

LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ALTERACIONES MENTALES: TRASCENDENCIA, METODOS Y LINEAMIENTOS PARA SU DESARROLLO EN MEXICO

Dr. Héctor Tovar Acosta*
Dr. Héctor Gutiérrez Avila**
Dr. Renán Villanueva Sosa***

Si bien diversos estudios han permitido obtener algunos datos epidemiológicos sobre las enfermedades mentales en México (1-4), aún no se ha determinado satisfactoriamente la magnitud, incidencia y características de la población afectada, así como las fluctuaciones temporales, las variaciones regionales, los grupos de alto riesgo y el impacto en la vida familiar y social de los individuos afectados. La ausencia de este tipo de información ha representado una notable dificultad para jerarquizar las enfermedades mentales respecto al conjunto de los problemas de la salud pública (5). No es suficiente aceptar conceptualmente que el estado mental de los individuos es un componente indispensable de la salud integral, sino que es necesario cuantificar el alcance de los daños a fin de plantear e implementar programas de prevención y control, así como para organizar los servicios necesarios para su atención (5).

El conocimiento epidemiológico de los trastornos mentales puede lograrse a través de tres enfoques complementarios: 1. El monitoreo continuo de la morbilidad psiquiátrica en los servicios de salud; 2. Los estudios de población, y 3. La investigación de factores etiológicos o de riesgo (6). Estos enfoques se limitan al estudio de la morbilidad, pues el impacto de los trastornos mentales, con excepción del alcoholismo y del suicidio, sobre la estructura de la mortalidad, es más bien de carácter indirecto. Si se parangona la gravedad de los trastornos mentales con la gravedad de las enfermedades orgánicas, cabría señalar que mientras éstas pueden llegar a producir la muerte, o sea, la pérdida absoluta e irreparable de la vida, las primeras pueden llegar a producir la pérdida absoluta e irreparable de las relaciones interpersonales, familiares, afectivas y sociales que, finalmente, son aquellas que distinguen la vida humana como tal. Por otra parte, mientras la muerte se registra y contabiliza no tanto con fines epidemiológicos, sino primordialmente, por razones legales, económicas y sociales, los efectos de las enfermedades psiquiátricas tienden a pasar inadvertidos socialmente. Es función específica de la epidemiología investigar estos aspectos de los trastornos mentales. Este trabajo complementa los puntos de vista de otros autores que

han revisado extensamente las características de la investigación epidemiológica psiquiátrica (7,8).

I. Monitoreo continuo de la morbilidad

Este procedimiento corresponde a la Vigilancia Epidemiológica (V E), que consiste en la observación y análisis sistemático del comportamiento de las enfermedades y de los factores pertinentes para su control (9, 10). La V E es sinónimo de información para la acción. Así como un paciente debe ser vigilado estrechamente para determinar los cambios en el curso de su enfermedad, evaluar la efectividad del tratamiento y tomar las medidas de manejo apropiadas, así la población en su conjunto, por razones similares e igualmente importantes, debe estar bajo observación permanente. Históricamente, la V E se desarrolló como un instrumento indispensable para el control de enfermedades epidémicas, como el cólera, que causaban graves daños a grandes núcleos de la población. En nuestro medio, los programas de V E existentes se limitan a ciertas enfermedades transmisibles que por su trascendencia se consideran relevantes para la salud pública (11).

Un procedimiento relativamente reciente, útil para cumplir las funciones de la V E, consiste en el Sistema de Registro de Enfermedades, mediante el cual se pretende, como su nombre lo indica, "registrar" todos los casos nuevos de una determinada enfermedad, identificados por cualquiera de los servicios médicos, ya sean públicos o privados, de una región.

En diversos países existen programas específicos para regiones o comunidades en donde alguna enfermedad representa una amenaza especial para la población. Un ejemplo notable, entre otros muchos que pueden citarse, es el Sistema de Registro Comunitario de Infarto al Miocardio, coordinado por la Organización Mundial de la Salud en 17 comunidades bien definidas geográfica y demográficamente, de 17 países de Europa, más una en Israel y otra en Australia (12). Este Sistema de Registro se estableció para efectuar una observación a largo plazo y un seguimiento de los pacientes "registrados". En él se han definido ocho objetivos que serían aplicables a un sistema similar en cualquier área de la medicina:

1. Determinar la incidencia (tasa de ataque) en una entidad o grupo de entidades según edad, sexo, estado socioeconómico y otras variables sociales, fisiológicas y ambientales.

* Director General de Salud Mental, SSA.

** Jefe del Depto. de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de Salud Mental, SSA.

*** Director de Planeación y Evaluación de Salud Mental, SSA.

2. Describir la historia natural de la enfermedad mediante el examen repetido de los casos incluidos en el estudio.
3. Estimar la prevalencia a partir de los datos de incidencia.
4. Describir y evaluar las medidas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitatorias en las fases agudas y crónicas de las enfermedades.
5. Estimar la trascendencia médica y epidemiológica de la enfermedad bajo observación en la población del área de registro.
6. Analizar la discrepancia entre las necesidades de atención médica y social, y la disponibilidad real de recursos.
7. Evaluar los programas comunitarios de intervención y control.
8. Completar el diagnóstico de la comunidad mediante la integración de los resultados de diversos registros sobre enfermedades poco frecuentes.

Obviamente, el cumplimiento de estos objetivos requiere la instalación de un sistema con una sólida infraestructura técnica y administrativa, capaz de identificar, estudiar y seguir, durante un lapso de tiempo razonable, cada uno de los casos registrados.

Una experiencia similar en el campo de la salud mental ha sido desarrollada por Wing y cols. en tres áreas urbanas: Aberdeen, Escocia; Distrito de Camberwell, Londres; y Maryland, E U (13). Los autores describen su experiencia de la siguiente manera: "Los registros son sistemas de información integrada para acumular datos referentes a todos los individuos residentes en una área geográfica delimitada, que entran en contacto con los servicios psiquiátricos, médicos y sociales durante un periodo de tiempo específico. Estos sistemas tienen tres tipos de características que ayudan a la conducción de investigaciones epidemiológicas y de operaciones: 1. La utilización de poblaciones definidas, lo cual permite hacer comparaciones y extrapolaciones a otros grupos; 2. La multiplicidad de servicios médicos y sociales involucrados, que contribuye a recolectar información sobre una variedad de aspectos médicos y sociales, evita la duplicidad en el registro de pacientes y elimina el sesgo de la información que necesariamente ocurre cuando ésta se deriva de un número reducido de servicios, y 3. La información acumulativa, que se obtiene mediante el seguimiento de pacientes en diversas instituciones, ayuda al conocimiento de la historia natural.

La operación de tales sistemas de registro conlleva considerables problemas técnicos y administrativos, además de un elevado costo de mantenimiento. Estos sistemas requieren necesariamente, entre otros recursos, los servicios de computación para el archivo y análisis de la información. Otra dificultad, casi insuperable en nuestro medio, se refiere al hecho de que las instituciones especializadas no atienden a regiones o poblaciones bien definidas. Sin embargo, dado que la V E corresponde en gran medida a una observación continua, y ésta tiene como sustrato la notificación de los casos que son identificados a través de los servicios, la Dirección General de Salud Mental (DGSM) de la SSA ha sido capaz de establecer un programa, utilizan-

do como infraestructura las instituciones especializadas y los servicios psiquiátricos del sector salud, que de manera rutinaria notifican la morbilidad atendida (14).

La información procedente de las unidades hospitalarias es limitada y no permite determinar directamente la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales. No obstante, estos datos reflejan las tendencias en los dos indicadores, orientan con propiedad respecto a las características sociodemográficas de los grupos más afectados, constituyen un medio confiable para identificar las fluctuaciones temporales y, sobre todo, permiten determinar el patrón de demanda de servicios. El conocimiento de este patrón de demanda es indispensable para la planeación y evaluación de los servicios de salud y, consecuentemente, para la distribución de los recursos financieros (15, 16). La estructura, alcances y resultados del programa de V E de la DGSM serán objeto de una presentación *in extenso* en una publicación próxima.

Cuadro 1

Alteraciones Mentales Según su Importancia en los Servicios de Consulta Externa en Instituciones Psiquiátricas Públicas de México (1) y Estados Unidos de Norteamérica (2)

MEXICO (1973-78)	EU (1970)
I Trastornos de ansiedad	Trastornos de adaptación
II Epilepsia	Trastornos de ansiedad
III Trastornos esquizofrénicos	Trastornos esquizofrénicos
IV Retardo mental	Trastornos de la personalidad
V Alcoholismo	Alcoholismo
VI Psicosis no especificadas	Retardo mental
VII Síntomas especiales no clasificables	Trastornos mentales orgánicos (demencia senil)
VIII Abuso y dependencia de sustancias tóxicas	Abuso y dependencia de sustancias tóxicas
IX Trastornos de la conducta en la infancia	Trastornos afectivos mayores
X Otras psicosis	Otras psicosis

(1) Fuente: Depto. Vigilancia e Investigación Epidemiológicas, Dirección General de Salud Mental, SSA

(2) KRAMER M, REDICK R: *En: Public Health and Preventive Medicine, Maxcy-Rosenau, 11th Edition, Appleton - Century - Crofts, Nueva York 1315. Adaptación de la clasificación de diagnósticos del DSM-II al DSM-III por H. Gutiérrez.*

Cuadro 2

Alteraciones Mentales Según su Importancia en los Hospitales Psiquiátricos Públicos de México (1) y Estados Unidos de Norteamérica (2)

MEXICO (1973-78)	EU (1970)
I Trastornos esquizofrénicos	Trastornos esquizofrénicos
II Epilepsia	Alcoholismo
III Retardo mental	Trastornos mentales orgánicos (Demencia senil)
IV Alcoholismo	Trastornos de ansiedad
V Psicosis no especificadas	Trastornos de la personalidad
VI Abuso y dependencia a sustancias tóxicas	Abuso y dependencia de sustancias tóxicas
VII Psicosis asociadas con otras afecciones cerebrales	Trastornos afectivos mayores
VIII Trastornos afectivos mayores	Retardo mental
IX Psicosis asociadas con otras afecciones somáticas	Trastornos de adaptación
X Otras psicosis	Otras psicosis

(1) Fuente: Depto. Vigilancia e Investigación Epidemiológicas, Dirección General de Salud Mental, SSA

(2) KRAMER M, REDICK R: *En: Public Health and Preventive Medicine, Maxcy-Rosenau, 11th Edition, Appleton - Century - Crofts, Nueva York 1315. Adaptación de la clasificación de diagnósticos del DSM-II al DSM-III por H. Gutiérrez.*

A manera de ilustración del tipo de información que puede obtenerse a través de las actividades de la V E, se presenta el patrón de demanda de servicios psiquiátricos públicos en la consulta externa y en la hospitalización de México y Estados Unidos (cuadros 1, 2). Las diferencias son aparentes: mientras que en nuestro medio los trastornos de la personalidad, los trastornos de adaptación y la demencia senil están virtualmente ausentes de la patología atendida en la consulta externa (0.7, 0.8 y 1.7 por ciento, respectivamente), en EU, por el contrario, ocupan el 1o, 4o y 7o lugar. Es muy posible que esta disparidad, independientemente de las diferencias en los hábitos diagnósticos, sea atribuible, en el caso de los trastornos de adaptación y de la personalidad, a las modalidades de las actitudes de la población hacia la utilización de los servicios médicos y a las divergencias en la disponibilidad de los mismos. En el caso de la demencia senil, es obvio que se añaden a las dos circunstancias anteriores, las diferencias en la composición demográfica de las dos poblaciones, ya que los individuos de 65 años en adelante constituyen, aproximadamente, el 12.0 % de la población de EU, mientras que en México sólo llegan al 4.0 %.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria, las diferencias son evidentes: la epilepsia, alteración neurológica más que psiquiátrica, es la segunda causa de hospitalización en nuestro medio; también parece poco razonable que el retardo mental ocupe el tercer lugar. Es de llamar la atención que en EU, el alcoholismo ocupe el segundo lugar, mientras que los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad repiten su importancia. Cabe señalar que en nuestro medio, estos dos tipos de trastornos sólo representan el 3.6 y 0.8 % , respectivamente, entre las causas de hospitalización. Evidentemente estas diferencias en el patrón de demanda se relacionan con las políticas de admisión, la disponibilidad de servicios y las actitudes de la población hacia la salud mental.

II. Estudios de población

La característica primordial que distingue a la epidemiología de otras disciplinas de la medicina es su objeto de estudio, que es la enfermedad tal como se representa dentro de la población; es decir, no se refiere a individuos aislados, sino a la enfermedad como fenómeno colectivo. Sintéticamente expuesto, los estudios de población permiten determinar: 1. La prevalencia o magnitud de la enfermedad; p. ej., la proporción de individuos enfermos en una comunidad; 2. La incidencia o riesgo; p. ej., la probabilidad de que ocurra algún acontecimiento que, en términos de salud pública, equivalga al riesgo de sufrir una enfermedad, y 3. Las características de los grupos afectados y las variaciones témporo-espaciales de la enfermedad. En principio, los programas de V E o Sistemas de Registro, cuyos múltiples beneficios se han descrito, se utilizan como mecanismo habitual para la determinación de la incidencia, pues los estudios de población específicos para este propósito serían incosteables. Sin embargo, su utilidad para determinar la prevalencia tiene como limitación significativa que, aún disponiendo de un sistema

de notificación confiable, completa y oportuna, sólo incluye la patología diagnosticada, es decir, los casos manifiestos y reconocidos por los servicios médicos. Sólo la búsqueda intencional e intensiva de casos, diagnosticados o no, abiertamente sintomáticos, en remisión o aún en fase preclínica (si fuese posible su hallazgo), a través de los estudios de campo, permite establecer con relativa certeza la magnitud de los trastornos mentales, lo que equivale a determinar las necesidades reales, en contraste con la demanda de servicios.

El conocimiento de la prevalencia y distribución de las enfermedades es indispensable para la valoración de su trascendencia; en el área psiquiátrica se desconocen estos indicadores en un número significativo de trastornos, y en aquéllos en los que ha sido posible su determinación, ésta debe considerarse aún de carácter transitorio. Esto no es casual, pues los avances de la epidemiología psiquiátrica están supeditados al avance en el conocimiento de la psico y fisio patología de las enfermedades mentales, que indiscutiblemente puede considerarse que se encuentran en fases incipientes de desarrollo. Una expresión de este fenómeno se observa en las discrepancias de la misma clasificación de las enfermedades mentales (p. ej., su diferenciación por aspectos genéricos y específicos). Por ejemplo, la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y la Tercera Versión del Manual Estadístico y de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (DSM-III) presentan diferencias notables. Este último, cuya evolución ha sido significativa desde el DSM-I y que, sin lugar a dudas, puede considerarse como un recurso excelente para la investigación clínica y epidemiológica, no es en forma alguna una propuesta definitiva. Los cinco ejes para la clasificación de las enfermedades mentales constituyen una contribución importante no sólo para mejorar la calidad y unificar los criterios del diagnóstico psiquiátrico, sino para auxiliar en el tratamiento del paciente y establecer más sólidamente el pronóstico. La recolección sistemática de información, obtenida mediante la prueba de este manual en nuestro medio, sería indudablemente una base para la investigación clínica y epidemiológica. La falta de uniformidad de criterios y diagnósticos en los expedientes clínicos ha impedido hasta hoy su utilización. Debe reconocerse, por otra parte, que la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades resulta insuficiente para estos propósitos (8).

Aspectos Metodológicos

Los principales problemas metodológicos de la investigación epidemiológica psiquiátrica se derivan de las dificultades inherentes a la medición de los fenómenos mentales, que en términos prácticos corresponde a la detección (tamizado o *screening*) y al diagnóstico de los casos inmersos en la población.

Dohrenwend y Dohrenwend (17) han descrito tres generaciones de estudios epidemiológicos psiquiátricos a nivel internacional; en la primera de ellas, que se extiende desde principios de siglo hasta la Segunda Guerra Mundial, la identificación de los individuos con

trastornos mentales de una población se hizo a través de los registros de instituciones e informantes clave de la comunidad (reclusorios, asilos, centros de rehabilitación). Estos estudios se basaban en dos supuestos: 1. La patología atendida en los servicios de salud existentes y en otras instituciones sociales refleja fielmente la magnitud y características del conjunto de los trastornos mentales dentro de la población; y 2. El diagnóstico psiquiátrico, rutinariamente establecido, es confiable. El valor de esta serie de estudios es más bien de carácter histórico, pues los aspectos metodológicos no se hicieron explícitos y, en general, ocuparon un lugar irrelevante. En la segunda generación de estudios, los investigadores aplicaron la entrevista directa a todos los individuos de una comunidad como procedimiento de búsqueda de casos; y como criterio diagnóstico, el juicio exclusivo del psiquiatra. En la mayoría de las investigaciones de Europa y Asia, los criterios de la entrevista psiquiátrica no se describen; en algunos trabajos notables, Midtown, Manhattan (18) y Condado de Stirling (19), se utilizaron ya procedimientos estandarizados y estructurados en la entrevista clínica de los casos identificados en la comunidad. La adopción de estas técnicas se hizo más bien por razones de economía y logística que para lograr mayor validez y confiabilidad en los resultados.

No obstante las divergencias y limitaciones metodológicas de los estudios de ambas generaciones, la mayoría de los autores que los realizaron coinciden en señalar tres conclusiones:

1. Los problemas mentales de importancia son frecuentes en la comunidad.
2. Sólo una fracción pequeña del total de enfermos de una comunidad recibe algún tipo de atención médica o social.
3. La psicopatología en general y sus principales subtipos (entidades, síndromes) no se distribuyen aleatoriamente en la población.

Frecuencia de los trastornos mentales

En los estudios de la primera generación, la mediana del conjunto del total de los trastornos mentales en la población fue de 3.6 % y en la segunda, alrededor del 20 %. Esta discrepancia tan notable se debe menos a las diferencias en métodos que a la inclusión de un número significativo de nuevas categorías de trastornos mentales después de la II Guerra Mundial.

Los datos ahora disponibles sobre la prevalencia de los trastornos mentales provienen, fundamentalmente, de los estudios de la segunda generación, cuyos resultados muestran tal variación que pueden producir confusión. Dohrenwend ha revisado extensamente la literatura (20) y presenta de manera resumida los valores medios y los rangos de la prevalencia encontrados por estos estudios (cuadro 3). Obviamente, la amplitud de los rangos es atribuible a la diversidad de criterios para la clasificación y definición de los trastornos, y a la divergencia de los métodos de estudio. Como consecuencia de lo anterior, no es posible identificar las diferencias reales y espurias en la prevalencia entre diversas poblaciones.

Cuadro 3

Mediana e Intervalos de la Prevalencia en Trastornos Psiquiátricos Según Diversas Investigaciones Publicadas a Partir de 1950

Trastornos	Prevalencia/100 habitantes		No. de Estudios
	Mediana	Intervalos	
Trastornos esquizofrénicos	0.76	0.001-1.95	17
Psicosis mayores	0.43	0.000-1.59	12
Trastornos de ansiedad	5.95	0.305-75.0	25
Trastornos de la personalidad	4.19	0.230-14.5	19
Total de trastornos funcionales	14.05	1.250-63.5	27

Adaptado del artículo de Dohrenwend y Dohrenwend, 1981.

El DSM-III, además de lo anteriormente señalado, incluye dentro de su información las características epidemiológicas más relevantes de los trastornos mentales. Utilizando la mediana de la prevalencia del conjunto de estudios epidemiológicos es posible estimar el número de individuos afectados en México, tomando como población en riesgo aproximadamente 73 millones de habitantes en el año de 1973 (cuadro 4). Esta estimación debe considerarse de carácter conservador, ya que el defecto común a los estudios epidemiológicos es la subestimación de la patología; además, puede servir como punto de referencia, ya que es frecuente encontrar grandes variaciones tanto en la literatura como en las declaraciones públicas.

Proporción de individuos con trastornos mentales que reciben atención médico-social

A partir de los estudios epidemiológicos de la segunda generación ha quedado perfectamente aclarado que los casos clínicos bajo tratamiento corresponden al vértice del *iceberg*, y que por abajo del horizonte clínico hay una mayor proporción de casos que no son atendidos en los servicios médicos (21). Los individuos con un trastorno mental específico y aquellos bajo tratamiento con el mismo diagnóstico constituyen subpoblaciones diferentes. En el estudio del área central de Manhattan (18) solamente cinco por ciento de los clasificados como casos problema estaba recibiendo algún tipo de tratamiento al momento del estudio. En la encuesta geriátrica de Siracusa (22) había cuatro personas con una enfermedad diagnosticada por cada persona hospitalizada. En una encuesta de doce servicios de medicina general del mismo número de regiones del área metropolitana de Londres, Shepherd y cols. (23) encontraron que sólo cinco por ciento de los pacientes con un trastorno mental identificado acudía al médico.

Al igual que las tasas de prevalencia, las tasas de utilización de los servicios varían según las características sociales y demográficas de la población. El contraste entre ambos tipos de tasas específicas en una misma población se muestra en la figura 1 con los datos de la encuesta de Hagnell en una población íntegra de Suecia, y en la figura 2, con los datos de la encuesta de Manhattan. Estas gráficas ilustran dos principios fundamentales: 1. La proporción de individuos jóvenes

Cuadro 4

**Aspectos Epidemiológicos de las Principales Alteraciones Mentales
Según Criterios del DSM-III**

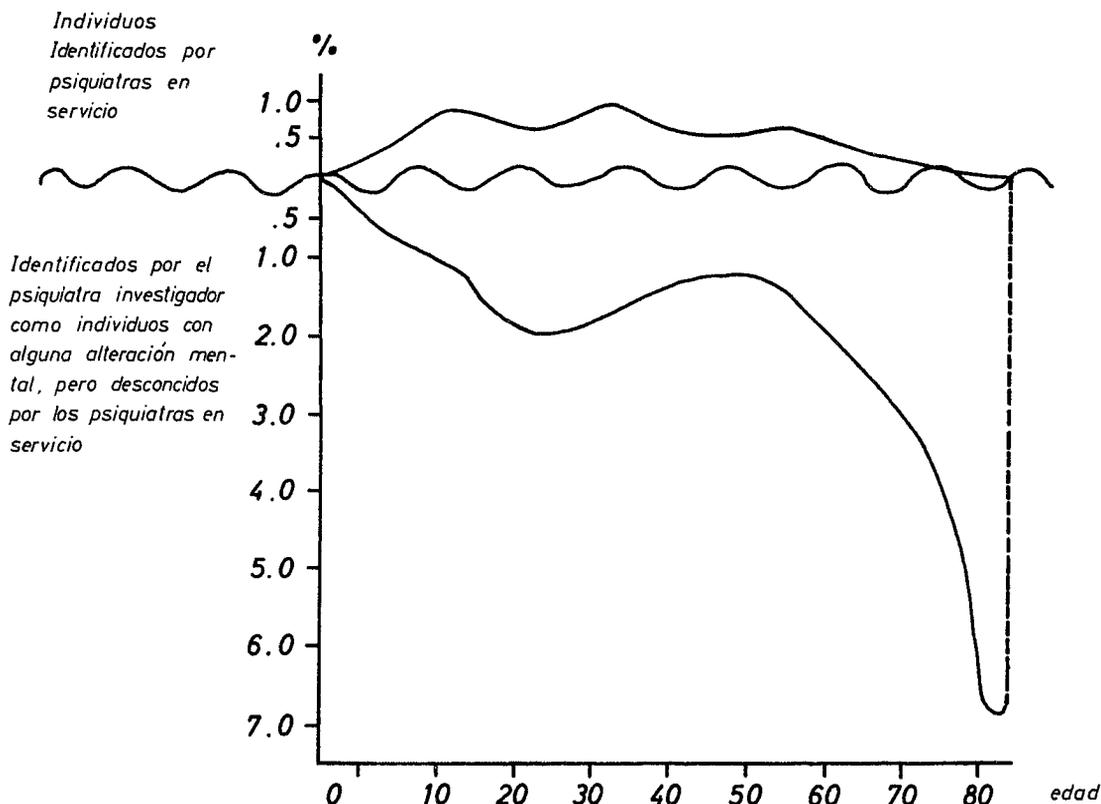
Alteración mental	Factores predisponentes	Edad de inicio	Razón por sexo (H/M)	Prevalencia	Población afectada en México
I. ALTERACIONES DE LA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA:					
Retardo mental	Los factores pueden ser biológicos y/o psicosociales. En el 25 % de los casos, los factores etiológicos son alteraciones biológicas; en el 75 % restante, generalmente leves, y pueden estar asociados con diversos tipos de privación psico-social	Hasta antes de los 18 años	Aproximadamente es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres	Aproximadamente 1 %	Aprox. 700,000 habitantes (de éstos 140,000 tienen retardo mental severo)
Trastornos de déficit de atención (síndrome hiperquinético, daño cerebral mínimo, disfunción cerebral mínima, etc)	Retardo mental moderado o leve, epilepsia, algunas formas de parálisis cerebral y otras alteraciones neurológicas	Habitualmente antes de los tres años	10 veces más frecuente en niños que en niñas	3 % de niños prepúberes	Aprox. 940,000 niños (considerando que aproximadamente el 43 % de la población es menor de 15 años)
Trastornos específicos del desarrollo	En general se desconocen. Algunos pueden ser parto gemelar, parto prematuro, hijo de madre añosa, o traumatismo craneoencefálico	Se relaciona con la edad en la que se espera se desarrolle cada función específica	Con excepción de la dificultad para hacer cálculos aritméticos, los otros trastornos son dos veces más frecuentes en hombres que en mujeres	Lectura: común. Aritmética: poco común. Lenguaje: 1) tipo receptivo: 1/1000; 2) tipo expresivo: 1/2000. Articulación de palabras: 6 % hombres 3 % mujeres	Por lo menos 1 400 000 niños
Trastornos de conducta	Trastornos de déficit de atención, problemas de integración familiar, alcoholismo paterno, etc.	Antes de y durante la pubertad	4-12 veces más frecuentes en hombres	Frecuente, aunque no hay estudios	Difícil de estimar
II. TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS:					
Demencia degenerativa primaria (tipo Alzheimer y Pick, o bien, senil y presenil)	El Síndrome de Down puede ser un factor predisponente; se ha observado una asociación positiva con el nivel socioeconómico bajo	La senil, a partir de los 65 años. En la presenil se presentan pocos casos antes de los 49 años	Más frecuente en mujeres	Muy frecuente entre los ancianos	Difícil de estimar; no menos de 700 000 ancianos con este problema.

Alteración Mental	Factores predisponentes	Edad de inicio	Razón por sexo (H/M)	Prevalencia	Población afectada en México
<p>III. ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS TOXICAS:</p> <p>Alcoholismo (1)</p>	<p>Personalidad antisocial, variabilidad biológica. Factores sociales: disponibilidad, publicidad, etc.</p>	<p>Generalmente a los 20-40 años de edad</p>	<p>Mucho más frecuente en hombres que en mujeres</p>	<p>En otros países se estima que 90 % de la población consume alcohol, y que 1/5 - 1/10 de éstos tienen problemas relacionados con el alcohol (abuso y/o dependencia). La prevalencia oscila entre 2.5 y 5 %</p>	<p>Difícil de estimar; aproximadamente entre 1,8 y 3.65 millones</p>
<p>IV. TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS:</p>	<p>Más común en el nivel socioeconómico bajo</p>	<p>Adolescentes y/o adultos jóvenes</p>	<p>Habitualmente similar en ambos sexos</p>	<p>0.2-1 % , cuando se utilizan criterios muy estrictos para la definición de caso</p>	<p>Por lo menos 365 000 personas</p>
<p>V. TRASTORNOS AFECTIVOS MAYORES:</p> <p>Depresión mayor</p>	<p>Las enfermedades crónicas, la dependencia al alcohol y los trastornos cíclicos aparentemente contribuyen al desarrollo de los trastornos afectivos mayores. Es frecuente que un trastorno de este tipo siga a la presencia de un factor estresante de tipo psicosocial. Sin embargo, si un individuo tiene episodios recurrentes, pueden aparecer nuevos episodios sin causa aparente</p>	<p>Puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, incluyendo la infancia. La edad de inicio está distribuida de manera homogénea a lo largo de la vida</p>	<p>Por lo menos es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres</p>	<p>Aproximadamente 18-23 % de las mujeres y 8-11 % de los hombres presentan alguna vez en su vida algún episodio de depresión mayor. Se considera que 6 % de mujeres y 3 % de hombres han tenido un episodio depresivo de tal intensidad que amerita hospitalización</p>	<p>Por lo menos 3.3 millones de personas presentan en su vida un episodio depresivo grave</p>
<p>VI. TRASTORNOS DE ANSIEDAD:</p> <p>Neurosis de ansiedad (otras neurosis son menos frecuentes)</p>	<p>Aparentemente trastorno infantil de ansiedad por separación y pérdida súbita de objeto</p>	<p>Desde el término de la adolescencia</p>	<p>Se diagnostica mucho más frecuentemente en mujeres</p>	<p>Las categorías que integran los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 2 - 4 % en la población general</p>	<p>Aproximadamente entre 1.5-3 millones</p>

(1) Schecter AJ, Last JM; Substance Abuse: Drug Dependence and Alcoholism. En: Public Health and Preventive Medicine, Maxcy Rosenau. II Edición, Appleton Century Crofts. Nueva York.

FIGURA 1

PROMEDIO DE PREVALENCIA ESPECIFICA POR EDAD (1947-1957)
DE TRASTORNOS MENTALES TRATADOS Y NO TRATADOS EN LUNDBY, SUECIA *



* Hagnell O: *A Prospective Study of the Incidence of mental Disorders*. Srenska Bokforlaget / Bonniers, Estocolmo, 1966.

bajo tratamiento difiere de la población de otras edades, y 2. Estas variaciones son enteramente diferentes de la proporción de individuos en cada grupo de edad que presenta algún trastorno mental no identificado por los servicios de salud. La tasa de utilización de servicios aumenta en las etapas productivas de la vida, desciende lentamente y se acerca a cero en los ancianos. No obstante, dentro de la población de enfermos sin tratamiento, son los ancianos quienes presentan más manifestaciones de trastornos mentales.

Distribución de los trastornos mentales dentro de la población

Los estudios descriptivos trasversales o de prevalencia han mostrado de manera persistente una relación entre diversos tipos de trastornos mentales y ciertas características sociodemográficas, entre los que destacan el sexo y la clase social. Un ejemplo ilustrativo a este respecto se refiere a la depresión, el sexo femenino y el nivel socioeconómico bajo (24-27). En particular, la asociación más clara de esta alteración se ha encontrado en relación a los ingresos económicos bajos. En un estudio trasversal de depresión en el condado de Los Angeles (28), se observó una mayor frecuencia de

individuos deprimidos entre las minorías raciales de hispanoparlantes, pero cuando se controló el efecto de la variable "nivel socioeconómico", desaparecieron las diferencias étnicas. Esto podría sugerir que las dificultades económicas pueden ser un determinante significativo de la sintomatología depresiva. En efecto, existe ya en la literatura considerable evidencia de que los fenómenos económicos tienen un efecto negativo en la salud mental (29-32).

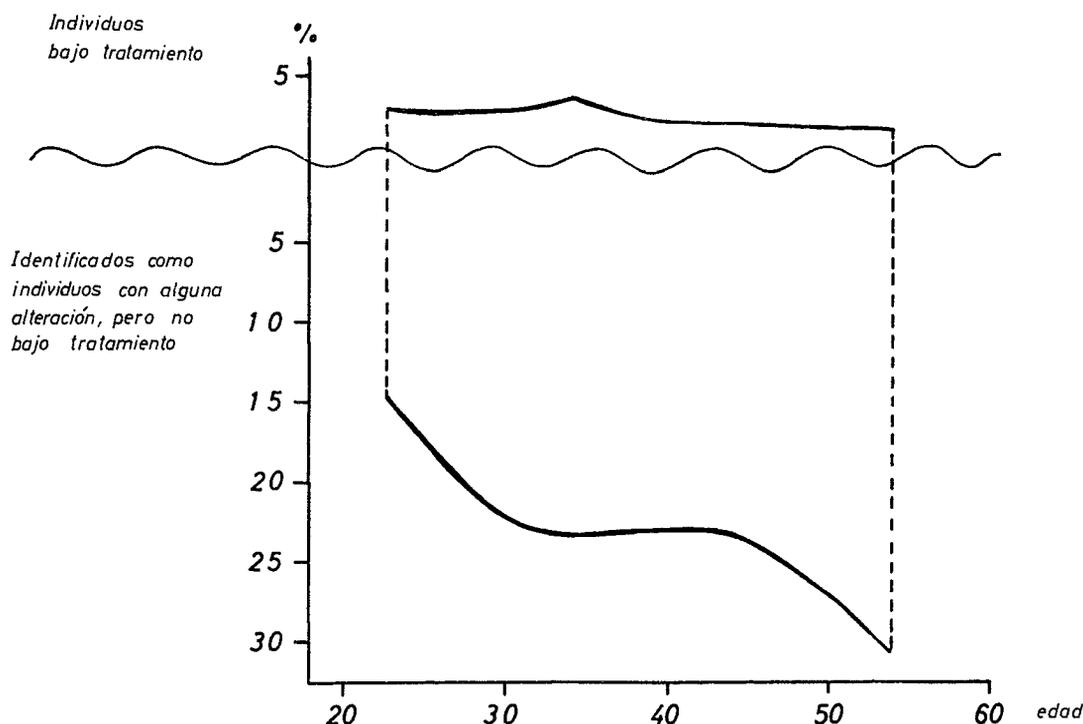
Múltiples preguntas han surgido acerca del efecto del rol social y de las características derivadas del sexo sobre la aparición de la depresión y los trastornos de la personalidad. Igualmente, es necesario aclarar la relación inversa entre clase social e importantes subtipos de la psicopatología, como la esquizofrenia, la personalidad antisocial y el abuso de drogas. En resumen, muchas hipótesis acerca de los factores ambientales o exógenos se han derivado de las observaciones acerca de la distribución desigual de los trastornos mentales en la población.

Estudios epidemiológicos futuros

Los estudios epidemiológicos futuros o de la tercera generación tendrán que enfrentarse con los problemas

FIGURA 2

PREVALENCIA ESPECIFICA POR EDAD (1954)
DE TRASTORNOS MENTALES TRATADOS Y NO TRATADOS EN MIDTOWN, MANHATTAN *



* Sorel L, Langer T.S, Michael ST y cols: *Mental Health in the Metropolis. The Midtown, Manhattan Study*. Nueva York, Mc. Graw-Hill, 1962.

metodológicos no resueltos acerca de la identificación y clasificación de los casos; es decir, los nuevos estudios deberán mostrar evidencias de la bondad del método empleado para la medición de la enfermedad mental. Estas evidencias deben fundamentar: a) la confiabilidad y validez de la medición de los datos referentes a los síntomas mentales y b) la confiabilidad y validez de los procedimientos para combinar los síntomas y formar diagnósticos, síndromes o perfiles de los diferentes tipos de trastornos (17).

En ausencia de pruebas objetivas rutinarias o de aplicación masiva para determinar la presencia de los trastornos mentales "funcionales", todo el proceso de identificación de la enfermedad con fines de investigación depende de la entrevista. Los dos enfoques utilizados en algunos estudios de la segunda generación proceden: uno, de la tradición clínica psiquiátrica, y el otro, de la tradición psicométrica de la psicología. En el primer enfoque, la confiabilidad para reducir el error en la medición se apoya en la experiencia y habilidad del clínico; en el segundo enfoque, la entrevista se realiza a través de preguntas cerradas y de respuestas con alternativa fija, según la sola opinión del propio entrevistado. Su grado de validez se mide en base a la consistencia de una serie de respuestas en torno a una faceta de la psicopatología. Existen procedimientos estadísticos

para estimar el grado de confiabilidad de la consistencia interna que se logra con una escala de medición (33).

Ambos enfoques tienen sus ventajas y limitaciones, que deben equilibrarse en la investigación epidemiológica. El examen clínico es dinámico e integrador, pero sus resultados pueden estar sesgados por elementos subjetivos del entrevistador. En cambio, en las entrevistas estructuradas todos los pacientes se someten a un procedimiento estandarizado, pero las observaciones que se colectan están rígidamente predeterminadas y pueden no reflejar la variabilidad individual que adopta la enfermedad en cada caso. Una forma para maximizar la utilización de este procedimiento consiste en definir, obviamente en base a la experiencia clínica, el universo de síntomas o indicadores que integran el universo (alteración mental) a ser medido, y "muestrearlo" sistemáticamente a través de los reactivos que integran la entrevista psiquiátrica (34, 35).

Instrumentos de detección (screening o tamizado)

La búsqueda de casos dentro de la población implica que la mayoría, o una gran proporción de los individuos incluidos en la muestra de estudio, está libre de la alteración o no tiene la característica de interés. Por esta razón resultaría impráctico aplicar a todos estos

individuos una prueba diagnóstica larga y costosa para terminar como resultados negativos. De allí la necesidad de identificar, en primer término, individuos altamente sospechosos de sufrir la enfermedad y, en segundo lugar, someter a esta submuestra de la población a un segundo examen definitivo o diagnóstico.

Algunos de estos instrumentos son: SCL (*Symptoms Check List*), PERI (*Psychiatric Epidemiology Research Interview*), GHQ (*General Health Questionnaire*), CES-D (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*) e IMS (*Index for Mental Status*).

El SCL es un cuestionario multidimensional (36) que ha demostrado una eficiencia similar al GHQ (37). Este último ha sido probado y validado en otros países (38) y en diversos grupos de nuestra población con resultados satisfactorios (39-41). Estos resultados pueden servir de base para su utilización con fines epidemiológicos. El CES-D, desarrollado hace más de una década por el Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental de los EU (42), ha sido aprobado y repetidamente utilizado para determinar la prevalencia de los trastornos depresivos (28, 43, 46). El PERI, desarrollado por Dohrenwend y cols, es un cuestionario estructurado, autoaplicable, con una escala de 25 síntomas, y que ha mostrado confiabilidad en su consistencia interna en diversos grupos demográficos de la población general y en pacientes psiquiátricos (47-49). El IMS, elaborado por Mac Millan (50) y modificado posteriormente por Gurin y cols. (51), es útil más para la identificación de la severidad global de síntomas psiquiátricos, que para la identificación de entidades o síndromes. De esta forma ha sido aplicado en la comunidad, y sus resultados han sido útiles para comparar la frecuencia de síntomas depresivos en la población (52).

Instrumentos diagnósticos

En los últimos 10-15 años se han desarrollado diversos instrumentos diagnósticos, validados y estandarizados en diversas poblaciones que combinan el enfoque clínico y psicométrico. Algunos de ellos, ya bien difundidos en la literatura, son: PSE (*Present State Examination*), PSS (*Psychiatric Status Schedule*), SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*), SPI (*Standardized Psychiatric Interview*) y DIS (*Diagnostic Interview Schedule*). Cada uno de estos instrumentos tiene determinadas ventajas, presenta peculiaridades y contiene interrogantes y controversias que condicionan su selección. Recientemente, Caraveo (7) revisó sus características principales, y otros investigadores han efectuado pruebas clínicas de algunos de estos instrumentos, cuyos resultados deben ser tomados en cuenta para futuras investigaciones de campo (41).

La necesidad de obtener resultados comparables exige la utilización de instrumentos validados y estandarizados en diversas poblaciones. Un ejemplo notable acerca de la aplicación de estos instrumentos es el Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia iniciado en 1966 por la Organización Mundial de la Salud (47). En él se incluyeron nueve ciudades de

diferentes partes del mundo, y como instrumento diagnóstico se utilizó la octava edición del PSE. La amplitud con la que se tratan allí los aspectos metodológicos, ilustra la complejidad de este tipo de investigación y marca la pauta para futuros estudios. Cualquier investigación sobre patología mental que se efectúe en la población de nuestro país tendrá que adaptar procedimientos internacionalmente validados o en proceso de validación, o bien tomar el camino más largo y desarrollar métodos propios.

III. Estudios analíticos

Mucho de lo que se sabe acerca de los posibles factores de riesgo proviene de observaciones clínicas no controladas y de estudios trasversales*, en los que la secuencia temporal entre causa y efecto está ausente. Si los estudios descriptivos están afinando aún sus técnicas e instrumentos de detección y diagnóstico, las investigaciones analíticas o etiológicas tienen estos mismos y otros problemas específicos aún no superados como son la complejidad de la red causal, la interacción de los factores (sinergismo, potenciación y antagonismo), y el pleomorfismo de los agentes involucrados (54-57).

La importancia de impulsar este tipo de investigación se deriva del hecho de que la prevención primaria específica sólo es factible mediante la interrupción de la acción de los agentes causales o factores de riesgo antes de que se inicie el proceso morboso. En el área de la salud mental, a diferencia de otros campos de la medicina, son virtualmente inexistentes las medidas preventivas primarias específicas por desconocimiento de este tipo de factores (58). Por ejemplo, la psicosis asociada con la pelagra representaba aproximadamente 10 % de las causas de hospitalización psiquiátrica en diversas partes de EU (59). Cuando se descubrió por métodos epidemiológicos que esta alteración se debía a una deficiencia nutricional, se resolvió el problema, convirtiéndose en ese momento en una afección secundariamente psiquiátrica o médica.

Después de este éxito inicial no ha habido un hallazgo similar que permita atacar tan exitosamente alguna otra alteración psiquiátrica. Existen numerosas pistas y sospechas derivadas de correlaciones epidemiológicas entre ciertas condiciones mentales y algunas características: La depresión se asocia al sexo femenino; el suicidio, al sexo masculino en ciertos grupos de edad; el alcoholismo, al sexo masculino; el autismo infantil, al nivel económico alto; la esquizofrenia, a la soltería; la hiperactividad infantil, al sexo masculino, etc. Estas correlaciones deben ser probadas: ¿Son realmente las mujeres más lábiles a la depresión o, en realidad, simplemente sucede que ellas admiten más fácilmente los síntomas y recurren con mayor frecuencia a los servicios que los hombres? ¿Están los hombres biológicamente más predispuestos al alcoholismo o, más bien, este corresponde a un patrón de conducta social? ¿Se

* El estudio trasversal corresponde a un estudio de prevalencia en el que se comparan los casos identificados con la muestra o submuestra de aquellos que no presentan la alteración o característica investigada.

asocia la esquizofrenia a la soltería porque ésta existe en una forma larvaria que impide relaciones interpersonales normales, o los sentimientos de soledad que acompañan a la soltería precipitan esta alteración en los individuos lábiles?

Principales corrientes acerca de la etiología de las enfermedades mentales

En los Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial (estudios de la Segunda Generación), dominó el concepto unitario de salud o enfermedad mental congruente con el concepto de causalidad social de la enfermedad, siguiendo las enseñanzas de A. Mayer, de la Universidad Johns Hopkins (60). Según esta corriente, los grupos diagnósticos eran manifestaciones cuantitativamente diferentes de un mismo mecanismo de funcionamiento mental, puesto que los trastornos psiquiátricos tenían causas comunes. La salud y la enfermedad mental correspondían a grados de una escala común. Esta postura corresponde a la "teoría del campo", según la cual las interacciones de los múltiples factores se manifiestan en grados de buen o mal funcionamiento mental (61, 62).

A diferencia de esta postura, en Europa y los países escandinavos prevaleció el pensamiento de Emilio Kraepelin (63). En los estudios allí realizados se asumía tradicionalmente la postura de que cada alteración tenía una etiología, curso y tratamiento diferentes, y que los factores biológicos (genéticos y bioquímicos), más que los factores sociales y ambientales, eran responsables de los diversos síndromes, por lo menos en lo que respecta a las psicosis mayores (64-67). Diversos avances relativamente recientes en otras áreas de la investigación psiquiátrica (psicofarmacología, genética, psicopatología y neurobiología) están conduciendo a subsecuentes avances en la validez y confiabilidad del diagnóstico, y a fundamentar la evidencia de los factores biológicos en el desarrollo de diversas alteraciones mentales.

Heston, Mednick, Rosenthal y Kety han mostrado la alta probabilidad de la influencia de factores genéticos en la transmisión de la esquizofrenia (68-70); resultados similares se han obtenido con los trastornos afectivos primarios, particularmente los de tipo bipolar (71, 72). La introducción de los fármacos psicotrópicos a mitad de la década de los años cincuenta, después del descubrimiento de la clorpromazina, requirió la implementación de ensayos clínicos, controlados y aleatorios, que permitieron establecer diversas modalidades de acción neurofarmacológica y de efectividad terapéutica de estas sustancias (73, 74). Estos hallazgos han servido de apoyo a la teoría de que las alteraciones psiquiátricas constituyen entidades complejas y heterogéneas.

Modelo para la investigación analítica

Los recientes avances anteriormente señalados han influido para que la epidemiología psiquiátrica adopte un modelo similar al vigente en el resto de las enfermedades crónicas (75, 76). Weissman y Klerman (57) señalan los siguientes componentes del modelo (cuadro 5):

1. Una clara distinción entre las variables dependientes e independientes; 2. Las principales variables dependientes corresponden a las diversas categorías de trastornos psiquiátricos específicos; 3. Las variables independientes son múltiples y heterogéneas; 4. Los mecanismos de acción específicos deben ser establecidos para explicar la relación de las variables dependientes e independientes.

Cuadro 5

Modelo para la Investigación Epidemiológica de las Alteraciones Mentales*

<p>Variables dependientes (de carácter discreto):</p> <p>Alteraciones psiquiátricas específicas y su distribución según persona, lugar y tiempo.</p>
<p>Variables independientes (factores de riesgo):</p> <p>Genético-biológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Asociados al desarrollo Hormonales Virales Perinatales Tóxicos Nutricionales
<p>Psicosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> Clase social Tensionales Morbilidad social Anomia urbana Migración Segregación Personalidad Experiencias infantiles

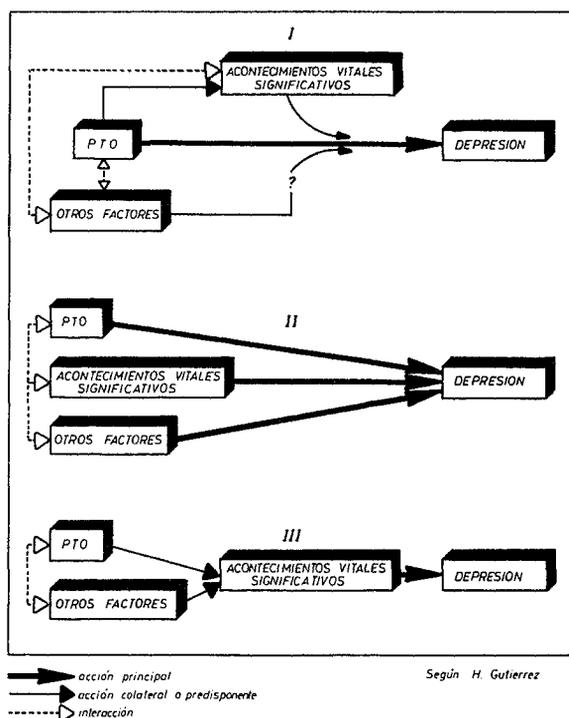
*Según Weissman y Klerman (1978).

El modelo clásico unicausal, que durante largo tiempo se utilizó en las enfermedades infecciosas, no ha tenido éxito en las enfermedades crónicas ni en los trastornos psiquiátricos; consecuentemente, se ha hecho énfasis en la teoría de la multicausalidad. Según este enfoque, ningún factor aislado se considera necesario o suficiente para explicar la enfermedad. Así, se ha considerado que en la esquizofrenia o en los trastornos afectivos no existe un factor aislado, sino un número de factores que se potencializan o interactúan hasta llegar al umbral que permite la aparición de los síntomas. Un ejemplo que puede ilustrar acerca del estudio epidemiológico analítico de los factores de riesgo es la depresión. Diversas observaciones han permitido establecer la hipótesis de una relación causal entre la temprana pérdida de objeto y la depresión en la vida adulta (77). A partir de estos antecedentes podrían diseñarse diversos modelos que pudieran explicar esta asociación, si es que efectivamente existe. En la figura 3 se presentan diversas hipótesis que podrían probarse retrospectiva o prospectivamente mediante estudios epidemiológicos sobre la depresión y las pérdidas tempranas de objeto.

Estilo de vida

El modelo del cuadro 5 es, obviamente, una simplifi-

FIGURA 3
 MODELOS HIPOTETICOS DE LA RELACION ENTRE DEPRESION
 Y PERDIDA TEMPRANA DE OBJETO (PTO)



cación de la realidad, puesto que la asignación de carácter de variable independiente y dependiente a la enfermedad y a los factores de riesgo, respectivamente, es más bien de tipo operativo que una congruencia con postulados teóricos rigurosos u observaciones empíricas unívocas. Si se tratase de un modelo teórico acerca de la causalidad, tal vez sería más apropiado presentar las alteraciones mentales y los factores como variables interdependientes que disponen de un efecto retroactivo o, como comúnmente se designa, actuarían en un 'círculo vicioso'. Las alteraciones mentales pueden ser el resultado de la acción de múltiples factores nocivos, pero algunos o muchos de éstos, a su vez, pueden ser generados o activados por la acción específica de los trastornos mentales.

La conexión descrita entre las alteraciones psiquiátricas y el estilo de vida es un ejemplo notable. El estilo de vida (en este caso el factor) puede conducir a la adquisición de graves alteraciones psicosociales, como el alcoholismo y la drogadicción. A su vez, una personalidad antisocial podría generar un estilo de vida de alto riesgo, que traería, consecuentemente, condiciones y hábitos nocivos a la salud mental y orgánica. En la literatura existe ya una gran cantidad de información que permite observar cómo las alteraciones mentales y el estilo de vida pueden actuar en forma recíproca, alternada o simultánea como causa y efecto (78-82).

Lineamientos y prioridades

Los lineamientos y prioridades de la investigación epidemiológica deben definirse en función de las políticas institucionales y de los criterios generados a partir

de la planeación y hallazgos del propio proceso de investigar. De esta manera será posible alcanzar un equilibrio entre las causas que marcan las prioridades de la institución, y la libertad, que es inherente a la naturaleza de esta actividad. Ambas condiciones imprimen a la investigación epidemiológica dos atributos indispensables: relevancia y originalidad. El primero para contribuir a dar respuesta a las necesidades colectivas y el segundo para contribuir al desarrollo mismo de la investigación.

En términos institucionales destaca la necesidad de conocer las características epidemiológicas de las alteraciones mentales que permitan jerarquizarlas y disponer de bases para una planeación racional. Por razones similares se requiere delimitar el costo humano y social que estas alteraciones traen consigo.

La mayoría de los parámetros utilizados en nuestro país para estimar la magnitud y caracterizar la distribución de las alteraciones mentales y de las condiciones sociopatológicas afines, proviene de poblaciones con diferente estructura demográfica, sociocultural, económica y política. Indudablemente, este procedimiento debe considerarse provisional y valorarse, más bien, como un recurso auxiliar que permite pasar de la oscuridad a la penumbra. En efecto, si las observaciones epidemiológicas concuerdan en mostrar que los trastornos mentales no se distribuyen aleatoriamente dentro de un país o región, sería contradictorio suponer que éstos no se distribuyen, también aleatoriamente, entre países o regiones. Este es el fenómeno que ocurre en el resto de las enfermedades infecciosas y crónicas. Además, esta posición es congruente con el modelo de multicausalidad. Es decir, la variedad y características de los posibles factores que puedan anteceder a la manifestación de las enfermedades son específicos a cada población y se modifican a través del tiempo. Aun en trastornos psiquiátricos de baja prevalencia, como la esquizofrenia, es posible observar diferencias relativamente significativas (47).

La necesidad de disponer de datos confiables para la implementación de programas es evidente. Si se propone la realización de una campaña o programa contra el alcoholismo, difícilmente se lograrán resultados positivos si no se conoce el patrón de consumo, las actitudes de la población, la prevalencia real de esta adicción, su distribución urbano-rural, y las características específicas del grupo al que va dirigido el programa. Este ejemplo puede ilustrar que uno de los criterios más importantes para la definición y selección de líneas y prioridades de investigación se deriva de los programas prioritarios en funcionamiento o en fases de planeación.

Evaluación de servicios

Por corresponder a una función específica de la epidemiología, hasta la fecha poco cultivada en nuestro medio y cuya necesidad es cada vez más evidente, la investigación de los servicios de salud se ha incluido dentro de la clasificación de estudios epidemiológicos (cuadro 6). La evaluación de los servicios y programas de salud (83) requiere la utilización explícita de alguno

Cuadro 6

Investigación Epidemiológica de las Alteraciones Mentales y Condiciones Afines

Tipos de investigación	Áreas de concentración	Utilidad y principales campos de aplicación
· Vigilancia epidemiológica y sistemas de registro	· Patrón de demanda de servicios · Evaluación y tendencias de la enfermedad · Incidencia	· Planeación de servicios de salud · Distribución de recursos · Formulación de políticas de salud · Integración de la historia natural de las enfermedades
· Estudios de población	· Magnitud y distribución de los daños · Magnitud de la repercusión familiar y social · Hábitos y actitudes de la población hacia la enfermedad y utilización de los servicios	
· Estudios analíticos	· Factores etiológicos y de riesgo	· Prevención y control
· Estudios complementarios	· Desarrollo de métodos y técnicas para la detección y diagnóstico	· Apoyo a la investigación clínico-epidemiológica
Investigación de servicios de salud (paralela a la investigación de la morbilidad)	Evaluación de programas y servicios	· Planeación, organización y desarrollo de programas

de los siguientes diseños: 1. Medición antes y después; 2. Investigación de operaciones; 3. Estudio longitudinal o de seguimiento y 4. Auditoría de programas.

Medición antes y después: Como en cualquier evaluación, se hace una comparación entre la situación anterior y posterior al establecimiento del programa. Este tipo de evaluación requiere una determinada cantidad de información previa al inicio del programa o instalación del servicio, que sirva como línea basal contra la cual contrastar los efectos del programa. Este enfoque permite la utilización de un grupo control para completar la comparación.

Investigación de operaciones: Este método se aplica durante el desarrollo del programa. Consiste en intro-

ducir una variable para lograr un efecto deseado; si no resulta, se introducen nuevos cambios hasta alcanzar los efectos deseados. Este tipo de investigación requiere del control estadístico de múltiples variables concomitantes o de confusión que pueden conducir a resultados falsos.

Estudio longitudinal: Este método se refiere al análisis de los efectos acumulativos de un programa durante un periodo de tiempo prolongado. A menudo se hacen exámenes periódicos transversales de los grupos de estudio y control para valorar los cambios atribuibles al programa.

Auditoría de programas: Este método también puede aplicarse de manera continua. Consiste en el examen de los datos rutinarios y sistemáticamente colectados por la propia organización que imparte los servicios. Los registros clínicos y administrativos contienen mucha información que puede valorarse a través del uso de los indicadores que se refieren a la relación paciente-hospital.

De estos procedimientos, sólo el último ha estado en operación en las instituciones de salud mental; ya se ha producido alguna información al respecto, que merece ser analizada (84). La evaluación de la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios y programas de salud mental requiere de la aplicación combinada de los diferentes diseños, por lo que en el futuro debería impulsarse su implementación.

A manera de epílogo conviene señalar que la orientación y perspectivas actuales de organización del sector salud pueden ser condiciones favorecedoras de la investigación psiquiátrica, cuyo desarrollo es cada día más necesario para lograr dar una atención integral a la población.

REFERENCIAS

- LARA TH, RAMIREZ LL: Estudio epidemiológico de padecimientos psiquiátricos dentro de un sistema de seguridad social (ISSSTE). *Rev Neurol Neurcir y Psiq*, 16: 225-241, 1975.
- Primera Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas. Dir Gral Bioestadística, SSA, 1960.
- CABILDO HM: Encuesta para detectar trastornos mentales. *Higiene*, 18: 188-208, 1976.
- CAMPILLO C, MEDINA-MORA ME, CARAVEO J, PADILLA P: Prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica general 1980 (investigación aun no publicada).
- DE LA FUENTE R: La Salud Mental. En: *Problemas de la Medicina en México*. El Colegio Nacional. Fondo de Cultura Económica, 307-310, México, 1983.
- GIEL R: Problems of assessing the needs of the population. En: *Mental Health in Developing Countries*. Publicación No. 22 de la OMS, 23-29, Ginebra, 1975.
- CARAVEO J: Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 5 (1): 13-19, 1982.
- ROBINS LN: Psychiatric Epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 697-702, 1978.
- Symposium on Methods of Surveillance in Planning for Health. *Int Epid*, 5: 13-63, 1976.
- MARCIAL LD, GUTIERREZ JH: La Vigilancia Epidemiológica un Siglo Después: ¿Nihil Novum Sub Sole? *Sal Pub Méx*, 24:491-95, 1982.
- Documento Técnico No. 1: Normas de Vigilancia Epidemiológica Nacional. Subsecretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, 1983.
- KEIL V: Community registers of myocardial infarction as an example of epidemiological register studies. En: *Health Care and Epidemiology*. Cambridge University Press, Londres, 1978.
- WING L Y COLS: The use of psychiatric services in three urban areas. an international case register study. *Soc Psychiatr*, 2: 158, 1976.
- Programas del Departamento de Vigilancia e Investigación Epidemiológicas. Subsecretaría de Asistencia. Dirección General de Salud Mental 1983.
- BENYONSSEF A, COLLOM H, DIOP R, ZOLL-

- NER H: The planning of mental health services, pp 67-76. En: *Mental Health in Developing Countries*. Publicación No. 22 de la OMS, 67-76, Ginebra 1975.
16. Vigilancia, Evaluación y Reajuste de Programas. En: Organización de Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo: 16o Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos No. 564, 29-31. Ginebra.
 17. DOHRENWEND BP, DOHRENWEND BS: Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology: *The 1981 Rema Lapouse Lecture*. *AJPH*, 72: 1271-1274, 1982.
 18. LEIGHTON DC, HARDING JS, MACKLIN BD, MACMILLAN AM, LEIGHTON AH: *The character of Danger*. Mc Graw-Hill, Nueva York, 1962.
 19. SROLE L, LANGNER TS, MICHAEL ST, OPLER MK, RENNIE TAC: *Mental Health in the Metropolis*. McGraw-Hill, Nueva York, 1962.
 20. DOHRENWEND BP: Stressful life events and psychopathology: Some issues of theory and method. En: Barrett DF, Rose Rm, Klerman GC (eds); *Stress and Mental Disorders*. Raven Press, Nueva York, 1979.
 21. LAST JM: The iceberg: Completing the clinical picture in general practice. *Lancet*, 2: 28-31, 1963.
 22. New York State Department of Mental Higiene Research Unit: *A Mental Health Survey of Older People*. Utica, State Hospitals Press, 1960.
 23. SHEPHARD M, COOPER B, BROWN AC, HALTON G: *Psychiatric Illness in General Practice*. Oxford Univ Press, Londres, 1966.
 24. DOHRENWEND BP, DOHRENWEND RS: *Social Status and Psychological Disorders: A Causal Inquiry*. John Wiley, Nueva York, 1969.
 25. WERHEIT GJ, HOLZER CE, SCHWAB JJ: An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology: A community study. *J Health Soc Behav*, 14: 291-99, 1973.
 26. KANDEL DB, DAVIES M: Epidemiology of depressive mood in adolescents. An empirical study. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 1205-1212, 1982.
 27. WEISSMAN MM, MYERS JK: Affective disorders in a US urban community: The use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 1304-1311, 1978.
 28. FRERICHS RR, ANESHENSEL CS, CLARCK VA: Prevalence of depression in Los Angeles County. *Am J Epidemiol*, 113: 691-9, 1981.
 29. MACMAHON B, JOHNSON S, PUGH TF: Relation of suicide rates to social conditions: Evidence from US vital statistics. *Public Health Rep*, 78: 285-93, 1963.
 30. BRENNER MH: *Mental Illness and the Economy*. Harvard University Press, Cambridge, Ma, 1973.
 31. CATALANO R, DOOLEY CD: Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community. *J Health for Behav*, 18: 292-307, 1977.
 32. DOOLEY D, CATALANO R: Economic changes as a cause of behavioral disorders. *Psychol Bull*. 87: 450-68, 1980.
 33. CRONBACH LJ: Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrics*, 16: 297-334, 1951.
 34. NUNNALLY JC: *Psychometric Theory*. Mc. Graw-Hill, Nueva York, 1967.
 35. CRONBACH LJ, GLESER GC, H RAJARATNAM N: *The Dependability of Behavioral Measurements: Theory of Generalizability for Scores and Profiles*. John Wiley, Nueva York, 1972.
 36. DEROGATIS LR: *SCL-90 R*. (Revised Version Manual I) Clinical Psychometric Research Unit. Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore MD, 1977.
 37. GOLDBERG DP, RICKELS K, DWINING R, HEASBACHER P: A comparison of two psychiatric screening tests. *Brit J Psychiat*, 129: 61-7, 1976.
 38. DUNCAN JONES P, HENDERSON S: The use of two-phase design in a prevalence survey. *Soc Psychiatry*, 13. 231-237, 1978.
 39. CASTRO R, MEDINA-MORA ME: Validez del Cuestionario General de Salud en una población de bajo nivel de comprensión en México, 1980. (Trabajo inédito).
 40. MEDINA-MORA ME, PADILLA LP, CAMPILLO-SERRANO C, MAS CC, EZBAN M, CARAVEO J, CORONA J: The factor structure of the GHQ: scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine*. 13, 355-361, 1983
 41. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, MAS CC, EZBAN BM, CARAVEO AJ, CAMPILLO SC, CORONA J: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. Aceptado para su publicación en *Acta Psiq. y Psicol. de Amer. Lat.* 1984.
 42. RADLOFF LS: The CESD scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*, 1: 385-401, 1977.
 43. BOYD JH, WEISSMAN MM, THOMPSON WD, MYERS JK: Screening for depression in a community sample: Understanding the discrepancies between depression symptoms and diagnostic scales. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 1195-1200, 1982.
 44. COMSTOCK LW, HEALSING KJ: Symptoms of depression in two communities. *Psychol Med*, 6: 551-63, 1976.
 45. SAYETTA BB, JOHNSON DP: Basic data on depressive symptomatology, United States, 1974-75. Vital and Health Statistics Series 11, No. 216, 1980. Publicación No. BO 1666, del DHEW.
 46. CRAIG TJ, VAN NATTA PA: Influence of demographic characteristics on two censuses of depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 36: 149-54, 1979.
 47. DOHRENWEND BP, SHROUT PE, EGSI G, MENDELSON FS: Psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 1229-1236, 1980.
 48. DOHRENWEND B, LEVAV I, SHROUT PE:

- Screening scale from the Psychiatric Epidemiology Research Interview (PERI). En: Myers JK, Weissman MM (eds). *Epidemiologic Community Surveys*. Neale Watson Academic Publications. Nueva York (En prensa).
49. VERNON JW, ROBERTS RE: Further observations on the problem of measuring nonspecific psychological distress and other dimension of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 1239-1247, 1981.
 50. MACMILLAN AM: The Health Opinion Survey: Technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related types of disorders in communities. *Psychol Rep*, 3: 325-39, 1957.
 51. GURIN GJ, VEROFF J, FELD S: *Americans view their mental health. A nationwide survey*, Basic Books, Nueva York, 1960.
 52. WEISSMAN MM, MYERS JK: Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community. *Acta Psychiatr Scand*, 57: 219-31, 1978.
 53. CAMPILLO-SERRANO C, CARAVEO J, MEDINA MORA ME, MARTINEZ P: Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg, en una versión mexicana. *Acta Psiqu Amer Lat*, 27: 44-53, 1981.
 54. KOHN ML: The interaction of social class and other factors in the etiology of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 133: 177-180, 1976.
 55. MEDICINE SA, SCHULSENGER F, HIGGINS J (eds): *Genetics, Environment and Psychopathology*. North Holland Publishing Co. Nueva York, 1974.
 56. ROBINS LN. Psychiatric Epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 697-702, 1978.
 57. WEISSMAN MM, KLIERMAN GL: Epidemiology of mental disorders: Emerging trends in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 35: 705-712, 1978.
 58. GRUENBERG EM: Mental Disorders. En: *Public Health and Preventive Medicine*. Appleton Century-Crofts. Nueva York, 1980.
 59. Group for the Advancement of Psychiatry: Problems of estimating changes in frequency of mental disorders. Reporte 50, GAP, Nueva York, 1961.
 60. KLIERMAN GL: The psychobiology of affective states: The legacy of Adolph Meyer. *Symposium on Psychobiology*, Centennial of the Johns Hopkins University, Baltimore Md. 1976.
 61. ROSEN G: *Madness in Society*. Horper Torch Books, Nueva York, 1968.
 62. LIN TY, STANDLEY CC: *The Scope of Epidemiology in Psychiatry* WHO, Ginebra, 1962.
 63. KRAEPELIN E: *One Hundred Years of Psychiatry*. Citadel Press, Nueva York, 1962.
 64. SORENSEN A, STROMGREN E: Frequency of depressive states within geographically delimited population groups. *Acta Psychiatr Scand*, 37 (Suppl): 62-68, 1968.
 65. NIELSEN J: The Samsøe project from 1954. *Acta Psychiatr Scand*, 54: 198-222, 1976.
 66. ESSEN-MOLLER E, HAGNELL O: The frequency of risk depression within a naval population group in Scandia. Department of Psychiatry, University Hospital, Lund, Suecia. *Acta Psychiatr Scand*, 375 (suppl): 28-32, 1961.
 67. STROMPEN E: Social Surveys. *J Ment Sci*, 94: 266-276, 1948.
 68. HESTON LL: Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mother. *Br J Psychiatry*, 112: 819-825, 1966.
 69. MEDNICK SA, SCHULSENGER F, HIGGINS J (eds): *Genetics, Environment and Psychopathology*. North Holland Publishing Co. Nueva York, 1974.
 70. ROSENTHAL D, KETY SS: *The Transmission of Schizophrenia*. Pergamon Press, Nueva York, 1968.
 71. PERRIS C: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand*, 1-189, 1966.
 72. WINOKOV G, CLYTON L, REICH T: *Manic Depressive Illness*. CV Mosby Co, St. Louis, 1969.
 73. KLEIN DF, DAVIS JM: *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatry Disorders*. Williams and Wilkins. Baltimore, 1969.
 74. SWAZEY J: *Chlorpromazine in Psychiatry: A Study of Therapeutic Innovation*. MIT Press, Cambridge, Mass. 1974.
 75. MACMAHON B, PUGHT: *Epidemiology: Principles and Methods*. Little Brown and Co. Boston, 1970.
 76. LILIENTHAL A, LILIENTHAL D: *Foundations of Epidemiology*. Oxford University Press. Oxford, Nueva York, 1980.
 77. AKISKAL HS, MCKINNEY WT: Overview of recent research in depression. *Arch Gen Psychiatry*, 11: 243-253, 1965.
 78. SCHWARTZ CC, MYERS JK: Life events and schizophrenia. I. Comparison of schizophrenics with a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 34: 1238-41, 1977.
 79. Life events and the onset of neurotic illness: An investigation in general practice. *Psychol Med*, 3: 421-435, 1973.
 80. BROWN GW, BIRLEY JLT: Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *J Health Soc Behav*. 9: 203-214, 1968.
 81. LLOYD C: Life events and depressive disorders reviewed. I. Events as predisposing factors. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 529-35, 1980.
 82. LLOYD C: Life events and depressive disorders reviewed. II. Events as precipitating factors. *Arch Gen Psychiatry*, 37: 541-8, 1980.
 83. HASSLER FR: The evaluation of mental health services. En: *Mental Health in Developing Countries*. Publicación No. 22 (en offset), de la OMS. Ginebra.
 84. Información técnica no publicada. Depto. de Evaluación. Dirección General de Salud Mental, SSA. 1983.