parte del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, por lo que fue posible comparar los resultados con los de Alemania, Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos. Los trastornos de ansiedad eran menos frecuentes en Chile (8); sin embargo, la prevalencia de los trastornos afectivos era similar en todos los países (Cuadro 6). Las diferencias en los índices podrían explicarse por la menor prevalencia de los trastornos leves y no por la de los trastornos moderados y graves.

Se examinaron correlaciones sociodemográficas con los diferentes trastornos psiquiátricos. En las mujeres, los trastornos afectivos eran el doble de frecuentes y los de ansiedad, el triple; sin embargo, los trastornos por consumo de sustancias tenían una prevalencia de

CUADRO 3. Prevalencia de vida y de 12 meses de los trastornos mentales, Chile, 1992-1999.

Trastorno	Hombres			Mujeres			Total					
	Vida		12 meses	Vida		12 meses	Vida		12 meses			
	%	EE	%	%	EE	%	%	EE	%			
Trastornos afectivos:												
Episodio depresivo mayor	6,8	0,7	3,7	0,6	11,5	1,1	7,5	1,0	9,2	0,7	5,7	0,6
Episodio maniaco	1,5	0,6	0,7	0,3	2,2	0,5	2,1	0,5	1,9	0,4	1,4	0,3
Distimia	3,5	0,7	1,6	0,5	12,1	1,3	5,9	1,2	8,0	0,8	3,9	0,7
Cualquier trastorno afectivo	9,8	1,1	5,7	0,8	19,7	1,6	12,6	1,5	15,0	1,1	9,3	1,0
Trastornos de ansiedad:												
Trastorno de pánico	0,7	0,3	0,5	0,2	2,5	0,6	1,2	0,6	1,6	0,4	0,9	0,4
Agorafobia sin pánico	6,0	1,4	1,9	0,6	15,9	1,9	10,4	1,8	11,1	1,4	6,3	1,1
Trastorno de ansiedad generalizada	0,9	0,4	0,7	0,4	4,1	0,7	2,4	0,5	2,6	0,5	1,6	0,3
Fobia social	7,2	2,8	2,5	0,9	12,8	3,0	9,7	2,2	10,2	2,8	6,4	1,6
Fobia simple	4,0	1,6	3,8	1,5	14,8	1,9	11,5	1,6	9,8	1,8	8,0	1,5
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,7	0,4	0,7	0,4	1,6	0,8	1,6	0,8	1,2	0,6	1,2	0,6
Trastorno por estrés posttraumático	2,5	1,1	1,1	0,6	6,2	0,8	3,6	0,6	4,4	0,5	2,4	0,3
Cualquier trastorno de ansiedad ^a	8,7	2,0	3,7	0,9	23,1	2,0	15,6	1,7	16,2	1,6	9,9	1,0
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas:												
Abuso de alcohol	6,2	1,4	3,9	0,7	1,2	0,4	0,8	0,3	3,6	0,8	2,3	0,4
Dependencia de alcohol	11,0	1,4	8,2	1,2	2,1	0,6	1,4	0,5	6,4	0,7	4,7	0,6
Abuso de drogas	1,5	0,4	0,6	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,9	0,2	0,3	0,2
Drogodependencia	1,9	0,5	1,1	0,5	3,2	0,9	2,0	0,6	2,6	0,5	1,5	0,4
Dependencia de la nicotina	4,0	0,8	2,9	0,7	3,7	0,9	3,1	0,9	3,9	0,5	3,0	0,5
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o de drogas	18,5	2,2	12,8	1,3	5,4	0,8	3,8	0,6	11,7	1,1	8,1	0,7
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	20,7	2,2	14,4	1,5	8,7	1,3	6,7	1,1	14,4	1,4	10,4	0,9
Otros trastornos:												
Psicosis no afectiva	1,6	0,6	0,2	0,1	1,9	0,4	1,1	0,3	1,8	0,3	0,7	0,2
Trastorno somatomorfo	2,7	0,8	1,9	0,6	4,3	0,7	3,9	0,7	3,5	0,6	2,9	0,5
Trastorno de los hábitos alimentarios	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,5	2,2	0,5	1,2	0,3	1,2	0,3
Personalidad antisocial	2,2	0,5	1,5	0,4	1,1	0,6	0,5	0,3	1,6	0,3	1,0	0,2
Trastorno cognoscitivo	4,0	1,1	4,0	1,1	3,4	0,8	3,4	0,8	3,7	0,9	3,7	0,9
Cualquier trastorno del ECPP ^b	27,9	2,3	19,3	2,0	34,8	2,0	25,0	2,0	31,5	1,8	22,2	1,6

^a No incluye la fobia social. La fobia simple ni el trastorno obsesivo-compulsivo; psicosis no afectiva incluye esquizofrenia, trastorno esquizomorfo, trastorno afectivo esquizoide, trastorno delirante y psicosis atípica.

^b No incluye trastornos de los hábitos alimentarios, fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo-compulsivo, dependencia de la nicotina ni trastorno cognoscitivo.

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R); EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence in the Chile psychiatric prevalence study. Am J Psychiatry 2006a;163:1362-1370.

CUADRO 4. Prevalencia de vida de los trastornos mentales, por región, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Bio Bio		Metropolitana		Tarapacá		Araucanía		χ^2	p
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE		
Trastornos afectivos:										
Episodio depresivo mayor	7,1	1,3	11,6	0,8	17,2	2,4	9,8	0,8	9,76	0,04
Episodio maniaco	2,2	0,7	1,4	0,4	1,8	0,3	1,5	1,3	1,11	0,78
Distimia	7,5	1,1	7,3	1,2	12,2	1,7	6,0	3,3	3,65	0,32
Cualquier trastorno afectivo	13,6	2,2	15,4	1,2	23,2	1,9	14,0	3,2	3,88	0,30
Trastornos de ansiedad:										
Trastorno de pánico	1,2	0,6	1,3	0,3	4,3	0,8	1,1	0,5	1,16	0,77
Agorafobia sin pánico	14,2	2,7	9,8	1,3	9,7	1,8	5,3	0,8	5,46	0,16
Trastorno de ansiedad generalizada	1,8	0,7	3,7	0,5	2,0	0,4	3,0	0,6	5,13	0,19
Cualquier trastorno de ansiedad	19,2	3,7	14,8	1,6	17,9	1,7	8,6	0,9	6,79	0,11
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas:										
Abuso de alcohol	2,8	0,8	2,0	0,5	16,9	2,6	7,2	1,4	8,20	0,06
Dependencia del alcohol	7,0	1,7	6,4	0,8	6,3	0,5	5,0	0,8	3,63	0,32
Abuso de drogas	0,6	0,3	1,5	0,4	2,4	0,5	0,1	0,1	8,59	0,05
Drogodependencia	2,2	0,7	3,3	1,0	2,2	0,3	1,2	0,1	7,72	0,07
Dependencia de la nicotina	2,9	0,6	2,1	0,6	6,5	0,2	5,4	1,0	7,86	0,07
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas	11,0	1,8	11,2	1,0	24,3	2,9	12,3	1,8	1,94	0,59
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	13,0	2,0	12,9	1,1	29,6	2,9	14,6	1,7	2,43	0,50
Otros trastornos:										
Psicosis no afectiva	2,1	0,6	2,3	0,5	0,8	0,2	0,1	0,0	11,45	0,02
Trastorno somatomorfo	2,7	1,1	4,4	0,8	3,1	0,6	3,5	0,7	1,75	0,63
Trastorno cognoscitivo	4,5	1,8	3,7	0,8	0,7	0,8	1,0	0,4	5,70	0,15
Cualquier trastorno del ECPP:	32,2	4,1	30,8	1,6	44,4	1,9	28,9	3,1	2,51	0,49

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R); EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Vicente B, Kohn R, Riosco P, Saldivia S, Navarrete G, Veloso P et al. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006b; 41:935–942.

CUADRO 5. Número de personas (edad ≥ 15 años) que presentaron un trastorno mental en algún momento de la vida, en los últimos 12 meses o al momento de la encuesta, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Prevalencia de vida			Prevalencia de un año			Prevalencia actual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Psicosis									
no afectiva	164.831	74.764	90.399	64.049	9.573	53.948	43.327	6.838	36.451
Depresión mayor	867.484	307.717	557.461	535.937	168.674	365.971	324.011	105.307	217.250
Distimia	749.747	160.468	585.650	362.629	72.940	287.722	272.207	66.558	204.613
Trastorno maniaco	175.192	67.014	108.382	131.865	30.088	101.092	89.480	24.161	65.126
Ansiedad									
generalizada	242.067	42.852	197.809	147.877	31.455	115.186	88.538	15.500	72.417
Trastorno									
de pánico	149.761	30.088	119.560	81.003	20.514	60.266	52.746	13.220	39.367
Trastorno									
obsesivo-									
compulsivo	108.318	30.544	75.819	108.318	30.544	75.819	108.318	30.544	75.819
Abuso o									
dependencia									
de alcohol	940.951	787.299	159.900	653.674	552.066	105.952	505.797	413.480	94.773
Abuso o									
dependencia									
de drogas	316.476	154.542	161.844	173.308	77.043	96.717	113.969	41.941	71.931

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R).

CUADRO 6. Prevalencia de 12 meses de los trastornos mentales en Chile, por comparación con otros países, 1992–1999.

Tipo de trastorno y gravedad	Canadá		Chile		Alemania		Países Bajos		Estados Unidos	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastorno										
Trastorno afectivo	4,9	(0,5)	9,0	(1,3)	11,9	(0,5)	8,2	(0,5)	10,7	(0,6)
Trastorno de ansiedad	12,4	(0,6)	5,0	(1,3)	11,9	(0,5)	13,2	(0,7)	17,0	(0,6)
Trastorno por consumo										
de sustancias	7,9	(0,5)	6,6	(0,9)	5,2	(0,5)	9,9	(0,5)	11,5	(0,5)
Cualquier trastorno	19,9	(0,8)	17,0	(1,8)	22,8	(0,7)	24,4	(1,0)	29,1	(0,7)
Gravedad										
Ninguno (no casos)	80,1	(0,8)	83,0	(1,8)	77,2	(0,7)	75,6	(1,0)	70,9	(0,7)
Leve	12,4	(0,6)	8,1	(1,1)	10,8	(0,6)	14,1	(0,6)	13,8	(0,4)
Moderado	3,6	(0,4)	5,5	(0,8)	6,6	(0,4)	4,2	(0,3)	7,0	(0,4)
Grave	3,9	(0,4)	3,3	(0,6)	5,4	(0,3)	6,1	(0,3)	8,2	(0,5)
(n)	(6,320)		(2,181)		(3,219)		(6,030)		(5,384)	

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R); EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Bjil RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22:122–133.

más del doble en los hombres. En las mujeres se observó un riesgo significativamente mayor en las tasas totales en cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses; no así en la prevalencia de seis meses ni al cabo de un mes (12).

Se advirtió un riesgo diferencial según la edad en personas menores de 65 años. Notablemente, la edad no fue predictora de los trastornos por consumo de sustancias. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, los

menores de 65 años tuvieron un mayor riesgo de presentar trastornos afectivos; las personas con edades comprendidas entre 35 y 64 años, de sufrir trastornos de ansiedad y los menores de 54 años, de sufrir el trastorno de personalidad antisocial. Se observó un mayor riesgo de padecer cualquier trastorno en las personas de 25 a 54 años.

No se encontró una relación inversa entre el nivel educativo y las prevalencias totales de trastornos. Sin embargo, el trastorno de personalidad antisocial era menos prevalente en las personas sin educación. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, se percibió una relación inversa entre el trastorno de ansiedad y cualquier otro diagnóstico y los ingresos. Las personas separadas, divorciadas o solteras presentan tasas más altas de prevalencia de trastornos afectivos. El trastorno de personalidad antisocial era más frecuente en las personas que vivían en unión libre.

Menos de 30% de las personas con enfermedades psiquiátricas padecían trastornos comórbidos. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, 19,5% de las personas que sufrían un trastorno presentaban algún otro tipo de trastorno y menos de 10,5%, tres trastornos o más. La comorbilidad correspondiente a tres o más trastornos era significativamente mayor en las mujeres y en los menores de 64 años. Tener solo estudios básicos se asoció con una mayor comorbilidad. Las personas viudas presentaron las tasas más bajas de comorbilidad. Todas las personas diagnosticadas con trastorno por estrés postraumático presentaron comorbilidad con un trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia o trastorno de pánico.

Trastorno por estrés postraumático

Se utilizó un módulo detallado de trastorno por estrés postraumático, que examinó hasta tres situaciones traumáticas y aportó un estudio más profundo sobre este tipo de trastorno. La prevalencia de vida del trastorno por estrés postraumático era de 2,5% para los hombres y de 6,2% para las mujeres (13) y las tasas de trastorno por estrés postraumático, de 7,2% para

los hombres y de 14,5% para las mujeres. Si se comparan estas tasas con las arrojadas por un estudio realizado en México, se puede observar que las de Chile son inferiores. Esto quizás se deba a las condiciones económicas y de calidad de vida en ambos países. Menos de la mitad de los chilenos (39,7%) presentan una situación traumática en el curso de la vida, por comparación con casi el doble de mexicanos (77%) (14). Una explicación posible para esta diferencia pueden ser los índices mayores de criminalidad y pobreza de México con respecto a Chile.

Entre las personas expuestas a una situación traumática, la violación estaba firmemente asociada con el trastorno por estrés postraumático. La edad de inicio del trastorno aumentó significativamente el riesgo de contraer cada uno de los otros trastornos examinados. Entre las personas que sufrieron un evento vital traumático, las mujeres tuvieron una probabilidad significativamente mayor de presentar trastorno por estrés postraumático. Los resultados indicaron que es probable que la presencia de estrés postraumático en el curso de la vida preceda la aparición de cada uno de los trastornos incluidos en este estudio si se lo compara con ausencia de estrés postraumático en el curso de la vida. Aunque estos resultados indican que este tipo de trastorno puede influir en el riesgo de sufrir otros trastornos psiquiátricos, la naturaleza transversal de los datos impide cualquier conclusión acerca de si hay una relación etiológica directa o indirecta, o si esta relación está ausente entre el trastorno por estrés postraumático y otros trastornos.

Los resultados del ECPP indicaron que la exposición a situaciones traumáticas, tanto en la niñez como en la edad adulta, por comparación con la ausencia de exposición, estaba significativamente relacionada con mayores tasas de cualquier trastorno psiquiátrico, comorbilidad, trastornos de pánico, por consumo de drogas y de personalidad antisocial.

El análisis también encontró que la situación traumática sufrida en la niñez, en relación con la situación traumática de inicio en la edad adulta, no se asoció con ningún mayor riesgo

de trastornos posteriores, lo que indica que la edad en el momento del trauma no es un factor de riesgo para la aparición del trastorno. Además, los datos señalaron que, salvo por la edad de inicio del trastorno por estrés postraumático, la exposición a la situación traumática en la niñez, en general, no tuvo ninguna probabilidad de asociarse con la aparición de determinados trastornos durante los años de la adolescencia, ni tampoco con una aparición temprana de trastornos asociados con situaciones traumáticas de la niñez, en contraposición a las situaciones traumáticas adultas (15).

Trastornos psiquiátricos en adultos mayores

Existen pocos estudios en América Latina que hayan examinado los diagnósticos psiquiátricos de los adultos mayores (65 años y más). En términos generales, los adultos mayores presentan índices menores de trastornos en el transcurso de la vida en relación con la población más joven (20% y 34%, respectivamente). La distimia, la agorafobia, la fobia simple y la dependencia de alcohol eran menos frecuentes en los adultos de edad avanzada (Cuadro 7). De manera análoga, las tasas de prevalencia de un año de la distimia, los trastornos de ansiedad generalizada, la fobia simple y la dependencia de alcohol, no eran tan frecuentes. No se diagnosticó ningún caso de trastorno de pánico, aunque la agorafobia no era infrecuente; la prevalencia de un año correspondiente al grupo de comparación más joven era de 23,8%, mientras que en las personas de 65 años y más, era de 11,9% (16).

Las personas mayores de 74 años, con respecto a las de 65 a 74 años, presentaron tasas inferiores de trastornos. Se observaron diferencias de la prevalencia de vida entre el abuso y la dependencia de alcohol y los trastornos somatomorfos. También se observaron diferencias entre los dos grupos en la prevalencia de un año de la distimia, el abuso de alcohol, la dependencia de alcohol y el trastorno somatomorfo. La prevalencia de vida correspondiente a las personas de 75 años y más era

de 13,1% y la de 65 a 74 años, de 24,2%. Las prevalencias de un año eran de 8,7% y 13,8%, respectivamente.

El uso en el ECPP de la versión del CIDI que contenía el miniexamen del estado mental (17) brindó la oportunidad de realizar uno de los pocos estudios en los que se analiza la distribución por edades y el nivel de educación fuera de los Estados Unidos. La puntuación promedio del miniexamen varió entre 16 y 29, según el nivel de educación. La edad, el estado civil, la densidad de población y los ingresos influyeron en gran medida en las puntuaciones. Cuando se controlaron las variables sociodemográficas, las personas con cualquier trastorno psiquiátrico tuvieron puntuaciones significativamente inferiores, pero no en cuanto a diagnósticos específicos. El cuadro 8 presenta los datos normativos por edad y nivel de educación para la población general (18).

Utilización de los servicios de salud mental

La mayoría de las personas con algún trastorno psiquiátrico no busca atención de salud mental (19, 20). Menos de la mitad de los pacientes con prevalencia de un año de algún trastorno (46,9%) recibió algún tipo de atención de salud en los seis meses previos, y solo 38,5% recibió algún tipo de atención de un especialista o por medio de los servicios de atención primaria. Se observó que era bajo el uso de los servicios especializados (13,1% de las veces). Aunque hubo una mayor proporción de pacientes con trastornos graves que hicieron uso de los servicios de salud mental, solo 29,4% recibieron atención especializada (Cuadro 9). Hay una seria disparidad entre Chile y los países desarrollados en cuanto a la utilización de dichos servicios por parte de los enfermos mentales graves (8) (Cuadro 10).

En el estudio de Santiago sobre trastornos mentales comunes se analizó la frecuencia del uso de los servicios de salud mental (21), así como la provisión del seguro de salud y su relación con las tasas de trastornos mentales comunes. Se observó una desigualdad entre la

CUADRO 7. Prevalencia de vida de los trastornos mentales, por grupos de edad, Chile, 1992–1999.

Trastorno	20–64		65+		65–74		75+		RP e IC (95%)
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	
Trastornos afectivos									
Distimia	9	1	6,3	1,4	0,5 (0,3; 0,8) ^b	2	7,8	1,4	0,4 (0,1; 1,1)
Episodio depresivo mayor	9,9	1	5,1	1,3	0,5 (0,3; 0,9) ^b	1,3	4,3	2,9	1,6 (0,4; 6,1)
Episodio maníaco	1,6	0,3	1,9	1,7	1,1 (0,3; 4,3)	2,6	3	...	...
Cualquier trastorno afectivo	15,9	1,2	10,1	2,3	0,5 (0,3; 0,8) ^b	3	11,4	2,9	0,5 (0,2; 1,3)
Trastornos de ansiedad									
Agorafobia sin pánico	12	1,3	6,4	1,5	0,5 (0,3; 0,7) ^b	2,1	5,7	3,5	1,0 (0,2; 4,5)
Trastorno de ansiedad generalizada	3	0,6	1,4	0,5	0,5 (0,2; 1,9)	0,9	1,7	0,5	0,7 (0,1; 6,0)
Trastorno de pánico	1,9	0,4	...	...	...	...	...	...	...
Trastorno por estrés posttraumático	5,2	0,5	2	0,9	0,3 (0,1; 1,2)	1,5	2,8	0,3	0,1 (0,0; 1,5)
Fobia social	9,4	2,2	9,1	6,2	0,5 (0,2; 1,4)	1,6	2,3	17,3	44,2 (0,9; 2257,0)
Fobia simple	11	1,4	3,1	1,7	0,2 (0,0; 0,7) ^b	1,6	2,9	3,2	0,4 (0,1; 1,2)
Cualquier trastorno de ansiedad ^d	17,9	1,6	8,8	1,8	0,2 (0,3; 0,7) ^b	2,2	9,1	3,3	0,8 (0,3; 2,2)
Trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas									
Abuso de alcohol	3,5	0,8	5,5	3	2,4 (0,7; 8,1)	4,4	8,1	0,4	0,0 (0,0; 0,3) ^b
Dependencia del alcohol	7,6	0,8	1,6	0,9	0,1 (0,0; 0,4) ^b	1,5	2,4	0,2	0,1 (0,0; 0,6) ^b
Abuso de drogas	0,9	0,2	...	...	...	...	...	...	...
Drogodependencia	2,8	0,6	1	1	0,6 (0,2; 2,3)	...	...	2,9	...
Dependencia de la nicotina	4,1	0,6	2,7	1,8	0,6 (0,2; 2,4)	2,7	3,3	1,7	0,8 (0,1; 9,8)
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas	12,9	1,1	7,4	2,8	0,5 (0,2; 1,3)	4,4	9,9	2,5	0,2 (0,0; 3,0)
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	15,8	1,5	10	3,2	0,6 (0,3; 1,3)	4,9	13,2	2,9	0,2 (0,0; 1,3)
Otros trastornos									
Psicosis no afectiva ^e	1,9	0,3	1,5	0,6	0,8 (0,2; 2,9)	1,2	1,9	0,5	0,4 (0,0; 4,8)
Trastorno somatomorfo	3,9	0,7	3,2	1,3	0,8 (0,4; 1,8)	1,9	4,9	0,2	0,0 (0,0; 0,4) ^b
Cualquier trastorno del ECPP ^f	34	1,7	20	3,2	0,5 (0,3; 0,8) ^b	4,6	24,2	3,8	0,3 (0,1; 0,8) ^b
Comorbilidad									
1 diagnóstico adicional	19,1	1,2	14,1	3,1	0,7 (0,3; 1,3)	4,6	19,5	2,1	0,1 (0,0; 0,5) ^b
2 diagnósticos adicionales	9	0,9	6,3	1,5	0,6 (0,3; 1,0)	1,3	5,3	2,6	1,9 (0,5; 7,2)
3 diagnósticos adicionales	6,9	0,9	1,5	0,8	0,2 (0,1; 0,6) ^b	1,4	2,3	0,2	0,1 (0,0; 1,0)

^a Las razones de posibilidad (RP) se controlan según el género, la educación, los ingresos y el estado civil.

^b $p \leq 0,05$.

^c Sin información.

^d No incluye la fobia social ni la fobia simple.

^e La psicosis no afectiva incluye la esquizofrenia, el trastorno esquizomorfo, el trastorno afectivo esquizoide, el trastorno delirante y la psicosis atípica.

^f No incluye la fobia social, la fobia simple ni la dependencia de la nicotina.

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R); RP = razón de posibilidad; IC = intervalo de confianza; EE = error estándar.

CUADRO 8. Puntuación del minexamen del estado mental, por edad y nivel educativo, Chile, 1992-1999.

Nivel educativo	Edad (años)							Total
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Ninguna educación								
Tamaño de la muestra	... ^a	6	5	9	15	17	10	62
Media	...	17	16	19	14	18	13	17
EE	...	2,6	2,6	1,5	1,4	2	2,1	1,1
1-8 años								
Tamaño de la muestra	30	48	82	137	109	85	66	557
Media	22	23	24	24	23	20	17	22
EE	1,6	1,4	0,4	0,7	0,9	1,08	1,2	0,4
9-12 años								
Tamaño de la muestra	396	338	243	149	145	100	39	1.410
Media	28	27	27	27	26	25	24	27
EE	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,76	0,7	0,1
12 > años:								
Tamaño de la muestra	221	315	232	91	55	24	11	949
Media	29	29	29	28	28	26	26	29
EE	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,8	0,7	0,1
Total								
Tamaño de la muestra	647	707	562	386	324	226	126	2.978
Media	28	27	27	26	25	22	20	27
EE	0,9	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	0,7	0,3

^a Sin casos.**Nota:** EE = error estándar.**Fuente:** Adaptado de Kohn R, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Psychiatric epidemiology of the elderly population in Chile. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:1020-1028.**CUADRO 9. Uso de los servicios de salud mental, según gravedad del trastorno, Chile, 1992-1999.**

	Gravedad 1 (N = 383)		Gravedad 2 (N = 189)		Gravedad 3 (N = 186)		Chi ² GL = 2	P
	%	EE	%	EE	%	EE		
Cualquier atención sanitaria	39,4	3,7	48,0	6,6	60,2	7,0	3,26	0,08
Cualquier servicio de salud mental	20,3	3,6	44,3	7,2	65,0	4,1	18,15	0,0006
Servicio no especializado de salud mental	17,4	3,6	41,9	7,4	57,5	5,0	13,18	0,004
Servicio especializado de salud mental	5,0	1,8	9,6	3,2	29,4	5,1	8,74	0,02
Atención a drogodependientes	0,1	0,1	0,4	0,1	2,1	1,1	3,03	0,23

Notas: EE = error estándar; GL = grado de libertad.**Fuente:** adaptado de Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. Psychiatr Serv 2004;55:1;71-76.

necesidad de servicios y la prestación de estos. Los participantes con una cobertura pública de seguro presentaron la prevalencia más alta de trastornos mentales pero las tasas más bajas de consulta; los participantes con cobertura privada presentaron una situación exactamente opuesta. Después de efectuar un ajuste según la edad, los ingresos y la gravedad de los sínto-

mas, la cobertura del seguro privado y el mayor nivel de discapacidad eran los únicos dos factores asociados con una mayor frecuencia del uso de los servicios de salud mental (Cuadro 11).

A pesar de la existencia de pruebas que demuestran lo contrario, aún persiste la percepción de la falta de eficacia del tratamiento. La creencia de que el problema desaparecerá

CUADRO 10. Relación entre la gravedad del trastorno y el tratamiento en Chile, por comparación con otros países.

Utilización de los servicios	Canadá (1990–1991)		Chile (1992–1999)		Alemania (1997–1999)		Países Bajos (1996)		Estados Unidos (1990–1992)	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Porcentaje que recibió cualquier tratamiento										
Ninguno (no casos)	3,4	(0,4)	14,4	(1,1)	14,1	(0,8)	7,6	(0,4)	6,3	(0,4)
Leve	10,4	(1,7)	12,3	(2,7)	29,6	(1,6)	13,3	(1,2)	11,3	(1,4)
Moderado	27,7	(4,7)	50,2	(6,3)	38,7	(3,3)	43,0	(3,4)	26,3	(3,2)
Grave	52,3	(5,1)	47,9	(8,0)	67,0	(3,0)	66,3	(2,6)	37,1	(2,3)
Total	7,0	(0,5)	17,3	(1,2)	20,2	(0,8)	13,4	(0,5)	10,9	(0,5)
Entre los que recibieron cualquier tratamiento, porcentaje que recibió tratamiento especializado										
Ninguno (no casos)	46,8	(4,9)	34,5	(7,2)	65,4	(2,5)	43,2	(2,4)	42,3	(4,9)
Leve	40,6	(6,6)	16,4	(8,7)	74,5	(3,7)	41,4	(4,9)	46,3	(6,2)
Moderado	50,8	(7,7)	48,2	(13,9)	68,2	(4,1)	47,3	(4,6)	50,6	(4,6)
Grave	61,6	(8,5)	44,6	(7,7)	79,8	(3,0)	60,0	(3,2)	62,9	(3,2)
Total	50,6	(3,7)	36,5	(4,9)	69,8	(1,7)	48,5	(1,6)	50,0	(2,8)

Nota: EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Bjiil RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22:122–133.

CUADRO 11. Servicios de salud mental brindados en los seis meses anteriores al estudio, por especialidad y seguro de salud, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Especialidad	Seguro privado	Seguro público	No asegurados
Trastorno mental (N = 975)				
	Médico general	18,9	13,1	8,6
	Psiquiatra	7,7	1,4	1,8
	Psicólogo	8,4	4,5	6,6
	Cualquiera	29,2	18,0	15,1
Trastorno mental a nivel más grave (N = 477)				
	Médico general	27,0	18,7	8,0
	Psiquiatra	9,7	2,0	1,1
	Psicólogo	9,2	4,5	10,2
	Cualquiera	36,9	24,1	17,9
Trastorno mental con discapacidad (N = 409)				
	Médico general	28,4	19,6	8,7
	Psiquiatra	10,8	2,7	1,5
	Psicólogo	10,7	7,7	10,7
	Cualquiera	41,2	28,4	18,8

solo o que se puede abordar sin ayuda externa, las barreras directas al acceso que impiden el tratamiento, entre ellas la carencia general de recursos y de disponibilidad de servicios, la falta de conocimiento acerca de las enfermedada-

des mentales y el estigma que estas ocasionan, son los principales obstáculos que impiden que los chilenos necesitados de atención busquen tratamiento (Cuadro 12) (19). Los pacientes que padecían un trastorno de tipo afectivo manifes-

CUADRO 12. Barreras que impiden buscar tratamiento para enfermedades físicas y mentales entre los que aceptaban la necesidad de asistencia, Chile, 1992–1999.

Motivo	Enfermedad física (N = 1.387)		Enfermedad mental (N = 347)	
	%	EE	%	EE
Creencia de que el problema se resuelve solo	55,5	3,7	65,7	5,0
Creencia de que el problema se puede resolver sin ayuda externa	52,8	4,0	60,1	3,0
Carga económica	35,8	3,2	43,6	3,2
Miedo del diagnóstico	33,4	2,1	36,7	2,4
Limitación de tiempo	23,0	2,0	28,9	3,2
Falta de confianza en el proveedor de atención sanitaria	19,8	1,8	22,2	2,8
No es útil	15,4	1,7	27,6	2,6
Preocupación por lo que los demás piensen	10,0	1,7	24,1	4,0
No saber dónde ir	10,9	1,4	29,0	3,1
Transporte	9,8	2,5	11,4	1,9
Alguien puede enterarse	8,5	1,4	22,1	4,0

Nota: EE = error estándar.

Fuente: adaptado de Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:1; 71–76.

taron que la creencia de que el problema se resolvería solo era la principal barrera para la atención; mientras que los afectados por un trastorno de ansiedad o por un trastorno por consumo de drogas consideraban que podían resolver el problema por su propia cuenta. La brecha de tratamiento entre quienes padecían trastornos no afectivos puede deberse a la creencia de que el tratamiento no sería útil. Entre los afectados por un trastorno de somatización, el estigma y el temor al diagnóstico tenían una mayor importancia (20).

Los mapuches, uno de los pueblos autóctonos del país, no reciben prácticamente ningún tratamiento de salud mental. En un estudio realizado por Vicente y colaboradores (22), solo 6,5% de los que padecían un trastorno psiquiátrico buscaba alguna forma de tratamiento y ninguno acudió a un especialista en salud mental. A pesar de ello, existen pocas pruebas de que las tasas de trastornos psiquiátricos entre los mapuches y el resto de los chilenos sean diferentes (Cuadro 13). La idea de que los indígenas son inmunes a las enfermedades mentales es errónea y está claro que se han menospreciado sus necesidades de salud mental. En el país se observa una falta de estudios específicos que examinen el estigma y los conocimientos sobre la salud mental.

CONCLUSIONES

Chile es un país con una elevada carga de discapacidad debida a los trastornos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos actuales indican que el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad son sumamente prevalentes en la comunidad. La investigación sobre la utilización de servicios demuestra que quienes los precisan no ven sus necesidades satisfechas.

El país cuenta con más camas psiquiátricas que la mayoría de sus vecinos (1,3 camas por cada 10.000 habitantes), pero si se compara con los Estados Unidos y el Canadá está muy a la zaga, y en relación con otros países, esa tasa es inferior a la media de los países de ingresos medios-bajos. Además, la proporción de camas en los hospitales psiquiátricos (1,0) es mayor que en los hospitales generales (0,2). Esta proporción (81%) indica que las camas se destinan a la atención de los enfermos crónicos y no de los agudos. Los países con mayores ingresos tienen una proporción de 55%. El país cuenta con 4,0 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cifra mayor que en algunos países, pero mucho menor que en otros países latinoamericanos, y muy inferior a la de los países más desarrollados. Por el contrario, hay 15,7 psicólogos por cada 100.000 habitantes. La disponibilidad de

CUADRO 13. Prevalencia de 12 meses y de vida de los trastornos mentales en la población mapuche y no mapuche, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Prevalencia de 12 meses				Prevalencia de vida			
	Mapuche		No mapuche		Mapuche		No mapuche	
	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)
Trastornos afectivos								
Episodio depresivo mayor	3,9	(0,0; 11,7)	5,3	(3,5; 7,1)	6,7	(3,4; 10,0)	10,2	(8,6; 11,8)
Episodio maníaco	...	...	1,1	(0,0; 3,1)	1,2	(0,0; 3,6)	1,5	(0,0; 4,0)
Distimia	...	...	3,5	(0,0; 8,4)	7,8	(2,5; 13,1)	5,8	(0,0; 12,5)
Cualquier trastorno afectivo	3,9	(0,0; 11,7)	7,9	(2,2; 13,6)	9,3	(0,9; 17,7)	14,6	(8,3; 20,9)
Trastornos de ansiedad								
Trastorno de pánico	...	...	0,6	(0,0; 2,0)	...	...	1,3	(0,1; 2,5)
Agorafobia sin pánico	3,3	(0,0; 7,8)	2,1	(0,7; 3,5)	6,9	(2,2; 11,6)	5,2	(3,2; 7,2)
Trastorno de ansiedad generalizada	0,1	(0,0; 0,3)	1,9	(0,7; 3,1) ^b	0,1	(0,0; 0,3)	3,3	(1,9; 4,7) ^b
Fobia social	2	(0,0; 4,9)	5,5	(2,4; 8,6)	6,6	(0,0; 16,2)	7,5	(3,0; 12,0)
Fobia simple	4,4	(2,6; 6,2)	11,3	(6,4; 16,2) ^b	4,7	(2,5; 6,9)	14,5	(11,0; 18,0) ^b
Cualquier trastorno de ansiedad	6	(2,1; 9,9)	15,4	(8,1; 22,7) ^b	14,5	(6,5; 22,5)	21,9	(18,4; 25,4)
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas								
Abuso de alcohol	3	(0,0; 8,1)	3,3	(1,5; 5,1)	6,4	(0,7; 12,1)	7,3	(4,9; 9,7)
Dependencia del alcohol	1,4	(0,0; 3,9)	2,9	(2,0; 3,9)	4	(0,0; 9,7)	5,1	(3,9; 6,3)
Abuso de drogas	...	...	...	...	...	...	0,1	(0,0; 0,3)
Drogodependencia	...	...	0,5	(0,0; 1,5)	...	...	1,4	(1,2; 1,6) ^b
Dependencia de la nicotina	2,6	(0,0; 8,1)	4,6	(3,0; 6,2)	5,9	(0,0; 13,3)	5,4	(3,8; 7,0)
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o de drogas	4,4	(0,0; 9,1)	6,4	(3,7; 9,1)	10,3	(1,9; 18,7)	12,6	(9,9; 15,3)
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	7	(0,0; 14,6)	8,3	(5,6; 11,0)	12,3	(4,7; 19,9)	14,9	(12,2; 17,6)
Otros trastornos								
Psicosis no afectiva ^c	...	...	0,1	(0,0; 0,3)	...	...	0,1	(0,0; 0,3)
Trastorno somatomorfo	1,7	(0,0; 4,4)	3,2	(1,8; 4,6)	5,2	(0,0; 12,6)	3,3	(2,1; 4,5)
Trastorno de los hábitos alimentarios	...	...	1,8	(0,0; 4,0)	...	...	1,8	(0,0; 4,0)
Trastorno cognoscitivo	...	...	...	...	5,7	(1,2; 10,2)	0,5	(0,0; 1,3)
Cualquier trastorno del ECPP ^d	15,7	(6,9; 24,5)	25,7	(18,6; 32,8)	28,4	(17,2; 39,6)	38	(33,3; 42,7)

^a Sin casos.^b $p < 0,05$.^c Incluye esquizofrenia, el trastorno esquizomorfo, el trastorno afectivo esquizoide, el trastorno delirante y la psicosis atípica.^d No incluye la dependencia de la nicotina ni el trastorno cognoscitivo.**Nota:** Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R).**Fuente:** Adaptado de Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patrones de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. Rev Panam Salud Publica 2005;18:263–270.

atención de salud mental y de subespecialistas para los niños y las poblaciones geriátricas es limitada o nula. Además, hay una amplia disparidad de recursos disponibles en todo el país.

Es necesario establecer un sistema de vigilancia epidemiológica, con el fin de determinar si las mejoras en la atención de la salud mental

pueden lograr una disminución de las brechas existentes en el tratamiento. Las encuestas epidemiológicas realizadas hasta la fecha, a pesar de seguir siendo informativas, tienen 10 años de antigüedad. Es importante el monitoreo continuo de las tasas para garantizar que la asignación de recursos se dirija a las poblaciones que los necesitan. Por ejemplo, se debería prestar

mayor atención a la investigación sobre la creciente población de adultos mayores, sobre la población de niños y adolescentes que no son objeto del número suficiente de estudios y sobre las poblaciones indígenas desatendidas.

REFERENCIAS

1. World Health Organization: WHO statistical information system (whosis) <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>
2. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228–233.
3. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465–486.
4. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain—initial findings from the household survey. *Int Rev Psychiatry* 2003;1:29–42.
5. Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:501–505.
6. Araya R, Gaete J, Rojas G, Fritsch R, Lewis G. Smoking and common mental disorders: a population-based survey in Santiago, Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:874–880.
7. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069–1077.
8. Bjl RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22:122–133.
9. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38: 381–389.
10. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry* 2006a;163:1362–1370.
11. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Navarrete G, Veloso P et al. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006b;41:935–942.
12. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004;184:299–305.
13. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and comorbid disorders in Chile. *Psychol Med* 2006;36: 1523–1533.
14. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez J. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol* 2003;112:646–656.
15. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Compr Psychiatry* 2008;49:163–169.
16. Kohn R, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Psychiatric epidemiology of the elderly population in Chile. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16: 1020–1028.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–198.
18. Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. The mini-mental state examination: Age and education distribution for a Latin American population. *Aging Ment Health* 2008;12:66–71.
19. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:1;71–76.
20. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patronos de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:263–270.
21. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. *Am J Public Health* 2006; 96:109–113.
22. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:119–127.

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO: 1977-2000

Jorge Javier Caraveo-Anduaga¹

ANTECEDENTES

El interés por la magnitud de los problemas de salud mental entre la población de México tiene sus antecedentes en los trabajos del Dr. Héctor M. Cabildo Arellano, quien en 1970 realizó una encuesta de la población atendida en las instituciones psiquiátricas del país. Posteriormente, se realizaron estudios en la población burócrata derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y en una zona militar (1, 2).

En 1977, el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz fue nombrado Director de Salud Mental en la entonces Secretaría de Salud y Asistencia Social (SSA), así como del Centro de Estudios en Fármacodependencia, donde se realizaron los primeros estudios epidemiológicos en ese campo. Con el arribo del Dr. de la Fuente y su equipo de profesionales, se inició una etapa diferente con respecto al estudio y atención de los problemas mentales en México.

El Primer Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (3) sentó las bases para la investigación epidemiológica de los trastornos mentales. El examen del estado actual (*Present State Examination*, PSE), elaborado por el Profesor John Wing siguiendo una base fenomenoló-

gica, se había constituido en el pilar para la observación clínica sistemática, la medición y la clasificación de los fenómenos mentales morbosos entre los pacientes institucionalizados en diferentes partes del mundo (4).

En la unidad de Práctica General del Instituto de Psiquiatría de Londres se trabajaba entonces en la identificación de los trastornos mentales menos severos, que la mayoría de las veces pasaban desapercibidos, pero que generaban una demanda de servicio a nivel de la práctica médica general. Allí, el modelo de investigación era bietápico, empleándose el Cuestionario General de Salud (5), que consiste en un cuestionario de tamizaje para la identificación de probables casos, y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE) para la segunda etapa de confirmación de caso (6).

A iniciativa del Dr. Carlos Campillo, quien había realizado estudios de posgrado en el Instituto de Psiquiatría de Londres, se empezó a trabajar en la adaptación de este último modelo e iniciar así la investigación de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la práctica médica general en México (7, 8).

ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS CLÍNICOS PARA ESTUDIOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL

A diferencia del PSE, diseñado para pacientes psiquiátricos, la EPE fue concebida para seguir

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, México.

el procedimiento médico de exploración habitual para personas que no se consideran a sí mismas como afectados psicológicamente. Así, la exploración clínica va de lo menos específico, como es la presencia de molestias físicas (somatizaciones), fatiga y alteraciones del sueño, a otras más específicas, como la presencia de ánimo depresivo, preocupaciones, ansiedad y obsesiones. No incluye preguntas rutinarias acerca de delirios, alucinaciones ni otros fenómenos psicóticos; sin embargo, si el clínico sospecha la presencia de psicosis o de un trastorno orgánico, está en libertad de explorar estas posibilidades.

La experiencia clínica obtenida mediante la EPE, en especial al momento de observar a la población inicialmente evaluada, y de la revisión de los hasta entonces criterios incipientes de clasificación, condujo a un desglose de los síntomas contemplados en el instrumento de evaluación así como a la posibilidad de sistematizar y operacionalizar la información en torno a algunos diagnósticos específicos y comparar los resultados con los de otros estudios (9).

El instrumento de evaluación mostró una confiabilidad alta. En el estudio inicial se notificó una media del valor de Kappa de 0,82 (7) y en un estudio posterior se notificaron índices de Kappa y de Y de Yule de 0,79 y 0,78, respectivamente (10), lo cual confirmó su utilidad y despertó el interés de las autoridades del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para planear cursos periódicos.

Con este modelo, se realizaron estudios de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la práctica médica general con respecto a la población adulta (18-64 años) atendida en tres diferentes instituciones; los rangos de prevalencia de los trastornos psiquiátricos eran de 29% a 51% (11). Sin embargo, al considerar solamente los casos más severos, la prevalencia era de 10%. Los tipos de patología más frecuentes correspondieron a los síndromes depresivos y ansiosos, con predominio en las mujeres; sin embargo, esta diferencia es mucho

menor cuando se consideran solamente los casos más severos.

En una de las tres instituciones se estudió a la población de 65 años y más, y se encontró una prevalencia de trastornos psiquiátricos de 49% (12), lo cual resaltó la necesidad de brindar atención de salud mental a este grupo poblacional.

El estudio mostró que, al igual que en otros países, la detección de la psicopatología por parte de los médicos generales está limitada a la mitad o una tercera parte de los pacientes que requieren alguna forma de atención.

La identificación depende tanto del patrón sintomatológico manifestado por el paciente como de la cronicidad de sus molestias (13) siendo, por lo tanto, un diagnóstico de exclusión, principalmente con respecto a trastornos de larga duración como la distimia, los episodios depresivos recurrentes y la dependencia de alcohol (14). Según los estudios realizados, los casos no identificados demandaron un mayor número de consultas médicas, pasaron más días hospitalizados y requirieron más medicamentos (15), lo que indica un alto costo de atención.

PRIMEROS ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL ADULTA E INFANTIL

A principios de los años ochenta, se realizaron investigaciones en el ámbito laboral en virtud de que la medicina del trabajo fundamentalmente se había orientado hacia el campo de la salud física, dejando de lado los aspectos psicológicos y sociales. El campo de la salud ocupacional es un reto para el epidemiólogo, el sociólogo, el antropólogo, el psicólogo y el administrador (16). Para el estudio del fenómeno salud-enfermedad en este campo fue necesario partir del concepto de estrés y de las consecuencias tanto agudas como crónicas de las situaciones que lo generan y mantienen. De esta forma se ganó experiencia en lo que se refiere al estudio de condicionantes que contribuyen al desarrollo de trastornos psiquiátricos comunes. El análisis pormenorizado de las variables estudiadas destacó que la carga de fac-

tores tales como bajo salario, falta de capacitación, escasa movilidad en la empresa y relaciones jerárquicas inadecuadas, repercutían tanto en los indicadores indirectos de productividad como en el bienestar físico, mental y social de los trabajadores (17).

En 1985, a raíz del terremoto ocurrido en la ciudad de México, se realizó el primer estudio en población general, esta vez en la población damnificada alojada en albergues (18). Ex profeso, se diseñó un instrumento con base en la experiencia adquirida, aplicando por vez primera los criterios operacionales del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Sociedad Americana de Psiquiatría (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*) (19), con la finalidad de explorar la prevalencia, la exacerbación y la incidencia de los estados de ansiedad, depresión, ataques de pánico y estrés postraumático (20).

En 1988, como parte de la primera Encuesta Nacional de Adicciones realizada en una submuestra de 2.025 personas de 18 a 65 años, se aplicó la Encuesta Nacional de Salud Mental. Este estudio fue el primero en su género que buscó estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en México. Se diseñó una entrevista estandarizada para la cual se seleccionaron preguntas de diferentes instrumentos de análisis, que exploraran las áreas de psicopatología relevantes, prestando atención a la sencillez de los reactivos, tanto para su aplicación como para su comprensión y respuesta por parte de la población a entrevistar. Se cuidó en todo momento que el cuestionario permitiera el manejo de la información, apegándose a los criterios del Examen del Estado Actual, al Índice de Definición y a los algoritmos del programa CATEGO (Programa de cómputo elaborado ex profeso para el manejo de la información clínica recabada en la entrevista PSE) (4) y de la revisión del DSM-III (19). Los resultados arrojaron una prevalencia general entre 15% y 18%, similar a la encontrada en otros estudios internacionales, teniendo en cuenta solo aquellas clases diagnósticas con mayor certeza de definición y severidad (21).

En ese mismo estudio, se investigó la prevalencia de probables trastornos psiquiátricos en

la infancia mediante el Cuestionario de Notificación Infantil (*Report Questionnaire for Children, RQC*) (22) empleado por la OMS. Los resultados indicaron que 15,6% de los niños de 3 a 12 años presentaban problemas de salud mental, la mitad de los cuales podían considerarse casos severos (23). Asimismo, se estudió la asociación entre la presencia de psicopatología en los niños y la presencia de depresión y consumo de alcohol en los padres, señalando la necesidad de estudiar y atender conjuntamente estos problemas en la población (24, 25).

Se investigó además el uso de los servicios formales e informales por parte de la población ante la presencia de diferentes trastornos mentales. Los resultados indicaron que los familiares y amigos son el primer recurso al que acude la población, seguido de la automedicación y la consulta a sacerdotes y ministros (26). Mediante un enfoque cualitativo, Salgado y colaboradores (27) corroboraron estos hallazgos en la población rural, señalando que tanto en el medio urbano como en el rural se siguen patrones de comportamiento arraigados en la herencia sociocultural.

UNA NUEVA ETAPA: LOS INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS ALTAMENTE ESTRUCTURADOS Y UNA METODOLOGÍA COMÚN

El desarrollo de instrumentos para la investigación epidemiológica de los trastornos psiquiátricos específicos derivó en la creación de entrevistas altamente estructuradas que pudieran ser realizadas por entrevistadores adiestrados que no fueran necesariamente clínicos. La Entrevista Diagnóstica Estructurada (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*) (28) fue elaborada siguiendo los criterios del DSM-III, y por su estructura permitió un riguroso control de las fuentes de variación del entrevistador. Los estudios realizados en el país por entrevistadores legos mostraron una alta confiabilidad en las mediciones (índice de confiabilidad de 0,89) (29). La validez concurrente fue aceptable, lo cual denota una alta especificidad, pero con una sensibilidad entre moderada y baja. Los índices de validez fueron superiores para las categorías diagnósticas en donde el esquema de

sondeo de la entrevista es más sencillo, sugiriendo que el proceso memoria/cognición del entrevistado es un factor que atenúa la confiabilidad y la validez (30).

En un esfuerzo conjunto entre la Organización Mundial de la Salud y la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos, se elaboró la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*) (31), como resultado de la experiencia obtenida de las dos entrevistas más utilizadas: PSE y DIS. El alto nivel de estandarización ha permitido mejorar la uniformidad de los síntomas evaluados y la confiabilidad en la elaboración de los diagnósticos. La CIDI fue elaborada para ser aplicada por entrevistadores legos en estudios epidemiológicos y su estructura ha sido aceptable y muy útil en la investigación clínica. En México, la versión 1.0 se aplicó inicialmente en pacientes psiquiátricos de consulta externa, en la práctica médica general y en un grupo de autoayuda, siendo bien aceptada tanto por los clínicos como por los entrevistados y los entrevistadores que la han utilizado (32–34).

LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Al inicio de la década de 1990, se realizó un estudio multicéntrico para investigar el uso de los servicios de salud mental por parte de la población que padece trastornos psiquiátricos.

Se observó que México contaba con un número muy bajo de psiquiatras por habitantes en riesgo. Asimismo, se observó que muchos de los pacientes acudían directamente a los servicios de salud mental sin pasar por el primer nivel de atención. Sin embargo, la mediana de semanas transcurridas entre el inicio del padecimiento y la primera búsqueda de ayuda mostró un retraso considerable, especialmente para la población sin cobertura de seguridad social (35, 36) (Cuadro 1).

Las evidencias de que la desconfianza, los trámites prolongados y la insatisfacción con los servicios hacen que las personas recurran a medios informales de atención para sus padecimientos emocionales y mentales, llevaron a realizar dos estudios en centros de atención alternativa. El primero de ellos fue en un templo espiritualista, y los motivos notificados por la población fueron evaluados por investigadores clínicos independientes. Los resultados demostraron que 54% podía ser considerado como “caso” con patología psicológica (37). Por otra parte, entre 67% y 100% de las historias de un grupo de Neuróticos Anónimos mostraron antecedentes psiquiátricos o de consumo de alcohol y drogas en los padres y familiares; abandono, golpes y maltrato en la infancia; problemas sexuales, consumo de alcohol y drogas, delincuencia y prostitución. Las razones por las que acudían al grupo eran las manifestaciones de inadaptación social y síntomas emocionales como depresión, ideación suicida, obsesiones y ansiedad (34).

CUADRO 1. Medianas de retraso en la atención de los trastornos psiquiátricos (en semanas).^a

Diagnóstico	Mediana en población sin seguridad social	Mediana en población con seguridad social
Trastornos afectivos	21,5	6
Neurosis, estrés y trastornos somatomorfos	28	12
Disfunciones fisiológicas asociadas a trastornos mentales	97	430
Retardo mental	467	1
Trastornos del desarrollo	77	40
Desórdenes emocionales y de conducta en la infancia y adolescencia	52	8

^a Desde el inicio del padecimiento hasta su arribo al servicio de salud mental.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

Fuente: Caraveo AJ, Mas CC. Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. Salud Pública de México 1990;32:523–531.

LA INVESTIGACIÓN COMPRENSIVA Y LA COLABORACIÓN INTERNACIONAL

En 1994, con el conocimiento adquirido y tomando en cuenta la experiencia de la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos (38), se planteó y aprobó un proyecto epidemiológico global para estudiar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en la población general adulta de la Ciudad de México (39).

Para este estudio se eligió la versión 1.1. de la CIDI, modificada por la Universidad de California en Fresno (CIDI-Fresno) (40). La traducción, llevada a cabo por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, preservó la traducción original oficial de la CIDI 1.1, así como el contenido de todos los ítems necesarios para realizar un diagnóstico según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Asimismo, se incorporaron diferentes expresiones del idioma con el objetivo de hacerlo altamente sensible desde el punto de vista cultural, y se exploraron además las diferentes formas coloquiales de denominación utilizadas por la población para los diferentes trastornos incluidos.

Dado el interés específico de la citada Universidad de California en cuanto a la utilización de servicios formales e informales por parte de la población mexicoamericana y mexicana inmigrante y del Instituto Mexicano de Psiquiatría acerca de la población del país, se incorporó a la entrevista una extensa y pormenorizada sección de preguntas al respecto para cada entidad diagnóstica. Las categorías diagnósticas incluidas fueron las siguientes:

- Trastornos de ansiedad: agorafobia, fobia social, fobias específicas, ansiedad generalizada, pánico y trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos afectivos: episodios depresivos, distimia, hipomanía y manía.
- Trastornos debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, distinguiendo el abuso y la dependencia de alcohol y otras sustancias entre ellos sedantes, tranquilizantes, estimu-

lantes, analgésicos, inhalantes, marihuana, cocaína, alucinógenos y heroína.

En relación con la presencia de los diferentes trastornos psiquiátricos, se investigó también el papel de diversas variables independientes tales como tensiones crónicas, eventos y situaciones potencialmente estresantes, los recursos utilizados por la gente para enfrentarlos, los antecedentes psiquiátricos de los padres y las manifestaciones clínicas de los hijos de 4 a 16 años de edad de los adultos entrevistados, entre otros aspectos (39). Con esta finalidad, se incorporaron en la encuesta secciones específicas con preguntas y escalas, que en su mayoría fueron empleadas por Ronald C Kessler en el Estudio Nacional de Comorbilidad. Estas secciones, a su vez, reflejaban la experiencia acumulada por diversos investigadores en el mundo, así como otros instrumentos que habían sido previamente utilizados en México, tales como el Cuestionario General de Salud (5), en versión de 12 reactivos (33), y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (41, 42), que fue elaborado a partir de los estudios realizados mediante el Cuestionario de Notificación Infantil (23, 43, 44).

El rigor metodológico con que se planeó y desarrolló esta investigación permitió que los datos obtenidos fueran incorporados a la primera generación de estudios del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) (45), lo que facilitó la comparación internacional y arrojó resultados sumamente interesantes y trascendentes para el desarrollo de la disciplina.

A través de este proyecto, se estimó tanto la prevalencia de trastornos en el último mes como se había hecho en estudios anteriores, como la prevalencia a lo largo de la vida y para el último año. También se estudió la comorbilidad entre los diferentes trastornos y su entrelazamiento a través de la vida (46, 47), el tiempo transcurrido para la búsqueda de atención y los motivos que favorecen o no favorecen la comorbilidad (48).

La prevalencia de trastornos a lo largo de la vida de la población adulta se estimó en 28,7%,

CUADRO 2. Prevalencia (%) de los trastornos mentales en la vida y comorbilidad proporcional en cada trastorno.

Diagnóstico	Prevalencia	Comorbilidad psiquiátrica
Agorafobia	2,5	67,5
Fobia específica	2,8	72,7
Fobia social	2,6	74,2
Ansiedad generalizada	3,4	74,2
Pánico	1,9	62,7
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,4	70,8
Episodio depresivo	7,9	67,2
Distimia	4,4	67,5
Manía	0,7	100
Hipomanía	0,9	68,3
Dependencia de alcohol	5,1	34,1
Dependencia de otras sustancias	0,7	100,0
Abuso de alcohol	8,4	23,8
Abuso de otras sustancias	0,5	47,6

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Caraveo A, Colmenares BE, Saldívar HG. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad en la vida. *Salud Mental* 1999; 22 (número especial):62-67.

CUADRO 3. Consultas (%) especializadas en personas con episodios de depresión según sexo, afiliación y número de discapacidades asociadas al episodio.

Sexo	Afiliación	Número de discapacidades					
		Ninguna	1	2	3	4	5
Hombres	Sí	8,43	19,61	7,15	12,67	6,93	0,00
	No	7,15	0,00	0,00	0,00	0,00	38,03
Mujeres	Sí	0,00	6,63	13,95	0,00	3,35	33,19
	No	0,00	0,00	0,00	9,63	10,32	22,93

Fuente: Caraveo AJ, Martínez VN, Rivera GB, Vargas AL, Polo DA. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental* 1997;20:5-23.

siendo el abuso de alcohol y los episodios depresivos los trastornos más frecuentes. En una tercera parte de todos los casos se encontró comorbilidad psiquiátrica, la que resultó proporcionalmente más elevada entre las personas con trastornos de ansiedad y fobia social (46) (Cuadro 2).

LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA PERSPECTIVA NACIONAL E INTERNACIONAL

Del total de personas con episodios depresivos a lo largo de la vida, solo 14% habían acudido a un profesional de salud mental. La demanda de servicios era mayor entre aquellos con mayor número de discapacidades asociadas al

episodio. Sin embargo, estar afiliados a una institución de salud resultó ser una variable importante en cuanto a la accesibilidad a los servicios. La demanda de consulta especializada en los hombres sin afiliación se concentró en los que presentaban más discapacidades, mientras que entre los afiliados fue a la inversa (Cuadro 3). En las mujeres, si bien la mayoría consultó al especialista en la medida en que presentaban más discapacidades, es de notar que las mujeres con afiliación consultaron al especialista más tempranamente, cuando presentaban una o dos discapacidades.

Respecto a la demanda real, se observó que tanto los hombres como las mujeres sabían adónde acudir; contar con transporte fa-

cilitaba el acceso para ambos sexos y el estar afiliado determinó una mayor fuerza de asociación con el acceso a los servicios especializados. En las mujeres, se observó que preferían ir acompañadas, mientras que los hombres preferían ir solos. Tanto los hombres como las mujeres manifestaron que los médicos familiares podían ser de gran ayuda, y en ese caso no acudían a especialistas. Asimismo, las opiniones familiares eran un impedimento importante para solicitar ayuda, especialmente en las mujeres. En los hombres, los mayores impedimentos eran el horario de trabajo y la opinión de los jefes (49).

Se estimó que 7,9% de la población adulta había sufrido algún episodio depresivo a lo largo de la vida; la prevalencia estimada en el último año era de 4,5% y la incidencia en el año previo al estudio, de 1,3%. El 59% de las personas había presentado más de un episodio depresivo en su vida y 86% de los casos reunió criterios de un síndrome somático durante los episodios. La prevalencia a lo largo de la vida de la distimia se estimó en 4,4%. Mientras la edad promedio de inicio de los episodios depresivos fue en la tercera década de la vida, para la distimia fue 10 años más tarde (50).

Salgado y colaboradores (51), utilizando el mismo instrumento de análisis en el área rural del estado de Jalisco, encontraron una prevalencia de episodios depresivos a lo largo de la vida de 6,2% (a razón de tres veces más frecuente en las mujeres y con predominio en las de 30 a 49 años de edad). En los hombres, los más afectados eran los más jóvenes (de 15 a 19 años), los solteros, los que no tenían hijos y los que habían alcanzado mayor escolaridad. Las mujeres más jóvenes, con mayor escolaridad y estudiantes eran las que menos presentaban el trastorno.

La prevalencia de vida de la distimia era de 3,4%, con predominio entre las mujeres de 40 a 49 años de edad, sin escolaridad, desempleadas, casadas, con más de cuatro hijos y de comunidades con alto índice de migración. Entre los hombres, la prevalencia más alta se observó entre los adultos jóvenes (de 20 a 29 años) y entre los adultos mayores (de 60 años

y más), con escolaridad primaria y que vivían en poblaciones con baja migración. Acaso estos resultados reflejen diferencias en cuanto a la expectativa de vida, en estrecha relación con las condiciones socioeconómicas que, según Salgado (52), impactan en el bienestar de la población. Finalmente, la prevalencia de “nervios”, un concepto de la psiquiatría cultural, alcanzó 15,4%, siendo mayor en las mujeres, con una razón de 2:1. Para ambos sexos, el tener una idea fija en la mente, el sentirse tristes y abatidos, irritables o enojados y distraídos, fueron características psicológicas distintivas de aquellos con “nervios” (53).

El análisis de los diferentes estudios incluidos en el ICPE demostró que existen diferencias en cuanto a la prevalencia de los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida. La comparación entre la prevalencia a lo largo de la vida y en el último año demostró que los trastornos psiquiátricos tienden a ser crónicos, especialmente los trastornos de angustia. Este tipo de trastornos comienza a edades más tempranas (mediana de 15 años). En los trastornos por abuso de sustancias, la mediana es de 21 años y en los trastornos afectivos, de 26 años (54).

La comparación de los resultados de los estudios realizados en el país con los de 10 estudios realizados en otros países demuestra que la prevalencia estimada de los episodios de depresión mayor varía según las poblaciones, pero en general, los resultados son similares. En la mayoría de los estudios, la edad de inicio se presenta en la primera mitad de la década de los 20 años. Este hallazgo invita a la reflexión de por qué la depresión es más frecuente entre las cohortes más jóvenes.

Se observó una notoria comorbilidad de los episodios depresivos con todos los trastornos de ansiedad; asimismo, se observó que los trastornos primarios de ansiedad que no estuvieran en remisión eran fuertes predictores para la aparición de un episodio depresivo, y que la asociación entre ansiedad primaria y depresión secundaria decrece en la medida en que la duración de la ansiedad se incrementa. La pregunta para estudios futuros será si los trastornos de ansiedad son un factor causal

para los episodios depresivos, o solo marcadores de otras causas (55).

LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS

El estudio de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, afectivos y por uso de sustancias, mostró que el inicio de los dos primeros, en general, precede al uso, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias (56). La asociación fue mayor en relación con el abuso y la dependencia de otras sustancias que con respecto al alcohol. En los hombres, el uso, abuso y dependencia de alcohol y drogas tiende a ocurrir antes que el inicio de los trastornos afectivos. Para los trastornos de ansiedad, la situación resultó ser más compleja: el uso y abuso de alcohol y drogas comienza antes del inicio de la agorafobia, la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el estrés postraumático. En cambio, la fobia simple, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden al uso y abuso de sustancias. La dependencia de alcohol y otras drogas tiende a aparecer con posterioridad al inicio de todos los trastornos de ansiedad. En las mujeres, todos los trastornos mentales tienden mayormente a preceder el consumo de sustancias (57).

El riesgo poblacional de los trastornos mentales atribuible a la dependencia de alcohol y drogas fue considerable en todos los estudios. En la Ciudad de México, la dependencia de alcohol y drogas era de 2,2% y 19,9%, respectivamente, en los hombres; mientras que para las mujeres, el riesgo fue considerablemente mayor: 35,2% y 70,6%, respectivamente (57).

Entre la población mexicana estudiada, se evidenció también la notable reducción del lapso entre el consumo de la primera copa y el de la cantidad de alcohol más alta por ocasión de consumo en las cohortes de mujeres más jóvenes, identificándolas claramente como población en riesgo. Además, se demostró que cinco años después del contacto inicial con el alcohol, los bebedores de ambos sexos alcanzan su más alto nivel de consumo. Ambos hallazgos sugieren la importancia de estable-

cer programas y estrategias, tanto para la detección temprana de trastornos mentales, como para el control del consumo excesivo de alcohol entre la población más joven y particularmente en las mujeres (58).

Los resultados de los diferentes estudios del ICPE respecto a la prevalencia del uso de sustancias mostraron que el alcohol y la marihuana son las más ampliamente consumidas y que los hombres muestran niveles de prevalencia mayores que las mujeres respecto al uso de cualquier sustancia. No obstante, las prevalencias denotan grandes variaciones y las de México se destacan por ser de las menores, especialmente con respecto a sustancias ilegales (59).

Al comparar los resultados obtenidos en la Ciudad de México y los del condado de Fresno, en California, donde se estudió a la población mexicana emigrante y a la población americana de origen mexicano, se hizo evidente la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de la psicopatología y especialmente respecto al consumo de sustancias (40) (Cuadro 4). Así, los inmigrantes con menos de 13 años de estancia en los Estados Unidos, comparados con la población del Distrito Federal, mostraron una razón de 3,7 veces más de dependencia a las drogas; para los inmigrantes con más de 13 años, la razón fue de 6,6 veces más y para los mexicano-americanos, de 17,2 veces más. La prevalencia de episodios depresivos, de trastornos de ansiedad y de dependencia de alcohol de la población mexicano-americana fue de 2,0 veces más que la de la población de referencia del Distrito Federal (60).

RIESGO FAMILIAR PARA EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA

En el estudio realizado en la Ciudad de México, se estimó el riesgo para el desarrollo de psicopatología entre padres e hijos a lo largo de tres generaciones, mediante el método del "estudio de la historia familiar" (61).

Para estimar el riesgo de morbilidad entre generaciones y su interacción, se consideró si solamente hubo antecedentes de psicopatolo-

CUADRO 4. Comparación (razones) de la morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México con otras poblaciones.

Trastorno	Población inmigrante con menos de 13 años de estancia en los Estados Unidos	Población inmigrante con más de 13 años de estancia en los Estados Unidos	Población méxico-americana	Estudio Nacional de Comorbilidad (Estados Unidos)
Episodio depresivo	0,4	1,0	1,8	2,2
Trastorno afectivo	0,7	1,2	2,1	2,2
Trastorno de ansiedad	0,9	2,1	2,9	3,0
Abuso de alcohol	0,2	0,7	1,7	3,2
Dependencia de alcohol	1,0	1,3	2,2	1,8
Abuso de drogas	0,0	6,0	11,3	15,7
Dependencia de drogas	3,7	6,6	17,2	9,9
Cualquier trastorno	0,8	1,4	2,1	2,1

Nota: Los datos de este cuadro son el resultado de dividir la prevalencia encontrada en el estudio de la Ciudad de México y la prevalencia de las poblaciones referidas.

Fuentes: Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo AJ. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural mexican americans in California. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:771–778. Caraveo AJ, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*. 2002;25(2):9–15.

gía en los abuelos, en los padres o si estaban presentes en los abuelos y en los padres. La probabilidad de ser “caso” se obtuvo a partir de la razón de momios resultante de los análisis de regresión logística siguiendo tres diferentes modelos: clásico, con efectos aleatorios y con ecuaciones de estimación generalizada con varianza robusta. Se desarrollaron diferentes modelos donde se controló el efecto del sexo y la edad del probando, el sexo y la edad de los hijos, la ocupación del probando, el nivel socioeconómico familiar, el sexo de los abuelos, así como de las siguientes variables psicosociales del probando: relación de pareja, tensión laboral, total de horas a la semana de trabajo por pareja, preocupación hogar-trabajo, percepción acerca de sus familiares, percepción acerca de apoyo y ayuda, percepción de su estado de salud y aislamiento.

Con base en los resultados de los modelos más completos y la utilización de un muestreo multinominal, se calculó la probabilidad de ser “caso” y se obtuvieron las razones de prevalencia entre los “casos” y la población sin antecedentes psiquiátricos familiares. También se obtuvo la fracción atribuible de cada variable asociada significativamente con la presencia de psicopatología.

Los resultados mostraron que, en general, la fuerza de asociación para presentar psicopa-

tología es de dos a tres veces mayor cuando hay trastornos psiquiátricos en los padres (Cuadro 5). Los trastornos de ansiedad, solos o en comorbilidad con los de otro tipo, son los que conllevan mayor riesgo y los que más contribuyen a la presencia de psicopatología en los hijos (62).

El riesgo familiar para desarrollar psicopatología en la tercera generación es moderado si solo existen antecedentes entre los abuelos o en uno de los padres (razón de prevalencia de 2,9 y 2,5, respectivamente), pero se incrementa casi al doble (5,8) si hay antecedentes en las dos generaciones precedentes. No menos importantes resultaron ser las variables psicosociales que pesan en el probando, como la percepción adversa en relación con su familia de origen, cuya fracción atribuible osciló entre 2,5% y 18%, y las tensiones laborales, cuya fracción atribuible osciló entre 6% y 60% (62).

Aunque en este estudio no se hicieron análisis de segregación, los resultados acerca del riesgo familiar para desarrollar psicopatología, en principio, estarían de acuerdo con la hipótesis de que la transmisión intergeneracional sigue un modelo mixto de herencia, en particular tomando en consideración el espectro de la comorbilidad entre trastornos y el incremento en el riesgo cuando hay antecedentes en las dos generaciones previas.

CUADRO 5. Asociación^a entre antecedentes de psicopatología familiar (GEN 1 y 2)^b y psicopatología en los niños y adolescentes (GEN 3).^b

Antecedentes	RP	p	IC (95%)
Número de casos	1,0	...	...
Solo en abuelos	3,0	0,002	1,5; 5,8
Solo en el padre o la madre	2,4	0,067	0,9; 6,0
En ambos	7,8	<0,001	3,9; 15,4

^a Regresión logística con ecuaciones de estimación generalizada.

^b Generación (abuelos = GEN 1; padre o madre = GEN 2; hijos = GEN 3).

^c Sin información.

Notas: RP = Razón de probabilidades; p = Significancia estadística; IC = Intervalo de confianza. Número de observaciones = 739. Número de grupos = 419; Wald $\chi^2 = 35,26$; gl. = 3; $p < 0,001$.

Fuente: Caraveo-Anduaga J, Nicolini SH, Villa RA, Wagner EF. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2005;47(1):20–26.

A pesar de que el estudio se basa únicamente en la información obtenida de los probandos adultos, tiene menos sesgos en cuanto a búsquedas de ayuda, referencia y utilización de servicios, por comparación con estudios basados en muestras clínicas. Cabe resaltar su originalidad en cuanto a la información obtenida respecto a tres generaciones y su aportación para investigaciones familiares y genéticas acerca de los trastornos psiquiátricos que se desarrollan en la actualidad en el país, así como para el enfoque del tratamiento de las personas y de las familias que acuden a los servicios de atención.

CONSIDERACIONES FINALES EN EL INICIO DEL NUEVO SIGLO

Esta panorámica del desarrollo de la epidemiología psiquiátrica en México a lo largo de 20 años ha mostrado el paso desde los estudios descriptivos y exploratorios hasta el análisis de las asociaciones, la identificación de tendencias y la medición del riesgo, en función de diferentes variables. La comparación con los resultados de otros estudios, entre ellos los realizados en América Latina y el Caribe (63), ha mostrado semejanzas que sugieren que podrían atribuirse a factores biológicos u otras características humanas relativamente independientes de las influencias socioculturales. Sin embargo, quedó evidenciado que estas jue-

gan un papel que requiere estudiarse con más detenimiento desde el enfoque de la psicopatología del desarrollo (64, 65). Asimismo, en el caso de México, una tarea pendiente es el estudio de las comunidades rurales, puesto que la mayoría de las investigaciones han sido realizadas en poblaciones urbanas.

Finalmente, los resultados de esta revisión panorámica deben impulsar el desarrollo de proyectos orientados a la detección temprana de casos, a programas de intervención para personas con trastornos psiquiátricos de inicio temprano y al aseguramiento de la calidad de estos programas en virtud de las evidencias sobre tratamientos inadecuados. Para ello, entre otras iniciativas, se ha comenzado un programa piloto para la vigilancia de la salud mental en la infancia y adolescencia en el primer nivel de atención, con base en el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (41, 66).

REFERENCIAS

1. Cabildo HM. Panorama epidemiológico de los desórdenes psiquiátricos en la República Mexicana. *Salud Pública de México* 1971;1:53–63.
2. Caraveo AJ. Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 1982;5(1):13–19.
3. Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R. Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychological Medicine* 1977;7:529–541.

4. Wing JK, Cooper JE and Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press; 1974.
5. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
6. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Keward HG, Shepherd M. Standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive Social Medicine* 1970;24(1):18–23.
7. Campillo C, Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Martínez P. Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista Psiquiátrica Estandarizada" de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1981;27:44–53.
8. Medina-Mora ME, Padilla P, Campillo C, Mas C, Ezbán M, Caraveo-Anduaga J et al. The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine* 1983;13:355–361.
9. Caraveo-Anduaga J, González-Forteza C, Ramos L, Padilla P, Pucheu C. Confiabilidad y validez concordante del diagnóstico psiquiátrico en un estudio epidemiológico. *Rev Ciénc Bioméd* 1988; 9:51–61.
10. Sánchez-Baez JJ, Gómez EM, Padilla GP. La entrevista psiquiátrica modificada: estudio de confiabilidad. *Salud Pública de México* 1989;31(4): 519–529.
11. Padilla GP, Peláez O. Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental* 1985;8(3):66–72.
12. Martínez P, Medina-Mora ME, Padilla P, Caraveo-Anduaga J, Campillo C. Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada. *Salud Pública de México* 1983;25(6): 612–619.
13. Caraveo-Anduaga J, González-Forteza C, Ramos L, Mendoza AP. Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México* 1986;28(5):504–514.
14. Caraveo-Anduaga J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población Mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; Suppl(1):8–13.
15. Martínez P, Medina-Mora ME, Campillo C. Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. *Salud Mental* 1984;7(3): 63–67.
16. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. La salud mental en México. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1997.
17. Caraveo-Anduaga J, Calatayud A, López S. Evaluación de la salud mental ocupacional. *Salud Pública de México* 1985;27(5):391–401.
18. Tapia R, Sepúlveda-Amor J, Medina-Mora ME, Caraveo-Anduaga J, de La Fuente JR. Prevalencia del síndrome de estrés posttraumático en la población sobreviviente a un desastre natural. *Salud Pública de México* 1987;29(5):406–411.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
20. Caraveo AJ, Ramos LL, Villatoro VJ. Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la ciudad de México. En: Bruno L, Moisés G, eds. *Las consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana*. Chicago: Centro de la Familia Hispánica; 1989.
21. Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, Martínez NA, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996;19(3):14–21.
22. Giel R., de Arango MV, Climent C, Harding TW, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 1981;68(5):677–683.
23. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Tapia CR, Rascón ML, Gómez M, Villatoro J. Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatría* 1993;9:137–151.
24. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, Rascón ML. La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental* 1994;17(2):56–60.
25. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, Rascón ML, Martínez VA. El consumo de alcohol como factor de riesgo asociado a desórdenes psíquicos en los niños. *Salud Mental* 1995;18(2): 18–24.
26. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia ER, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana. Resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1992;3:48–55.
27. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Maldonado M, Bautista E. Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican Village. *Health & Social Work* 1998;23(4):249–264.
28. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health—Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry* 1981;38:381–389.
29. González-Forteza C, Caraveo AJ, Gutiérrez Calderón E, Aretia-Pulgar A. DIS: Validez de procedimiento y adaptaciones al instrumento. Experiencia en México. *Psicopatología* 1993;13(3): 91–100.
30. Caraveo-Anduaga J, González-Forteza C, Ramos L. Concurrent validity of the DIS: Experience

- with psychiatric patients in Mexico City. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 1991; 13(1): 63-77.
31. Robins LN, Wing JK, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:1069-1077.
 32. García A, Caraveo AJ. Somatización y diagnósticos psiquiátricos en primer nivel de atención médica. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993;4:102-110.
 33. Caraveo-Anduaga J, Martínez N, Saldívar G, López JL, Saltijeral MT. Performance of the GHQ-12 in relation to current and lifetime CIDI psychiatric diagnoses. *Salud Mental* 1998;21(4): 1-11.
 34. Más C, Caraveo AJ. Resultados preliminares del estudio de un grupo de Neuróticos Anónimos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993;4:180-183.
 35. Gater R, de Almeida E, Sousa B, Barrientos G, Caraveo AJ, Chandrashekar CR et al. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine* 1991;21:761-774.
 36. Caraveo AJ, Mas CC. Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México* 1990;32:523-531.
 37. Más CC, Caraveo AJ. La medicina folklórica en un estudio sobre la salud mental. *Interamerican Journal of Psychology* 1991;25(2):147-160.
 38. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8.
 39. Caraveo AJ, Martínez N, Rivera E. Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental* 1998;21(1):48-57.
 40. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo AJ. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural mexican americans in California. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:771-778.
 41. Caraveo AJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. *Salud Mental* 2006;29(6):65-72.
 42. Caraveo-Anduaga J. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30(1):48-55.
 43. Gómez EM, Rico DH, Caraveo AJ, Guerrero CG. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993;4:204-208.
 44. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, López-Lugo EK, Martínez VA. Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México* 1995;37(5):445-451.
 45. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alegría M, Andrade L, Bijl R, Caraveo AJ et al. The international consortium in psychiatric epidemiology. *Psychiatrie Ciso* 2000;1:15-20.
 46. Caraveo A, Colmenares BE, Saldívar HG. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad en la vida. *Salud Mental* 1999;22 (número especial):62-67.
 47. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo AJ et al. Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica* 2001;32(suppl. 2):62-79.
 48. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Berglund PA, Caraveo AJ, Dewit DJ, Greenfield SF et al. Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. *Archives of General Psychiatry* 2001;58:1065-1071.
 49. Caraveo AJ, Martínez VN, Rivera GB, Vargas AL, Polo DA. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental* 1997;20(supl 2):5-23.
 50. Caraveo AJ. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999; 22(1):7-17.
 51. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental* 1999;22 (número especial):68-74.
 52. Salgado de Snyder VN. Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental* 1996;(supl abril):53-59.
 53. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Ojeda VD. The prevalence of nervios and associated symptomatology among inhabitants of Mexican Rural Communities. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2000;24(4):453-470.
 54. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(4):413-426.
 55. Andrade L, Caraveo AJ, Berglund P, Bijl R, De Graaf R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003;12(1):3-21.
 56. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swedsen JD, Aguilar-Gaxiola S et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 1998;23(6):893-907.
 57. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo AJ et al. Cross-national comparisons of comorbidities between substance use

- disorders and mental disorders: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. En: Bukoski & Sloboda, eds. *Handbook for Drug Abuse Prevention Theory, Science and Practice*. New York: Plenum Pub; 2003.
58. Caraveo AJ, Colmenares E, Saldívar G. Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. *Salud Pública de México* 1999;41(3):177–188.
 59. Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijil R et al. Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Drug & Alcohol Dependence* 2002;68: 285–297.
 60. Caraveo AJ, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*. 2002; 25(2):9–15.
 61. Caraveo-Anduaga J, Nicolini SH, Villa RA, Wagner EF. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2005;47(1):20–26.
 62. Caraveo-Anduaga J. Determinación del riesgo familiar para desarrollar psicopatología. Un estudio epidemiológico [Tesis Doctoral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
 63. Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Anduaga J, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; 18(4/5):229–240.
 64. Rutter M. Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:486–495.
 65. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006;45(1):8–25.
 66. Caraveo-Anduaga J. Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. *Salud Mental* 2007;30(2):42–49.

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS Y ADULTOS DE PUERTO RICO: LO QUE HEMOS APRENDIDO Y LO QUE FALTA POR APRENDER

Glorisa Canino¹

INTRODUCCIÓN

Los estudios de epidemiología psiquiátrica realizados en niños y adultos de Puerto Rico demuestran que si se emplean métodos adaptados culturalmente, contrariamente a lo que se creía con anterioridad, las tasas de la mayoría de los trastornos psiquiátricos de los puertorriqueños que viven en la isla no son más altas que las de otros grupos étnicos que viven en los Estados Unidos.

Desde los años ochenta, se han realizado numerosos estudios de epidemiología psiquiátrica en Puerto Rico, entre ellos cuatro estudios poblacionales de adultos y cuatro de niños, de los que se hablará más adelante. El estudio más reciente se terminó en 2004 y está aún en fase de análisis.

Los estudios se han dividido por grupos, dadas las diferencias existentes en cuanto a la evaluación de los trastornos psiquiátricos. En todos los estudios de niños se empleó de ma-

nera sistemática el mismo instrumento de medición de trastornos: la Entrevista Diagnóstica para Niños (*Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC*) modificada, con objeto de ajustarla a los cambios introducidos con el transcurso del tiempo en la nosología psiquiátrica del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*).

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN ADULTOS

Primer grupo: estudios de las décadas de 1960 y 1970

Los primeros estudios de epidemiología psiquiátrica en adultos realizados durante los años sesenta y setenta en la isla (1) y en los Estados Unidos (2-5) demostraron que los puertorriqueños presentaban niveles más altos de síntomas psiquiátricos que otros estadounidenses, y que las tasas de enfermedades mentales eran excepcionalmente altas. Diversos investigadores cuestionaron estas interpretaciones y algunos objetaron que los instrumentos empleados medían primordialmente el malestar y que no se habían vinculado de forma

¹ Instituto de Investigación en Ciencias de la Conducta, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

Nota: Este trabajo contó con el apoyo financiero del Centro Nacional de la Salud de las Minorías y Disparidades en Salud (subvención No. P20 MD000537-01).

explícita a sistemas de diagnóstico específicos, y además, que la fiabilidad y la pertinencia cultural de los mismos no habían sido evaluadas expresamente para la población puertorriqueña (6). Otros investigadores argumentaron que los elevados niveles de síntomas psiquiátricos manifestados por los puertorriqueños podrían deberse a ciertos estilos de respuesta cultural relacionados con las conveniencias sociales, o a expresiones culturalmente significativas de malestar, tales como los “ataques de nervios”, que configuraban las respuestas a las entrevistas de investigación realizadas en esta población (7). Esta discusión se mantuvo hasta que la segunda generación de estudios dio respuesta a muchas de estas cuestiones.

Segundo grupo: estudios de la década de 1980

Estos estudios de epidemiología psiquiátrica en puertorriqueños insulares adultos a fines de 1980 emularon los métodos de los estudios del Área de Captación Epidemiológica (ACE) (8). Surgieron como resultado de la elaboración de una nosología psiquiátrica descriptiva, tal como ejemplifica la tercera revisión del DSM III (9), que permitió la operacionalización y normalización de los trastornos psiquiátricos para finalidades de investigación. Se elaboró un formulario con una nueva estructura de evaluación: el Formulario de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS) (10), con un diseño que permitiera ser administrado por personal no clínico. El formulario permitía calcular la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en grandes estudios poblacionales mediante el uso de algoritmos calificados por computadora y basados en los criterios del DSM III. El DIS fue traducido y adaptado para su uso entre la población puertorriqueña mediante el empleo de métodos de varias fases, con objeto de lograr la equivalencia transcultural (11). Mediante pruebas repetidas, se establecieron la fiabilidad y la concordancia del DIS con el diagnóstico clínico (12) y se obtuvieron resultados similares a los de la versión en inglés de los instrumentos.

La disponibilidad del DIS y la posibilidad de comparar los datos de Puerto Rico con los

obtenidos en el programa del ACE en diversos sitios de los Estados Unidos inspiraron la primera gran encuesta epidemiológica de los trastornos mentales en adultos llevada a cabo en toda la isla. Durante 1984 se administró la versión en español del DIS a una muestra probabilística ($N = 1.513$) de la población adulta de la isla de 18 a 64 años de edad (Cuadro 1). Los resultados de esta primera encuesta indicaron que, a excepción del trastorno de somatización y el deterioro cognoscitivo, que fueron mayores en Puerto Rico, las tasas de prevalencia observadas fueron similares a las obtenidas en los estudios del ACE de los Estados Unidos (28,1% presentaba un trastorno detectado mediante el DIS a lo largo de la vida; 16,0% en los últimos seis meses) (12).

El deterioro cognoscitivo resultó ser considerablemente más prevalente en la isla que en las cinco comunidades del ACE. El análisis posterior de estas diferencias reveló que existía un cierto sesgo en la medición del deterioro cognoscitivo mediante el Minixamen del Estado Mental en las personas con un nivel educativo de octavo grado o inferior (13), y que los valores discriminatorios publicados no eran apropiados para determinar el deterioro cognoscitivo grave en la isla. Se recomendó un valor discriminatorio de 16 en vez de 12 para la población puertorriqueña, con lo que se obtuvieron tasas inferiores del trastorno.

También se observó que el trastorno de somatización y los síntomas somáticos eran más prevalentes en la isla que en otras comunidades de los Estados Unidos. Dado que incluso en los países más desarrollados las personas procedentes de entornos socioeconómicos pobres que presentaban un trastorno psiquiátrico tenían mayores probabilidades de presentar síntomas somáticos que las que procedían de entornos más favorables, la tendencia a “somatizar”, en lugar de “psicologizar”, había sido considerada en gran parte como el resultado de los factores socioeconómicos. Esta asociación con los factores sociodemográficos se confirmó en el estudio de Puerto Rico (14–15). Sin embargo, el mayor promedio de síntomas somáticos en Puerto Rico que en otros grupos étnicos de los Estados Unidos no podía expli-

CUADRO 1. Prevalencia de los trastornos mentales en Puerto Rico.

Trastorno	Prevalencia de vida			Prevalencia en los últimos seis meses		
	Ponderada			Ponderada		
	No.	Promedio	EE	No.	Promedio	EE
Cualquier trastorno	438	28,1	(1,4)	254	16,0	(1,1)
Trastorno afectivo	137	7,9	(0,7)	55	2,9	(0,5)
Episodio maniaco	8	0,5	(0,2)	6	0,3	(0,2)
Episodio depresivo mayor	79	4,6	(0,6)	54	3,0	(0,5)
Distimia	82	4,7	(0,6)	... ^a	...	...
Cualquier trastorno	218	13,6	(1,0)	124	7,5	(0,7)
Fobia	198	12,2	(0,9)	104	6,3	(0,7)
Social	25	1,6	(0,4)	18	1,1	(0,3)
Simple	146	8,6	(0,8)	77	4,4	(0,6)
Agorafobia	112	6,9	(0,7)	61	3,9	(0,5)
Pánico	28	1,7	(0,4)	16	1,1	(0,3)
Obsesivo-compulsivo	46	3,2	(0,5)	28	1,8	(0,4)
Trastorno de somatización	12	0,7	(0,2)	12	0,7	(0,2)
Esquizofrenia	27	1,8	(0,4)	26	1,7	(0,4)
Esquizofrenia	24	1,6	(0,4)	23	1,5	(0,4)
Trastorno esquizofreniforme	4	0,2	(0,1)	3	0,2	(0,1)
Abuso/dependencia de alcohol	183	12,6	(0,9)	73	4,9	(0,6)
Abuso	67	4,4	(0,5)	29	2,1	(0,3)
Dependencia	18	1,2	(0,3)	3	0,1	(0,1)
Abuso y dependencia	98	7,0	(0,8)	41	2,7	(0,5)
Disfunción psico-sexual	440	26,3	(1,2)	...	...	...
Discapacidad cognitiva (severa)	41	3,0	(0,7)	41	3,0	(0,7)

^a Sin información.

Notas: La prevalencia de los trastornos se determinó mediante la Entrevista Diagnóstica Programada (DIS/DSM-III); tamaño de la muestra no ponderada = 1.513 (promedio de edad de 18 a 64 años). Excluye abuso y dependencia de drogas, personalidad antisocial y anorexia nerviosa. No incluye los índices de prevalencia en los últimos seis meses para distimia y disfunción psicosexual por no existir sondeos recientes para estos diagnósticos. EE = error estándar.

carse exclusivamente por las diferencias de edad, sexo, nivel educativo y número de personas en el hogar. La diferencia seguía siendo significativa incluso después de tener en cuenta estadísticamente las diferencias de las muestras en cuanto a edad, sexo y nivel educativo (14). Las investigaciones previas de estos resultados revelaron que esta tendencia a la somatización por parte de los puertorriqueños no correspondía con lo que generalmente se había considerado como una tendencia a expresar los síntomas depresivos mediante síntomas somáticos (16).

A partir de los datos de 1984 sobre los síntomas de la muestra probabilística de adultos residentes en Puerto Rico, se agruparon los elementos asociados con los diagnósticos de trastornos afectivos, abuso y dependencia de alcohol, trastorno fóbico, trastorno psicótico y somatización (16). Se replicó la estructura fac-

torial de estas escalas en tres muestras probabilísticas del estudio del ACE de Los Ángeles: una compuesta por mexicano-estadounidenses inmigrantes, otra por nativos mexicano-estadounidenses y la tercera por blancos no hispanos (Cuadro 2). En las tres muestras se produjeron cuatro de las escalas; sin embargo, solo en la muestra de Puerto Rico se formó la escala correspondiente a la somatización. Las escalas de depresión y somatización formadas mediante los análisis factoriales estaban separadas y no contenían elementos superpuestos, lo que indicaba que tanto los síntomas depresivos como los de somatización constituyen conceptos separados y diferenciados.

Existía la posibilidad de que los puertorriqueños notificaran más síntomas psíquicos, aunque las tasas de todos los trastornos no fueran mayores. Por esta razón, se realizaron análisis detallados con el objeto de comparar las

CUADRO 2. Porcentaje de personas entre 18 y 64 años de edad que alcanzaron los criterios de la Entrevista Diagnóstica Programada para diagnóstico de vida en la muestra de Puerto Rico y en las tres muestras de Los Ángeles.

Diagnóstico	Puertorriqueños (N = 1.505)		Inmigrantes mexicano- estadounidenses en Los Ángeles (N = 610)		Nativos mexicano- estadounidenses en Los Ángeles (N = 488)		Blancos no-hispanos en Los Ángeles (N = 1.092)	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos afectivos	9,6	0,7	5,6	1,2 ^a	12,5	1,5	14,1	1,0 ^a
Abuso y dependencia de alcohol	12,2	0,8	14,4	1,7	24,0	2,2 ^a	17,6	1,4
Trastorno fóbico	13,1	0,9	10,0	1,2 ^b	17,6	2,2	12,0	0,9
Trastorno psicótico	2,1	0,4	0,6	0,3 ^a	0,4	0,3 ^a	1,4	0,4
Somatización	0,7	0,2	0,0	... ^c	0,0	... ^c	0,0	... ^c

^a La prueba Z que comparó el grupo de Los Ángeles y el de Puerto Rico era significativa: $p < ,01$.

^b La prueba Z que comparó el grupo de Los Ángeles y el de Puerto Rico era significativa: $p < ,05$.

^c No pudieron ser computados porque los índices de la muestra de Los Ángeles equivalen a cero.

Nota: EE = error estándar.

tasas de prevalencia y los niveles de síntomas entre la muestra de Puerto Rico y la del ACE de Los Ángeles. Se efectuaron ajustes estadísticos para diversas variables demográficas, como el nivel educativo, la edad, el sexo y el número de adultos en el hogar (17). Se observó que los puertorriqueños presentaban más trastornos de somatización, pero menos trastornos afectivos y relacionados con el alcohol que los mexicano-estadounidenses o los blancos no-hispanos nacidos en los Estados Unidos. No se pudo demostrar que existieran más problemas psicopatológicos entre los puertorriqueños cuando se tuvieron en cuenta los recuentos de síntomas. Las únicas excepciones fueron los síntomas de somatización, que eran más prevalentes en los puertorriqueños que en los otros grupos étnicos, y los síntomas psicóticos, que eran menos prevalentes.

Al analizar el factor de somatización, se observó una agrupación de síntomas que describían los "ataques de nervios", categoría popular de malestar caracterizada por temblores, palpitaciones, sensación de calor en el pecho que sube a la cabeza, debilidad y episodios similares a las crisis convulsivas. Se creó una escala para medir esta categoría popular de malestar. Para ello, se utilizaron 12 de los síntomas relevantes de la sección del DIS correspondiente a la somatización (18) y se observó

que aproximadamente 23% de la población adulta de Puerto Rico se ajustaba a la categoría de "ataques de nervios" descrita en la escala. Como consecuencia de estos análisis, en la encuesta de 1987 se agregó una pregunta al DIS con objeto de evaluar directamente la presencia y gravedad de los "ataques de nervios". El 16% de la población notificó haber experimentado un "ataque" a lo largo de la vida y 12% notificó que el "ataque" había sido lo bastante grave como para consultar a un médico u otro profesional, tomar medicamentos o experimentar un deterioro en el desempeño diario (19). Entre los síntomas habituales que describían el "ataque de nervios" se mencionaban gritar incontrolablemente, ponerse nervioso, temblar, romper cosas, ponerse histérico, desmayarse o perder el conocimiento, la agresividad y la desesperación. Se observó que las personas que notificaron la ocurrencia de un "ataque" tenían mayores probabilidades de ser mujeres y de alcanzar los criterios de trastorno depresivo o de ansiedad (63% de las personas que sufrían ataques).

En 1985, las lluvias torrenciales provocaron extensos y catastróficos aluviones de barro que dejaron un rastro de 180 muertos y afectaron la vida de miles de personas. Con objeto de comprobar las secuelas psicológicas de la catástrofe, se entrevistó a 912 adultos (20) em-

pleando la versión en español del DIS (21). Un total de 375 personas entrevistadas en 1984 y 1987 constituyeron la muestra prospectiva del grupo estudiado.

Los resultados de los datos retrospectivos indicaron que la depresión, la ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático eran más frecuentes entre las personas afectadas por la catástrofe (20). Además, notificaron un peor estado de salud, sentimientos de agobio ante los problemas y un mayor uso de los servicios de salud. Se observó que tanto los síntomas somáticos como los depresivos eran una clara consecuencia de la catástrofe (22). Esta morbilidad psiquiátrica no podía explicarse por las variables intermediarias o los factores de riesgo conocidos, tales como el sexo, la edad, el nivel educativo y los síntomas previos.

Los resultados de la encuesta de 1987 mostraron tasas similares de trastornos de personalidad antisocial y de ansiedad generalizada tanto en Puerto Rico como en el ACE. Sin embargo, en Puerto Rico se observaron tasas considerablemente inferiores de prevalencia de vida de consumo ilícito de drogas (8,2%) y de abuso y dependencia de drogas (1,2%), por comparación con los cálculos correspondientes de las encuestas del ACE (30,4% y 8,0%, respectivamente) (23). Las tasas inferiores de consumo y abuso de drogas en Puerto Rico eran similares a las observadas en otras poblaciones hispanas de los Estados Unidos y América del Sur (24–25). Datos más recientes han confirmado los resultados de estudios anteriores y han mostrado que los latinos nacidos fuera de los Estados Unidos presentan tasas inferiores de abuso y dependencia de sustancias psicotrópicas que los nacidos en los Estados Unidos (26–28).

Tercer grupo: estudios de la década de 1990

Los estudios llevados a cabo durante los años noventa emplearon un nuevo formulario de entrevista internacional psiquiátrica: la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*,

CIDI), con objeto de generar diagnósticos del DSM IV (29). La traducción de la CIDI al español (30), así como la puesta a prueba de sus propiedades psicométricas (31–32), permitió un estudio sobre el abuso y la dependencia de sustancias psicotrópicas entre los adolescentes mayores y la población adulta de Puerto Rico. Los resultados de los análisis comparativos llevados a cabo con la cohorte más joven del estudio (15–18 años de edad) (Cuadro 3) confirmaron los resultados de 1987. Aunque la prevalencia de vida del abuso y la dependencia de drogas fue el doble de la obtenida en la encuesta de 1987, dirigida a adultos mayores (4,1%), esta tasa fue significativamente inferior a la obtenida en una muestra equivalente de adultos jóvenes de los Estados Unidos (6,2%) (33). En Puerto Rico, la prevalencia del consumo de drogas fue de 7,4% y en los Estados Unidos, de 14,7%. Las tasas de consumo y de abuso y dependencia del alcohol entre la población adulta joven fueron también mayores en los Estados Unidos que en Puerto Rico. Entre los consumidores de alcohol a lo largo de la vida, las probabilidades de que los adultos jóvenes adquirieran dependencia, o sufrieran una dependencia no diagnosticada, eran mucho menores en Puerto Rico que en los Estados Unidos, lo que indica que las consecuencias relacionadas con el alcohol podían ser más graves para los bebedores de los Estados Unidos que para los de Puerto Rico.

La CIDI también utilizó el estudio prospectivo sobre pautas de utilización de los servicios de salud mental entre la población pobre de Puerto Rico (34), donde se describió la repercusión de la atención integrada sobre la probabilidad de utilización de los ambulatorios y el grado de uso de los servicios de salud mental por parte de la población puertorriqueña. Se pudo emplear un diseño cuasi experimental, dado que se disponía de información de referencia sobre la utilización de los servicios procedente de dos procesos previos de recopilación de datos (35) llevados a cabo antes de la reforma sanitaria, que transformó el sistema público de salud de la isla en un sistema de atención integrada. En el primer estudio se

CUADRO 3. Prevalencia de vida y en el último año del uso de sustancias y el trastorno por uso de sustancias en la muestra total, y categorías diagnósticas entre usuarios de Puerto Rico y los Estados Unidos.

	Puerto Rico (Ponderado N = 922)		Estados Unidos (Ponderado N = 888)	
	%	EE	%	EE
En el total simple				
Uso de alcohol en toda la vida ^a	31,7	2,3	38,6	2,4
Abuso o dependencia del alcohol en toda la vida	6,4	1,1	9,7	1,4
Uso de alcohol en el último año	20,8	2,0	12,9	1,8
Uso de drogas en toda la vida ^b	7,4	1,4	14,7	2,0
Abuso o dependencia de drogas en toda la vida	4,1	1,1	6,2	1,5
Uso de drogas en el último año	5,5	1,2	11,9	2,0
Entre usuarios de alcohol en toda la vida				
Uso sin síntomas	43,8	4,1	49,7	4,0
Síntomas de dependencia, sin diagnóstico	36,2	4,3	20,0	3,3
Diagnóstico de abuso	16,0	3,2	10,5	2,2
Diagnóstico de dependencia	4,1	1,5	19,8	2,9
Diagnóstico de abuso o dependencia	20,0	3,3	30,3	3,3
Entre usuarios de alcohol en el último año				
Uso sin síntomas	29,6	4,5	35,0	5,4
1 ó 2 síntomas de dependencia, sin diagnóstico	46,8	5,2	22,9	7,6
Diagnóstico de abuso	17,4	4,0	28,4	6,0
Diagnóstico de dependencia	6,2	2,3	13,7	5,5
Diagnóstico de abuso o dependencia	23,7	4,3	42,1	7,0
Entre usuarios de drogas en toda la vida				
Uso sin síntomas	23,3	9,0	38,3	6,7
Síntomas de dependencia, sin diagnóstico	27,0	9,0	16,2	5,6
Diagnóstico de abuso	29,5	10,9	10,5	4,1
Diagnóstico de dependencia	20,2	5,8	35,0	7,7
Diagnóstico de abuso o dependencia	49,7	10,3	45,5	7,0
Entre usuarios de drogas en el último año				
Uso sin síntomas	19,0	6,6	42,2	8,2
Uno o dos síntomas de dependencia, sin diagnóstico	25,7	7,6	18,4	6,8
Diagnóstico de abuso	38,8	12,4	23,5	6,6
Diagnóstico de dependencia	16,5	5,6	15,8	7,4
Diagnóstico de abuso o dependencia	55,3	9,7	39,3	8,2

^a Ha consumido doce o más tragos en un año.

^b Ha consumido por lo menos una droga cinco veces o más.

Nota: EE = error estándar.

observó que durante el último año solo 32% de la población que necesitaba servicios de salud mental había sido atendida (35). De este porcentaje, 21,8% había recibido atención en el sector general de salud y 17,9% en el sector especializado de salud mental.

A este primer proceso de recopilación de datos le siguieron dos más, con posterioridad a la introducción del sistema de atención integrada en algunos municipios de la isla. Los resultados mostraron que la introducción de la atención integrada en la isla mejoró el acceso a los servicios de salud mental, en particular el

acceso al sector especializado por parte de la población con recursos económicos, aunque no mejoró el acceso de la población con escasos recursos (34). En las áreas no reformadas, la utilización disminuyó por parte de la población con recursos y se mantuvo igual en la población económicamente desfavorecida. En otros análisis de los mismos datos, Alegría y colaboradores (36) observaron que la transformación en un sistema de atención integrada no redistribuyó los servicios de salud mental de forma que mejorara el acceso de los necesitados. La conclusión de estos análisis fue que el

paso de una atención regulada por el sector público a una atención integrada privada no logró una mejor asignación de recursos que adoptara un criterio de distribución según las necesidades, ni mejoró el acceso a la asistencia de la población económicamente desfavorecida de Puerto Rico que requería servicios de salud mental.

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS

Introducción

Puerto Rico no disponía de datos epidemiológicos previos sobre trastornos mentales, y los datos procedentes de los Estados Unidos no incluían el número suficiente de niños latinos como para permitir el desglose del subgrupo étnico latino, por lo que existía un escaso conocimiento de la epidemiología de los problemas psicopatológicos infantiles. Se habían llevado a cabo estudios internacionales en Canadá, Nueva Zelanda, Inglaterra y Alemania que utilizaban la Clasificación Internacional de Enfermedades o bien el DSM III (revisado) (37–39). En aquel momento (y en la actualidad), el estudio epidemiológico de los trastornos en niños se veía entorpecido por algunos problemas metodológicos que hacían que la definición de un caso resultara difícil y polémica. En primer lugar, existía (y todavía existe) una falta de consenso en cuanto a la definición más válida de trastorno y cierta incertidumbre en cuanto al punto del proceso en que se debe empezar a considerar un comportamiento como patológico (véase la referencia 40 para un mayor análisis). En segundo lugar, la investigación a partir de los entrevistados (niño, padre y profesor) había mostrado (y todavía muestra), sistemáticamente, un bajo nivel de concordancia entre ellos (41–42). El procedimiento empleado para integrar esta información con el objeto de proporcionar instrumentos de medición fiables y válidos sigue siendo un tema controvertido (43–44). Los cuatro estudios de epidemiología psiquiátrica en los niños de la isla también se llevaron a cabo en este contexto.

El primer estudio

El primer estudio de epidemiología psiquiátrica a escala insular se llevó a cabo en 1985 en una muestra probabilística de la población puertorriqueña de 4 a 17 años de edad. Se empleó la Lista de Verificación del Comportamiento Infantil (*Child Behavior Check List*, CBCL) (45) como instrumento de tamizaje para determinar los problemas emocionales y conductuales. Los niños que obtuvieron puntuaciones de la CBCL por encima del valor discriminatorio publicado fueron evaluados, en una segunda fase, por psiquiatras infantiles autóctonos acreditados. Con el propósito de estructurar la entrevista se utilizaron las versiones para padres y niños del DISC. Las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos se basaron en el juicio clínico de estos médicos, que a su vez se apoyaban en el DSM III y en la administración de una escala de medición del deterioro llamada Escala de Evaluación General para Niños (*Children's Global Assessment Scale*, C-GAS) (46). Se evaluó la fiabilidad de estos clínicos en su tarea de administrar la entrevista y la C-GAS (47).

La CBCL fue traducida y adaptada. Se utilizó el mismo procedimiento de traducción y adaptación empleado para los instrumentos de medición dirigidos a adultos (DIS y CIDI) y se probaron sus propiedades psicométricas para la población de niños del país. Los resultados mostraron propiedades psicométricas similares a las de la versión en inglés (48–49). La muestra para la encuesta se basó en la muestra probabilística agrupada de la encuesta dirigida a adultos (12). De este modo, al utilizar una muestra que contenía la evaluación psiquiátrica de un adulto, se realizaron análisis posteriores para estudiar la asociación entre la psicopatología de los padres y la de los niños (50, 51).

Los resultados de esta encuesta mostraron que 49,5% de la población cumplía los criterios del DSM III si no se tenía en cuenta el deterioro funcional (48). Sin embargo, los análisis posteriores de estos datos demostraron que muchos de estos niños que satisfacían los criterios diagnósticos actuaban dentro de parámetros

normales y los clínicos, profesores o padres no consideraban que requirieran atención (46, 52). Las tasas de prevalencia disminuyeron hasta 17% cuando, para definir un caso, además de un diagnóstico del DSM, se requería la presencia de un deterioro entre moderado y grave según la evaluación de la C-GAS. Los resultados de este estudio (al igual que cuando fueron reproducidos en el siguiente estudio realizado en la isla) demostraron que el DSM era excesivamente incluyente cuando se lo utilizaba para clasificar a los niños y que por lo tanto era necesario revisar la nosología (53).

Otro hallazgo importante era que los correlatos del trastorno en Puerto Rico resultaron similares a los de otros estudios internacionales (54) y que solo se daba atención a una proporción muy pequeña de los niños que se consideraba requerían los servicios de salud mental (23%) (55). Aunque las tasas de los trastornos específicos fueron similares a las obtenidas en otros estudios internacionales, las tasas del trastorno de conducta (1,5%) fueron significativamente inferiores (5% a 7%) (véase la referencia 56 para un mayor análisis).

El segundo estudio

En la década de 1990 se llevó a cabo un estudio transversal probabilístico de base poblacional sobre los trastornos psiquiátricos en niños en la zona metropolitana de San Juan de Puerto Rico y en tres ciudades de los Estados Unidos. Este estudio, llamado Métodos para la Epidemiología de los Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes (*Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders, MECA*), tuvo como meta principal la elaboración de métodos e instrumentos de medición destinados a los estudios epidemiológicos en niños (57). Permitió la traducción y adaptación de algunos importantes instrumentos de medición epidemiológica tales como el DISC, recientemente modificado y la Entrevista sobre la Utilización de Servicios y Factores de Riesgo (*Surveillance of Risk Factors, SURF*). También permitió la comparación de las propiedades psicométricas de estos instrumentos de medición en sus versio-

nes en inglés y en español (58–59). Los resultados de la evaluación psicométrica indicaron que el DISC en español, basado en el DSM III-R, era comparable a la versión en inglés en cuanto a su fiabilidad en pruebas repetidas y a su concordancia con el diagnóstico clínico (58, 60). La comparación de las versiones en español y en inglés del SURF también proporcionó resultados similares (61–63).

Los resultados obtenidos al comparar las tasas de los trastornos psiquiátricos entre los sitios insulares y los Estados Unidos fueron similares a los obtenidos en la primera encuesta a escala insular (52), ya que las tasas de trastornos psiquiátricos definidos en el DSM III-R fueron muy elevadas en todos los sitios (alrededor de 49%) y fue preciso agregar el deterioro funcional a la definición de caso con el objeto de identificar determinados casos (58). Como consecuencia de estos resultados, el DSM IV incorporó un criterio más para la mayor parte de los trastornos psiquiátricos en niños, por el cual se requería que el niño presentara un sustancial deterioro de su desempeño en la escuela, en la familia o con sus compañeros.

Los resultados del estudio MECA (Cuadro 4) también indicaron que, aunque la tasa general de prevalencia de los trastornos era similar en los cuatro sitios, las tasas de trastorno de conducta y de comportamiento antisocial fueron significativamente inferiores en Puerto Rico (64). Dado que el estudio fue transversal, no se pudo establecer una relación de causalidad; sin embargo, los resultados indicaron que en la isla los lazos familiares íntimos parecían actuar como protectores frente a los trastornos de conducta antisocial y de comportamiento perturbador en niños.

El tercer estudio

En el tercer estudio, realizado entre enero de 1999 y diciembre de 2000, se extrajeron dos muestras representativas de los niños de 4 a 17 años de edad de la isla: una muestra poblacional (N = 1.897) y otra de todos los niños que eran atendidos en los servicios de salud mental del sector público (N = 751) (Cuadro 5). Se

CUADRO 4. Prevalencia de la conducta antisocial en cuatro grupos étnicos, según el estudio MECA.

Categorías CAS	Puertorriqueños insulares (N = 301) (%)	Hispanícos continentales (N = 52) (%)	Afro- americanos (N = 189) (%)	No-hispanícos, no-afro americanos continentales (N = 668) (%)	Total (N = 1.210) (%)
Trastorno de conducta ^a	4,1	5,8	9,9 ^b	5,4	5,8
Trastorno negativista desafiante ^b	3,0	9,6 ^a	9,1 ^c	8,0 ^c	7,0
Nivel 0 ^c	60,1	26,9 ^c	39,2 ^c	39,7 ^c	44,1
Nivel 1 ^b	15,9	26,9 ^a	15,9	22,5 ^b	20,0
Nivel 2	6,3	5,8	6,9	6,4	6,4
Nivel 3 ^c	12,6	28,8 ^c	28,0 ^c	25,3 ^c	22,7
Nivel 4 ^b	4,3	11,5 ^a	8,5	4,3	5,3
Nivel 5	0,7	0,0	1,6	1,8	1,4
Niveles 2, 3, 4, 5 ^c	23,9	46,2 ^c	45,0 ^c	37,9 ^c	35,9
Niveles 3, 4, 5 ^c	17,6	40,4 ^c	38,1 ^c	31,4 ^c	29,4

^a $p < ,10$.^b $p < ,05$.^c $p < ,01$.

Notas: N (tamaño de muestra efectiva) varió ligeramente en cada categoría/grupo étnico debido a variaciones en los datos de la misión. Los niveles de importancia en las categorías de conducta antisocial (CAS) se refieren a las diferencias entre todos los grupos; los niveles de importancia en cada uno de los grupos étnicos se refieren a comparaciones entre puertorriqueños y cada uno de los otros grupos. En general, el valor p para nivel según grupo étnico es $< ,01$. Nivel 0: porcentaje de niños en cada grupo que no presenta conducta antisocial.

comprobó la utilidad de la versión en español del DISC basada en el DSM IV (que requería la presencia de deterioro funcional para la mayoría de los trastornos) entre la población puertorriqueña (65). En dos procesos sucesivos de recopilación de datos, se realizaron entrevistas a los cuidadores principales y a los niños de 10 años de edad o más, por medio del DISC IV y de otros instrumentos de medición de factores de riesgo.

Los resultados de este estudio indicaron que 16,4% de la población satisfacía los criterios de un trastorno definido en el DSM IV y 6,9% presentaba un trastorno emocional grave (TEG), es decir, cumplía los criterios de un trastorno y presentaba un deterioro sustancial del desempeño (C-GAS < 69) (66).

Una vez más, las tasas de trastorno de conducta en el último año fueron muy bajas (1,4%), así como las de abuso y dependencia de sustancias psicotrópicas (1,7%), por comparación con una encuesta epidemiológica basada en el DSM IV llevada a cabo en la región de las *Smokey Mountains* de Carolina del Sur (67). Aunque el estudio de Carolina del Sur no empleó el mismo instrumento de evaluación de los trastornos psiquiátricos y el intervalo

de edades era diferente, cuando se efectuaron análisis especiales con objeto de equiparar los intervalos de edades de la población las tasas generales de los trastornos fueron muy similares a las obtenidas en el estudio de Puerto Rico (17,7% en Carolina del Sur y 17,3% en Puerto Rico) (66). Cuando se realizaron análisis comparativos de las tasas de depresión entre los adolescentes de Puerto Rico y de otras partes del mundo, las tasas correspondientes al trastorno depresivo mayor en la isla (5,8%) no eran diferentes de las obtenidas en otros estudios llevados a cabo en otras culturas que también empleaban la nomenclatura del DSM IV (68).

En el estudio se midieron por primera vez los "ataques de nervios" en niños y adolescentes. Tal como ocurría entre la población adulta, se observó que los ataques de nervios eran bastante frecuentes entre niños y adolescentes puertorriqueños de la comunidad (9%) y entre los atendidos en servicios de salud mental (26%). Estos niños presentaban mayores probabilidades de alcanzar criterios de trastornos psiquiátricos y deterioro funcional que los que no padecían ataques (69).

Los análisis de las pautas de utilización de los servicios de salud mental mostraron que

CUADRO 5. Cálculo de los índices de prevalencia en el último año de diagnósticos en niños puertorriqueños de 4 a 17 años de edad.^a

Diagnóstico	Padres/Hijos (4-17 años de edad) (N = 1.897)							
	Parcial DSM-IV/DISC-IV ^b		Completo DSM-IV/DISC-IV ^c		Parcial DSM-IV/DISC-IV ^d +PIC-GAS < 69		Completo DSM-IV/DISC-IV ^e +PIC-GAS < 69	
	Ponderado (%)	IC (95%)	Ponderado (%)	IC (95%)	Ponderado (%)	IC (95%)	Ponderado (%)	IC (95%)
Cualquier depresión	4,1	2,9-5,6	3,4	2,4-4,9	2,1	1,3-3,4	1,7	0,92-3,0
Depresión mayor	3,6	2,5-5,1	3,0	2,0-4,5	1,8	1,0-3,0	1,4	0,75-2,8
Distimia	0,6	0,30-1,2	0,5	0,23-1,0	0,4	0,16-0,97	0,3	0,10-0,87
Cualquier ansiedad	9,5	7,9-11,4	6,9	5,6-8,6	3,5	2,7-4,6	2,9	2,1-4,0
Fobia social	2,8	2,1-3,8	2,5	1,8-3,4	1,5	0,92-2,3	1,5	0,92-2,3
Ansiedad por separación	5,7	4,6-7,0	3,1	2,3-4,2	2,2	1,6-3,2	1,5	0,89-2,4
Pánico	0,7	0,37-1,5	0,5	0,20-1,2	0,2	0,04-0,76	0,1	0,02-0,82
Ansiedad generalizada	2,4	1,5-3,6	2,2	1,4-3,4	1,2	0,66-2,1	1,0	0,54-2,0
Estrés posttraumático	0,8	0,38-1,6	0,8	0,38-1,6	0,1	0,03-0,49	0,1	0,03-0,49
Cualquier conducta perturbadora	12,6	10,7-14,8	11,1	9,4-13,1	5,6	4,4-7,2	5,5	4,2-7,0
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	8,9	7,3-10,8	8,0	6,6-9,8	3,6	2,8-5,3	3,7	2,7-5,1
Trastorno de conducta	2,6	1,8-3,8	2,0	1,4-3,0	1,4	0,81-2,3	1,3	0,73-2,2
Trastorno negativista desafiante	6,0	4,8-7,5	5,5	4,3-7,0	3,4	2,5-4,7	3,4	2,5-4,7
Cualquier sustancia	3,1	1,9-4,9	1,7	0,87-3,2	0,9	0,38-2,0	0,4	0,15-1,2
Abuso/Dependencia de alcohol	2,0	1,1-3,4	0,8	0,35-1,6	0,8	0,35-1,9	0,4	0,15-1,2
Dependencia de nicotina	1,0	0,49-2,2	0,8	0,32-2,0	0,4	0,14-1,2	0,3	0,08-1,2
Abuso/Dependencia de marihuana	1,2	0,48-2,8	0,7	0,21-2,1	0,3	0,08-1,2	0,2	0,03-1,4
Abuso/Dependencia de otras drogas	0,2	0,05-0,54	...	...	0,04	0,01-0,29	...	...
Cualquier diagnóstico	19,8	17,3-22,6	16,4	14,1-19,0	7,6	6,2-9,2	6,9	5,6-8,4

^a Los porcentajes están basados en casos con valores válidos.

^b Se alcanzaron los criterios DISC, excluyendo el criterio DISC para discapacidad, ya sea en los informes de los padres o en el de los hijos.

^c Se alcanzaron los criterios DISC, incluyendo el criterio DISC específico para discapacidad, ya sea en los informes de los padres o en el de los hijos.

^d Se alcanzaron los criterios DISC, incluyendo discapacidad significativa, basados en un tope inferior a 69 en la PIC-GAS.

^e Se alcanzaron plenamente los criterios DISC, incluyendo los criterios DISC específicos para discapacidad y un tope inferior a 69 en la PIC-GAS, ya sea en los informes de los padres o en el de los hijos.

^f No hubo suficientes casos.

Notas: La prevalencia de los trastornos se determinó mediante el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales/Entrevista diagnóstica programada para niños, versión IV; IC: intervalo de confianza; DISC-IV: Entrevista diagnóstica programada para niños, versión IV; PIC-GAS: Entrevista para padres—Escala de evaluación general para niños.

solo aproximadamente la cuarta parte (25,7%) de los niños que alcanzaron los criterios de un trastorno definido en el DSM IV eran atendidos en algún servicio de salud mental, datos similares a los obtenidos en la primera encuesta, 20 años antes (55). Aproximadamente la mitad (49,6%) de los niños que presentaban un trastorno emocional grave recibían algún tipo de atención y solo 35,3% de ellos recibían atención especializada. Además, se observó que el deterioro funcional global, la inquietud paterna y las dificultades escolares eran los principales factores que predecían si los padres llevarían a sus hijos a algún servicio de salud mental, mientras que, si se alcanzaban los criterios de un trastorno de comportamiento perturbador, ello predecía la utilización de un servicio especializado de salud mental (70). De manera similar, la persistencia en el tratamiento al cabo de dos años en la muestra poblacional se asociaba con la inquietud paterna y las dificultades escolares. El diagnóstico o el deterioro funcional no predecían la persistencia del tratamiento en la muestra poblacional, aunque sí la predecían en la muestra clínica (71). Los resultados del estudio también mostraron una disparidad de género en cuanto a la utilización de los servicios de salud mental, ya que, cuando presentaban un TEG, era más probable que se requirieran los servicios asistenciales para los niños que para las niñas (72).

Al igual que en otras encuestas, los resultados del estudio mostraron que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (8,0%) y el trastorno negativista desafiante (5,5%) eran los trastornos más prevalentes. También se observaron muchos de los correlatos esperados para la mayoría de los trastornos psiquiátricos (66, 73–74). Sin embargo, a diferencia de la mayor parte de los estudios sobre trastornos mentales en los niños (75–77) y del estudio anterior (52), no se observó ninguna asociación entre las tasas de los trastornos y la pobreza relativa o absoluta. Cuando los ingresos reales eran sustituidos por la percepción de la pobreza, los trastornos de comportamiento perturbador y los trastornos negativistas desafiante eran más frecuentes entre los que noti-

ficaban que vivían en situación de pobreza. Estos resultados indican que la pobreza absoluta o relativa tal vez no sea el indicador más apropiado para las poblaciones donde la mayoría de las personas tienen pocos ingresos.

Otro de los resultados importantes de este estudio fue que solo 7% de los niños de la muestra poblacional que satisfacían los criterios del TDAH recibían medicación estimulante (78). Cuando se analizó el tratamiento con estimulantes en los niños que cumplían con los criterios de TDAH y de TDAH no especificado, y se comparó a los niños puertorriqueños en tratamiento con otros niños similares en San Diego, las tasas de empleo de estimulantes también eran muy bajas en ambos sitios (entre los niños con TDAH, 32,9% en Puerto Rico y 38,8% en San Diego y entre los niños con TDAH no especificado, 20,2% en Puerto Rico y 17,8% en San Diego) (79).

El cuarto estudio

Este último estudio, realizado entre los años 2000 y 2003, estuvo motivado por la observación constante en estudios epidemiológicos previos de que los niños puertorriqueños, comparados con otros grupos étnicos o con niños de otros sitios en distintos países, presentaban tasas inferiores de trastorno de conducta y de trastorno de comportamiento perturbador no especificado, así como de problemas de conducta antisocial (46, 52, 64). Dado que los datos previos habían mostrado que los niños hispanos que vivían en los Estados Unidos también presentaban tasas mayores de estos comportamientos antisociales, se formuló la hipótesis de que deberían existir importantes factores contextuales y culturales que explicaran las menores tasas de estos trastornos entre los niños insulares.

Los métodos de este estudio han sido descritos detalladamente en otros documentos (80). Básicamente, el estudio incluía dos muestras probabilísticas poblacionales de niños de 5 a 13 años de edad (N = 2.491) de la zona metropolitana de San Juan y del Bronx en Nueva York. Se entrevistó a los cuidadores principales

y a los niños de 10 años de edad o más mediante el empleo del DISC IV y otros instrumentos de medición de factores de riesgo en tres procesos de recopilación de datos.

Los resultados transversales iniciales no mostraron ninguna diferencia significativa de las tasas de trastorno de comportamiento perturbador según la edad o el sitio entre los niños; sin embargo, entre las niñas, las tasas aumentaron con la edad en el Bronx meridional y disminuyeron en Puerto Rico (81). En ambos lugares, los análisis de regresión múltiple demostraron que la falta de afecto y aprobación paternos, las relaciones escasas con los compañeros, el abuso de sustancias en los padres y el informe paterno sobre comportamiento agresivo durante los primeros dos o tres años de vida, constituían los correlatos más significativos del trastorno de comportamiento perturbador.

Con el objeto de examinar los precursores del trastorno de comportamiento perturbador mediante análisis longitudinales, se elaboraron escalas de conducta antisocial que distinguían entre diferentes niveles de problemas de conducta antisocial según su gravedad (82). Se elaboró un índice de gravedad de los problemas de conducta antisocial de seis puntos, que tenía en cuenta los síntomas de los trastornos de conducta y de los trastornos de conducta desafiante notificados en el DISC, y de conducta antisocial notificada por los padres en las Escalas de Delincuencia de Elliot (83). Los análisis de las trayectorias longitudinales del trastorno de comportamiento perturbador y de los problemas de conducta antisocial durante el verano de 2000 y el otoño de 2004 no demostraron ninguna diferencia al inicio del estudio, en cuanto a los niveles generales de conducta antisocial (CAS) y trastornos de la conducta y la personalidad (TCP) en ambas muestras, a excepción de las niñas del Bronx que presentaban un incremento con la edad (84). No obstante, las tasas de CAS y TCP en el Bronx permanecieron relativamente estables con el paso del tiempo en ambos grupos de edad, los más jóvenes y los mayores, tanto en niños como en niñas; en San Juan, sin embargo, las tasas disminuyeron en

ambos grupos de edad y sexo. En ambos lugares se demostró claramente que los niños presentaban tasas mayores de CAS y TCP. El hecho de que el riesgo de CAS y TCP se redujera con el transcurso del tiempo en Puerto Rico y no en el Bronx, se interpretó como que posiblemente fuera debido a las diferencias contextuales y de factores de riesgo entre los dos sitios.

En otro documento, se analizaron los factores de riesgo asociados con estas trayectorias longitudinales, con la finalidad de investigar los factores que podrían relacionarse con la disminución de la CAS en el transcurso del tiempo observada en Puerto Rico pero no en el Bronx. En este estudio, los niños se clasificaron en una de las siguientes cinco pautas evolutivas de la CAS: conducta apropiada y estable, conducta antisocial constante, inicio de la conducta antisocial, remisión de la conducta antisocial y evolución cambiante o variable. Las mediciones de los factores de riesgo se agruparon en cuatro dimensiones conceptuales: influencias familiares negativas, variables estructuradoras ineficaces, riesgos propios del niño y riesgos ambientales. La proporción del grupo de evolución constantemente negativa era similar en el Bronx meridional (16,4%) y en San Juan (15,5%), así como la del grupo de remisión (21,1% en el Bronx meridional y 21,6% en San Juan). Los niños del Bronx económicamente desfavorecidos presentaban el doble de probabilidades de iniciar una CAS que sus homólogos de la isla ($CP = 2,05$; IC de 95% [1,5 a 2,8]). Esta fue la única diferencia estadísticamente significativa entre ambos sitios cuando se compararon las pautas evolutivas. Además, los jóvenes del Bronx estaban expuestos a niveles más altos de algunos riesgos de CAS ya conocidos, tales como las influencias familiares negativas, la estructuración ineficaz y los riesgos ambientales y propios del niño.

En otros análisis longitudinales de este estudio, se analizó la relación existente entre los niveles de aculturación y el estrés secundario a la aculturación de los padres e hijos y la CAS y los síntomas de interiorización (de depresión y ansiedad) (85). Los resultados indicaron que el

nivel de aculturación de los jóvenes no estaba significativamente asociado con la CAS o con los síntomas de interiorización. En cambio, en los tres procesos sucesivos de recopilación de datos, la aculturación de los padres estaba significativamente asociada a la CAS de los jóvenes, pero no a los síntomas de interiorización. El estrés paterno secundario a la aculturación se asoció en los dos sitios y en los tres procesos con ambos resultados en los niños. Los análisis indicaron que no es el nivel de involucramiento con otra cultura lo que se asocia necesariamente a problemas psicopatológicos en los jóvenes, sino hasta qué punto este involucramiento es experimentado como trastornador, lo que puede variar con el transcurso del tiempo y según la etapa de desarrollo del niño.

CONCLUSIONES

La principal conclusión que podemos extraer de todos estos estudios es que los puertorriqueños que viven en la isla no presentan mayor riesgo de trastornos psiquiátricos que otras poblaciones de los Estados Unidos o de otros países, a pesar de los factores sociodemográficos asociados con las poblaciones de alto riesgo que afectan a la isla. Existen importantes factores asociados con las buenas relaciones familiares y la importancia de la familia entre los hispanos, que pueden proteger a los isleños frente a la aparición de los trastornos adictivos y antisociales.

A pesar de que en los estudios citados participaron diferentes equipos de investigadores, todos ellos presentaban algunas características comunes como consecuencia del momento particular en que se llevaron a cabo. Se basaron en la información proporcionada por los participantes mediante el uso de cuestionarios o entrevistas para la evaluación de los síntomas o trastornos psiquiátricos y de los factores protectores y de riesgo asociados, así como de la utilización de los servicios. Ninguno de los estudios realizó determinaciones biológicas para estudiar la vulnerabilidad genética de la población frente a cualquiera de los trastornos estudiados. Canino y colaboradores, junto con

otros investigadores de la Universidad de la Commonwealth de Virginia (86), crearon el Registro Neonatal de Gemelos de Puerto Rico, con objeto de hacer un seguimiento de las cohortes epidemiológicas poblacionales de gemelos evaluadas cinco años antes y estudiar las interacciones genéticas y ambientales que podrían influir en la aparición de trastornos psiquiátricos en gemelos. Esperamos que en el futuro, la epidemiología psiquiátrica estudie en qué medida la vulnerabilidad genética interactúa con otros importantes factores ambientales y culturales para explicar la aparición de trastornos psiquiátricos en niños y adultos.

REFERENCIAS

1. García CS. Psicopatología de la población normal en Puerto Rico. En: Rosselló J, ed. *Psicología: Investigación Científica*. Madrid, Talleres de Industrias Graficas, Diario Día 1974;49-76.
2. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry*. New York: John Wiley & Sons Inc; 1969.
3. Dohrenwend BP. Social status and psychological disorder: An issue of substance, an issue of method. *Am Sociol Rev* 1976;3:14-34.
4. Haberman PV: Psychiatric symptoms among Puerto Ricans in Puerto Rico and New York City. *Ethnicity* 1976;3:33-144.
5. Srole L, Langner TS, Michael ST, Kirpatrick P, Opler MK, Yennie TAC. *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw-Hill; 1978.
6. Canino G, Bird H, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, et al. The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987a;44:720-26.
7. Guarnaccia PJ, Good BJ, Kleinman A. A critical review of epidemiological studies of Puerto Rican mental health. *Am J Psychiatry* 1990;147:1449-56.
8. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988 Nov;45(11):977-86.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
10. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Williams JBW, Spitzer RL. NIMH Diagnostic Interview

- Schedule: Version III. Rockville, MD; (NIMH mimeo).
11. Bravo M, Canino G, Rubio-Stipec M, Woodbury M. A cross-cultural adaptation of a psychiatric epidemiologic instrument: the diagnostic interview schedule's adaptation in Puerto Rico. *Cult Med Psychiatry* 1991;15:1-18.
 12. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1987b;44:727-35.
 13. Bird HR, Canino G, Stipec MR, Shrout P. Use of the Mini-mental State Examination in a probability sample of a Hispanic population. *J Nerv Ment Dis* 1987 Dec;175(12):731-7.
 14. Canino I, Escobar J, Canino G, & Rubio-Stipec M. Functional somatic symptoms: a cross-ethnic comparison. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62(4): 605-12.
 15. Escobar J, Canino G. Unexplained physical complaints; Psychopathology and epidemiological correlates. *Br J Psychiatry* 1989;155(4):24-47.
 16. Rubio-Stipec M, Shrout P, Bird H, Canino G, Bravo M. Symptom scales of The Diagnostic Interview Schedule: factor results in Hispanic and Anglo samples. *J Consult Clin Psychol* 1989;1: 30-34.
 17. Shrout P, Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M, Bravo M, Burnam A. Mental health status among Puerto Ricans, Mexican-Americans, and Non-Hispanic Whites. *Am J Com Psychol* 1992; 20(6):729-52.
 18. Guarnaccia P, Rubio-Stipec M, Canino G. Ataques de nervios in the Puerto Rico Diagnostic Interview Schedule: The impact of cultural categories on psychiatric epidemiology. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:275-95.
 19. Guarnaccia PJ, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M. The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rican disaster study. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(3):157-165.
 20. Bravo M, Rubio-Stipec M, Canino G, Woodbury M, Ribera J. The psychological sequelae of disaster stress. Prospectively and retrospectively evaluated. *Am J Comm Psychology* 1990;18(5): 661-80.
 21. Bravo M, Canino G, Bird H. El DIS en español: Su traducción y adaptación en Puerto Rico. *Acta Psiquiatr Psicológica Am Lat*. 1987;33:27-42
 22. Canino G, Bravo M, Rubio-Stipec M, Woodbury M. The impact of disaster on mental health: prospective and retrospective analysis. *Intern J Ment Health* 1990;19(1):51-69.
 23. Canino G, Anthony JC, Freeman DH, Shrout P, Rubio-Stipec M. Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico. *Am J Public Health*. 1993;83(2): 194-200
 24. Burnam MA, Hough R, Karno M, Escobar J, Telles C. Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican-Americans in Los Angeles. *J Health Soc Beh* 1987;28:89-102.
 25. Ortiz A, Medina-Mora ME. Research on Drug Abuse in Mexico. In: *Epidemiology of Drug Abuse and Issues among Native American Populations*. Community Epidemiology Work Group Proceedings, December 1987. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1987.
 26. Alegría M, Canino G, Stinson FS, Grant BF. Nativity and DSM-IV psychiatric disorders among Puerto Ricans, Cuban Americans, and non-Latino Whites in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(1):56-65.
 27. Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug Alcohol Depend* 2002;68(3):285-97.
 28. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Noncommunicable Diseases and Mental Health Adherence to Long Term Therapies Project. Geneva: WHO; 2003.
 29. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatric Res* 1994;28:57-84.
 30. Rubio-Stipec M, Bravo M, Canino G. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI): an epidemiologic instrument suitable for using in conjunction with different diagnostic systems in different cultures. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1991;37(3):191-204.
 31. Rubio-Stipec M, Bravo M. Structured diagnostic instruments in cross-cultural psychiatric epidemiology: the experience in Hispanic communities and other groups. En: *Cross-cultural Psychiatry*. John Wiley & Sons LTD; 1999.
 32. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D and participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991;64:5-53.
 33. Warner LA, Canino G, Colon HM. Prevalence and correlates of substance use disorders among older adolescents in Puerto Rico and the United States: A cross-cultural comparison. *Drug Alcohol Depend* 2001;63(3):229-43.
 34. Alegría M, McGuire T, Vera M, Canino G, Matias L, Calderon J. Changes in access to mental

- health care among the poor and non-poor: results from the health care reform in Puerto Rico. *Am J Public Health* 2001a;91(9):1431-4.
35. Alegría M, Robles R, Freeman DH, Vera M, Jimenez AL, Rios C, et al. Patterns of mental health utilization among island Puerto Rican poor. *Am J Public Health* 1991;81(7):875-79.
 36. Alegría M, McGuire T, Vera M, Canino G, Freeman D, Matias L, et al. The impact of managed care on the use of outpatient mental health and substance abuse services in Puerto Rico. *Inquiry* 2001b;38(4):381-95.
 37. Gould MS, Wunsch-Hitzig R, Dohrenwend B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology. A critical review. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981;20(3):462-76.
 38. Links PS. Community surveys of the prevalence of childhood psychiatric disorders: a review. *Child Developm* 1983;54(3):531-48.
 39. Verhulst FC, Berden G, Sanders-Woudstra JAR. Mental health in Dutch children: II. Prevalence of psychiatric disorder and relationships between measures. *Acta Psychiatr Scandinavica* 1985;324(72):1-108.
 40. Canino G, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M. Child psychiatric epidemiology: What we have learned and what we need to learn. *Intern J Methods Psychiatric Res* 1995;5:79-92.
 41. Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stone ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12):1569-79.
 42. Grills AE, Ollendick TH. Issues in parent-child agreement: the case of structured diagnostic interviews. *Clinical child and family psychology review* 2002;5(1):57-83.
 43. Bird HR, Gould MS, Staghezza B. Aggregating DATA from multiple informants in child psychiatry epidemiologic research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:78-85.
 44. Kraemer HC, Measelle JR, Ablow JC, Essex MJ, Boyce WT, Kupfer DJ. A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *Am J Psychiatry* 2003;160(9):1566-77.
 45. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1983.
 46. Bird HR, Yager TJ, Staghezza B, Gould MS, Canino G, Rubio-Stipec M. Impairment in the epidemiological measurement of childhood psychopathology in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(5):796-803.
 47. Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Woodbury MA, Ribera JC, Huertas SE, et al. Reliability of child diagnosis in a Hispanic sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(4):560-5.
 48. Bird HR, Canino G, Gould MS, Ribera J, Rubio-Stipec M, Woodbury M, et al. Use of the Child Behavior Checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(2):207-13.
 49. Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, Gould M. The internal consistency and concurrent validity of a Spanish translation of the Child Behavior Checklist. *J Abnorm Child Psychol* 1990;18(4):393-406.
 50. Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M, Alegría M. Children of parents with psychiatric disorder in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(3):398-406.
 51. Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, Bravo M, Alegría M. Children of alcoholic parents in the community. *J Stud Alcohol* 1991;52(1):78-88.
 52. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1120-6.
 53. Canino G, Costello EJ, Angold A. Assessing functional impairment and social adaptation for child mental health services research: A review of measures. *Ment Health Serv Res* 1999;1(2):93-108.
 54. Bird HR, Gould MS, Yager T, Staghezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(6):847-50.
 55. Staghezza-Jaramillo B, Bird HR, Gould MS, Canino G. Mental health service utilization among Puerto Rican children ages 4 through 16. *J Child Fam Stud* 1995;4(4):399-418.
 56. Bauermeister JJ, Canino G, Bird H. Epidemiology of disruptive behavior disorders. En: Greenhill LL, ed. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America*. Philadelphia: Saunders; 1994.
 57. Lahey BB, Flagg EW, Bird HR, Schwab-Stone ME, Canino G, Dulcan MK, et al. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7):855-64.
 58. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of*

- Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7): 865-77.
59. Schwab-Stone ME, Shaffer D, Dulcan MK, Jensen PS, Fisher P, Bird HR, et al. Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC 2.3). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7):878-88.
 60. Ribera JC, Canino GJ, Rubio-Stipec M, Bravo M, Bird HR, Freeman D, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children in Spanish: reliability in a Hispanic Population (DISC 2.1). *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37(2):195-204.
 61. Goodman SH, Hoven CW, Narrow WE, Cohen P, Fielding B, Alegría M, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(4):162-73.
 62. Canino G, Shrout PE, Alegría M, Rubio-Stipec M, Chávez LM, Ribera JC, et al. Methodological challenges in assessing children's mental health services utilization. *Ment Health Serv Res* 2002; 4(2):97-107.
 63. Bird HR, Andrews H, Schwab-Stone M, Goodman S, Dulcan M, Richters J, et al. Global measures of impairment for epidemiologic and clinical use with children and adolescents. *Intern J Methods Psychiatr Res* 1996;6:295-307.
 64. Bird HR, Canino GJ, Davies M, Zhang H, Ramirez R, Lahey BB. Prevalence and correlates of antisocial behaviors among three ethnic groups. *J Abnorm Child Psychol* 2001;29(6):465-78.
 65. Bravo M, Ribera J, Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout P, Ramirez R, et al. Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *J Abnorm Child Psychol* 2001;29(5):433-44.
 66. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(1):85-93.
 67. Angold A, Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African-American and white youth. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59: 893-901.
 68. Costello JE, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(12):1263-71.
 69. Guarnaccia PJ, Martinez I, Ramirez R, Canino G. Are ataques de nervios in Puerto Rican children associated with psychiatric disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(11):1184-92.
 70. Alegría M, Canino G, Lai S, Ramirez RR, Chávez L, Rusch D, et al. Understanding caregivers' help-seeking for Latino children's mental health care use. *Med Care* 2004;42(5):447-55.
 71. Ortega AN, Chávez L, Inkelas M, Canino G. Persistence of Mental Health Service Use among Latino Children: A Clinical and Community Study. *Adm Policy Ment Health* 2007;34(4): 353-62.
 72. Cabiya JJ, Canino G, Chávez L, Ramirez R, Alegría M, Shrout P, et al. Gender disparities in mental health service use of Puerto Rican children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(8):840-8.
 73. Bauermeister JJ, Shrout PE, Ramirez R, Bravo M, Alegría M, Martínez-Taboas A et al. ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *J Abnorm Child Psychology* 2007.
 74. Bauermeister JJ, Shrout P, Chávez L, Rubio-Stipec M, Ramirez R, Padilla L, et al. ADHD and gender: Are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *J Child Psychol Psychiatry*. En prensa.
 75. Costello EJ, Keeler GP, Angold A. Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: a study of rural children. *Am J Public Health* 2001;91(9): 1494-8.
 76. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation. 1997 Summer-Fall;7(2): 55-71.
 77. Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Behrens BC. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Australian & New Zealand J Psychiatry* 1997;5(5):664-75.
 78. Bauermeister JJ, Canino G, Bravo M, Ramirez R, Jensen PS, Chávez L, et al. Stimulant and psychosocial treatment of ADHD in Latino/Hispanic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(7):851-5.
 79. Leslie LK, Canino G, Landsverk J, Wood PA, Chávez L, Hough RL, et al. ADHD treatment patterns of youth served in public sectors in San Diego and Puerto Rico. *J Emot Beh Dis* 2005; 13(4):224-36.
 80. Bird HR, Canino GJ, Davies M, Duarte CS, Febo V, Ramirez R, et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006a;45(9):1032-41.
 81. Bird HR, Davies M, Duarte CS, Shen S, Loeber R, Canino GJ. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: II. Baseline prevalence, comorbidity, and correlates in two sites. *J*

- Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006b; 45(9):1042–53.
82. Bird HR, Canino GJ, Davies M, Ramirez R, Chávez L, Duarte C, et al. The Brief Impairment Scale (BIS): a multidimensional scale of functional impairment for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(7): 699–707.
 83. Elliott DS, Huizinga D, Ageton SS. *Explaining Delinquency and Drug Use*. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985.
 84. Bird HR, ShROUT PE, Davies M, Canino G, Duarte CS, Shen S, et al. Longitudinal development of antisocial behaviors in young and early adolescent Puerto Rican children at two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(1): 5–14.
 85. Duarte CS, Bird HR, ShROUT PE, Wu P, Lewis-Fernandez R, Shen S, et al. Culture and psychiatric symptoms in Puerto Rican children: longitudinal results from one ethnic group in two contexts. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(5):563–572.
 86. Silberg JL, Miguel VF, Murrelle EL, Prom E, Bates JE, Canino G, et al. Genetic and environmental influences on temperament in the first year of life: the Puerto Rico Infant Twin Study (PRINTS). *Twin Res Hum Genet* 2005;8(4):328–36.

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL CARIBE

Frederick W. Hickling,¹ Hilary Robertson-Hickling¹ y Gerard Hutchinson²

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios epidemiológicos publicados en el mundo sobre las poblaciones caribeñas se han concentrado en la esquizofrenia, debido al sorprendente aumento de los índices de riesgo en la población afrocaribeña que vive en Inglaterra y en los Países Bajos, por comparación con los oriundos británicos y holandeses de raza blanca. En este capítulo se intentará explicar el cambio profundo de las causas de la esquizofrenia, desde una perspectiva exclusivamente genética hacia causales ambientales multifactoriales, así como la función que la epidemiología del Caribe desempeña en este cambio. Los estudios acerca del rol de la esclavización colonial y la ingeniería social plantean la posibilidad de que la organización comunitaria social y estructural cumpla una función causal en la génesis de la esquizofrenia. Los trabajos de investigación de Hutchinson, Burke y Hickling, psiquiatras caribeños contemporáneos, han ayudado a mantener los *factores sociales* como foco de interés internacional en el campo del estudio de las causas de la esquizofrenia.

Las enfermedades mentales no eran reconocidas en el período inicial de trabajo de los es-

clavos africanos en las plantaciones europeas de América, incluidas las Antillas. En un ambiente en el que los esclavos africanos no eran considerados seres humanos, sino bestias de carga que se compraban y vendían como caballos y ganado, cualquier esclavo que se comportaba de manera extraña o violenta era considerado improductivo y peligroso, por lo tanto se le exterminaba. En la descripción de la historia de la psiquiatría del Caribe, Hickling y Gibson (1) identificaron los problemas políticos, clínico-administrativos, estructurales-arquitectónicos y terapéuticos de las políticas públicas de la psiquiatría y la salud mental en el Caribe. Hickling y Sorel (2) introdujeron en el discurso la influencia de la política y la cultura en la filosofía de la psiquiatría y citaron ejemplos de la intensa interrelación entre los prejuicios sociales y políticos en la comprensión europea de las enfermedades mentales durante siglos. Los datos de la investigación epidemiológica indican que, haya estado la esquizofrenia presente o no en la antigüedad, a partir del siglo XIX hubo una verdadera "explosión" de la incidencia y la prevalencia de esta afección, coincidiendo con la aparición de la revolución industrial en Europa.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

El creciente interés por el estudio de la etiología de las elevadas tasas de esquizofrenia en los in-

¹ Universidad de las Indias Occidentales, Mona, Kingston, Jamaica.

² Universidad de las Indias Occidentales, San Agustín, Puerto España, Trinidad.

CUADRO 1. Estudios de las tasas de incidencia de la esquizofrenia de primer contacto en las islas del Caribe de hablas inglesa y holandesa, comparadas con pacientes blancos de Inglaterra y los Países Bajos.

Autor	Año	Tipo de estudio	Instrumento de diagnóstico	País	Tasa corregida según la edad
Jablensky y colaboradores (9)	1992	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Blancos (Londres)	3,5 por 1.000
Selten y colaboradores (89)	2001	Prospectivo, de primer contacto	Evaluación integral de los síntomas y la historia (90)	Nativos (La Haya)	1,2 por 10.000
Hickling y Rodgers-Johnson (4)	1995	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Jamaica	2,09 por 10.000
Bhugra y colaboradores (5)	1996	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Trinidad	2,2 por 1.000
Mahy y colaboradores (6)	1999	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Barbados	3,2 por 10.000
Selten y colaboradores (7)	2005	Prospectivo, de primer contacto	Evaluación integral de los síntomas y la historia (90)	Suriname	1,77 por 10.000

migrantes afrocaribeños en Europa, hizo que a comienzos de los años noventa la neuróloga Pamela Rodgers-Johnson se uniera a Kickling para investigar la incidencia de la esquizofrenia de primer contacto en Jamaica, por medio de un instrumento de diagnóstico estandarizado para la identificación de casos: el Examen del Estado Actual (*Present State Examination, PSE*) (3). Actualmente, se han completado cuatro estudios acerca de la incidencia de la esquizofrenia en el Caribe (4-7); los resultados y la metodología utilizada se presentan en el Cuadro 1. Estos estudios reflejan el interés generado por la investigación a causa de las elevadas tasas de psicosis observadas en la población de origen caribeño que vivía en Gran Bretaña y en los Países Bajos. Los resultados han indicado sistemáticamente que la incidencia de la esquizofrenia (entre 2 y 3 por 10.000 habitantes) no es elevada en el Caribe, sino que se halla dentro de los límites de las incidencias observadas en las poblaciones nativas de Gran Bretaña y de los Países Bajos, y en términos más generales, dentro de los límites informados por la Organización Mundial de la Salud. En algún sentido se confirma la hipótesis de que la incidencia de la esquizofrenia es relativamente constante en todo el mundo. Se calculó también una tasa de prevalencia de la esquizofrenia corregida según la edad para

Jamaica (2,09 por 10.000 habitantes), tasa que estuvo dentro de los límites de otros estudios realizados en Estados Unidos, el Reino Unido e Italia. Este decisivo estudio epidemiológico demostró, inequívocamente, que la elevada incidencia de la esquizofrenia en los afrocaribeños en el Reino Unido no era causada por factores presentes en el Caribe, sino por factores procedentes del país europeo anfitrión de la inmigración.

En un estudio computadorizado de registro de casos, que utilizó diagnósticos basados en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) (8), Kay informó que la tasa de prevalencia de la esquizofrenia en Dominica era de 8,5 por 1.000 habitantes. Esta tasa es significativamente superior a la tasa de prevalencia en Jamaica y es más del doble que la de los residentes blancos nativos del Reino Unido (3,5 por 1.000 habitantes) (9). Es necesario interpretar con cautela las tasas de prevalencia de las islas caribeñas muy pequeñas, con poblaciones inferiores a 50.000 habitantes, dado que hay una emigración significativa de personas de los estados insulares más pequeños del Caribe hacia territorios más grandes y a otras partes del mundo, por lo cual la población considerada para el cálculo de las tasas de prevalencia se contrae considerablemente. Además, es práctica habitual de los in-

migrantes de los pequeños estados insulares que contraen una enfermedad esquizofrénica en otras partes del Caribe y del mundo regresar a su tierra natal para el tratamiento de la enfermedad. Estos factores tenderían a aumentar los numeradores y a reducir los denominadores en los cálculos de prevalencia en estos pequeños territorios insulares, inflando de ese modo significativamente las tasas.

Resultados de la esquizofrenia de primer contacto en Jamaica

En un estudio de resultados de la cohorte de pacientes de primer contacto afectados de esquizofrenia en Jamaica, se observó una tasa de recidiva de 13% después de un año (10) y de 39% después de 10 años (11). Ambas tasas son notablemente bajas si se las compara con las de otros países del primer mundo y del tercer mundo (12). Una de las razones sugeridas de la baja tasa de recidiva es el novedoso sistema de salud mental comunitario desarrollado en Jamaica, mediante el cual se propugna el tratamiento de la mayoría de los pacientes con esquizofrenia aguda en salas médicas abiertas de los hospitales generales (13). Este método de tratamiento no se ha descrito en el resto del mundo (14).

La investigación sobre poblaciones afrocaribeñas en Europa y la esquizofrenia

El aumento exponencial de la migración del Caribe a Europa en la segunda mitad del siglo XX ha dirigido el debate contemporáneo acerca de las causas de las enfermedades mentales graves. El SS Imperio Windrush proporcionó el vehículo inicial para la migración del Caribe al Reino Unido en 1948, cuando el Ministro de Salud británico, Enoch Powell, invitó a los jamaíquinos a que emigraran a Gran Bretaña para ayudar en el proceso de reconstrucción después de la devastación de ese país tras la guerra. Miles de caribeños emigraron en busca de trabajo. A su llegada a Gran Bretaña, la situación social fue sumamente inhóspita para ellos. Thompson observó que la mayoría

de los inmigrantes caribeños se establecieron principalmente en las zonas urbanas deprimidas de Gran Bretaña y pudieron encontrar trabajos solo como mano de obra no calificada a pesar de su grado de educación o su formación profesional (15).

A mediados de los años sesenta, los estudios epidemiológicos realizados indicaron que algo les pasaba a los inmigrantes afrocaribeños que habían respondido a la llamada para ayudar a Gran Bretaña en su programa de reconstrucción tras la guerra. En esa época, las tasas de ingreso en los hospitales psiquiátricos eran los marcadores epidemiológicos. En 1965, el profesor Ari Kiev fue el primero en detectar las elevadas tasas de ingreso de los afrocaribeños en los hospitales psiquiátricos del Reino Unido (16). Otros estudios indicaron que la tasa de ingreso era de cuatro a seis veces mayor que la de los británicos blancos (17–19). La mayoría de estos ingresos se debieron a psicosis con esquizofrenia como diagnóstico predominante. En 1962, el psiquiatra jamaíquino Ken Royes informó que la tasa de ingreso en los hospitales psiquiátricos en Jamaica era la misma que la de los residentes blancos en el Reino Unido (148 por 100.000 habitantes) (20). Por lo tanto, desde el comienzo del debate se reconoció que las tasas elevadas de ingresos de los inmigrantes afrocaribeños en los hospitales psiquiátricos del Reino Unido no coincidían con las de sus países de origen, lo que indicaba con toda claridad que la causa del problema provenía de Gran Bretaña.

En los años ochenta, los psiquiatras británicos informaron sistemáticamente sobre las elevadas tasas de ingresos por esquizofrenia de las poblaciones afrocaribeñas que vivían en Inglaterra, con un índice de riesgo de esquizofrenia de tres a seis veces mayor que el de la población autóctona blanca (14, 21–22). Sin embargo, los resultados epidemiológicos de los estudios de ingresos correspondientes a los afrocaribeños en el Caribe de habla inglesa y de habla holandesa (23, 24) fueron similares a los correspondientes a las enfermedades observadas en las poblaciones blancas en Inglaterra y Holanda.

La esquizofrenia: ¿una enfermedad social?

En el abrazo de la psiquiatría a la biología ha habido renuencia a reconocer que la psicopatología surge en el punto de contacto entre el cerebro y la experiencia social (25). Los pacientes afrocaribeños percibían hostilidad en los servicios de salud mental de Gran Bretaña, y pensaban además que eran inaccesibles y no satisfacían sus necesidades (26). A fines de los años ochenta y principios de los noventa, hubo un desplazamiento de los estudios epidemiológicos desde las tasas de ingreso hacia las tasas de incidencia del primer contacto, con ayuda de instrumentos de diagnóstico estandarizados, como el PSE (3). Los primeros estudios estandarizados comunicaron que el índice de riesgo de la esquizofrenia era hasta 18 veces superior en los hijos de inmigrantes afrocaribeños en el Reino Unido (27–32). La esquizofrenia en los inmigrantes antillanos surinameses y holandeses de los Países Bajos reflejó los datos probatorios de una mayor incidencia de esquizofrenia como se había informado en Inglaterra (33). Sashidharan (34) cuestionó sus resultados al establecer que muchos de estos estudios tenían fallas metodológicas. La mayoría de las pruebas procedían de los ingresos en hospitales psiquiátricos y no se basaban en la población sino en cálculos estimados, lo que produjo errores significativos en los denominadores para la determinación de las tasas. Además, puso en duda los enormes índices de riesgos de los afrocaribeños de la segunda generación, notificados por Harrison y colaboradores (28), basados en un estudio de apenas 17 pacientes.

Los informes epidemiológicos sobre los elevados índices de riesgo de la esquizofrenia en la población de origen afrocaribeño crearon una agitación etiológica en la bibliografía psiquiátrica. Las explicaciones biológicas fueron los factores genéticos (predisposición de los inmigrantes negros a la esquizofrenia), víricos (infección neuronal por el virus de la gripe y otros a través de la placenta) y del desarrollo (factores de riesgo obstétricos y prenatales). El psiquiatra jamaicano Aggrey Burke, quien

trabajó en 1984 en Birmingham, en el centro de Inglaterra, fue el primer psiquiatra que identificó al racismo como una de las causas de las elevadas tasas de enfermedades mentales en la población afrocaribeña de Gran Bretaña en aquel momento (35). Fue difícil convencer a la psiquiatría británica de que, quizás, estaban equivocados acerca de las causas de las enfermedades mentales de los negros en Gran Bretaña y que los problemas sociales podían llegar a explicar los problemas de salud mental que la población negra tenía allí.

Posteriormente, Hickling (36), en un estudio de migrantes negros que regresaban a Jamaica desde Europa, Estados Unidos y Canadá, coincidió con la hipótesis de racismo al demostrar que, en comparación con pacientes jamaicanos que nunca habían emigrado, los inmigrantes que volvieron habían desarrollado esquizofrenia en una proporción mucho mayor cuando vivían en culturas europeas blancas. Kareem y Littlewood (37) afirmaron que “en la actualidad, ser negro en Gran Bretaña significa estar expuesto a una variedad de estímulos adversos que pueden implicar un grave riesgo para la salud mental”. Raleigh y Armand (38) indicaron que una de cada tres personas de origen étnico negro, minoritario en el Reino Unido, era desempleada; la mayoría de los hogares negros estaban abarrotados de gente y carecían de los servicios vitales básicos; una mayor cantidad de negros vivía en alojamientos alquilados por las autoridades locales, y el acceso a los vehículos automotores era inferior en ellos que en el resto de la población.

Browne (39, 40) indicó que el sistema judicial penal era realmente un sistema de injusticia penal para los afrocaribeños en el Reino Unido. Ellos tenían una mayor probabilidad de estar sujetos a procedimientos de búsqueda y captura por la policía; una mayor probabilidad de ser detenidos como sospechosos de delitos; una mayor probabilidad de estar en prisión preventiva; una menor probabilidad de estar en libertad bajo fianza; una mayor probabilidad de ser evaluados como enfermos mentales y de ser acusados, no amonestados; y una mayor probabilidad de recibir penas privati-

vas de la libertad, por comparación con la población blanca.

Varios estudios británicos indicaron que la esquizofrenia se producía en los inmigrantes afrocaribeños con una frecuencia de cinco a 18 veces mayor que en los ciudadanos británicos nativos blancos (28). Selten y colaboradores (41) aportaron datos probatorios de una incidencia similar de esquizofrenia en los grupos de inmigrantes afrocaribeños de las Antillas Holandesas en Holanda y comunicaron una tasa de incidencia de esquizofrenia, corregida según la edad (15-54), de 1,77 por 10.000 habitantes en la población afrocaribeña de Suriname, una tasa algo inferior que la de los residentes blancos de los Países Bajos. El estudio holandés coincidió con otros estudios del Caribe de habla inglesa que mostraban tasas de incidencia de esquizofrenia, corregidas según la edad, similares a las de pacientes blancos de Gran Bretaña, lo que indicaba que las tasas sumamente elevadas informadas eran un artefacto metodológico o se debían a factores causales principales específicos de la población afro-caribeña que vive en Europa. En un estudio, en el que se aplicaron tasas de incidencia estandarizadas según la edad con esquizofrenia y psicosis no-afectivas diagnosticadas mediante el PSE en pacientes blancos, negros y asiáticos en Londres, se concluyó que el aumento de la tasa de incidencia de la esquizofrenia no era específico de los afrocaribeños (42). El estudio también indicó que el énfasis actual en esta población era engañoso.

Hipótesis genéticas

El concepto de que las personas afrocaribeñas estaban genéticamente predispuestas a enfermedades mentales es un reflejo de la tradición racista de algunos científicos europeos quienes, durante siglos, han tratado de demostrar que los negros son genéticamente inferiores a los blancos. Los artículos de Eysenck (43), Jensen (44) y Shockley (45) en Inglaterra, en los años sesenta, y el libro más reciente de Herrnstein y Murray (46) han tratado de "demostrar" que los negros responden peor en pruebas de inteligencia, que por lo tanto son "genéticamente

discapacitados" y, como tales, no pueden hacer frente a las exigencias de la civilización europea contemporánea. Durante mucho tiempo, los científicos europeos han sostenido el criterio de la locura y la maldad inherentes de los negros (47, 48), y han utilizado sistemáticamente "pruebas científicas" para confirmar la "así llamada" inferioridad de los negros.

En los años noventa, aparecieron estudios para examinar el riesgo de esquizofrenia en los familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos afrocaribeños y blancos. Al evaluar los factores genéticos, Sugarman y Craufurd (49) informaron que, en el Reino Unido, los padres de ambos grupos tenían riesgos de esquizofrenia aproximadamente similares, mientras que los hermanos de los pacientes afrocaribeños de la primera y la segunda generación tenían un riesgo significativamente mayor que cualquier otro grupo étnico de familiares. En un estudio similar, Hutchinson y colaboradores (50) demostraron que el riesgo de morbilidad de la esquizofrenia en hermanos de "probands"³ psicóticos de origen afrocaribeño de la segunda generación, era siete veces mayor que el de sus homólogos blancos; en cambio, los hermanos del "proband" de la primera generación no mostraron tal aumento. Se llegó a la conclusión de que los factores genéticos no podían desempeñar una función causal principal en la esquizofrenia en estos pacientes y que hay factores causales ambientales que actúan específicamente en la población afrocaribeña del Reino Unido, aumentando de ese modo la probabilidad de las enfermedades psicóticas.

Hipótesis virales

Un grupo de psiquiatras correlacionó los nacimientos de los pacientes esquizofrénicos afrocaribeños con períodos de epidemias de gripe

³ Término frecuentemente utilizado en medicina genética para describir a un sujeto que está siendo estudiado o sobre el que se presenta un informe. En muchos casos describe a la primera persona de una familia que busca atención médica a causa de un trastorno genético (inglés y francés: *proband*).

viral en el Reino Unido (51). Esta investigación indicó que la esquizofrenia en esta población del Reino Unido se debía quizá a la sensibilidad a las infecciones virales de sus madres durante el embarazo. Un estudio exhaustivo de los virus conocidos en los pacientes jamaíquinos con esquizofrenia no pudo fundamentar la hipótesis viral (52).

Hipótesis migratorias

Desde el estudio pionero de Odegaard (53), los estudios de migración han sido ampliamente utilizados para comprender las causas de las enfermedades mentales, sobre todo de la esquizofrenia. Los estudios realizados a emigrantes negros aquejados de una enfermedad mental que volvieron a Jamaica (23, 54), demostraron que la gran mayoría de pacientes que sufrían de esquizofrenia la habían desarrollado después de emigrar a Estados Unidos, Canadá o Europa, no antes de marcharse; o bien, después de volver a Jamaica. Estos emigrantes también tenían tasas mucho mayores de esquizofrenia que los pacientes testigo jamaíquinos que nunca habían emigrado. También se demostró que una cantidad estadísticamente significativa de estos pacientes había descendido un peldaño en la escala social al emigrar.

En un análisis comparativo de 100 estudios de migración desde 1932, Cochrane y Bal (55) determinaron que un aumento de la tasa de esquizofrenia en las poblaciones migratorias era el único resultado concluyente. Todos los estudios anteriores sobre migración y salud mental se habían llevado a cabo en inmigrantes, blancos o negros, en países con poblaciones mayoritariamente blancas. Hickling (56) estudió una muestra de 49 inmigrantes blancos aquejados de una enfermedad mental en Jamaica y comparó sus diagnósticos con una muestra control de jamaíquinos que nunca habían emigrado, que también padecían un trastorno psiquiátrico, apareados por edad, sexo y clase social. El estudio reveló que los inmigrantes blancos no desarrollaron esquizofrenia en una proporción mayor que los nativos, contrariamente a lo observado por Cochrane y Bal sobre tasas sistemáticamente mayores de esquizofrenia en

las poblaciones de inmigrantes. De hecho, el estudio indicó que los inmigrantes blancos, por comparación con los grupos control jamaíquinos, no presentaban una tasa mayor de enfermedades mentales, lo que es también extraño en una población de inmigrantes.

El estudio indicó una posible causa para estos hallazgos. Se observó que, en Jamaica, los inmigrantes blancos aquejados de una enfermedad mental tenían una clase socioeconómica más alta que la de sus homólogos, o que la de sus padres en sus países de origen. Se sugirió que para esta cohorte de inmigrantes, la migración crea una condición de movilidad social inmediata y notablemente ascendente, un factor que rara vez ocurre con los inmigrantes, negros o blancos, en países del primer mundo donde la mayoría de la población es blanca.

Los padres de los casos testigo jamaíquinos eran de una clase socioeconómica más alta que los padres de los pacientes inmigrantes blancos a Jamaica, lo que indica que la movilidad social ascendente inmediata en la cohorte de inmigrantes blanca es un factor exclusivo en ese grupo. Este resultado impulsó la hipótesis de que el sistema político-económico en los países poscoloniales negros, como Jamaica, protege a los inmigrantes blancos del estrés social de la migración, lo que a menudo aumenta el riesgo de esquizofrenia en los grupos migratorios en las sociedades predominantemente blancas. Lo contrario quizá también sea cierto, a saber, que la estructura socioeconómica y política de los países del primer mundo con mayoría blanca puede contener condiciones incorporadas que predisponen a los inmigrantes blancos y negros, por igual, a la movilidad social hacia abajo, lo que crea un factor de estrés psicosocial que influye en la aparición de la esquizofrenia. En un estudio publicado en 2006 sobre la incidencia de la esquizofrenia en los inmigrantes europeos al Canadá, los investigadores observaron que la migración era un factor de riesgo de esquizofrenia hace un siglo, en la misma medida que lo es en la actualidad (57). Este resultado es diametralmente opuesto a lo informado en el estudio de Hickling de 1996 sobre las tasas de esquizofrenia en los inmigrantes blancos en un país negro poscolonial (56).

Muchos psiquiatras británicos se han opuesto a la idea de que los psiquiatras blancos diagnosticaban mal la esquizofrenia en los negros del Reino Unido. Hickling y colaboradores demostraron que la fiabilidad interevaluador entre los profesionales británicos y el psiquiatra jamaicano fue deficiente para diagnosticar esquizofrenia en los pacientes afrocaribeños del Reino Unido ($kappa = 0,45$) (58). De 29 pacientes negros que recibieron ese diagnóstico, los psiquiatras de ambos países estuvieron de acuerdo en 16 casos (55%). Sin embargo, algunos de los datos más reveladores del estudio son inéditos: la fiabilidad interevaluador entre los psiquiatras británicos y el psiquiatra jamaicano fue mejor para el diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes blancos del Reino Unido ($kappa = 0,65$). De los 24 pacientes blancos que recibieron ese diagnóstico, los profesionales de Gran Bretaña y Jamaica estuvieron de acuerdo en 18 casos (75%) (59). La conclusión es que el diagnóstico erróneo de esquizofrenia por parte de los psiquiatras británicos en poblaciones de negros, tiene un papel importante en los estudios epidemiológicos sobre el aumento del índice de riesgos de esquizofrenia en poblaciones afrocaribeñas en el Reino Unido.

Otras hipótesis biológicas

Gerard Hutchinson, psiquiatra trinitario, demostró que el riesgo de morbilidad para la esquizofrenia era similar en los padres y los hermanos de pacientes con esquizofrenia afrocaribeños británicos, blancos y de la primera generación (50). De modo parecido, Hutchinson y colaboradores mostraron que los hermanos de los "probands" con esquizofrenia de la segunda generación, tenían un riesgo de morbilidad para la esquizofrenia acentuadamente mayor que el de sus homólogos blancos; lo cual indica que hay fuertes factores ambientales facilitadores de la esquizofrenia que actúan en los afrocaribeños de la segunda generación (60). En 1997, Hutchinson y colaboradores demostraron que las complicaciones prenatales y perinatales en Inglaterra cumplen un rol menor en la etiología de la esquizofrenia entre

los pacientes afrocaribeños por comparación con los pacientes blancos (61).

Hipótesis ambientales

En un importante estudio de Boydell y colaboradores (62) se estableció que "... La incidencia de la esquizofrenia en las minorías étnicas no blancas aumentó significativamente a medida que la proporción de tales minorías en la población local descendió. . .". Se demostró que la incidencia de la esquizofrenia en las minorías étnicas en Londres era 2,4 veces superior que la de los blancos en zonas con una población de minorías étnicas de 28%–60%; era 3,6 veces superior en zonas con una población de minorías étnicas de 13%–28%; y 4,4 veces superior a la de los blancos, en las zonas donde la población de las minorías étnicas era de 8%–12%. Este estudio ha ayudado a proponer una conexión etiológica entre la patogénesis y la alienación de las poblaciones no blancas.

En otro importante estudio epidemiológico realizado recientemente en el Reino Unido, denominado Etiología y Grupo Étnico en la Esquizofrenia y otras Psicosis, se han repetido los resultados de un mayor riesgo entre diversos migrantes de países mayoritariamente no blancos a Gran Bretaña (63). Las tasas eran más altas en los inmigrantes afrocaribeños y en los africanos negros y sus hijos. Este estudio también ha demostrado que esa desventaja social y una variedad de índices asociados a carencias sociales también guardan relación con las mayores tasas (64). Hickling y Hutchinson describieron la perturbación de la identidad racial en el pueblo afrocaribeño al describir la experiencia del síndrome del fruto del pan asado (negro por fuera, blanco por dentro) (65). Este no es un fenómeno infrecuente en el Caribe, Europa, Estados Unidos o Canadá, que ha sido bien descrito y definido por Franz Fanon como muy frecuente también en África (66), donde las personas negras niegan su propia negrura y anhelan la cultura europea. Hemos visto a personas que han sufrido el síndrome del fruto del pan asado; sin embargo, al verse expuestos a un racismo severo, dentro

de cualquier ambiente específico, donde su propio ser blanco-negro es confrontado, estas personas no pueden hacer frente a las circunstancias y desarrollan una forma psicótica de enfermedad mental.

Hipótesis psicosociales

Varios estudios han descrito los caminos hacia la atención en salud mental para la población afrocaribeña del Reino Unido (23, 67–70). Era más probable que los afrocaribeños recibieran atención en salud mental a través de la policía, menos probable que fueran referidos por médicos generales, y más probable que fueran retenidos en lugares vigilados o que fueran ingresados por imperativo legal. Tenían menor probabilidad de obtener un diagnóstico temprano y un plan de tratamiento claro. Tenían mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de violentos y de ser encerrados en centros de reclusión y detenidos en sanatorios mentales. Otros investigadores observaron que la población afrocaribeña del Reino Unido tenía menor probabilidad de recibir psicoterapia de los servicios de salud mental o de recibir asistencia sin reclusión. Tenían una mayor probabilidad de recibir tratamientos físicos, de recibir medicamentos más potentes, de sufrir recaídas, reingresos y detenciones más prolongadas (71–76).

Stuart Hall describió la situación social de Gran Bretaña como de colonialismo interno británico y sugirió que en realidad no se ha permitido a los inmigrantes participar del desarrollo social y económico equitativo del país (77). A pesar de que en los cuatro últimos siglos la población afrocaribeña hizo contribuciones importantes al desarrollo y la prosperidad de Gran Bretaña, y de que tienen derecho a compartir una proporción justa de la riqueza y los intereses sociales británicos, estaba claro que no tenían acceso ni compartían la riqueza ni las prestaciones sociales provistas por la sociedad británica. Muchos estudios epidemiológicos de los tres últimos decenios han confirmado las experiencias racistas que los pacientes afrocaribeños han soportado en Inglaterra. Rwege-

llera informó que el camino que los pacientes afrocaribeños esquizofrénicos deben seguir para recibir atención psiquiátrica en el Reino Unido comporta un exceso de participación policial (78). Davies y colaboradores identificaron una mayor utilización de instrumentos legales para aplicar la admisión obligatoria a los pacientes afrocaribeños en Gran Bretaña (26). El uso excesivo de la obligatoriedad del tratamiento era algo común, vinculado de manera inextricable con la noción de peligrosidad y la antipatía general con la que la policía ve a los jóvenes negros. Hickling (47) ha descrito la tendencia colonial histórica a prestar servicios de salud mental a las personas negras con el telón de fondo del terror y el castigo, basada en el prejuicio de que las personas negras son primitivas y agresivas. Esto refleja la observación de Moodly y Thornicroft (68) sobre el hecho de que en el Reino Unido es más probable que se trate a los pacientes negros en centros de cuidados intensivos y que se les condene como delincuentes si son jóvenes y varones. Esto indica que la relación entre los servicios de salud mental y la Gran Bretaña negra no solo está sesgada, sino que el sesgo tiene un origen histórico en el colonialismo británico.

Philpot ha señalado que las políticas de marginación en Gran Bretaña, que han excluido a las personas negras del acceso a las prestaciones de seguridad social y al empleo, han dado lugar a la pobreza que se observa en esta población (79). Es difícil poder esclarecer los efectos de la privación socioeconómica, el racismo y el aislamiento social, factores que muestran una elevada correlación con los síntomas psicóticos. Lo que es seguro es que las provisiones existentes para la comunidad en Gran Bretaña no satisfacen muchas necesidades sociales de las personas negras. Hickling y Robertson-Hickling manifestaron que los médicos generales no enviaban a los pacientes afrocaribeños a los servicios de salud mental en una fase muy inicial de su enfermedad, ya que el diagnóstico y el tratamiento inapropiados eran comunes (80). Cuestionaron la exactitud de los resultados de investigaciones recientes con respecto a las personas negras y la salud mental, exi-

giendo más rigor e imparcialidad en este campo científico, e insistiendo en que la psiquiatría y la medicina reconocen su responsabilidad para afrontar los problemas sociales con el mismo entusiasmo y la misma asignación de recursos que actualmente se extienden a la investigación biológica.

Hipótesis de la urbanicidad

A medida que el péndulo de la opinión psiquiátrica con respecto a las elevadas tasas de esquizofrenia en los afrocaribeños en Europa empezó a girar desde una causa biológica hacia una causa social, varios epidemiólogos comenzaron a explorar otras opciones en busca de resultados. Van Os (81, 82), Hutchinson y Haasen (83) y Selten (7) describieron lo que llamaron “el efecto de la urbanicidad”. En la escala aditiva, esta urbanicidad era mucho mayor en los individuos con indicios de responsabilidad familiar (diferencia del riesgo = 2,58%) que en los que carecían de responsabilidad familiar (diferencia del riesgo = 0,40%) (81). Se calcula que entre 60% y 70% de los individuos expuestos tanto a la urbanicidad como a las responsabilidades familiares, presentaron un trastorno psicótico debido a la acción sinérgica de las dos causas aproximadas. Se llegó a la conclusión de que se consideraba que ese agrupamiento familiar de la psicosis en los medios urbanos reflejaba el efecto de los genes compartidos, favoreciendo un mecanismo de interacción entre genes y ambiente en las causas de la psicosis.

Esta línea de razonamiento epidemiológico llevó a Selten y a Cantor-Graae a postular la hipótesis de que la experiencia crónica y a largo plazo de la “derrota social” puede aumentar el riesgo de esquizofrenia (84). La derrota social fue definida como la respuesta de una posición subordinada o como el “estatus de intruso o forastero”. Indicaron que la discriminación racial contribuiría sin duda a la experiencia de la derrota en el inmigrante. Un estudio prospectivo en los Países Bajos había revelado que la discriminación percibida era un factor de riesgo para la aparición de síntomas psicóticos, con una mayor magnitud del efecto en los

inmigrantes procedentes de países en desarrollo con respecto a los que venían de países desarrollados, y con mayor magnitud del efecto en la segunda generación con respecto a la primera (85). Se postuló un mayor aumento en la segunda generación porque el estatus de intruso sería aún más humillante para los individuos que se sienten con derecho a disfrutar el estatus que les fue conferido al nacer. Los riesgos para los grupos de inmigrantes conocidos por sus fuertes lazos familiares (por ejemplo, los inmigrantes asiáticos en el Reino Unido y los turcos en los Países Bajos), no fueron tan altos como los de los inmigrantes afrocaribeños en el Reino Unido o los marroquíes en los Países Bajos. Estos autores propusieron que la derrota social podría llevar al uso más frecuente de drogas ilícitas y a una mayor sensibilidad a estas sustancias. La derrota puede ser más frecuente en los inmigrantes cuyas nociones en cuanto a la facilidad de movilidad ascendente son abortadas por las oportunidades que actualmente están disponibles en la sociedad occidental. Luhrmann propuso que esa “derrota social” quizá sea uno de los factores sociales que pueden repercutir en la experiencia de la enfermedad (86). Argumenta que esa derrota es una característica común del contexto en el que muchas personas con un diagnóstico de esquizofrenia en los Estados Unidos viven en la actualidad.

Rebeldía social, no derrota social

La idea de la “derrota social” para explicar la elevada incidencia de la esquizofrenia en los afrocaribeños en Europa es un interesante “giro inesperado” de la comprensión etiológica de los hallazgos epidemiológicos de los últimos treinta años. Afirmar que tal vez las personas de raza negra del Caribe no tengan la capacidad genética para adaptarse a la complejidad de la civilización europea parece ser la afirmación más reciente de una percepción racista de las personas de raza negra, que sin duda se ha evidenciado en la ciencia europea en los últimos cinco siglos. El análisis psico-historiográfico de Hickling (87, 88) propone una hipótesis alternativa según la cual la civi-

lización europea de los cinco últimos siglos ha sido conducida por una psicosis europeo-estadounidense colectiva, formulada sobre el intento delirante y partidario de la supremacía blanca de los europeos de poseer el mundo y de subordinar a las personas de color al servicio de las razas blancas. En este contexto, “la locura y la maldad” afrocaribeñas son similares a los mecanismos de defensa producidos necesariamente para hacer frente a la “psicosis europeo-estadounidense”.

CONCLUSIONES

Los estudios epidemiológicos psiquiátricos de la esquizofrenia en el Caribe muestran que las complejas tensiones ambientales y psicosociales existentes desencadenan esta enfermedad en los emigrantes del Caribe hacia Europa. Los datos provistos por las investigaciones han desplazado profundamente las evidencias etiológicas de la esquizofrenia desde una perspectiva exclusivamente genética hacia causas ambientales multifactoriales, entre ellas, la urbanización, el racismo y la marginación.

REFERENCIAS

- Hickling FW, Gibson RC. The History of Psychiatry in the Caribbean. En: Hickling FW, Sorel E, eds. *Images of Psychiatry: The Caribbean*. Kingston, Jamaica: Department of Community Health and Psychiatry, University of the West Indies, Mona; 2005.
- Hickling FW, Sorel E. Introduction. En: Hickling FW, Sorel E, eds. *Images of Psychiatry: The Caribbean*. Kingston, Jamaica: Department of Community Health and Psychiatry, University of the West Indies, Mona; 2005.
- Wing JK, Nixon JM, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population study. *Psychol Med* 1977;7:505–16.
- Hickling FW, Rodgers-Johnson P. The incidence of first onset schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry* 1995;167:193–6.
- Bhugra D, Hilwig M, Hossein B, Marceau H, Neehall J, Leff J et al. First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1996;169:587–92.
- Mahy GE, Mallett R, Leff J, Bhugra D. First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *Br J Psychiatry* 1999;175:28–33.
- Selten JP, Zeyl C, Dwarkasing R, Lumsden V, Kahn RS, Van Harten PN. First-contact incidence of schizophrenia in Surinam. *Br J Psychiatry* 2005;186:74–5.
- Kay RW. Prevalence of psychotic mental disorders in the Commonwealth of Dominica. *West Indian Med J* 1989;39:30–31.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1–97.
- Hickling FW, McCallum M, Nooks L, Rodgers-Johnson P. Outcome of first contact schizophrenia in Jamaica. *West Indian Med J* 2001;50:194–7.
- Haynes T, Hickling FW. Relapse or reintegration: a ten-year outcome study of schizophrenia in Jamaica. *West Indian Med J* 2004;53(Suppl 5):27.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986;16:909–28.
- Hickling FW, McCallum M, Nooks L, Rodgers-Johnson P. Treatment of acute schizophrenia in open general medical wards in Jamaica. *Psychiatr Serv* 2000;51:659–63.
- Hickling FW, Abel W, Garner P, Rathbone J. Open general medical wards versus specialist psychiatric units for acute psychoses. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD003290.
- Thompson M. *Reluctant Settlers—Jamaicans in the West Midlands*. PhD Thesis, University of Warwick; 1996.
- Kiev A. Psychiatric morbidity of West Indian immigrants in an urban group practice. *Br J Psychiatry* 1965;111:51–6.
- Gordon EB. Mentally ill West Indian immigrants. *Br J Psychiatry* 1965;111:877–87.
- Bagley C. The social aetiology of schizophrenia in immigrant groups. *Int J Soc Psychiatry* 1971; 17:292–304.
- Dean G, Walsh D, Downing H, Shelley E. First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in South-East England 1976. *Br J Psychiatry* 1981;139:506–512.
- Royes K. The incidence and features of psychosis in a Caribbean community. *Soc Psychiatr* 1962;2:1121–5.
- Rwegellera GG. Psychiatric morbidity among West Africans and West Indians living in London. *Psychol Med* 1977;7:317–29.
- Bebbington PE, Hurry J, Tennant C. Psychiatric disorders in selected immigrant groups in Camberwell. *Social Psychiatry* 1981;16:43–51.
- Hickling FW. Psychiatric Hospital Admission Rates in Jamaica, 1971 and 1988. *Br J Psychiatry* 1991;159:817–21.

24. Selten JP, Sijben N. First admission rates for schizophrenia in immigrants to The Netherlands. The Dutch National Register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:71-7.
25. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995;152:1563-75.
26. Davies S, Thornicroft G, Leese M, Higginbotham A, Phelan M. Ethnic differences in risks of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ* 1996;312:533-7.
27. McGovern D, Cope RV. First psychiatric admission rates of first and second generation Afro-Caribbeans. *Soc Psychiatry* 1987;22:139-49.
28. Harrison G, Owens D, Holton A, Neilson D, Boot D. A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychol Med* 1988;18:643-57.
29. Bebbington PE, Hury J, Tennant C. Psychiatric disorders in selected immigrant groups in Camberwell. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1981;16:43-51.
30. Harvey I, Williams M, McGuffin P, Toone BK. The functional psychoses in Afro-Caribbeans. *Br J Psychiatry* 1990;157:515-22.
31. Wessely S, Castle D, Der G, Murray R. Schizophrenia and Afro-Caribbeans. A case-control study. *Br J Psychiatry* 1991;159:795-801.
32. King M, Coker E, Leavey G, Hoare A, Johnson-Sabine E. Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *BMJ* 1994;309:1115-9.
33. Hanoeman M, Selten JP, Kahn RS. Incidence of schizophrenia in Surinam. *Schizophr Res* 2002;54:219-21.
34. Sashidharan SP. Afro-Caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *Int Rev Psychiatr* 1993;5:129-44.
35. Burke AW. Racism and psychological disturbance among West Indians in Britain. *Int J Soc Psychiatry* 1984;30:50-68.
36. Hickling FW. Double jeopardy: psychopathology of black mentally ill migrants and returned migrants to Jamaica. *Int J Soc Psychiatry* 1991;37:80-9.
37. Littlewood R. Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches. *Soc Sci Med* 1992;34:141-9.
38. Raleigh V. *Mental Health in Black and Minority Ethnic People: The Fundamental Facts*. London: The Mental Health Foundation; 1995.
39. Browne D. *Black People, Mental Health and the Courts*. London: NARCO; 1990.
40. Browne D. *Black People and Sectioning: The Black Experience of Detention Under the Civil Sections of the Mental Health Act*. London: Little Rock Publishing; 1997.
41. Selten JP, Slaets JP, Kahn RS. Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychol Med* 1997;27:807-11.
42. King M, Coker E, Leavey G, Hoare A, Johnson-Sabine E. Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *BMJ* 1994;309:1115-9.
43. Eysenck HJ. *Race, Intelligence and Education*. London: Maurice Temple Smith; 1971.
44. Jensen AR. How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educ Rev* 39:1-123;1969.
45. Shockley W. *Eugenics and Race: The Application of Science to the Solution of Human Problems*. Washington, DC: Scott-Townsend Publishers.
46. Herrnstein RJ, Murray C. *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. New York: Free Press; 1994.
47. Hickling FW. Psychiatry in the Commonwealth Caribbean: a brief historical review. *Bulletin of The Royal College of Psychiatrists* 1988;12:434-6.
48. Fernando S. Race and cultural difference. En: Fernando S, Ndegwa D, Wilson M, eds. *Forensic Psychiatry, Race and Culture*. New York: Routledge; 1998.
49. Sugarman PA, Craufurd D. Schizophrenia in the Afro-Caribbean community. *Br J Psychiatry* 1994;164:474-80.
50. Hutchinson G, Takei N, Fahy TA, Bhugra D, Gilvarry C, Moran P et al. Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 1996;169:776-80.
51. Takei N, Persaud R, Woodruff P, Brockington I, Murray R. First episodes of psychosis in Afro-Caribbean and White people: An 18 year follow-up population-based study. *Br J Psychiatry* 1998;172:147-153.
52. Rodgers-Johnson P, Hickling FW, Irons A, Johnson BK, Irons-Morgan M, Stone GA et al. Retroviruses and schizophrenia in Jamaica. *J Mol Chem Neuropathol* 1996;28:237-43.
53. Odegaard O. Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian-born population in Minnesota. *Acta Psych Neurol Scand* 1932;7(Suppl 4):1-206.
54. Hickling FW. Schizophrenia in returned Jamaican emigrants to North America and Europe. *West Ind Med J* 1996;45(Suppl 12):38.
55. Cochrane R, Bal SS. Mental hospital admission rates of immigrants to England: a comparison of 1971 and 1981. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989;24:2-11.

56. Hickling FW. Psychopathology of white mentally ill immigrants to Jamaica. *Mol Chem Neuropathol* 1996;28:26–8.
57. Smith GN, Boydell J, Murray RM, Flynn S, McKay K, Sherwood M et al. The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophr Res* 2006;87:205–11.
58. Hickling FW, McKenzie K, Mullen R, Murray R. A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 1999;175:283–5.
59. Hickling FW. The epidemiology of schizophrenia and other common mental health disorders in the English-speaking Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:256–62.
60. Hutchinson G, Takei N, Fahy TA, Bhugra D, Gilvarry C, Moran P et al. Morbid risk of psychotic illness in first degree relatives of white and Afro-Caribbean patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 1996;169:776–780.
61. Hutchinson G, Takei N, Bhugra D, Fahy TA, Gilvarry C, Mallett R et al. Increased rate of psychosis among African-Caribbeans in Britain is not due to an excess of pregnancy and birth complications. *Br J Psychiatry* 1997;171:145–7.
62. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001;323(7325):1336–8.
63. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T et al. AESOP Study Group. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychol Med* 2006;36:1541–50.
64. Morgan C, Kirkbride J, Leff J, Craig T, Hutchinson G, McKenzie K et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med* 2007;37:495–503.
65. Hickling FW, Hutchinson G. Roast breadfruit psychosis: a racial identification in African-Caribbeans. *Psychiatric Bull* 1999;23:132–134.
66. Fanon F. *Black Skin, White Masks*. New York: Grove; 1967.
67. Cope R. The compulsory detention of Afro-Caribbeans under the Mental Health Act. *New Community* 1989;15:343–56.
68. Moodly P, Thornicroft G. Ethnic group and compulsory detention. *Med Sci Law* 1988;28:324–8.
69. Harrison G, Owens D, Holton A, Neilson D, Boot D. A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychol Med* 1988;18:643–57.
70. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1989;155:384–90.
71. Dunn J, Fahy TA. Police admissions to a psychiatric hospital. Demographic and clinical differences between ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1990;156:373–8.
72. Owens D, Harrison G, Boot D. Ethnic factors in voluntary and compulsory admissions. *Psychol Med* 1991;20:185–96.
73. Glover G, Malcolm G. The prevalence of neuroleptic treatment among West Indians and Asians in the London Borough of Newham. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:281–4.
74. Chen EY, Harrison G, Standon P. Management of the first episode of psychotic illness in Afro-Caribbean patients. *Br J Psychiatry* 1991;158:517–22.
75. Lloyd K, Moodly P. Psychotropic medication and ethnicity. An in-patient survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:95–101.
76. McGovern D, Cope R. Second generation Afro-Caribbeans and young whites with a first admission diagnosis of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:95–9.
77. Hall S. New ethnicities in race culture and difference. En: Donald J, Rattansi A, eds. *Open University Reader*, London: Sage; 1992.
78. Rwegellera GG. Differential use of psychiatric services by West Indians, West Africans and English in London. *Br J Psychiatry* 1980;137:428–32.
79. Philpot T. *Action for Children*. London: Lion Publishing PLC; 1994.
80. Hickling FW, Robertson-Hickling H, Hutchinson G. Migration and Mental Health. En: Hickling FW, Sorel E, eds. *Images of Psychiatry: The Caribbean*. Kingston, Jamaica: Department of Community Health and Psychiatry, University of the West Indies, Mona; 2005.
81. Van Os J, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollebergh W. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *Am J Psychiatry* 2003;160:477–82.
82. Van Os J. Does the urban environment cause psychosis? *Br J Psychiatry* 2004;184:287–8.
83. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:350–7.
84. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2005;187:101–2.
85. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry*. 2003;182:71–6.
86. Luhrmann TM. Social defeat and the culture of chronicity: or, why schizophrenia does so well over there and so badly here. *Cult Med Psychiatry* 2007;31:135–72.

87. Hickling FW. The African renaissance and the struggle for mental health in the African diaspora. En: Georgiopoulos AM, Rosenbaum JR, eds. *Perspectives in Cross-Cultural Psychiatry*. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
88. Hickling FW. Grappling with British racism: a Jamaican psychiatrist's struggles with mental illness in African Caribbean people in the UK. *Jamaica Journal* 2007;30:20-9.
89. Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001;178:367-72.
90. Andreasen NC, Flaum M, Arndt S. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:615-23.