

Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica

Jorge Caraveo*
Nora Martínez*
Blanca Rivera*

Summary

The aim of this paper is to present the objectives, methodology and instrument used in a comprehensive epidemiological study on psychiatric morbidity in Mexico City. The studied population was aged 18 to 64 years living permanently or temporarily in dwellings of the 16 political divisions of the city. This was a household survey, using a multi-stage sample scheme, where at the last stage, only one adult was selected from each household, taking care that the final sample included an equal number of men and women.

The specific objectives were:

- To estimate current and lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in the adult population, aged 18 to 64 years, in Mexico city.
- To identify the comorbidity lifetime patterns of the population with psychiatric disorders.
- To identify the disabilities associated with the different psychiatric disorders included in the study and the comorbidity patterns.
- To identify and study the help-seeking process or the absence of it in the surveyed population.
- To explore and determine the strength of the association between psychosocial variables and psychiatric morbidity.

The dependent variable is the lifetime and 12-month prevalence of the following psychiatric disorders: agoraphobia, social phobia, specific phobias, panic disorder, generalized anxiety, depressive episodes, dysthymia, manic and hypomanic episodes, obsessive-compulsive disorder and substance use, abuse and dependence. Collaboration was established with the University of California, at Fresno. The CIDI 1.1 in a modified version, the CIDI-Fresno, was used as the basic instrument. This version incorporates questions on the DSM-IV diagnostic criteria, in addition to the DSM-III-R and ICD-10 criteria, and extends the scope to formal and informal service utilization for each disorder.

On the other hand, several independent variables were also considered in order to explore their relation with psychopathology. For this purpose, other questions and scales, most of them already used by Kessler in the National Comorbidity Study (NCS) in the United States, as well as other instruments previously used in Mexico, such as the GHQ-12 and the RQC,

were incorporated in separate sections to the survey. The complete instrument included 13 sections, six dealing with psychopathology and the other seven related to general and specific situations that could potentially be associated with psychiatric disorders. These include: sociodemographic and general information variables, health problems, assessment of children aged 4 to 16 years living with the interviewed adult, recent and past history of life events, post-traumatic stress, family history and observations during the interview.

The survey was performed by lay interviewers, all of them trained during a two-week period, supervised by clinicians all through out the field-work phase.

The vast information gathered permits the study of psychopathology and mental health issues from different points of view, as well as its replication in other sites. Also, several lines of research, including cross-cultural comparisons, are open for further exploration and development.

Key words: Epidemiology, mental health, CIDI, mental disorders.

Resumen

El presente trabajo se propone dar a conocer los objetivos, el instrumento y la metodología para desarrollar un estudio epidemiológico amplio y comprensivo, llevado a cabo en la ciudad de México, acerca de los problemas de salud mental y morbilidad psiquiátrica. La población blanco fueron personas de 18 a 64 años que vivían permanentemente o de manera temporal en los hogares de las 16 delegaciones políticas de la ciudad. El estudio se concibió como una encuesta de hogares, utilizando un esquema de muestreo multietápico y por conglomerados. En la última etapa de selección se incluyó a un adulto de cada hogar elegido, cuidando que la muestra final incluyera igual número de hombres y mujeres.

En el diseño del estudio se tomó como variable dependiente la prevalencia, durante la vida y en los últimos 12 meses previos al estudio, de los siguientes trastornos psiquiátricos específicos: agorafobia, fobia social, fobias específicas, trastorno de pánico, ansiedad generalizada, episodios depresivos, distimia, episodios maníacos e hipomaniacos, trastorno obsesivo-compulsivo, y uso, abuso y dependencia de sustancias. Con esta finalidad, se eligió como el instrumento clínico epidemiológico básico al CIDI 1.1, en su versión modificada por la Universidad de California en Fresno (CIDI-Fresno), con la que se estableció una estrecha colaboración.

En esta versión del instrumento se incorporan preguntas sobre los criterios del DSM-IV, y se investigó en forma pormenorizada la utilización de servicios formales e informales para cada uno de los trastornos incluidos, así como el empleo de otros remedios, las discapacidades y los malestares ocasionados.

* Departamento de Investigación en Servicios de Salud, Div. Inv. Epidemiológicas y Sociales IMP. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco. 14370, México, D.F.

Por otra parte, decidimos investigar el papel de diversas variables independientes en relación con la psicopatología. Con este propósito se incorporaron a la encuesta secciones específicas con preguntas y escalas, que fueron empleadas en su mayoría por Kessler en la NCS, y que reflejan, a su vez, la experiencia acumulada por diversos investigadores en el mundo, así como otros instrumentos que han sido previamente utilizados en México, tales como el Cuestionario General de Salud en su versión de 12 reactivos y el Cuestionario de Reporte de Síntomas en los Niños RQC. El instrumento global quedó integrado por 13 secciones. Seis de ellas exploran los aspectos específicos ya mencionados de la psicopatología, y las siete restantes, denominadas como no clínicas, investigan situaciones generales y específicas que, en determinado momento, pueden estar relacionadas con alguno de los trastornos citados, o bien, que indiquen características protectoras o de riesgo para la salud mental de la población. Estas secciones incluyen: información general, problemas de salud física, desarrollo de infantes que vivan con el entrevistado, historia de experiencias traumáticas recientes y a lo largo de su vida, estrés pos-traumático, historia familiar y observaciones durante el transcurso de la entrevista.

El instrumento lo aplicó personal sin formación clínica pero con capacidad empática y habilidad para hacer encuestas en la comunidad. Se capacitó al personal durante dos semanas en el manejo del instrumento, y se seleccionaron de acuerdo con la evaluación de su desempeño. Durante el trabajo de campo, la labor de estos encuestadores estuvo bajo la supervisión de clínicos entrenados.

La riqueza y amplitud del modelo permite abordarlo desde diversos enfoques y replicarlo en otros ámbitos. Asimismo, con base en la información obtenida, se plantearon diversas líneas de investigación.

Palabras clave: Epidemiología, salud mental, CIDI, trastornos mentales.

Introducción

Las necesidades en el área de la salud mental y en la de los aspectos psicosociales de la salud en general, han sido estimadas como abrumadoras y de gran magnitud en toda América Latina (19), incluyendo a México.

La Ley General de Salud (28) de nuestro país le ha dado una gran importancia a la salud mental como área prioritaria, junto con la planificación familiar y la atención materno-infantil, considerándola como un servicio básico y señalando la necesidad de lograr la participación de la comunidad en el cuidado de la salud.

Las acciones de la prevención primaria están dirigidas a fortalecer aquellas condiciones y conductas que favorezcan la salud, y a detectar oportunamente las cargas excesivas y las manifestaciones iniciales del daño y el deterioro, para modificar o tratar a tiempo a la población. Para ello, es indispensable conocer los factores y condiciones que influyen positiva y negativamente en el proceso salud-enfermedad mental.

Aunque no hay una protección específica, para la morbilidad psiquiátrica, como en el caso de algunas de las enfermedades infecciosas, ciertamente se puede educar y advertir a la población acerca de las situaciones de riesgo potencial, así como de las manifestaciones específicas e incipientes ante las cuales se debe actuar para atacar oportunamente el problema.

La revisión del panorama epidemiológico de los trastornos mentales en México (10) ha mostrado la gran magnitud y trascendencia de los trastornos mentales, requiriéndose de acciones sistemáticas y programadas

con fines tanto preventivos como curativos. La mayor parte de los estudios realizados en nuestro país han sido fundamentalmente descriptivos, transversales y no direccionales. La evaluación acerca del peso de los factores de riesgo se ha analizado sólo parcialmente en los últimos informes y con las limitaciones impuestas por el modelo y los instrumentos empleados. Lo mismo es aplicable a la investigación en relación con la utilización de servicios y el proceso de búsqueda de ayuda. Por lo tanto, es preciso ampliar el conocimiento acerca de la naturaleza y curso de este tipo de trastornos, con un enfoque comprensivo dada su complejidad y los múltiples factores que intervienen.

Con base en la experiencia obtenida de los estudios epidemiológicos sobre los trastornos psiquiátricos (30), hace algunos años se propuso un modelo para integrar los conocimientos derivados de éstos desde los diferentes puntos de vista de la patología psiquiátrica y de los aspectos relacionados con la salud mental. Este modelo distingue claramente entre las variables dependientes e independientes. Las primeras corresponden a las diferentes categorías específicas de los trastornos psiquiátricos, y las variables independientes incluyen tanto los aspectos biológicos (genéticos, bioquímicos, etc.) como los psicosociales (estrés, clase social, género, economía, etc). De esta forma, las cadenas causales se explicarán interrelacionando las variables independientes con las dependientes, y para hacer esto son necesarios los enfoques multifactoriales y multidimensionales.

En el caso de los trastornos psíquicos y mentales, ha sido poco explorada la conducta asumida ante la enfermedad por las personas afectadas y por los adultos allegados o responsables de los pacientes, a pesar de la importancia que ésta tiene para el proceso de búsqueda de atención. Algunos de los estudios más recientes han revelado datos que producen interés y preocupación:

1. Un notable retraso en la búsqueda de atención, que ha llegado a ser hasta de 9 años en algunos casos de retraso mental (6,12). Por otra parte, en los hospitales psiquiátricos de la SS, una tercera parte de los enfermos de larga estancia en el hospital tienen retraso mental como diagnóstico principal de ingreso (9).
2. Desconocimiento de la población acerca de los trastornos mentales, a pesar de padecer alguno de ellos (20).
3. Cerca de 70 % de las personas entrevistadas en la Encuesta de Salud Mental (24) refirieron que para este tipo de problemas buscan la ayuda de familiares y amigos, y emplean remedios caseros o se automedican.

Aunque el sufrimiento sea el aspecto principal de un padecimiento, no es suficiente para que el paciente busque ayuda profesional. La forma en que los miembros de un grupo consideren la enfermedad, desempeña un papel determinante en la manera en que se experimente y se reconozca este tipo de problemas, y se decida buscar ayuda para resolverlos. El proceso de buscar ayuda se compone de los siguientes pasos: la necesidad de recobrar la salud, la

manera como se percibe la enfermedad, la red social y la consulta (16).

La necesidad de recuperar la salud se considera como el punto de vista del experto sobre los requerimientos de la prevención primaria, secundaria, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, en presencia de determinados signos, síntomas y condiciones (29), mientras que la necesidad percibida se refiere a la urgencia o importancia que el individuo le da a la búsqueda de atención para la salud (16). Por su parte, la incapacidad o discapacidad es una medida objetiva de la disfunción generada por el proceso patológico, que determina en parte, la necesidad de solicitar atención.

La red social se define como el conjunto de contactos formales e informales, por medio de los cuales los individuos mantienen su identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios e información, y desarrollan nuevas relaciones sociales (22).

Cuándo, a dónde y a quién acudir, son variables importantes en más de un sentido y, por lo tanto, deben investigarse para comprender el proceso de búsqueda de ayuda. El tiempo transcurrido desde la aparición del trastorno hasta el momento de acudir a la primera consulta, permitirá conocer las características de la demanda de atención en cuanto a su oportunidad. La accesibilidad a los servicios desde el punto de vista económico, interviene indirectamente en la afiliación a un sistema de seguridad social, al igual que la educación y el sexo. La exploración de las variables sociodemográficas y psicosociales relacionadas con la utilización de servicios permitirá identificar y caracterizar tanto la tipología de las personas que los usan como la de aquellos que no lo hacen (3). Por otra parte, consideramos como un aspecto principal de este proyecto el tipo de trastorno y su severidad (4).

Con estos antecedentes, y tomando en cuenta la experiencia obtenida de la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos (17), se planteó y aprobó en 1994 un proyecto epidemiológico, de gran amplitud para estudiar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población general adulta de la ciudad de México. El propósito de este trabajo es dar a conocer los objetivos, el instrumento y la metodología de dicho estudio.

Objetivos

Estimar la prevalencia actual y a lo largo de la vida, de los trastornos psiquiátricos específicos en la población adulta de la ciudad de México.

Identificar la comorbilidad de los trastornos a lo largo de la vida de las personas afectadas.

Identificar la incapacidad y la discapacidad relacionada con los diferentes trastornos y patrones de comorbilidad.

Estudiar el proceso de búsqueda de ayuda o la falta de éste entre población entrevistada.

Determinar la fuerza de asociación de algunas experiencias situacionales de la vida como factores de riesgo para que aparezca la morbilidad psiquiátrica investigada.

Población estudiada y método

Se trata de una encuesta de hogares limitada al ámbito de la ciudad de México, excluyendo la zona conurbada. La población blanco fueron personas de 18 a 64 años que vivían permanentemente, o de manera temporal, en los hogares de las 16 delegaciones políticas de la ciudad.

Se utilizó un diseño de muestreo probabilístico autoponderado de vivienda según el dominio de que se tratara (para la encuesta se definieron dos dominios de acuerdo con la infraestructura de los servicios de salud mental con que contaban las delegaciones políticas –8 delegaciones con servicios de salud mental y 8 sin ellos). Esto es, todas las viviendas que entraban dentro de un dominio de estudio tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionada. El esquema de muestreo fue multietápico y por conglomerados.

La unidad primaria de muestreo correspondió al Área Geostadística Básica (AGEB), definida para el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990.

De cada dominio se seleccionaron 48 AGEB elegidas con probabilidad proporcional de acuerdo con el tamaño definido en términos del número de viviendas en cada AGEB; en total, esto es, 96 AGEB urbanas.

La unidad secundaria de muestreo la constituyeron las manzanas dentro de las AGEB seleccionadas. Se eligieron 6 manzanas por AGEB, en total, esto es, 576 manzanas seleccionadas.

De las manzanas seleccionadas, se hizo una lista de todas las viviendas, las cuales se agruparon en "segmentos compactados" de alrededor de 7 viviendas. Estos segmentos constituyen la unidad de selección de la tercera etapa. En ambos dominios se seleccionaron 576 segmentos compactados, por lo que la probabilidad de selección en la tercera etapa da por resultado una muestra autoponderada de segmentos dentro de cada dominio. En cada una de estas viviendas se aplicaron cuestionarios de hogar que incluían los siguientes datos: dirección, nombre del informante y personas que normalmente habitan la casa, a las cuales se les preguntó su edad, sexo, escolaridad y si trabajaba o no y, finalmente se les pidieron datos sobre la vivienda para determinar el nivel socioeconómico a la que pertenecía.

En la última etapa de muestreo se eligió a un sujeto adulto de cada hogar, cuidando que la muestra final incluyera igual número de hombres que de mujeres. Los valores de los factores de expansión se obtuvieron al final de la etapa de campo del proyecto.

En virtud de que se deseaba entrevistar a un número igual de hombres y de mujeres, y era difícil localizar a los primeros en horas hábiles durante la semana, se decidió entrevistarlos durante los fines de semana, estableciéndose citas especiales a partir de esa primera visita.

El instrumento lo aplicaron personas sin formación clínica pero con capacidad empática y habilidad para hacer encuestas en la comunidad. El personal seleccionado cursaba estudios superiores o era pasante y recibió capacitación en el manejo del instrumento, durante dos semanas, haciéndose una selección final de acuerdo con la evaluación de su desempeño.

Durante el trabajo de campo, la labor de estos entrevistados estuvo bajo la supervisión de clínicos entrenados.

Instrumentos de medición

De acuerdo con el modelo conceptual antes mencionado, la variable dependiente se refiere a la presencia de algún trastorno psiquiátrico, por lo que en primer término se seleccionó el instrumento epidemiológico más adecuado que permitiera compararlo con otros estudios.

El CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta) (27) está diseñado como una entrevista muy estructurada para ser empleada en estudios epidemiológicos, y aplicada tanto por personal no especializado como por clínicos previamente entrenados. Los antecedentes son el *Present State Examination* (31) y la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) (26), con los cuales ya se han hecho estudios en nuestro medio (5,7). Con el DIS, se obtuvo una confiabilidad entre entrevistadores de ICC = 0.889 (15), y con el CIDI, de 0.87 (8). Asimismo, la confiabilidad reportada en diferentes países como parte de un estudio multicéntrico fue de 0.90 con el estadístico Kappa, en la mayoría de los diagnósticos incluidos (32). Con este instrumento se obtienen diagnósticos de 13 trastornos ocurridos durante la vida, incluidos en la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-III-R y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, CIE-10, pudiendo establecerse la historia de los padecimientos y su comorbilidad. El instrumento fue diseñado para los estudios epidemiológicos de diferentes culturas, con la finalidad de hacer estudios comparativos de la psicopatología, lo que permite describir los patrones de co-morbilidad y evaluar la universalidad de diversos factores de riesgo, así como las consecuencias sociales de los trastornos psiquiátricos específicos (27).

En México, el CIDI se ha utilizado recientemente en la práctica médica general (8,18), en la consulta externa psiquiátrica de un hospital (25) y en la población que integra los grupos de auto-ayuda (21), siempre con una buena aceptación tanto de las personas entrevistadas como del personal clínico y del no experimentado, que ha participado. El análisis de la amplia información obtenida así, ha arrojado resultados equiparables a los de otros trabajos realizados en el ámbito internacional con el mismo instrumento (33). De esta forma, se ha comprobado que reúne la información clínica necesaria para llenar los objetivos del estudio, y permite apreciar, de manera por demás interesante, la prevalencia y la comorbilidad durante la vida del sujeto, las diferencias entre las poblaciones, la incapacidad generada por los trastornos y la búsqueda o no de ayuda para los diferentes trastornos específicos.

Recientemente, el instrumento fue utilizado en una versión modificada, UM-CIDI, en la Encuesta Nacional acerca de la Comorbilidad Psiquiátrica en los Estados Unidos de Norteamérica (NCS, 1990-92) (18). Las modificaciones introducidas facilitan y agilizan la respuesta de las diferentes secciones diagnósticas del instrumento.

El UM-CIDI es una versión modificada del instrumento oficial, y difiere en los siguientes puntos: 1) utiliza

un formato abierto y amplias casillas de respuesta con varias opciones; 2) incluye menos diagnósticos; 3) en algunos de los diagnósticos utiliza preguntas troncales, denominadas "de tamizaje" al principio del instrumento; 4) reordena las preguntas para mejorar la fluidez y la lógica de la entrevista; 5) añade algunas preguntas y otras las modifica para que las respuestas sean más precisas; 6) explora la importancia de los síntomas cuando se integran en un episodio en vez de explorar cada síntoma investigado; 7) simplifica el esquema de sondeo al incorporar preguntas secuenciales en el instrumento, prescindiendo del esquema adicional; 8) añade preguntas complementarias a las que tratan acerca del uso de servicios; 9) incluye preguntas exploratorias para mejorar la evocación de los episodios anteriores de trastornos psiquiátricos; y 10) utiliza un block de respuestas que presenta una serie de estímulos visuales clave, para facilitarle al entrevistado contestar con precisión.

Para nuestro estudio se eligió el CIDI 1.1, en su versión modificada por la Universidad de California en Fresno (CIDI-Fresno) (2), como el instrumento clínico epidemiológico básico. El CIDI-Fresno retoma la experiencia acumulada con el UM-CIDI utilizado por Kessler en la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos (NCS), y añade preguntas sobre los criterios diagnósticos del DSM-IV que no estaban considerados en las versiones anteriores del instrumento por haberse publicado recientemente. Asimismo, dado el interés específico por estudiar la utilización de los servicios formales e informales, en la población mexico-americana y mexicana emigrante incluida en el proyecto de la citada Universidad, y compartido por los investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría, para nuestra población, el CIDI-Fresno incorporó una extensa y pormenorizada sección de preguntas al respecto, sobre cada entidad diagnóstica investigada. En la traducción del instrumento, llevada a cabo por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se conservó la traducción original oficial del CIDI 1.1, así como el contenido de todos los reactivos necesarios para hacer un diagnóstico de acuerdo con el criterio de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Asimismo, en el instrumento se han incorporado diferentes expresiones del idioma, para hacerlo culturalmente más sensible, y se exploran, además, diferentes formas coloquiales de expresión con que la población denomina los diferentes trastornos incluidos. La versión utilizada en México difiere de la empleada en Fresno, Cal., principalmente en lo relativo a las secciones no clínicas. Por eso no se tomaron en cuenta en el estudio las variables relacionadas con los aspectos penales, de migración y aculturación. También excluimos las secciones que investigan los problemas de conducta o personalidad antisocial, y la de creencias y experiencias; esta última está relacionada con la exploración de probables fenómenos psicóticos; tampoco incluimos el CES-D. En cambio, en nuestro instrumento se incluyen otras variables no consideradas en el estudio de Fresno.

Para este proyecto, decidimos investigar el papel, que desempeñan las diversas variables independientes, tales como: las tensiones crónicas, las situaciones potencialmente estresantes, los recursos utilizados por

la gente para combatirlos, la evaluación de manifestaciones clínicas en los niños en relación a la psicopatología. Con esta finalidad, se incorporaron en la encuesta secciones específicas con preguntas y escalas, que en su mayoría fueron empleadas por Kessler en la NCS y que reflejan, a su vez, la experiencia acumulada por diversos investigadores en el mundo, así como otros instrumentos que han sido previamente utilizados en México, tales como el Cuestionario General de Salud (23) en su versión de 12 reactivos (8), y el Cuestionario de Reporte de Síntomas en los niños (RQC) (13,14). Las situaciones estresantes y los sucesos traumáticos ocurridos a lo largo de la vida, fueron explorados por medio de las preguntas incluidas en un inventario igual al que se usó en la NCS, seleccionándose los pertinentes y aplicables a nuestro medio. El proceso de búsqueda de ayuda, en parte ya explorado por medio del CIDI, fue complementado con preguntas que inquieran acerca de la red social de apoyo y la accesibilidad a los servicios, así como de los motivos para no utilizarlos o abandonarlos. El instrumento global quedó integrado de la siguiente forma:

La encuesta consta de 13 secciones, en las que se exploran tanto los aspectos específicos de la psicopatología, como otras áreas de interés relacionadas con las anteriores. Las secciones pueden clasificarse en dos grandes grupos: las secciones clínicas y las que no lo son.

Secciones clínicas

Son seis las secciones que exploran la prevalencia durante la vida y en los últimos 12 meses previos al levantamiento del estudio, de las siguientes entidades diagnósticas: trastornos de pánico, agorafobia, fobia social, fobias específicas, diversos tipos de depresión, manía e hipomanía, obsesiones y compulsiones, consumo de alcohol, abuso y dependencia a sustancias psicotrópicas. Se les preguntó acerca de las consultas a profesionales debido a cada trastorno que hubieran tenido, a otros profesionales que hayan consultado, si recurrieron a la medicina alternativa tradicional o folklórica, se emplearon otros remedios, sobre sus hospitalizaciones, discapacidades y malestares ocasionados por el trastorno, y, por último, se les preguntó si cualquiera de esos trastornos pudo deberse al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, o si fue resultado de alguna enfermedad física.

Secciones no clínicas

Siete secciones exploran situaciones generales y específicas que, en determinado momento, puedan estar relacionadas con alguno de los trastornos citados, o bien, indiquen características protectoras o de riesgo para la salud mental de la población. Estas secciones incluyen: información general, problemas de salud física, el desarrollo de los infantes que vivan con el entrevistado, la historia de experiencias traumáticas ocurridas durante la vida o recientemente, el estrés post-traumático, su historia familiar y las observaciones que se hayan hecho en el transcurso de la entrevista.

Sección A

Evaluación general

Por medio de la información de esta sección se obtuvo una visión panorámica de las características de la población empleando las siguientes variables: Sexo, edad, escolaridad, estado civil, número de hijos y si éstos viven con el entrevistado, valoración personal de su estado de salud física y emocional, hábitos alimentarios, de descanso y de ejercicio, su opinión acerca de los roles de pareja, su situación laboral, el promedio de horas semanales dedicadas al trabajo, la interrelación de las preocupaciones hogar-trabajo, si vive en pareja, la situación laboral de la pareja y su grado de escolaridad, las opiniones de los hombres y de las mujeres entrevistadas acerca del desempeño de sus actividades laborales. Si se relaciona con otros, el grado de satisfacción que le produce y las variables de interrelación y comunicación. Las variables de relación y comunicación con otras personas: familiares, amistades; apoyo social. La evaluación de su malestar y la limitación de sus actividades debido a problemas de salud física o emocional durante la semana anterior a la entrevista. Cuestionario General de Salud, en su versión de 12 reactivos. Escala de Evaluación de Problemas del Dormir.

Sección B

La primera parte de esta sección representa una modalidad introducida en el UM-CIDI y en la que se reúnen, a manera de tamizaje, las preguntas troncales de los principales trastornos psiquiátricos explorados en el CIDI. Si éstas se hacen al principio, se evita que el entrevistado niegue posteriormente, en el curso de la entrevista, la información acerca de los episodios de alteraciones psiquiátricas, cuando ha aprendido el mecanismo de la entrevista (18). Por otra parte, durante la aplicación de la encuesta, facilita al entrevistador dirigirse sólo a aquellas secciones en las que el entrevistado ya manifestó haber tenido problemas.

La segunda parte explora exhaustivamente la agorafobia, la fobia social y las fobias específicas para que, de acuerdo con el resultado del tamizaje, se hagan las preguntas relativas a los ataques de pánico y ansiedad generalizada, o bien, se continúe a otras secciones.

Sección D

Investiga acerca de la prevalencia durante la vida y en los últimos 12 meses, de los trastornos depresivos; distimia y depresión, mediante diversas preguntas que se agrupan de la siguiente manera:

- a) Preguntas agrupadas por categorías (10 categorías en total), referentes a diferentes tipos de síntomas relacionados con los estados depresivos.
- b) Investiga si la ha habido uno o más periodos de depresión a lo largo de toda la vida del entrevistado.
- c) Investiga la duración de dichos periodos de depresión, ya sean cortos, de dos semanas o más, o largos, de dos años o más.

CUADRO 1

| <i>Lista A</i> |
|--|--|--|--|--|
| Médico u otros profesionales |
| Malestares causados por los temores |
| Hospitalizaciones de uso de medicamentos |
| Otras opciones |

**CUADRO 2
Sección A**

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Salud física y emocional
- Situación laboral
- Preguntas de opinión.
- Relaciones interpersonales
- Cuestionario General de Salud
- Trastornos del dormir

**CUADRO 3
Sección B tamizaje**

B1 a B1a	Ataque de pánico
B2 a B2c	Trastornos de ansiedad
B3 a B3b	Distimia
B4 a B5c	Episodios Depresivos
B6 a B6b	Manía
B7 a B7b	Hipomanía
B8 a B8d	Somatización

**CUADRO 4
Sección D**

<i>Tipos de categorías</i>	<i>Un periodo</i>	<i>Más de un periodo</i>
# 1. Sentimientos clásicos de depresión		
# 2. Depresión		
# 3. Trastornos alimentarios		
# 4. Trastornos en el dormir		
# 5. Fatiga		Peor periodo
# 6. Alteraciones del movimiento	Médico u otros profesionales	Médico u otros profesionales
# 7. Pérdida de interés	Uso de medicamentos	Uso de medicamentos
# 8. Sentimientos de minusvalía o culpabilidad	Otras opciones	Otras opciones
# 9. Pérdida de concentración	Hospitalizaciones	Hospitalizaciones
# 10. Intentos e ideación suicida	Malestares	Malestares

- d) En caso de que el entrevistado indique que tuvo más de un periodo, de depresión, recurra al grupo de preguntas que investiga más a fondo el peor de estos periodos.

Sección E

Investiga acerca de la prevalencia durante la vida y en los últimos 12 meses, de trastornos maníacos e hipomaníacos; aborda los periodos de extrema excitación y los periodos de extrema irritabilidad. En ambos casos se investiga la duración de los mismos, es decir, los periodos cortos de por lo menos 4 días y los periodos prolongados de dos años o más; si consultó a médicos u otros profesionales debido a estos síntomas; si estuvo en el hospital, si usó medicamentos

**CUADRO 5
Sección E**

<i>Mania</i>		<i>Irritabilidad</i>	
Menos de dos años	Dos años o más	Menos de dos años	Dos años o más
Síntomas	Síntomas	Síntomas	Síntomas
Médicos u otros profesionales		Médicos u otros profesionales	
Hospitalización		Hospitalización	
Uso de medicamentos		Uso de medicamentos	
Otras opciones		Otras opciones	
	Uso de alcohol y drogas		Uso de alcohol y drogas

Cuadro 6
Sección F y G

Consumo de alcohol alguna vez en la vida, frecuencia con la que consumen alcohol los bebedores, frecuencia con la que se embriagan			Lista de medicamentos y lista de drogas, consumo alguna vez en la vida, número de veces que las ha usado		
<i>Problemas relacionados al consumo de alcohol</i>			<i>Problemas relacionados al consumo de alcohol</i>		
<i>Sociales</i>	<i>Salud</i>	<i>Emocionales</i>	<i>Sociales</i>	<i>Salud</i>	<i>Emocionales</i>
Médicos	Médicos	Médicos	Médicos	Médicos	Médicos
Otros profesionales	Otros profesionales	Otros profesionales	Otros profesionales	Otros profesionales	Otros profesionales
Hospitalización	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalización	Hospitalización
Otras opciones	Otras opciones	Otras opciones	Otras opciones	Otras opciones	Otras opciones
Grupos de autoayuda	Grupos de autoayuda	Grupos de autoayuda	Grupos de autoayuda	Grupos de autoayuda	Grupos de autoayuda

si recurrió a otros tipos de tratamiento y, finalmente, si toma alcohol o drogas durante estos periodos.

Sección F

Esta es una sección pequeña que explora el consumo de alcohol alguna vez en la vida del entrevistado, la cantidad y frecuencia con que ha bebido en el transcurso de su vida y en los últimos 12 meses y la frecuencia con la que se embriagó en el último año. Esta sección se encuentra ligada a la sección G, ya que si una persona es bebedora, se le hacen preguntas relacionadas con el abuso y la dependencia que aparecen en esta última sección.

Sección G

Investiga acerca de la prevalencia durante la vida y en los últimos 12 meses, del consumo de medicamentos y otras sustancias.

En una segunda parte se investiga acerca de los problemas relacionados con el consumo de medicamentos, drogas o alcohol. Para cada tipo de sustancia se incluyen preguntas específicas relacionadas con problemas sociales, de salud y emocionales, ocasionados ya sea por el consumo de sustancias o por la suspensión de cualquiera de ellas. Si ha tenido problemas se inquiriere acerca de la edad en la que aparecieron y la última vez en que los tuvo.

Para cada grupo de problemas hay preguntas sobre si usó otros tratamientos o recurrió a grupos de autoayuda.

Sección K

Investiga acerca de la prevalencia durante la vida y en los últimos 12 meses, de trastornos obsesivo-compulsivos. Esta sección se tomó del WHO-CIDI 1.1, y se le hicieron algunas adaptaciones para seguir el formato de preguntas y respuestas de las secciones anteriores. Esta sección no está incluida en el Fresno-CIDI ni en el UM-CIDI.

Sección N

En esta sección se abordan dos aspectos generales: los problemas importantes de salud física durante la vida

CUADRO 7
Sección K

<i>Pensamientos recurrentes</i>	<i>Conductas recurrentes</i>
Médicos Uso de medicamentos Uso de drogas	Médicos Uso de medicamentos Uso de drogas

CUADRO 8
Sección N

<i>Problemas de salud física</i>	<i>Problemas de salud mental</i>
Limitaciones Consecuencias Fatiga Molestias	Opinión y obtención de servicios Razones para no buscar ayuda Uso de servicios

y la relación de éstos con problemas emocionales en caso de haberlos, o con el consumo de sustancias, si lo hay.

Respecto a los problemas de salud física, se les pregunta acerca de las limitaciones causadas por tales problemas, las consecuencias sociales, y si han sentido molestias o fatiga extrema. Además investiga:

- 1) Si tuvo alguna enfermedad física grave en los últimos 12 meses, así como las molestias, discapacidades e incapacidades relacionadas con ella.
- 2) La opinión del entrevistado acerca de los servicios de salud mental y la búsqueda de ayuda en caso de necesitarla. Lo que le ayudó y lo que le impidió conseguirlos.
- 3) Las personas y los lugares a los que acudió en busca de ayuda.
- 4) Razones por las que no buscó ayuda a pesar de haberla necesitado.
- 5) El uso de servicios alternativos y de urgencias por problemas de salud mental o uso de sustancias.
- 6) Disponibilidad y accesibilidad de las fuentes de apoyo social en caso necesario.

Sección Q

Esta sección toma sólo algunas de las preguntas que se hacen en el estudio de Comorbilidad en Estados

CUADRO 9
Sección Q

<i>Hijos que vivan con la persona entrevistada y tengan entre 4 y 16 años:</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Viven o no - Cómo es su relación con el entrevistado - Problemas que pueden presentar los menores - Probabilidades de que hagan uso del servicio para estos problemas - Uso de servicios

Unidos, pero investiga, de manera específica, la presencia de 27 aspectos conductuales y emocionales de todos los menores entre 4 y 16 años que vivan y tengan alguna relación con el entrevistado. Los aspectos investigados corresponden a los 10 reactivos del Cuestionario de Reporte para Niños (RQC), que se empleó en la Encuesta Nacional de Salud Mental, así como a otros 17 reactivos seleccionados del SBCL-P (1) para complementar la información, de manera que ésta defina con mayor precisión los casos probables y así establecer los probables tipos de patologías. Además, se inquiriere acerca de la percepción del entrevistado sobre la necesidad de buscar ayuda para los menores sobre los que se hayan reportado aspectos positivos, o si con anterioridad han sido llevados a consulta por esos motivos.

El análisis de esta sección, aunado a los resultados de las secciones sobre la psicopatología del adulto entrevistado, permitirá evaluar la manera como se asocian las alteraciones en los núcleos familiares, al igual que la fuerza con la que se relacionan con las variables investigadas en otras secciones.

Sección U

Investiga acerca de la prevalencia, durante la vida y en los últimos 12 meses, de ciertos acontecimientos de su vida. Los acontecimientos investigados son:

- 1) Haber estado involucrado en un accidente que haya puesto en peligro su vida.
- 2) Haber intervenido en incendios, inundaciones, terremotos u otros desastres naturales.
- 3) Haber sido testigo de un accidente grave o de la muerte de alguna persona.
- 4) Violación.
- 5) Acoso sexual.
- 6) Si ha sido víctima de algún ataque físico o de algún asalto.

CUADRO 10
Sección U

<i>Sucesos o situaciones traumáticas a lo largo de la vida</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo y edad en la que sucedió el suceso - Consecuencias del suceso - Duración de las consecuencias del suceso

- 7) Abuso en la infancia.
- 8) Haber sido abandonado o descuidado en la infancia.
- 9) Haber sido amenazado con arma o raptado, o haber sido retenido como rehén.
- 10) Otras experiencias traumáticas
- 11) Haber tenido una fuerte impresión por lo sucedido a terceras personas.

A continuación se evalúa si alguna de las experiencias antes reportadas le produjeron un síndrome de estrés post-traumático de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV; su inicio y duración. Finalmente, y por su importancia, se pregunta si ha ideado suicidarse de verdad o intentado suicidarse en algún momento de su vida.

Sección V

En esta sección se investiga acerca de los acontecimientos *recientes en la vida* del entrevistado, tales como pérdidas, tensiones, conflictos, discusiones y problemas con personas cercanas, así como la muerte de algún ser querido.

Sección X

Investiga acerca de algunos aspectos de la HISTORIA FAMILIAR.

Pregunta sobre de la posible existencia de episodios depresivos y de ansiedad generalizada, de abuso de sustancias, de conducta inestable y de intentos de suicidio en ambos padres.

Pregunta acerca de la presencia o ausencia de figuras parentales en los primeros 15 años de vida, del sostenimiento económico familiar y la escolaridad de la persona que constituía el principal apoyo, económico; la evaluación comparativa con las familias promedio

CUADRO 11
Sección V

<ul style="list-style-type: none"> - Pérdidas recientes - Tensiones, conflictos, discusiones, problemas sociales y económicos serios y recientes - Problemas graves con la ley de alguna persona cercana al entrevistado

CUADRO 12
Sección X

<i>Padre</i>	<i>Madre</i>
Si aún vive Periodos de depresión, nervios Tratamiento profesional Hospitalizaciones Consumo de medicamentos/drogas/alcohol Problemas por el uso de alcohol/drogas Intentos de suicidio	Si aún vive Periodos de depresión, nervios Tratamiento profesional Hospitalizaciones Consumo de medicamentos/drogas/alcohol Problemas por el uso de alcohol/drogas Intentos de suicidio
Historia familiar en la vida	

CUADRO 13
Sección BB

- Observaciones generales de la entrevista
- Estuvieron presentes otras personas durante la entrevista
- Interrupciones

en el medio en que creció; sus actividades para contribuir al sostenimiento económico; la asignación o desempeño de sus responsabilidades como adulto; la evaluación del clima en el hogar y de las relaciones con ambos padres o con las personas con quien creció; la evaluación de las relaciones con sus pares.

Sección BB

En esta sección el entrevistador registra los aspectos generales de la entrevista: si alguien estuvo presente durante la entrevista, el interés del entrevistado, su grado de comprensión de las preguntas, y su actitud así como si se interrumpió la entrevista, si se llevó a cabo en más de una sesión y, finalmente se hace una breve descripción de la misma.

Es claro que la riqueza y amplitud de la base de datos no sólo responde a los objetivos antes mencionados de la investigación, sino que ésta puede abordarse desde diversos puntos y reproducirse en otros ámbitos. Esta información requiere de análisis secundarios para profundizar en la naturaleza y en el curso de los fenómenos mórbidos, así como de la detallada caracterización de los grupos y sujetos afectados. En parte de esto participan dos grandes consorcios internacionales: el *International Consortium in Psychiatric Epidemiology*, y el *International Research on the Epidemiology of Drug Abuse*, ambos presididos por el doctor Ronald Kessler, de la Universidad de Harvard. Por otra parte, con base en la información de

este estudio, se han planteado las siguientes líneas de investigación:

- Bienestar, malestar y psicopatología de la población general adulta
- Estrés psicosocial e incidencia de trastornos psiquiátricos en la población general adulta
- Historia familiar, acontecimientos adversos en la vida y psicopatología
- Ideación e intentos suicidas y su asociación con psicopatologías
- Condiciones generales de existencia y prevalencia de sintomatología en la población de 4 a 16 años
- El proceso de la búsqueda de ayuda en la población adulta con trastornos afectivos
- El proceso de la búsqueda de ayuda en la población adulta con trastornos de ansiedad
- Abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias. Correlatos y progresión
- Clasificación de los trastornos: manifestaciones sintomáticas y umbrales de definición
- Epidemiología psiquiátrica transcultural: estudios comparativos

Por medio del cumplimiento de los objetivos del estudio y de la implementación de estas líneas de investigación, así como de otras futuras, consideramos que estaremos cumpliendo con la meta de consolidar el conocimiento epidemiológico en los campos de la psiquiatría y la salud mental en nuestro país, así como promover el desarrollo de la investigación en este campo.

Agradecimientos

Este proyecto de investigación se llevó a cabo gracias al financiamiento de CONACYT, proyecto número 2077-H9302.

REFERENCIAS

1. ACHENBACH TM, EDELBROCK C: *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington VT (ed). University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.
2. AGUILAR-GAXIOLA S, VEGA W, PEIFER K, GRAY T: *Development of the Fresno Composite International Diagnostic Interview*. University of California, Berkeley, Institute for Mental Health Services Research, 1995.
3. BOBADILLA FJL, FRENK J: La nueva salud pública: avances de la investigación. *Salud Pública de México*, 32:377-378, 1990.
4. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LL, MENDOZA BP: Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 28(5):504-514, 1986.
5. CARAVEO AJ, LOPEZ MS, GONZALEZ FC: La importancia de los sistemas diagnósticos: Experiencia obtenida utilizando el sistema PSE-CATEGO en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 11(2):20-29, 1988.
6. CARAVEO AJ, MAS CC: Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 32:523-531, 1990.
7. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LL: Concurrent validity of the DIS: Experience with psychiatric patients in Mexico City. *Hisp J Behav Sci*, 13(1):63-77, 1991.
8. CARAVEO AJ, LOPEZ JL, MARTINEZ VA: *The 100 Patient Study in Mexico City*. Paper presented at the Symposium of the WPA, section of epidemiology and community psychiatry. Groningen. Holanda, septiembre, 1-3, 1993.
9. CARAVEO AJ, GOMEZ EM, SALDIVAR HG, GONZALEZ RE: Encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Salud Mental*, 18 (4):1-9, 1995.
10. CARAVEO AJ: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19,(supl. abril): 8-13, 1996.
11. GARCIA AA, CARAVEO AJ: Somatización y diagnósticos psiquiátricos en el primer nivel de atención médica. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 4:102-110, 1993.
12. GATER R, DE ALMEIDA E, SOUSA B, BARRIENTOS G, CARAVEO J, CHANDRASHEKAR CR, DHADPHALE M, GOLDBERG D, AL KATHIRI AH, MUBBASHAR M, SILHAN K, THONG D, TORRES-GONZALEZ F, SART-

- ORIOUS N: The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Medicine*, 21:761-774, 1991.
13. GIEL R, DE ARANGO MV, CLIMENT CE, HARDING TW, IBRAHIM HHA, LADRIDO-IGNACIO L, SRINIVASA MURTHY R, SALAZAR MC, WIG NN, YONIS YOA: Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68(5):677-683, 1981.
 14. GOMEZ EM, RICO DH, CARAVEO AJ, GUERRERO CG: Validez de un cuestionario de tamizaje (RQC). *Anales. Inst Mex Psiquiatría*, 4: 204-208, 1993.
 15. GONZALEZ FC, CARAVEO AJ, RAMOS LL, SANCHEZ BJ: Confiabilidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. *Salud Mental*, 11(1):48-54, 1988.
 16. INFANTE-CASTAÑEDA C: Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales. *Salud Pública de México*, 32:419-429, 1990.
 17. KESSLER RC: The U.S. National Comorbidity Survey: an introduction and overview. Paper presented at the Symposium of the WPA, section of epidemiology and community psychiatry. *Groningen*. Holanda, septiembre, 1-3, 1993.
 18. KESSLER RC, MCGONGALE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S, WITTCHEN HU, KENDLER KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19, 1994.
 19. LEVAV I, LIMA RR, SOMOZAL M, KRAMER M, GONZALEZ R: Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Bol Of Sanit Panam*, 107(3):196-219, 1989.
 20. LOPEZ JJJ, CARAVEO AJ, MARTINEZ VA, MARTINEZ MP: Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta médica general. *Salud Mental*, 18 (2): 25-30, 1995.
 21. MAS CC, CARAVEO AJ: Resultados preliminares del estudio de un grupo de Neuróticos Anónimos. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 4: 180-183, 1993.
 22. MCKINLAY J: *Social Network Influences on Morbid Episodes and the Career of Help Seeking*. Dordrecht, Reidel Publishing, citado por Infante-Castañeda, op. cit., 1983.
 23. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, CAMPILLO SC y cols.: The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Medicine*, 13:355-361, 1983.
 24. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA CR, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO AJ, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 3:48-55, 1992.
 25. RAMIREZ CI: Diagnósticos más frecuentes asociados a los trastornos por ansiedad en la consulta psiquiátrica del Hospital Regional 20 de Noviembre. Tesis de especialidad. Facultad de Medicina, UNAM, México, 1993.
 26. ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J, RATCLIFF KS: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives General Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
 27. ROBINS LN, WING JK, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, FARMER A, JABLENSKI A, PICKENS R, REGIER DA, SARTORIUS N, TOWLE LH: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
 28. SECRETARIA DE SALUD: *La Ley General de Salud*. Dirección General de Asuntos Jurídicos, México, 1985.
 29. SHAPIRO S, SKINNER AE, KRAMER M, STEIWACHS DM, REGIER DA: Measuring need on mental health in a general population. *Medical Care*, 23:1033-1043, 1984.
 30. WEISSMAN MM, KLERNAN GL: Epidemiology of mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 35:705-712, 1978.
 31. WING JK, COOPER JE, SARTORIUS N: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge, 1974.
 32. WITTCHEN HU, ROBINS LN, COTTLER L, SARTORIUS N, y cols.: Interrater reliability of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) -Results of the multicenter WHO/ADAMHA field trials. En: Stefanis CN, Soldatos CR, Rabavilas AD (eds): *Psychiatry, a World Perspective*. Vol. 1, 125-132. Excerpta Medica, Amsterdam, 1990.
 33. WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Changing the Course and Outcome of Mental Disorder. The Contribution of Epidemiology*. Book of abstracts. Symposium of the WPA, Section of epidemiology and community psychiatry. University of Groningen. Holanda, 1993.

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA**

Autoevaluación

1. e
2. c
3. a
4. b
5. c
6. c
7. d
8. c
9. b
10. b
11. e
12. d