

ANALISIS CRITICO Y PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA EN MEXICO

Dr. Jorge Caraveo A*

Introducción

Los propósitos de este trabajo son los de revisar algunos conceptos básicos sobre epidemiología, analizar críticamente los resultados de los estudios de carácter epidemiológico que se han llevado a cabo en nuestro país en relación a los trastornos mentales y, finalmente, plantear alternativas para futuros estudios.

Definición de términos y conceptos

Epidemiología

Es la disciplina que se ocupa de estudiar la distribución y condiciones que determinan los diferentes estados de salud o de enfermedad en las poblaciones humanas (1).

La epidemiología psiquiátrica se ocupa de la aplicación de esta disciplina en el campo de la salud mental y, de acuerdo con Morris (2), se emplea en:

- 1) El diagnóstico de la comunidad.
- 2) El estudio del funcionamiento de los servicios de salud.
- 3) La integración del cuadro clínico de los trastornos psiquiátricos.
- 4) La identificación de nuevos síndromes.
- 5) La estimación de los riesgos individuales para contraer la enfermedad.
- 6) El estudio de la historia natural de los padecimientos.
- 7) El establecimiento de las causas de las enfermedades.

Prevalencia

Es la proporción de la población que reúne ciertas condiciones específicas en un momento dado. La prevalencia puede medirse durante un periodo determinado, por ejemplo, en un mes o en un año, o bien estableciendo un punto de prevalencia, por ejemplo, un día determinado (3).

Incidencia

Se refiere a los nuevos casos que aparecen en un periodo de tiempo específico. Al igual que la prevalencia, se reporta en forma de tasas por mil habitantes (3).

Instrumentos de selección e identificación de casos

Son aquellas técnicas o instrumentos (pruebas de labo-

torio, cuestionarios autoaplicables, escalas de síntomas, etc.) cuya finalidad es obtener la información mínima necesaria para establecer si una persona presenta una condición dada.

Confiabilidad

En el contexto de este trabajo, se alude a la constancia del puntaje atribuido al mismo individuo en el transcurso de una misma medida, pero registrada por diferentes observadores (4).

Validez

Se refiere al concepto que el instrumento mide y a la forma en que lo hace; dicho instrumento se considera válido si la medición realizada es efectiva (4).

Sensibilidad

Es la propiedad que tiene un instrumento de medida para captar el margen menor o mayor de diferenciación en los individuos, o dicho en términos más sencillos, es el número de positivos verdaderos que detecta la prueba (4, 5).

Especificidad

Se refiere al número de verdaderos negativos o de "no casos" detectados por la prueba (5).

Indices de morbilidad

Los hallazgos epidemiológicos se reportan a manera de tasas que contemplan principalmente la incidencia y la prevalencia de los trastornos. Las tasas de incidencia, en general, no pueden medirse en forma directa ya que resulta imposible detectar todos los casos nuevos, la forma indirecta de medir la incidencia es mediante el registro del número de primeros contactos con los servicios de psiquiatría. Ante esta limitación, especialmente significativa en lo que se refiere a los trastornos mentales, es difícil plantear hipótesis causales que puedan ser verificadas de manera confiable. La delimitación de un área de estudio en donde se estableciera una red asistencial para captar en lo posible todos los casos, sería una alternativa para resolver esta dificultad. No obstante, problemas tales como que el área seleccionada sea representativa de las demás, y la validez del hecho de extrapolar los resultados, son algunas de las cuestiones que deben discutirse en este tipo de estudios, pero esto rebasa los objetivos de este trabajo. Sin embargo, hasta el momento, la utilidad de las tasas de incidencia de trastornos mentales es reducida y el que este índice pueda proporcionarnos datos

*El Dr. Jorge Caraveo, MSP, es investigador del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

confiables dependerá del futuro desarrollo de estrategias y metodologías.

Las tasas de prevalencia tienden a ser más confiables ya que pueden estimarse sin tomar en cuenta la duración del padecimiento o el inicio de éste. Por otra parte, los datos así recabados son fundamentales para la epidemiología descriptiva con el objeto de conocer:

1. Los principales problemas de salud que aquejan a una población en un momento dado.

2. La forma de distribución de esas afecciones y la severidad de las mismas.

Con esta información es factible elaborar planes de atención asistencial encaminados, por una parte, a aminorar la severidad de las enfermedades que no pueden prevenirse y a mantenerlas en el nivel mínimo posible, y por la otra, a prevenir la morbilidad en la medida en que esto sea factible.

Para realizar una estimación completa de los padecimientos que aquejan a la población, el epidemiólogo debe investigar los tres lugares principales dentro de la sociedad donde pueden localizarse los problemas de salud mental:

1. *Las instituciones*, representadas por los hospitales psiquiátricos, las prisiones, las instituciones para deficientes mentales, los asilos y otros servicios asistenciales de caridad o religiosos.

2. *Los servicios generales de salud*, tales como los servicios de consulta externa, de práctica médica general, los dispensarios, etc.

3. *La comunidad en general*. Tradicionalmente los estudios de prevalencia de trastornos mentales se han basado en los datos obtenidos en los registros hospitalarios, mismos que, como hemos mencionado, no reflejan más que una pequeña parte de la realidad; es decir que corresponden sólo a aquellas personas que han acudido a recibir atención especializada por las razones siguientes:

- 1) Han tenido a su alcance los servicios psiquiátricos.
- 2) La severidad del trastorno así lo ha requerido.
- 3) Representan una molestia para la sociedad, la familia, etc.

Así, por ejemplo, Lehman (6) considera que de las personas que sufren depresión, sólo una de cada cinco recibe tratamiento médico y una de cada 50 es hospitalizada.

El problema de la definición de "caso"

Lo más importante para el epidemiólogo es poder determinar si una persona presenta o no una condición patológica, ya que a diferencia del clínico, quien dispone de tiempo y de una gran cantidad de datos acerca del sujeto, el epidemiólogo debe en un momento dado trabajar con un mínimo indispensable de información. Wing señala que "el criterio a seguir para el descubrimiento de los casos es la base absoluta para todos los estudios y trabajos epidemiológicos" (7). Esta tarea no es sencilla, especialmente en el área de la psiquiatría, ya que, a diferencia de lo que sucede en otros campos de la medicina, no ha sido posible hasta el momento encontrar "marcadores objetivos" que nos indiquen la presencia de los trastornos mentales. Es preciso recordar que la etiología de la mayoría de los trastornos mentales no ha sido aclarada y que la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales constituye una espiral multicausal intrincada. Por otra parte, si bien es cierto que existen descripciones detalladas de los principales síndromes psicóticos y neuróticos,

estas formas "clásicas" no suelen ser las comunes dentro de la población general, según lo han puesto de manifiesto los estudios epidemiológicos recientes (8). De ahí que resulte necesario desarrollar definiciones de lo que es un "caso", aplicables al grueso de la población. Para resolver este problema, el investigador debe seleccionar los puntos claves de referencia para establecer quién constituye un "caso", siguiendo para ello la premisa de un comité de expertos de la OMS (9) según la cual "los síntomas son las unidades más susceptibles de estandarizarse, contarse y compararse por medio de la observación" y, teniendo esto en cuenta, considerarlos como la base más apropiada y aceptable de la cual partir.

De acuerdo con Cooper (3), los requisitos para hacer una buena definición de "caso" son:

1. Proveer al investigador clínico con una guía confiable que le permita llegar a una decisión frente a cada sujeto sospechoso o limítrofe.

2. Basarse en síndromes clínicos, catalogados de acuerdo a un sistema aceptado, como el de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Cuando sea necesario, las categorías deberán combinarse o reagruparse para mejorar la discriminación entre "casos" y "no casos".

3. La definición de categorías individuales deberá basarse en un glosario psiquiátrico que contenga criterios adicionales precisos para inclusión o exclusión.

4. Además del criterio diagnóstico, deberán estipularse uno o más criterios generales para definir el umbral más bajo de morbilidad.

Resumiendo, diremos que la definición de "caso" partirá de la existencia de síntomas y signos claramente definidos que delimiten su presencia o ausencia y que a la vez puedan integrarse a una clasificación aceptada con el objeto de que sus resultados sean susceptibles de comparación. Asimismo, es conveniente que se hagan combinaciones de las categorías consideradas y que se establezca un umbral mínimo de morbilidad no sólo con el fin de apegarnos a una clasificación establecida, sino de permitir la apreciación de síndromes no considerados en dicho sistema, como por ejemplo, los trastornos psiquiátricos menores.

Detección e identificación de casos

En 1953, Kramer (10) enfatizaba que si no se podían realizar comparaciones entre los hallazgos de diferentes investigaciones, era precisamente porque se carecía de una técnica estandarizada para la detección de casos y de una definición uniforme de lo que se entendía por éstos, y agregaba: "Necesitamos métodos objetivos para detectar casos de trastornos psiquiátricos en la comunidad y averiguar de esta manera, no sólo quién está bajo tratamiento psiquiátrico sino quién debe estarlo".

Tradicionalmente, el método para determinar quién requiere atención ha sido la entrevista psiquiátrica. Blum (11) distingue dos tipos de entrevistas:

1. *Dirigidas*: aquéllas en las que el entrevistador es libre de pedir información sobre lo que considere más apropiado, haciendo cualquier pregunta que le parezca indicada.

2. *Estructuradas*: aquéllas en las que el entrevistador debe regirse por una forma preestablecida con criterios de calificación bien definidos.

Según Gruenberg, en las entrevistas dirigidas se tiende a subestimar la prevalencia de la enfermedad mental; por otra parte, los resultados no pueden compararse en tanto que la metodología no es común. Esto último se

puso de manifiesto claramente en la disimilitud de los diagnósticos psiquiátricos que se daban en Nueva York y en Londres (12), pues los psiquiatras americanos emitían el diagnóstico de esquizofrenia más frecuentemente que los ingleses, por lo que había diferencia en las tasas de prevalencia del padecimiento en uno y otro país. El empleo de entrevistas psiquiátricas estructuradas en las que los criterios de identificación y calificación de cada síntoma están bien definidos, permite que se estudie la *confiabilidad* y que se puedan comparar los juicios y los resultados. En los últimos años se han diseñado diferentes entrevistas psiquiátricas con el fin de resolver este problema; entre ellas se cuentan el PSS (13); el PSE (14); el SADS (15) y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg y cols (16). De estos instrumentos, sólo el último se diseñó específicamente para emplearse en la comunidad con el objeto de identificar casos, habiendo resultado muy útil. Los resultados de confiabilidad obtenidos por medio de este instrumento se compararon con aquéllos de otras entrevistas que estudiaron Kendell, Everitt, Cooper, Sartorius y David en 1968; y el coeficiente total de confiabilidad derivado del estudio de varianza fue de + 0.92 (17). La utilidad de este instrumento radica en que se diseñó para su aplicación en personas que no se consideran a sí mismas como enfermos mentales, por lo que puede emplearse tanto en la consulta externa como en la comunidad. Los síntomas explorados se definen claramente para poder identificarse y calificarse; además, con la información recabada se puede integrar un diagnóstico de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades y una calificación global de severidad de cada sujeto entrevistado. El PSE de Wing se diseñó como un instrumento diagnóstico y así fue utilizado inicialmente. Recientemente se desarrolló una versión breve de 40 reactivos (18) en los que se contempla básicamente la sintomatología neurótica y se eliminan las preguntas referentes a la psicosis, por ser esta última menos frecuente en la población general. De esta manera, es posible emplear el instrumento para hacer estudios en comunidad, con la ventaja de que se pueden analizar los datos a través de un programa de cómputo llamado "Catego", que proporciona el diagnóstico de acuerdo con los datos registrados, de modo que puedan compararse fácilmente los resultados de diferentes estudios. El PSS resultó poco adecuado para hacer estudios de comunidad (19), por lo que sus autores están trabajando actualmente con otro instrumento, el SADS (Cédula para trastornos afectivos y esquizofrenia), cuya utilidad para hacer investigaciones en la comunidad se está estudiando actualmente.

Ahora bien, se supone que los instrumentos arriba mencionados deben ser utilizados por personal especializado, pero por razones de orden práctico, no es posible que un especialista entreviste a cada miembro de la población para hacer un estudio de prevalencia en gran escala. Es bien sabido que el número de especialistas en el campo de la salud mental es escaso y que no existe personal médico en muchas localidades. Como señala en su estudio el Dr. Cabildo (20), es necesario el empleo de un tipo de instrumento que no requiera ser manejado por especialistas, sino que por el contrario, sea accesible para cualquier agente de la salud en la comunidad. Kendell (21) señala que, con el objeto de obtener una mayor confiabilidad en la información recabada, se han elaborado tres tipos de instrumentos:

1. La Entrevista Psiquiátrica Estructurada, de la que ya nos hemos ocupado.
2. Las escalas de síntomas.
3. Los cuestionarios autoadministrables.

Este autor puntualiza, además, que las fuentes de varianza en la confiabilidad son:

- a) La conducta del entrevistador.
- b) Lo que éste espera obtener.
- c) La interpretación de los términos técnicos.

Por lo que se refiere a las escalas de síntomas, la conducta del entrevistador está limitada sólo parcialmente, en tanto que lo que espera obtener, no se modifica; por otro lado, el tercer punto se puede controlar si se definen claramente los términos. En los cuestionarios autoadministrables se eliminan los factores de varianza relacionados con la conducta del entrevistador y las expectativas de éste. El problema de los términos se trasfiere al sujeto que lo contesta, y por lo tanto es necesario que el lenguaje sea accesible y comprensible para la población a la que se aplique. De acuerdo a lo anterior, los cuestionarios aparecen como el tipo de instrumento más idóneo como primer paso en la detección de casos probables, siempre y cuando reúnan las características de validez, sensibilidad y especificidad. Según Cooper y Shepherd (22), el único criterio aceptable para definir quién es un "caso", es el juicio enunciado a través del examen clínico del sujeto, por lo que cualquier técnica orientada hacia el descubrimiento de casos deberá validarse en función del examen psiquiátrico que demuestre una alta confiabilidad. En otras palabras, los resultados de un instrumento deben confrontarse con los obtenidos en la Entrevista Psiquiátrica, a fin de valorar si la prueba realmente mide la patología (validez) y en qué forma segrega a los sujetos enfermos de los que no lo son (sensibilidad y especificidad).

Por otra parte, Foulds (23) señala que uno de los problemas principales de los cuestionarios reside precisamente en el tipo de información que se intenta obtener a través de ellos: rasgos de la personalidad o signos y síntomas actuales. Si como se pretende, el instrumento debe ser capaz de detectar casos probables en un momento dado, es necesario que conste de preguntas acerca de signos y síntomas realmente relevantes y discriminativos para la población en que se utilizará, lo cual hace indispensable que el instrumento se calibre de acuerdo al medio en cuestión.

Es decir, no se trata de idear un cuestionario que teóricamente investigue los puntos relevantes de la patología, sino que realmente los discrimine y sea capaz de establecer los grados de enfermedad de acuerdo con la experiencia acumulada a través de la calibración del instrumento. En una revisión exhaustiva, Goldberg (24) demostró que ninguno de los cuestionarios autoaplicables, elaborados hasta el momento, fueron diseñados para detectar casos en la comunidad ni se validaron suficientemente, y por lo tanto no tienen una sensibilidad y especificidad adecuadas que permitan considerarlos como instrumentos útiles en estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general. Goldberg estructuró su Cuestionario General de Salud tomando en cuenta las ventajas y desventajas de los distintos instrumentos. En los estudios realizados en Inglaterra, el instrumento mostró una sensibilidad de 95.7% y una especificidad de 87.8%, y en Estados Unidos (25) mostró una sensibilidad del 85% y una especificidad de 79.5%. Esta diferencia es explicable, ya que se utilizó una versión corta del Cuestionario y la calibración se hizo basándose en la población inglesa; no obstante, éste demostró ser mejor como prueba de identificación de casos que el Inventario de Síntomas, que había sido diseñado especialmente para la población

americana. En España (26) mostró una sensibilidad de 81% y una especificidad de 88%.

El cuestionario consta de 60 reactivos que investigan los síntomas de angustia, depresión, preocupaciones hipochondríacas y conducta objetiva, evidentes tanto para el sujeto como para el informante. Sin embargo, el instrumento tiene las siguientes limitaciones:

- a) Mide la situación del momento, por lo que no es predictivo.
- b) No está diseñado para detectar pacientes con demencia, esquizofrenia crónica o hipomanía.
- c) Tampoco detecta a pacientes con padecimientos de larga duración, especialmente si aquéllos parecen estar atravesando una fase benigna de su enfermedad.

Epidemiología Psiquiátrica en México

Los principales estudios epidemiológicos acerca de los trastornos psiquiátricos en general, realizados y publica-

dos en México, aportan los datos indicados en la tabla I.

Antes de iniciar una crítica metodológica acerca de estos trabajos, sería aconsejable tomar en cuenta el momento histórico en el cual fueron realizados, sobre todo si consideramos que en la literatura mundial no se le dio mucha importancia al desarrollo de una metodología común ni al desarrollo de técnicas más específicas sino hasta mediados de la década de los años sesenta y principalmente en los años setenta. Durante la década de los sesenta se hicieron en nuestro país los tres primeros estudios, cuya importancia y valor son innegables. También se debe recordar que en México, los padecimientos infecciosos han sido, como en otras partes del mundo, los problemas prioritarios, por lo que no existe una tradición en cuanto al estudio de los trastornos psiquiátricos desde el punto de vista epidemiológico. Es por ello que estos trabajos constituyen no sólo la base para iniciar las investigaciones relacionadas con esta disciplina, sino también un esfuerzo encomiable.

Desde el punto de vista metodológico, las diferencias que existen en estos trabajos hacen que los resultados

Tabla I

ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN MEXICO

Problemas investigados	Investigación nal. sobre población general 1960 (27)*	Encuesta en burócratas de la Rep. Mexicana. 1964 (20)*	Encuesta en zona militar del D.F. 1968 (28)*	Muestra de 1 054 pacientes psiquiátricos de 1er. ingreso atendidos en una clínica psiquiátrica del ISSSTE (29)
Esquizofrenia	2	—	—	77.9
Psicosis maniacodepresiva	2.6	—	—	11.4
Psicosis senil	—	3.1	—	—
Total de psicosis	—	10.1	14	175.8
Alcoholismo	5.5	7.1	7	34.2
Epilepsia	7.3	3	5	54.1
Deficiencia mental	—	12.2	15	60.7
Neurosis	4.6	—	—	49.8
Reacciones neuróticas	—	134.5	101	—
Trastornos de conducta en niños	4.5	—	—	31.3
Grado menor de trastornos emocionales en niños	—	132.3	60	—
Grado mayor de trastornos emocionales en niños	—	30.5	32	—
Otros trastornos	14.5	—	—	108.7

Coefficiente por 1 000 habitantes

Tabla II
CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
EN MEXICO

	1a. Investigación nacional sobre trastornos neuropsiquiátricos (1960)	Encuesta a burócratas de la República Mexicana (1964)	Encuesta en la Zona Militar del D.F. (1968)	Padecimientos psiquiátricos en pacientes del ISSSTE (1974)
Incidencia	No	No	No	Sí
Prevalencia	Sí	Sí	Sí	No
Periodo comprendido	10 días	No especificado	2½ meses	1 año
Población comprendida	Estimación de la población afectada en la Rep. Mex.	568396	No especificada (3 colonias del D.F.)	7102
Muestra estudiada	18018	11368	3231	1054
Criterio de "caso"	Diagnóstico médico	Respuestas a cuestionario	Respuestas a cuestionario	DX Psiquiátrico

sean difícilmente comparables (tabla II). Tres de estos estudios reportan la prevalencia de trastornos psiquiátricos, pero se refieren a distintas poblaciones. En la primera investigación nacional (27) se hizo una estimación de la población enferma tomando como punto de partida la información que se obtuvo del 19.1% del total de las fuentes consultadas, o sea, de los servicios hospitalarios y de los médicos del país. De acuerdo a lo anterior, se deduce que se consultó a dos sectores de la sociedad y los resultados se hicieron extensivos para la totalidad de ésta. En la encuesta de burócratas (20) se incluyó al 2% de esta población, lo cual representa una mínima parte de la población en general. Por último, en la encuesta que se llevó a cabo en la zona militar (28), se tomó una muestra, no sabemos si representativa, de dicha población asentada en tres colonias del Distrito Federal. El estudio del Dr. Lara y colaboradores (29), contempla la incidencia de trastornos psiquiátricos durante un año, en la población atendida en una clínica especializada; es por esto que su universo es muy específico y consecuentemente las tasas de morbilidad reportadas son más altas que las de los otros estudios.

Otro punto a discutir es la confiabilidad de la información. Definimos el término "confiabilidad" como la constancia del puntaje atribuido al mismo individuo en el transcurso de una medida, pero registrada por diferentes observadores. Es claro que este tipo de ejercicio no se desarrolló en ninguno de los estudios citados; a lo más se habla de "un criterio clínico común" en el trabajo del Dr. Lara y colaboradores, pero no de una valoración de la concordancia de los juicios diagnósticos de los once psiquiatras que intervinieron en el estudio. Este aspecto deberá tomarse en cuenta en estudios futuros.

En las encuestas llevadas a cabo en la zona militar (28) y entre los burócratas (20) se utilizó un cuestionario para detectar trastornos psiquiátricos. Aquí nos encontramos con el problema de la validez que, como dijimos, debe establecerse comparando los resultados del instrumento con el juicio psiquiátrico en una muestra de sujetos tanto enfermos como sanos. Este ejercicio fue realizado en el estudio de los Dres. Ayuso, López y Pérez (28); en él se entrevistó al 10% de la población detectada como "casos", reportando una sensibilidad de 97.2%. Sin embargo, no hay datos de la especificidad, ya que no se entrevistó a los "no casos". Por otra parte, es necesario señalar que un cuestionario con 25 preguntas que pretende abarcar tanto la patología del adulto como la del niño, necesariamente buscará datos muy conspicuos —de ahí su

alta sensibilidad—, pero no contemplará las manifestaciones menores, por lo que adolece de especificidad: consecuentemente, su validez es sólo aparente. No obstante, constituye una manera más adecuada para estimar la patología presente en la población que el reporte dado por las agencias de salud.

Otro aspecto a discutir es el criterio de "caso", utilizado en los diferentes trabajos. Tanto en la Primera Investigación Nacional (27) como en el estudio del Dr. Lara (29), el criterio de "caso" se usó en función del diagnóstico psiquiátrico otorgado a las personas que se examinaron en consulta, utilizando la clasificación de la OMS al reportar los resultados. Aunque los datos pueden ser comparables a otros estudios, el problema de la confiabilidad del diagnóstico persiste, según hemos anotado. En los dos estudios restantes se empleó un cuestionario de 25 preguntas para detectar trastornos mentales tanto en niños como en adultos, estableciéndose criterios diagnósticos basados en las asociaciones de algunas preguntas contestadas afirmativamente (20) y referidas en categorías tales como: problemas emocionales menores y mayores, reacciones neuróticas, etc.; nomenclatura que no corresponde a ningún sistema aceptado, lo cual impide que los resultados puedan compararse. A todas luces, este aspecto requiere mucha atención en las investigaciones futuras ya que como señalamos, constituye la base de toda investigación epidemiológica.

Revisando los resultados de los trabajos (tabla I) encontramos que los coeficientes de psicosis y neurosis reportados en la primera investigación nacional, son iguales (4.6×1000 habitantes), lo cual, si bien refleja los padecimientos diagnosticados y detectados por los médicos en el país, no corresponde a la prevalencia real de trastornos psiquiátricos en la población. Esto es comprensible si tomamos en cuenta que los pacientes psicóticos presentan frecuentemente trastornos graves de conducta, mismos que los señalan y les permiten recibir algún tipo de atención médica; mientras que los neuróticos pueden pasar desapercibidos, ya sea porque no acudan a consulta médica o porque sus quejas se manifiestan a niveles somáticos y, por lo tanto, se les considera dentro de otras categorías diagnósticas. Los resultados de los otros tres estudios confirman lo anterior. Dos de ellos, hechos en población general, muestran cifras comparativamente más altas y con coeficientes mayores de neurosis que de psicosis. Asimismo, los datos del estudio del Dr. Lara y cols. (29) son significativamente más elevados en todas las entidades consideradas, ya que son re-

sultado de una consulta especializada. En resumen, las diferencias entre las tasas de morbilidad reportadas, surgen tanto de las diferentes poblaciones estudiadas, como del empleo de diferentes metodologías.

Los aciertos, limitaciones y dificultades con que nos hemos encontrado en estos estudios, son los mismos que se presentan a nivel mundial; por lo tanto, en las últimas dos décadas se ha trabajado intensamente para desarrollar una metodología común que pueda aplicarse a nivel internacional en forma confiable y a manera que los resultados de diferentes grupos de investigadores puedan ser comparables y constituyan la base para estudios más acuciosos respecto a los diferentes trastornos psiquiátricos: ejemplo de ello es el estudio piloto internacional sobre esquizofrenia (30).

Perspectivas actuales y futuras

Queda claro que lo más urgente es disponer de un criterio uniforme de "caso". Si como hemos visto, el juicio del psiquiatra es la base para ello, es menester adoptar alguna de las entrevistas psiquiátricas estructuradas a fin de asegurar una alta confiabilidad en las apreciaciones clínicas y disponer de una fuente común y estandarizada de datos. La selección del instrumento deberá hacerse en base a la población objeto del estudio, ya que una entrevista en la que se investigue primordialmente la sintomatología psicótica será de poca utilidad a nivel comunidad o en la consulta externa, aunque no así en el caso de pacientes psiquiátricos hospitalizados. En nuestra opinión, el PSE constituye en la actualidad el instrumento más adecuado para su aplicación tanto en una como en otra situación, considerando las dos versiones de la entrevista. Por otra parte, este es el instrumento diagnóstico más empleado mundialmente en las diferentes investigaciones epidemiológicas psiquiátricas. La Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg y cols., constituye otro instrumento que vale la pena tomar en cuenta, pues aunque no está diseñada de forma que pueda considerarse una entrevista diagnóstica en rigor, sirve para detectar e identificar casos psiquiátricos en la comunidad (16) y por lo tanto su finalidad y utilidad se ajusta a este tipo de estudios, permitiendo integrar un diagnóstico de acuerdo a la clasificación de la OMS en base a la información recabada en la entrevista. Ambos instrumentos proveen información acorde a los requerimientos de "caso" que hemos planteado en este trabajo.

El SADS (15) es otro instrumento muy interesante que debe estudiarse y valorarse, sin embargo, no corresponde a una entrevista diagnóstica en sí, sino a una cédula para recolectar información detallada que debe ser empleada junto al RDC (Criterio Diagnóstico de Investigación) (31),

que fundamenta el criterio de "caso" desarrollado por diversos investigadores en los Estados Unidos.

Teniendo la base del criterio de caso, la selección de instrumentos de detección, sean estos escalas o cuestionarios, dependerá de la patología que se desee identificar. Como señalamos anteriormente, el Cuestionario de Goldberg (24) es el instrumento mejor diseñado hasta el momento para detectar trastornos no psicóticos en la población general; sin embargo, tanto ésta como cualquier otra prueba, deben someterse a estudios de validez en nuestro medio para determinar su sensibilidad y especificidad y consecuentemente su utilidad en nuestra población.

En vista de esto, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, a través de su Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, se ha abocado al estudio y desarrollo de estas técnicas e instrumentos. Seleccionando inicialmente el esquema de Goldberg, se hizo un estudio acerca de la confiabilidad de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (32) en el que participaron psiquiatras y psicólogos clínicos, habiéndose obtenido resultados altamente satisfactorios. Asimismo se realizó un estudio acerca de la validez del Cuestionario General de Salud (33) por medio de una muestra de pacientes psiquiátricos de consulta externa, en cuatro diferentes centros de salud de la ciudad de México, habiéndose obtenido una sensibilidad de 91% y una especificidad de 89%. Con estos instrumentos se desarrolló un estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra de pacientes de la consulta médica general de un hospital (34), encontrándose que el 34% de la población entre los 18 y los 64 años que asistió a consulta, presentaba algún tipo de afección que ameritaba atención especializada. A través de éstos y otros estudios futuros, se pretende consolidar la base para el estudio epidemiológico de los trastornos psiquiátricos en México, a fin de poder señalar la importancia de estos problemas en el ámbito de la salud pública.

Cabe señalar que hasta el momento sólo nos hemos ocupado de instrumentos diseñados para población adulta, pues el área de la paidopsiquiatría constituye en sí otra línea de investigación con características propias que no deben pasarse por alto y en la que hay mucho trabajo por hacer. La investigación en epidemiología psiquiátrica en nuestro país tiene mucho camino por recorrer y, es prerrogativa de cada uno de los profesionales que laboran en el campo de la salud mental, el interesarse y aportar sus conocimientos para el desarrollo de este campo. El diseño cuidadoso de estudios sobre las bases que hemos presentado en este trabajo, proporcionará logros que en un futuro próximo se podrán ver reflejados en una mejor atención y comprensión de los problemas de salud mental que aquejan a nuestro pueblo.

Se agradece al Dr. Carlos Campillo Serrano, Asesor de Proyectos del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales; a la Jefe del Departamento, Psic. Ma. Elena Medina-Mora y al Dr. José Gabriel Heredia, Maestro en Salud Pública, por su dirección y comentarios críticos a lo largo del desarrollo de este estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. VEGA FL, GARCIA MH: *Bases esenciales de la Salud Pública*. México, Prensa Médica Mexicana, 1979.
2. MORRIS JN: *Uses of Epidemiology*. Londres y Edimburgo, Livingston, 1976.

3. COOPER B: Demographic and epidemiological methods in psychiatric research. En: *Psychiatric der Gegenwart*. Kisker y cols (eds.) Berlin, Heidelberg, Nueva York. Springer-Verlag 1979.
4. PICHOT P: *Elementos de metodología cuantitativa*. Curso impartido en el Depto. de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM. México; Rhodia Mexicana, 1975.
5. TARNOPOLSKY A, HAND DJ, McLEAN EK, ROBERTS H, WIGGINS RD: Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. *Brit. J. Psychiat.* 134, 508-15, 1979.
6. LEHMAN HE: Epidemiology of depressive disorders, En: Depression in the 70's. Fiere R R (eds). *Excerpta Medica*, La Haya, 1971.
7. WING JK: Epidemiological methods and the clinical psychiatrists, En: *Methods of Psychiatric Research*. Sainsbury and Kreitman (eds). Londres, Oxford University Press, 1975.
8. JABLENSKY A: Development, concepts and methods of psychiatric epidemiology. Paper prepared for *Seminar on the Applications of Psychiatric Epidemiology*, Jakarta, julio 25-28, 1977 (mimeo).
9. WHO: Expert Committee on Mental Health: Epidemiology of mental disorders. *Who Techn. Rep. Series* No. 185, 1960.
10. KRAMER M: *Roundtable: Definition of a case for purposes of research in social psychiatry. Interrelations between the social environment and psychiatric disorders*. Memorial Foundation, 1953.
11. BLUM RH: Case identification in psychiatric epidemiology. Methods and problems. *Milbank Mem. Fd. Quart.* Vol. 40, 1962.
12. COOPER JE, KENDELL RE, GURLAND BJ y cols.: *Psychiatric diagnosis in New York and London: US-UK Diagnostic Project*. Londres, Oxford University Press., 1972.
13. SPITZER RL, ENDICOTT J, FLEISS JL y cols.: The Psychiatric status schedule. *Arch. Gen. Psychiat.* 23, 41-55, 1970.
14. WING JK, COOPER JE, SARTORIOUS N: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Londres, Cambridge University Press, 1974.
15. ENDICOTT J, SPITZER RL: A diagnostic interview. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 837-44, 1978.
16. GOLDBERG DP, COOPER B, EASTWOOD MR y cols.: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 24, 18-23, 1970.
17. KENDELL RE, EVERITT B, COOPER JE, SARTORIUS N, DAVID ME: Reliability of the present state examination. *Soc. Psychiat.* 3, 123-9, 1968.
18. WING JK, NIXON JM, MANN SA, LEFF MP: Reliability of the PSE used in a population study (novena edición). *Psychol. Med.* 7, 505-516, 1977.
19. DOHRENWEND PB, YAGER JT, EGRI G, MENDELSON SF: The psychiatric status schedule as a measure of dimensions of psychopathology in the general population. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 731-37, 1978.
20. CABILDO HM: Encuesta para detectar trastornos psíquicos. *Higiene*, 18, 188-208, 1967.
21. KENDELL RE: Defining diagnostic criteria for research purposes. En: *Methods of Psychiatric Research*. Sainsbury and Kreitman (eds.). Londres, Oxford University Press, 1975.
22. COOPER B, SHEPHERD M: Epidemiology and abnormal psychology. En: *Handbook of Abnormal Psychology*. Eysenck NJ (ed.). Londres, Pitman, 1973.
23. FOULDS GA: *Personality and Personal Illness*. Londres, Tavistock, 1965.
24. GOLDBERG DP: The detection of psychiatric illness by questionnaire. Institute of Psychiatry, *Maudsley Monographs* 21. Londres, Oxford University Press, 1972.
25. GOLDBERG DP, RICKELS K, DOWNING R y cols.: A comparison of two psychiatric screening tests. *Brit. J. Psychiat.* 129, 61-7, 1976.
26. MUÑOZ PE, VAZQUEZ JL, RODRIGUEZ F y cols.: Study of the validity of Goldberg's 60 Item G H Q. Versión en español. *Soc. Psychiat.* 13, 99-104, 1978.
27. SSA: *1a. Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas*. Dir. Gral. Bioestadística. México, 1960.
28. AYUSO CS, LOPEZ GD, PEREZ PE: *Encuesta para Detectar Trastornos Mentales en una Muestra de la Población Militar y Derechohabiente del Ejército Mexicano*. Tesis recepcional de la Escuela Médico Militar, 1968.
29. LARA TH, RAMIREZ LL: Estudio epidemiológico de padecimientos psiquiátricos dentro de un sistema de seguridad social (ISSSTE). *Rev. Neurol. Neurocir. y Psiquiat.* 16, 4, 225-241, 1975.
30. WHO: *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Vol. I. Ginebra, 1973.
31. SPITZER RL, ENDICOTT J, ROBINS E: Research diagnostic criteria. Rationale and Reliability. *Arch. Gen. Psychiat.* 35, 773-782, 1978.
32. CAMPILLO SC, CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, MARTINEZ LP: Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana, 1980. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 27 (1): 44-53, marzo 1981.
33. CAMPILLO SC, MEDINA-MORA ME, MARTINEZ LP, CARAVEO AJ: Estudio de la validez del Cuestionario General de Salud de Goldberg en una versión mexicana. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1980. (Pendiente de publicación).
34. CAMPILLO SC, MEDINA-MORA ME, CARAVEO AJ, PADILLA GP: Prevalencia de trastornos mentales en la práctica médica general. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1980. (Pendiente de publicación).