

# Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos

Jorge Caraveo-Anduaga\*  
Eduardo Colmenares \*  
Gabriela Saldívar \*

## Summary

The objectives of the present report were to: 1) estimate the lifetime and 12-month prevalence of depression and dysthymia in terms of the ICD-10; 2) explore the clinical characteristics and disabilities associated with each disorder; 3) identify the proportion of affected persons seeking help and the type of providers consulted.

This was a household survey undertaken in Mexico City that included adults from 18 to 65 years. The basic instrument used was an amended version of the CIDI (CIDI-Fresno). Complete interviews were obtained from 1932 subjects; only 8 % openly refused the interview.

Lifetime prevalence of depressive episodes was 7.9 %, while the 12-month prevalence was 4.5 % with incidence in the previous year of 1.3 %. Recurrent depressive episodes were reported in 59 %. Lifetime prevalence of dysthymia was 4.4 %. Symptom profiles of males and females on both types of disorders showed differences. Mean age of onset for depressive episodes was the second half of the third decade of life, while for dysthymia it was the early thirties. On both types of disorders the female-male ratio was 2:1. Associated disabilities were similar in both sexes. Although women were at least two-times more likely to seek help, the difference was more straightforward on dysthymia. Approximately, 25 % of all affected subjects consulted physicians and mental health specialists. Priests were the second option more frequently consulted. Natural and folk healers were also an important option for receiving treatment among depressed subjects. As 86 % of all depressive cases also had a somatic syndrome, this could explain the predominance of help-seeking from physicians, and it also highlights the importance of training programs for general practitioners favoring early detection of this disorder.

**Key words:** Depression, dysthymia, prevalence, clinical characteristics, use of services, disabilities.

## Resumen

Los objetivos de este trabajo fueron: 1) estimar la prevalencia de los episodios depresivos y de la distimia, según la CIE-10, durante la vida y en los últimos 12 meses de la población adulta de 18 a 65 años, de la ciudad de México; 2) analizar las características clínicas de las personas afectadas y la discapacidad relacionada con los trastornos, y 3) identificar la proporción de personas afectadas que han buscado ayuda y el tipo de prestadores de atención a los que han acudido.

La metodología empleada fue una encuesta de hogares,

\* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud. IMP. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco. 14370 México, D.F.

utilizando una versión modificada del CIDI como instrumento clínico-epidemiológico básico.

Los resultados mostraron que la prevalencia de los trastornos depresivos, incluyendo los episodios depresivos y la distimia, durante la vida de la población adulta de 18 a 65 años, de la ciudad de México, es de 12 %. Se corroboró un alto riesgo de recurrencia, ya que 59 % de las personas que han tenido episodios depresivos, reportó más de uno. La edad promedio en la que se inicia este tipo de trastorno se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida, mientras que la distimia se inicia, en promedio, a los 31 años. Ambos tipos de trastornos los padecen 2 mujeres por cada hombre. La frecuencia de las discapacidades relacionadas con los trastornos es semejante en ambos géneros, sin embargo, son las mujeres las que más buscan ayuda, especialmente en los casos de distimia. Sólo un poco más de la quinta parte de todas las personas afectadas con trastornos depresivos acudió en busca de ayuda a los médicos y a los profesionales de la salud mental. La segunda opción más frecuente fueron los sacerdotes, seguidos por los curanderos, médicos naturistas, etc. Cabe destacar que 86 % de los episodios depresivos presentaron un síndrome somático que favoreció que buscaran la ayuda de médicos no psiquiatras. Resalta la importancia que tiene la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de las personas afectadas por estos trastornos.

**Palabras clave:** Depresión, distimia, prevalencia, características clínicas, uso de servicios, discapacidades.

## Introducción

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública (5,10,38,45). Estudios recientes en donde se ha tomado en cuenta la discapacidad e incapacidad relacionada con el trastorno, han mostrado el impacto y la trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y estimándose que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad (11,13,15,33).

En los Estados Unidos, la prevalencia de episodios de depresión mayor durante la vida de los mexicano-americanos en el área de captación epidemiológica (ECA) de la ciudad de Los Angeles, California, mostró una tasa de 3.8 % en los hombres y de 6.3 % en las mujeres (21). Se encontraron resultados similares en Puerto Rico (6). Recientemente, el estudio de comorbilidad a nivel nacional en los Estados Unidos (NCS) encontró que más de 17 % de las personas entrevistadas de 15

a 54 años habían padecido de algún episodio depresivo mayor durante su vida, y más de 10 % habían experimentado un episodio en los últimos doce meses previos al estudio. La población de origen hispanico tuvo una prevalencia significativamente mayor de trastornos depresivos actuales (25).

Por otra parte, en la provincia de Santiago, en Chile, Rioseco y cols. (39) dieron una prevalencia de 11.3 % de algún episodio depresivo durante la vida en la población de 15 años en adelante. En Concepción se obtuvieron resultados similares (43), aunque estos últimos dos estudios no dan resultados ponderados respecto a su población

La prevalencia en los diversos estudios de diferentes países varía de acuerdo con la definición del trastorno en el instrumento, el período evaluado y la composición etarea de la muestra. La revisión hecha por Lehtinen y Joukamaa (28) mostró que la prevalencia de episodios depresivos variaba de 2.6 % a 5.5 % en los hombres, y de 6.0 % a 11.8 % en las mujeres. Kaelber (20) presentó resultados de 7 países en donde la prevalencia total durante la vida oscilaba desde 1.5 % hasta 16.4 %.

De igual manera, la prevalencia de un trastorno distímico durante la vida se ha reportado con un rango de 3.1 % en las áreas de captación epidemiológica (ECA), a 6.4 % en la Encuesta Nacional de Comorbilidad (2,25).

La prevalencia y la significación clínica de la depresión resalta la importancia de que los individuos afectados tengan conciencia de que la padecen y la posibilidad de acceder a un tratamiento apropiado. Sin embargo, se sabe poco en qué medida los individuos deprimidos reciben efectivamente tal tratamiento. Se han llevado a cabo pocos estudios en poblaciones generales acerca de la búsqueda de ayuda de los individuos deprimidos (8). Shapiro y cols. (41) indicaron que 31.2 % de las personas entrevistadas e identificadas como deprimidas en la ECA de St. Louis, habían solicitado ayuda durante los seis meses previos al estudio. Los resultados acerca de la utilización de servicios en la NCS mostraron que sólo 4 de cada 10 de los entrevistados que tenían una historia de por lo menos un trastorno del DSM-III-R, evaluados por medio del UM-CIDI, habían buscado ayuda profesional para sus trastornos (25).

Además de determinar el porcentaje total de los sujetos deprimidos que buscan ayuda, es también importante determinar de quién pretenden obtener tal ayuda (19). Los estudios llevados a cabo en países desarrollados se refieren fundamentalmente a su demanda de ayuda a los médicos generales y a los profesionales de la salud mental; sin embargo, en los países en desarrollo, la medicina tradicional coexiste con la práctica de la medicina científica, y en muchos casos la complementa (4,27). Algunos estudios (12,14,17,22,29) indican que las personas con trastornos mentales buscan ayuda en los recursos alternativos de salud, pero ninguno ha investigado la demanda de ayuda de la población general por trastornos mentales específicos.

Durante 1995 se hizo un amplio estudio epidemiológico en la ciudad de México acerca de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general, con los siguientes objetivos:

–Estimar la prevalencia durante la vida y en los últimos 12 meses de los principales trastornos psiquiátricos de la población adulta de 18 a 65 años.

–Identificar los impedimentos relacionados con cada uno de los trastornos psiquiátricos incluidos.

–Identificar y estudiar el proceso de búsqueda de ayuda o la falta de búsqueda, de acuerdo con la patología presentada.

El presente trabajo se enfocará al estudio de la prevalencia durante la vida de episodios depresivos y de distimia, ambos definidos en términos de los criterios de investigación de la CIE-10 (34), a sus características sintomatológicas, discapacidad e impedimentos relacionados con los trastornos y la búsqueda de ayuda reportada por la población.

## Material y métodos

La información procede de una encuesta de hogares limitada al ámbito de la ciudad de México, excluyendo la zona conurbada. La población blanco fueron las personas de 18 a 65 años que vivían permanentemente o de manera temporal en los hogares de las 16 Delegaciones políticas de la ciudad. El diseño de la encuesta fue polietápico y estratificado de acuerdo con el sexo de los entrevistados y la disponibilidad de los servicios de salud mental en las Delegaciones. Dos dominios fueron definidos con base en la existencia de dichos servicios: ocho Delegaciones que tenían servicios de salud mental y ocho que no tenían.

La unidad primaria de muestreo fueron las Areas Geostadísticas Básicas (AGEB) definidas para el XI Censo General de Población de 1990. En la segunda etapa de muestreo se eligieron 6 manzanas de cada AGEB, con iguales probabilidades, obteniéndose un total de 288 manzanas en cada dominio. Se hicieron croquis detallados de cada manzana, identificando claramente los hogares en cada una. Estos segmentos representaron la tercera unidad, eligiéndose por muestreo sistemático 576 segmentos de cada dominio. Se levantaron los cuestionarios de hogar de todos los hogares incluidos en cada segmento, asegurando así que la probabilidad de selección de cada hogar fuera igual a la del segmento, resultando una muestra auto-ponderada dentro de cada dominio. En la última etapa de muestreo se eligió aleatoriamente a un adulto de cada hogar, que no podía reemplazarse, para obtener igual número de hombres y mujeres en cada hogar elegido. Los valores de los factores de expansión se obtuvieron al final de la etapa de campo del proyecto.

Para la investigación se eligió el CIDI (40), en su versión modificada por la Universidad de California en Fresno (1), que retoma la experiencia acumulada con el UM-CIDI utilizado por Kessler en la Encuesta de Comorbilidad a nivel nacional en los Estados Unidos (24), e incorpora preguntas para precisar mejor los criterios diagnósticos del DSM-III-R, así como para evaluar los criterios diagnósticos del DSM-IV. Asimismo, dado el interés específico del proyecto de la citada Universidad por investigar la utilización de servicios, formales e informales, de la población méxico-americana y mexicana migrante y compartido por el Instituto Mexicano de Psiquiatría acerca de la población en la ciudad de México, el CIDI-Fresno incorporó una extensa y pormenorizada sección de preguntas al respecto sobre cada entidad diagnóstica in-

vestigada. En la traducción del instrumento, llevada a cabo por el equipo de investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, se preservó la traducción original oficial del CIDI 1.1 así como el contenido de todos los reactivos necesarios para hacer un diagnóstico de acuerdo con los criterios de investigación de la CIE-10 (34) incluidos en el instrumento.

Los algoritmos de cada entidad diagnóstica han sido contruidos siguiendo estrictamente los criterios de investigación de la CIE-10, utilizando el programa SPSS versión 7.0 para el manejo y análisis de los datos.

Los criterios diagnósticos para estimar la prevalencia de episodios depresivos durante la vida fueron los asentados en la CIE-10 (34), excepto la exclusión de los sujetos con trastorno maniaco, excluyendo, en cambio, a los sujetos con respuestas positivas a las preguntas básicas acerca de la posible presencia de distimia, quienes fueron estudiados independientemente. Por otra parte, no se consideraron los trastornos mentales orgánicos ni las psicosis delirantes, ya que estas secciones diagnósticas no se incluyeron en el instrumento. Sin embargo, se precisó que en caso de que tuvieran los síntomas, éstos no debían haber sido resultado de enfermedades físicas ni de medicamentos, drogas o alcohol. Se procedió de manera similar con la construcción del algoritmo para la distimia, que precisa la existencia de un período de por lo menos dos años con un estado de ánimo deprimido y por lo menos tres síntomas de una lista de once.

Como se mencionó, el CIDI-Fresno incorporó una serie de preguntas no incluidas en el WHO-CIDI 1.1, que en algunos casos completaron la información clínica y añadieron información relevante acerca de la búsqueda de ayuda, de los impedimentos relacionados con los trastornos, y con el empleo de diferentes medios para lidiar con la enfermedad. En la búsqueda de ayuda se consideró a los médicos no psiquiatras, a los quiroprácticos, acupunturistas, profesionales de la salud mental, sacerdotes, ministros, rabinos, consejeros, enfermeras, médicos naturistas, curanderos, yerberos, espiritualistas, mediums, astrólogos, "psíquicos" y "hueseros". Respecto a sus impedimentos a causa del trastorno, se les preguntó acerca de su malestar con ellos mismos por ese o esos períodos (sólo los de sus episodios depresivos), la interferencia de esos períodos con sus actividades cotidianas, con el trabajo, con sus amistades y familiares; con la realización de sus tareas o con su capacidad para asumir responsabilidades, y con su asistencia a fiestas y reuniones sociales.

Para obtener su nivel socioeconómico se siguieron los criterios de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI). En el presente estudio se dividieron en cinco niveles, con su correspondiente nivel estimado de ingresos económicos.

- A Ingreso mensual familiar de \$ 13,000 o más
- B Ingreso mensual familiar de \$ 4,000 a 12,999
- C Ingreso mensual familiar de \$ 2,000 a 3,999
- D Ingreso mensual familiar de \$ 1,000 a 1,999
- E Ingreso mensual familiar menor a \$ 1,000

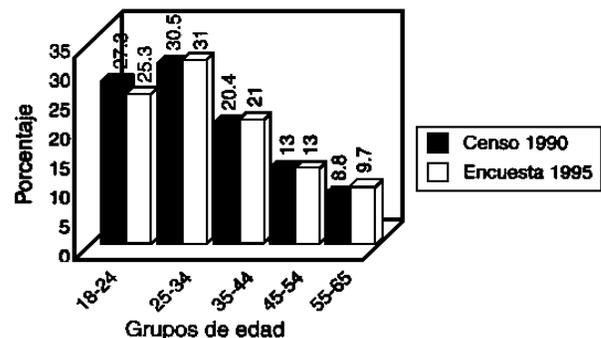
## Resultados

La fase de levantamiento de las entrevistas en campo se realizó entre el 28 de junio y el 31 octubre de 1995. De un total de 3200 personas elegibles se obtuvieron 1932 entrevistas completas. No fue posible localizar a 33 % de estas personas a pesar de haberlas buscado por lo menos 4 veces en diferentes días y horas. Sin embargo, sólo 8 % de los informantes localizados se rehusaron a ser entrevistados.

La representatividad de la muestra (valores expandidos) en función de los grupos de edad, comparada con los datos del Censo de 1990, se muestra en la gráfica 1.

La tasa de prevalencia de episodios depresivos durante la vida, sin excluir el trastorno bipolar, representó 7.9 de cada 100 habitantes de la ciudad de México de 18 a 65 años. Las tasas específicas por género mostraron su claro predominio en las mujeres (cuadro 1).

Debido a la estructura del instrumento, se delimitó la prevalencia de episodios depresivos durante la vida, que hubieran terminado antes de los 12 meses previos al estudio, y la de aquéllos que hubieran estado presentes en este último período, distinguiendo, además, los casos incidentes. Para calcular la incidencia se descartaron en el denominador todas aquellas personas con episodios depresivos anteriores. Los resultados aparecen en el cuadro 2. Es importante hacer notar que, en general, la razón por sexo se mantuvo estable: 2 mujeres por cada hombre. Asimismo, y como dato complementario, es preciso destacar que 58.9 % de todos los casos correspondieron a personas que habían tenido más de un episodio depresivo durante su vida y,



Gráfica 1. Comparación de las pirámides de población según la encuesta de morbilidad psiquiátrica de la ciudad de México (1995) y el XI Censo General de Población y Vivienda (1990)

CUADRO 1  
Episodios depresivos  
Prevalencia durante la vida; tasas /100

	Población	No. de casos	Tasa
Hombres	1138231	58875	5.2
Mujeres	1487652	149089	10.0
Total	2625883	207964	7.9

**CUADRO 2**  
**Prevalencia e incidencia de los episodios depresivos**  
**de uno y otro sexo**

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Total durante la vida	5.2	10.0	7.9
Durante la vida, pero no ahora	3.9	8.0	6.2
Actualmente	2.8	5.8	4.5
Incidencia durante los últimos 12 meses	0.9	1.6	1.3

Tasas/100 habitantes

complementariamente, 41.1 % a las que sólo habían tenido uno.

En cuanto a la edad de inicio de los episodios depresivos de acuerdo con la prevalencia e incidencia presentada, se obtuvieron los resultados que aparecen en el cuadro 3. A pesar de que los casos incidentes corresponden a personas de mayor edad, la diferencia no fue estadísticamente significativa comparada con la edad de inicio de los otros tres grupos. De acuerdo con estos resultados, los episodios depresivos en la población adulta de la ciudad de México, se inician principalmente en la segunda mitad de la tercera década de la vida, sin que se observen diferencias significativas entre uno y otro sexo.

La severidad de los episodios depresivos durante la vida mostró que aquéllos de leve intensidad (cinco síntomas en total y por lo menos dos del criterio B) fueron ligeramente más frecuentes en las mujeres, mientras que los episodios moderados lo fueron en los hombres, además de constituir la mayoría del total. Los casos severos se presentan en igual proporción en ambos sexos (cuadro 4).

En el cuadro 5 se muestra la prevalencia de síntomas, de acuerdo con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10, en la totalidad de la población que ha tenido episodios depresivos durante su vida. Por su frecuencia, destacan el ánimo depresivo, la pérdida de interés y los pensamientos recurrentes acerca de la muerte y el suicidio y, complementariamente, las alteraciones del sueño y la disminución de la capacidad para concentrarse, así como la indecisión. Cabe señalar que los cambios en la actividad psicomotriz y en el apetito fueron más frecuentes en los hombres.

En 86.3 % del total de la población afectada se encontró la prevalencia de un síndrome somático en los episodios depresivos, con escasa diferencia entre uno y otro sexo. Su distribución entre los tres diferentes grupos de severidad mostró, como podía esperarse, que mientras mayor era la severidad, más probabilidades había de que presentaran el síndrome. Entre los casos leves, 60.4 % reunió el criterio de un síndrome somático; entre los casos moderados, 87 %, y en el grupo con episodios severos, 99 % presentó esta característica. En general, los síntomas predominantes fueron el empeoramiento del trastorno por la mañana y la pérdida de reactividad emocional. Sin embargo, se observaron diferencias en la expresión sintomatológica de acuerdo con el sexo y la severidad del episodio, que pueden ser de utilidad clínica para la detección y manejo oportuno de los casos (cuadro 6).

Otra forma del trastorno depresivo es la distimia, que corresponde a un estado que ha persistido por lo menos dos años con escasa variación, y que reúne por lo menos tres de los síntomas que aparecen en el cuadro 7.

En general, las características más sobresalientes son: la pérdida del interés sexual, seguida del insomnio, el llanto fácil, el aislamiento social y la disminución de la vitalidad. La desesperanza está presente por igual en los hombres y en las mujeres, pero algunos síntomas predominan en los hombres: el insomnio, la pérdida de la confianza en ellos mismos, acompañada de sentimientos de inferioridad, la dificultad para concentrarse y menos locuacidad de la habitual, mientras que en las mujeres son más frecuentes los sentimientos de incapacidad y el pesimismo.

La prevalencia durante la vida de este tipo de trastorno depresivo en la totalidad de la población fue de 4.4

**CUADRO 3**  
**Edad de inicio de los episodios depresivos**

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Edad de inicio en la vida	Media 26.03 años Desv. Std. 11.5 Rango 8-52	Media 27.2 años Desv. Std. 12.3 Rango 5-61
Edad de inicio en la vida, pero no actualmente	Media 24.2 años Desv. Std. 11 Rango 8-52	Media 24.6 años Desv. Std. 10.8 Rango 4-61
Edad de inicio actualmente	Media 28.2 años Desv. Std. 12.5 Rango 8-52	Media 29.1 años Desv. Std. 13.3 Rango 4-61
Edad de inicio en los últimos 12 meses	Media 36.8 años Desv. Std. 8.7 Rango 27-51	Media 33.6 años Desv. Std. 9.3 Rango 18-48

**CUADRO 4**  
**Severidad de los episodios depresivos durante la vida de uno y otro sexo**

	Hombres 58875	Mujeres 149089	Total 207964
Leves	17.1	22.6	21.1
Moderados	51.8	46.6	48.1
Severos	31.1	30.8	30.8

Tasas/100 casos

por cada 100 habitantes, y se presentó en 2.8 de cada 100 hombres y en 5.7 de cada 100 mujeres, denotando así una razón diferencial de 2, similar a la encontrada en los episodios depresivos. Por otra parte, la edad promedio de inicio de este tipo de trastorno fue de 31.2 años (d.e. 12.9), superior a la encontrada en los episodios depresivos, y con un rango de 6 a 57 años, sin diferencias notables entre uno y otro sexo.

En el cuadro 8 se presentan las características sociodemográficas de las personas con prevalencia de ambos trastornos durante su vida. En cuanto a la edad, si bien ambos padecimientos tienden a ser más frecuentes a edad más avanzada, debe considerarse la recurrencia de los mismos y el tiempo de riesgo acumulado. Por otra parte, es notable la tendencia a que ambos trastornos se presenten entre la población que tiene menos escolaridad, aunque los episodios depresivos fueron frecuentes en personas que tenían de 10 a 12 años de estudios. En cuanto al estado civil, los más afectados fueron los que reportaron pérdida o ruptura de su relación marital. Resalta que por nivel socioeconómico, la distimia fue más frecuente en el nivel más alto de ingresos, mientras que en los episodios depresivos, las personas con menores ingresos, pero no los más pobres, reportaron mayor prevalencia, seguidos por aquéllos con los mayores ingresos.

Además de la distribución de los trastornos depresivos entre uno y otro sexo, y de las características clínicas y sociodemográficas hasta ahora revisadas de cada

uno de ellos, un aspecto que ha cobrado importancia actualmente en los foros internacionales es el relacionado con la discapacidad asociada con tales trastornos. De acuerdo con la información obtenida en este estudio, 95 % de las personas afectadas por un episodio depresivo durante su vida indicó haber experimentado algún impedimento significativo, reconocido y calificado en términos de severidad y evocación de efectos. Además, 75 % de las personas clasificadas como distímicas reportó impedimentos. La razón de las discapacidades reportadas por uno y otro sexo, debidas a ambos tipos de trastornos, fue muy semejante (gráfica 2).

En interés de la salud pública es importante resaltar que 23.5 % de la población representada en este estudio dijo tener impedimentos asociados a estos trastornos, en su mayoría (20.2 %) por episodios depresivos y, en menor cuantía, por estados distímicos (3.3 %).

Asimismo, es interesante observar las curvas de frecuencia del número de impedimentos por ambos trastornos depresivos: mientras que en la distimia se observa cierta polarización entre la ausencia y la presencia de todos los impedimentos (hasta 4), en el caso de los estados depresivos, la mayoría de los casos indicaron entre uno y cuatro impedimentos (gráfica 3).

Finalmente, otro aspecto importante que está íntimamente relacionado con los dos anteriores, es la búsqueda de ayuda debido a los trastornos. La gráfica 4 muestra que se buscó proporcionalmente más ayuda para los estados depresivos que para la distimia, siendo muy notable la diferencia en el sexo masculino. Asimismo, y como era de esperarse, la búsqueda de ayuda fue mayor entre las mujeres para ambos tipos de patologías, pero la razón entre uno y otro sexo fue notablemente superior en la distimia a pesar de que, como se mostró en la gráfica anterior, este trastorno es muy discapacitante para los hombres.

Además de la búsqueda de ayuda para estos trastornos, presentamos, en términos generales, la frecuencia con la que la solicitaron de los diferentes prestadores de atención considerados en la encuesta (cuadro 9). Comparativamente, los profesionales de la salud men-

**CUADRO 5**  
**La prevalencia de síntomas (ICD-10) en los episodios de depresivos\***

	Hombres 58875	Mujeres 149089	Total 207964
<i>Criterio B</i>			
Animo depresivo persistente por lo menos durante 2 semanas	100.0	99.1	99.3
Pérdida del interés o de la capacidad para disfrutar	95.8	82.1	86.0
Falta de vitalidad	50.4	73.2	66.7
<i>Criterio C</i>			
Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad	58.7	62.9	61.7
Autoreproches y culpabilidad excesiva	46.7	38.1	40.5
Pensamientos de muerte o suicidio	83.7	86.4	85.6
Baja concentración e indecisión	81.8	75.9	77.6
Cambios de actividad psicomotriz	65.4	44.9	50.7
Alteraciones del sueño	80.2	79.1	79.4
Cambios del apetito	66.8	58.4	60.8

\* Tasa/100 sujetos deprimidos

**CUADRO 6**  
**Distribución sintomatológica del síndrome somático según su severidad de los episodios depresivos**

	<i>Hombres</i> (3111)	<i>Mujeres</i> (23398)	<i>Total</i> (26509)
<i>Leves</i>			
Notable pérdida del interés	4.2	1.8	2.8
Pérdida de la reactividad emocional	0.0	11.4	7.8
Despierta 2 horas antes de lo habitual	2.9	14.4	11.0
Empeora por la mañana	3.6	17.7	13.5
Inhibición psicomotriz	0.0	5.8	3.4
Pérdida del apetito	13.2	0.0	4.4
Pérdida de peso	7.9	4.4	5.9
Notable pérdida de la libido	0.0	19.2	14.7
<i>Moderados</i>			
	<i>Hombres</i> (30136)	<i>Mujeres</i> (58575)	<i>Total</i> (88711)
Notable pérdida del interés	68.3	38.1	50.3
Pérdida de la reactividad emocional	69.4	48.2	55.0
Despierta 2 horas antes de lo habitual	30.5	47.8	42.7
Empeora por la mañana	64.3	40.9	47.9
Inhibición psicomotriz	45.5	19.2	29.9
Pérdida del apetito	64.9	67.8	66.9
Pérdida de peso	69.4	56.6	61.8
Notable pérdida de la libido	58.7	34.8	40.5
<i>Severos</i>			
	<i>Hombres</i> (18299)	<i>Mujeres</i> (45858)	<i>Total</i> (64157)
Notable pérdida del interés	27.5	60.2	46.9
Pérdida de la reactividad emocional	30.6	40.3	37.2
Despierta 2 horas antes de lo habitual	66.6	37.8	46.4
Empeora por la mañana	32.0	41.4	38.6
Inhibición psicomotriz	54.5	75.0	66.7
Pérdida del apetito	21.9	32.2	28.7
Pérdida de peso	22.7	39.0	32.3
Notable pérdida de la libido	41.3	45.9	44.8
<i>Total</i>			
	<i>Hombres</i> (51546) 87.6 %	<i>Mujeres</i> (127831) 85.7%	<i>Total</i> (179377) 86.3 %
Notable pérdida del interés	47.0	27.1	32.7
Pérdida de la reactividad emocional	50.3	42.0	44.3
Despierta 2 horas antes de lo habitual	36.8	34.1	34.9
Empeora por la mañana	54.3	50.1	51.3
Inhibición psicomotriz	31.0	17.9	21.6
Pérdida del apetito	16.9	13.3	14.3
Pérdida de peso	41.8	23.4	28.6
Notable pérdida de la libido	25.4	32.3	30.4

tal fueron consultados más por las personas con distimia que por aquellas con episodios depresivos. Los demás prestadores de atención fueron más buscados por las personas con episodios depresivos y, de manera congruente con la alta prevalencia del síndrome somático, consultaron más a los médicos no psiquiatras. En uno u otro caso es importante resaltar que sólo un poco más de la quinta parte de todas las personas afectadas por trastornos depresivos que solicitaron ayuda, consultaron a médicos y a profesionales de la salud mental.

También es importante hacer notar que la solicitud de ayuda a sacerdotes, ministros, rabinos y consejeros fue la segunda opción más frecuente para los sujetos con estos trastornos, aunque fue mayor la proporción

entre los que padecían episodios depresivos. Asimismo, la consulta con naturistas, curanderos, espiritistas, etc., constituyó la tercera opción más frecuentemente utilizada por la población (13 %).

### Discusión

A diferencia de los estudios realizados en los servicios clínicos, las encuestas epidemiológicas en la población general muestran el horizonte de la prevalencia de los trastornos de manera más amplia, permitiendo apreciar el comportamiento global del fenómeno morboso y la conducta de la población. Una limitante del estudio es la naturaleza retrospectiva de la información

**CUADRO 7**  
**Prevalencia de síntomas en distimia\***

	<i>Hombres</i> (31544)	<i>Mujeres</i> (84153)	<i>Total</i> (115697)
Disminución de la vitalidad	72.1	82.6	79.8
Insomnio	91.8	81.6	84.4
Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad	86.4	66.9	72.2
Dificultad para concentrarse	83.1	63.0	68.4
Llanto fácil	75.4	85.1	82.5
Pérdida del interés sexual	88.5	83.7	85.0
Sentimiento de desesperanza	70.5	70.0	70.1
Sentimiento de incapacidad	35.5	49.0	45.3
Pesimismo acerca del futuro	35.9	50.4	46.5
Aislamiento social	79.0	81.9	81.1
Menor locuacidad de lo habitual	63.7	52.4	55.5

Tasa/100 sujetos distímicos

**Cuadro 8**  
**Variables sociodemográficas**  
**en los trastornos afectivos**

<i>Variables demográficas</i>	<i>Depresión</i> (n = 207964)	<i>Distimia</i> (n = 115697)
<i>Sexo</i>		
Masculino	5.2	2.8
Femenino	10.0	5.7
<i>Edad</i>		
18-24	6.2	1.7
25-34	6.9	2.5
35-44	9.6	5.4
45-54	10.0	7.0
Más de 55	9.4	12.2
<i>Escolaridad</i>		
Sin escolaridad	7.2	7.0
1-6 años	11.2	7.7
7-9 años	6.2	2.9
10-12 años	9.2	3.4
Más de 13 años	3.8	2.5
<i>Estado civil</i>		
Casado	6.7	3.7
Separado	12.4	7.3
Divorciado	10.1	20.1
Viudo	22.9	19.4
Soltero	7.9	2.6
Unión libre	7.3	5.1
<i>Nivel socioeconómico (ingreso)</i>		
A (13,000 o más)	8.8	7.2
B (4,000 a 12,999)	5.4	3.5
C (2,000 a 3,999)	7.2	4.4
D (1,000 a 1,999)	10.9	4.7
E (menor a 1,000)	7.0	4.1

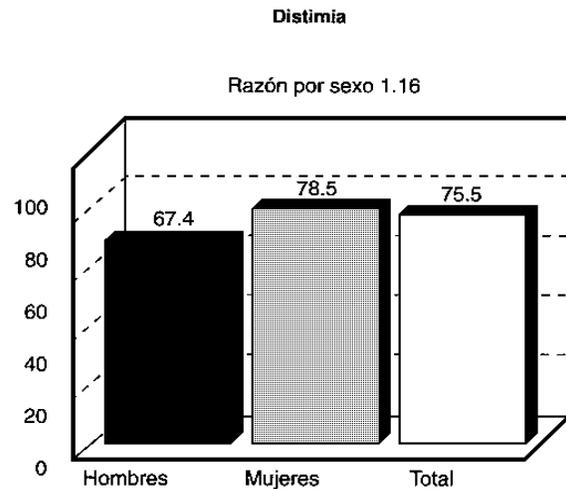
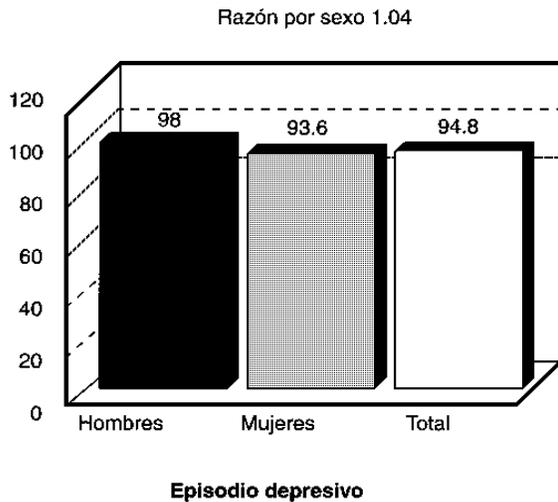
recabada, sin embargo, los resultados obtenidos y presentados en este informe se obtuvieron por medio de la más cuidadosa metodología en el campo de la psiquiatría epidemiológica actual (9).

El CIDI (40) representa el esfuerzo de muchos distinguidos investigadores y clínicos de todo el mundo. En el UM-CIDI se agregaron aspectos motivacionales y de compromiso para favorecer la evocación de episodios de enfermedad durante la vida, y se incluyeron preguntas para aclarar algunas de las preguntas del CIDI que habían resultado confusas para los entrevistados. Asimismo, para facilitar la aplicación del esquema de sondeo, éste quedó incorporado a la entrevista aplicándose a nivel sindromático en vez de síntoma por síntoma, lo que facilitó la fluidez de la entrevista (24,26). El CIDI-Fresno (1,9) ha continuado este mismo esfuerzo agregando otras preguntas para incorporar los criterios del DSM-IV al formato del CIDI 1.1 y, teniendo como meta asegurar la sensibilidad y especificidad cultural del instrumento en relación con el uso de los servicios de salud mental considerados como importantes por la comunidad mexico-americana y mexicana, incluyendo referencias culturales a lo largo de todo el instrumento. Estas últimas probablemente serán útiles para los estudios de otros países latinoamericanos, y favorecerán la comparación de los diferentes contextos culturales de Iberoamérica. Cabe señalar que ambas variantes del instrumento, el UM-CIDI y el CIDI-Fresno, han sido reconocidas oficialmente (Madrid, 1996).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que 7.9 % de episodios depresivos durante la vida es una cifra intermedia de acuerdo con las investigaciones anteriores (20,28), mientras que las tasas por sexo están cerca del límite superior, de acuerdo con la revisión de Kaelber (20).

**Cuadro 9**  
**Frecuencia (%) específica con la que buscan ayuda**  
**por trastornos depresivos**

<i>Proveedores</i>	<i>Episodio depresivo</i>	<i>Distimia</i>	<i>Razón</i>
Médicos no psiquiatras	16.7	5.2	3.2
Esp. salud mental	13.3	18.7	1.4
Homeópatas y quiroprácticos	4.7	1.9	2.4
Sacerdotes, ministros	16.0	5.7	2.8
Naturistas, curanderos	8.5	5.1	1.6



**Gráfica 2.** Discapacidades reportadas

En este estudio, la estimación obtenida de un trastorno distímico es de 4.4 %, que también es una cifra intermedia de acuerdo con los resultados de las áreas de captación epidemiológica (2) y de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (25).

A diferencia de las tasas de prevalencia cuyos resultados ofrecen variaciones, la razón de personas afectadas por género ha sido una constante (24,37) corroborada en nuestro estudio: dos mujeres por cada hombre. La diferencia es real y no se debe a la mayor tendencia de la mujeres a buscar ayuda ni a un sesgo en el reporte de la sintomatología (44).

La información acerca de la historia natural de los episodios depresivos señala que, usualmente, éstos se presentan, en promedio, hacia el final de la década de los 20 años, pero el trastorno puede presentarse a cualquier edad y estar relacionado con un estrés psicosocial importante. (Esto último fue lo que le ocurrió a nuestra población debido a la crisis económica que empezó al final de 1994). Además, se estima que probablemente más de 50 % de las personas que han sufrido un episodio depresivo, eventualmente padecerán otro (3). Por otra parte, diversos estudios encontraron cierta tendencia a la depresión entre la población más joven (24), sin embargo este hallazgo varía en los estudios de diferentes poblaciones (28).

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio, la edad promedio a la que se inician los episodios depresivos es la segunda mitad de la tercera década de la vida. Sin embargo, el rango osciló de los 5 a los 61 años y, efectivamente, se corroboró que el riesgo de recurrencia es alto puesto que 59 % de los casos indicó haber experimentado más de un episodio.

La contribución del estrés psicosocial a la incidencia de este trastorno parece deberse a que afecta a la población en edad productiva y con responsabilidades familiares.

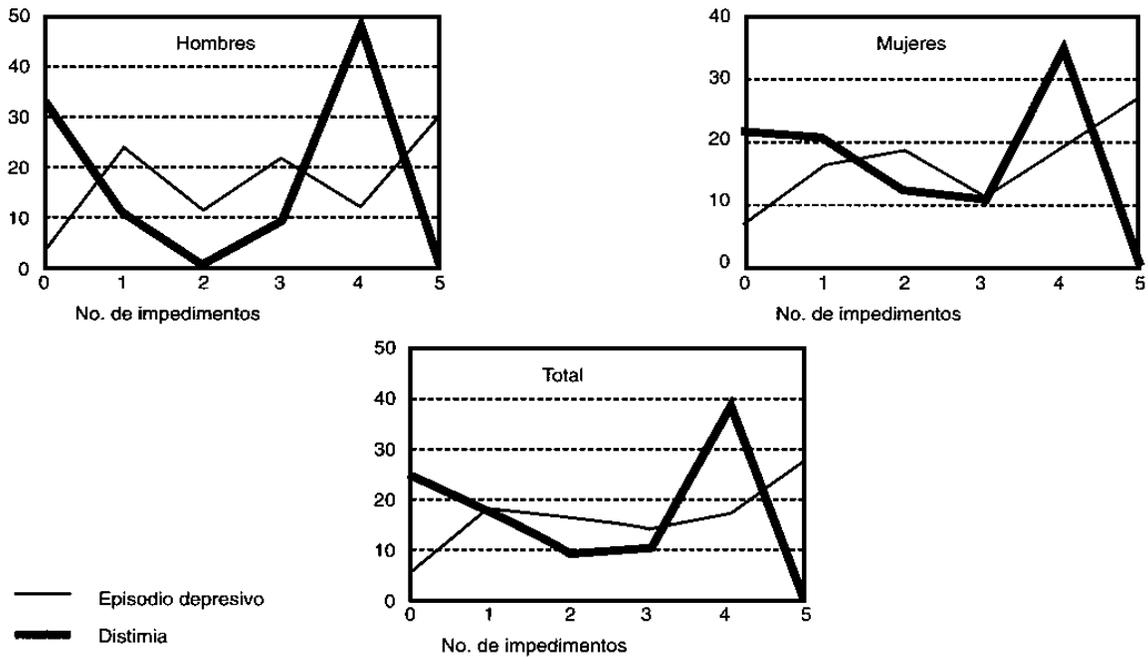
Sin embargo, esto será motivo de otro estudio en el que será analizada la serie de variables incluidas en la encuesta que explora detalladamente esta situación.

La prevalencia sintomatológica en los trastornos estudiados: los episodios depresivos y la distimia, constituye una base de referencia clínica para los análisis secundarios de esta información en diversas líneas de investigación. Asimismo, constituye un punto de referencia para los estudios realizados en los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, a los que sólo acude entre 20 y 25 % de la población afectada, de acuerdo con los resultados del presente estudio. En ese mismo sentido, corrobora los hallazgos de estudios anteriores de la práctica médica general (7,18,31,35,36), en los que la mayoría de los trastornos diagnosticados corresponde a los trastornos depresivos acompañados de diversas manifestaciones somáticas (16).

El hallazgo de que 86 % de los episodios depresivos reúne los criterios de un síndrome somático, aunado al hecho de que se busque ayuda principalmente de los médicos no psiquiatras, enfatiza la necesidad de difundir esta información y de capacitar al personal médico para que pueda hacer una identificación temprana de este tipo de trastornos.

La razón de las discapacidades en uno y otro sexo por ambos tipos de trastornos depresivos fue prácticamente igual, con sólo un ligero predominio de las mujeres, pero lo más importante es que estos trastornos, especialmente los episodios depresivos, contribuyen sustancialmente (23 %) al malestar y a los impedimentos de la población general.

Ahora bien, a pesar de que los impedimentos relacionados con los trastornos depresivos no difirieron mucho entre hombres y mujeres, éstas últimas buscaron ayuda por lo menos dos veces más frecuentemente que los hombres, lo cual es un hallazgo similar al de otros

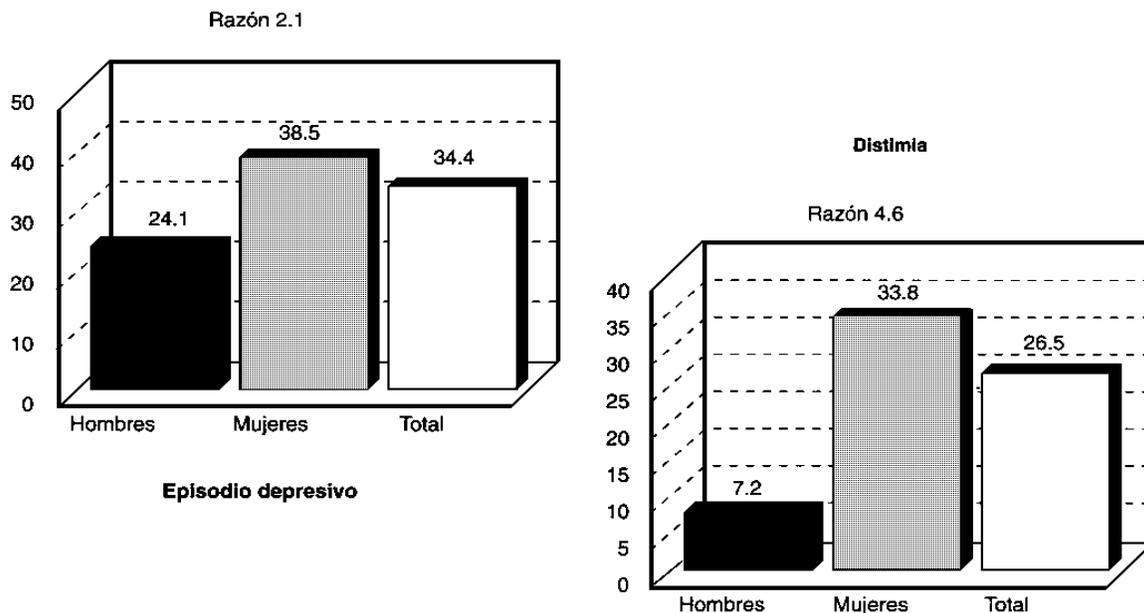


**Gráfica 3.** Comparación de los impedimentos reportados por uno y otro sexo durante los episodios depresivos y la distimia

estudios (23). El solicitar ayuda tanto de profesionales médicos como de recursos alternativos de atención implica haber adoptado y elaborado el rol de enfermo, lo que corresponde a uno de los estadios sobre la conducta del paciente en la enfermedad (30), y que se refiere a las diferentes percepciones, pensamientos, sentimientos y actos que afectan, y a la vez muestran, el significado de la enfermedad tanto en términos personales como sociales, así como sus consecuencias.

En ese sentido, la exploración de los síndromes contenidos en las categorías diagnósticas del estudio podrán someterse a examen desde diferentes ángulos y

puntos de vista. Por ejemplo, el hecho de que los hombres con trastornos distímicos casi no busquen ayuda a pesar de su gran discapacidad pudiera deberse a un estigma. Recordemos que 88 % de los casos indicó haber perdido el interés sexual y la confianza en ellos mismos, además de experimentar sentimientos de inferioridad. Estas fueron las características distintivas, lo que representa una afrenta en términos del estereotipo predominante de los hombres. En tales circunstancias, buscar ayuda puede ser una afrenta mayor: hacer patente su incapacidad y, además, hablar con otro acerca de ella y exponerse a su juicio.



**Gráfica 4.** Búsqueda de ayuda de uno y otro sexo

Los resultados obtenidos también indican la necesidad de que haya interacción entre los servicios de salud y las personas significativas de la comunidad, como los sacerdotes, ministros y rabinos, ya que la segunda opción más frecuentemente elegida por la población para obtener ayuda fueron estas personas.

También es importante resaltar que, en conjunto, 13 % buscaron la ayuda de curanderos, médicos naturistas, yerberos, espiritualistas, etc., lo que señala la importancia que tienen los sistemas tradicionales de cuidado a la salud y las creencias y explicaciones sobre la vivencia de estos fenómenos morbosos. Mas y Caraveo (29) encontraron que 38 % de los sujetos que asistían a un templo espiritualista lo hacían por sentirse decepcionados de los tratamientos médicos. Hasta el momento de analizar los datos no ha quedado claro en qué medida ambos sistemas: el profesional y el tradicional, fueron utilizados por los individuos deprimidos, cuándo los buscaron y cuál fue más efectivo. Sin embargo, y de acuerdo con el objetivo de esta presen-

tación, estos resultados muestran la magnitud y la importancia que tiene el empleo de estas medidas tradicionales entre la población de la capital del país, para lidiar con los trastornos depresivos.

Finalmente, es preciso hacer notar que los resultados de este estudio constituyen una plataforma para el desarrollo de análisis más complejos que incluyan la comorbilidad psiquiátrica y de la salud en general, la historia familiar, los acontecimientos adversos durante la vida, las situaciones estresantes recientes, las repercusiones en los hijos y el estudio detallado sobre el acceso a los servicios de salud y a otras prácticas para combatir estos trastornos, con base en el resto de la información obtenida en esta encuesta.

### Agradecimientos

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

### REFERENCIAS

- AGUILAR-GAXIOLAS, VEGAW, PEIFER K, GRAY T: Development of the Fresno Composite International Diagnostic Interview. University of California, Berkeley, Institute for Mental Health Services Research. Abril, 1995, (no publicado.)
- AKISKAL HS: Dysthymia: clinical and external validity. *Acta Psychiatr Scand* (supl):383:19-23, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Practice Guideline for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry* (supl):150(4):2-3, 1993.
- BANNERMAN RH: La medicina tradicional en la moderna atención de salud. *Foro Mundial de la Salud*, 3:8-28, 1982.
- BLAZER DG, KESSLER RC, MCGONAGLE KA, SWARTZ MS: The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151: 979-986, 1994.
- CANINO GJ, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M, GUEVARA LM: The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 727-735, 1987.
- 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.
- CARAVEO AJ, MARTINEZ VA, RIVERA GE, POLO DA: Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental*, 20(supl 2):15-23, 1997.
- CARAVEO AJ, MARTINEZ VA, RIVERA GE: Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental*, 21(1):48-57, 1998.
- CROSS-NATIONAL COLLABORATIVE GROUP: The changing rate of major depression: cross-national comparisons. *JAMA*, 268:3098-3105, 1992.
- DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A: *World Mental Health*. Oxford University Press. Nueva York; 1995.
- EDGERTON RB, KARNO M: Mexican-American bilingualism and the perception of mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 24: 286, 1971.
- EISENBERG L: Psychiatry and health in low-income populations. Trabajo presentado en el Internacional de la Federación de Epidemiología Psiquiátrica. Santiago de Compostela, 29 agosto-1 septiembre, 1996.
- FINKLER K: A comparative study of health seekers or why do some people go to doctors rather than to spiritualist healers? *Medical Anthropology*, 5:383-424, 1981.
- FRENK J, LOZANO R, GONZALEZ-BLOCK MA: Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Reporte final. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994.
- GARCIA AA, CARAVEO AJ: Somatización y diagnósticos psiquiátricos en primer nivel de atención médica. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 4:102-110, 1993.
- GATER R, DE ALMEIDA E, SOUZA B, CARAVEO AJ, CHANDRASHEKAR CR, DAPHALE M, GOLDBERG D, KATHIRI AH, DE LLANO GB, MUBBASHAR M, SILHAN K, THONG O, TORRES F, SARTORIUS N: The pathways to psychiatric care: A crosscultural study. *Psychol Medicine*, 21:761-774, 1991.
- GOMEZ EM, MORALES CF, ARETIA PA, GUTIERREZ E: Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 58:112-116, 1990.
- HENDERSON JG, POLLARD CA, JACOBI KA, MERKEI WT: Help-seeking patterns of community residents with depressive symptoms. *J Affect Disord*, 26:157-162, 1992.
- KAELBER CT: Epidemiology of depression: improving survey comparisons. Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional de la Federación de Epidemiología Psiquiátrica. Santiago de Compostela, 29 agosto - 1 septiembre, 1996.
- KARNO M, HOUGH RL, BURNAM MA, ESCORAR JI, IMBERS DM, SANTANA F, BOYD JH: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*, 44:695-701, 1987.
- KAY MA: Health and mental illness in a Mexican-American barrio. En: *Ethnic Medicine in the Southwest*. Spicer EH (ed). University of Arizona Press, Tucson, 1977.
- KESSLER RC, BROWN RL, BROMAN CL: Sex differences in psychiatric help-seeking. Evidence from four large scale surveys. *J Health Soc Behav*, 22: 49-64, 1981.
- KESSLER RC, MCGONAGLE KA, SWARTZ MS, BLAZER DG, NELSON CB: Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*, 29: 85-96, 1993.
- KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHIEMAN 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.

26. KESSLER RC: The UM-CIDI vs. the CIDI: The University of Michigan, Institute for Social Research, Survey Research Center, Ann Arbor, MICH, 1992. (No publicado).
27. KLEINMAN A: *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley, 1980.
28. LEHTINEN V, JOUKAMA A: Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand*, (supl):377(89):7-10, 1994.
29. MAS CC, CARAVEO AJ: La medicina folklórica. Un estudio sobre la salud mental. *Int J Psychol*, 25(2):147-160, 1991.
30. MECHANIC D: Illness behavior, social adaptation and the management of illness. *J Nerv Ment Dis*, 165:79-87, 1977.
31. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, MAS CC y cols: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiátrica y Psicol Am Lat*, 31:53-61, 1985.
32. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA ER, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO VJ, CARAVEO AJ, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3:48-55, 1992.
33. MURRAY CJL, LOPEZ AD: *The Global Burden of Disease*. Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank. Harvard University Press, 1996.
34. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Meditor, Madrid, 1993.
35. PADILLA GP, MAS CC, EZBAN M y cols.: Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental*, 7(3):72-78, 1984.
36. PADILLA GP, PELAEZ O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*, 8(3):66-72, 1985.
37. PAYKEL ES: Depression in women. *Brit J Psychiatry*, 158(supl. 10):22-29, 1991.
38. REGIER DA, BOYD JH, BURKE JDC, RAE DS, MYERS JK, KRAMER M, ROBINS LN, GEORGE LK, KARNO M, LOCKE BZ: One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 45:977-986, 1988.
39. RIOSECO P, ESCOBAR B, VICENTE B, VIELMA M, SALDIVIA S, CRUZAT M, MEDINA E, CORDERO ML, VICENTE M: Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatría (Chile)*, XI(4):186-193, 1994.
40. POBINS LN, WRING J, WITTCHEN HU, HEIZER JE, BABOR TF, BURKE J, FARMER A, JABIENSKI A, PICKENS R, RGIER DA, SARTORIUS N, TOWLE LH: The Composite Internacional Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
41. SHAPIRO S, SKINNER EA, KESSLER LG, VAN KORFF M, GERMAN PS, TISCHLER GL, LEAF PJ, BENHAM L, COTTLER L, REGIER DA: Utilization of health and mental health services, three epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41:971-978, 1984.
42. TYRER PJ, SEIVEWRIGHT N, FERGUSON B y cols.: The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety depression and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 85: 201-206, 1992.
43. VICENTE B, RIOSECO P, VIELMA M, URIBE M, BOGGIANO G, TORRES S: Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría (Chile)*X(1):1059-1060, 1992.
44. WEISSMAN MM, KLERNAN GL: Sex differences in the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 34:98-111, 1977.
45. WELLS KB, STEWART A, HAYS RD, BURNAM MA, ROGERS SW, DANIELS M, BERRY S, GREENFIELD S, WARE J: The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262:914-919, 1989.



**CISMAD  
CENTRO DE INFORMACION  
EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

**La Investigación sobre Salud Mental en México**

El Centro de Información en Salud Mental y Adicciones está coordinando un proyecto auspiciado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, titulado "La Investigación sobre Salud Mental en México", con el propósito de conformar una base de información estructurada y sistemática sobre la investigación realizada en México en relación con la salud mental, la enfermedad mental y las adicciones.

Para tal fin, invita a todos los investigadores nacionales especializados en estas áreas a participar en dicho proyecto mediante el envío de los artículos, libros, ponencias o reportes de investigación que hayan publicado de 1985 a la fecha, a partir de investigaciones relacionadas con los aspectos epidemiológicos y sociales de la salud mental y las adicciones, a fin de incorporarlos a su acervo documental e incluirlos en la base de datos referenciales que se editará en 1999, tanto en formato impreso como en disco compacto.

Así mismo, el envío de información sobre sus datos personales y una breve descripción de sus líneas de investigación, nos permitirá incluirlos en un directorio nacional de investigadores relacionados con la salud mental y las adicciones, a publicarse también próximamente.

Su colaboración permitirá enriquecer la base de datos referenciales, que incluirá la referencia completa de cada documento registrado, así como un resumen breve de su contenido, en tanto que el texto completo se podrá consultar en el documento original, mismo que estará disponible en el acervo documental.

La integración de la base automatizada y su posterior difusión por diversos canales ofrecerá un triple beneficio a las instituciones e investigadores participantes: facilitarles una vía eficaz y expedita para acceder a la información disponible en el país, apoyarles en la difusión de los resultados de su trabajo y favorecer el intercambio de experiencias y la colaboración entre investigadores interesados en temas afines.

Para mayor información, dirigirse al Centro de Información en Salud Mental y Adicciones.

Calz. México Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, México D.F., C.P. 14370. Tels. 655 28 11 Ext.157, 160, 196. Fax 513 33 09. email: cisma@imp.edu.mx.