

EPIDEMIOLOGIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

DR. JOSE HORWITZ

Jefe de Servicio en el Hospital Psiquiátrico de Santiago, Chile

Para conocer la magnitud de un problema de salud es primordial, como primer paso, definirlo. En el curso de los años se ha intentado repetidamente definir las características que traducen el estado de salud mental. La mayoría de estas definiciones adolecen de vaguedad, pues sólo consideran aspectos parciales, o la definen en forma negativa, en el sentido de ausencia de trastornos mentales evidentes.

Tal vez la definición más difundida en los últimos años es la que ha propuesto un Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS, en la reunión celebrada en diciembre de 1952, que establece que "el estado de salud mental implica la capacidad del individuo de adaptarse al ambiente en que vive, así como su capacidad de participar o contribuir en forma constructiva a las modificaciones necesarias de su ambiente físico y social". El estado de salud mental supone además, "que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad de modo que pueda conseguir expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades, para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto" (1).

Esta definición de salud mental, se corresponde con las definiciones más en boga que intentan definir la enfermedad mental. Cualquiera que sea la definición que se exponga, se destaca el valor que se le da a los factores ambientales en su génesis y desarrollo; en casi todas ellas aparece la anormalidad de las relaciones interpersonales como característica fundamental de la anormalidad psíquica.

De estas definiciones de lo normal y lo patológico de la vida psíquica, se infieren fácilmente los aspectos múltiples que pueden presentar los problemas de la salud mental, así como el enorme número de variables que intervienen en sus alteraciones, variables

que dependen del individuo, del ambiente físico, y del cultural y social en que se desenvuelve.

Sería, por lo tanto, presuntuoso e ilusorio intentar en este momento analizar la magnitud de todas las manifestaciones que signifiquen problemas de salud mental, cuya riqueza y variabilidad estructural se desprende de las definiciones que se han formulado.

La aplicación del método epidemiológico al estudio de las enfermedades crónicas y de las alteraciones mentales, en particular, es de reciente data; es este enfoque de la enfermedad como un fenómeno de masas estudiado en grupos de individuos y poblaciones, el que permitirá conocer y medir con mayor exactitud la magnitud de los problemas de la salud mental.

Conforme a la descripción clásica de Morris, la epidemiología es un método tanto descriptivo como explicativo o teórico.

Como método descriptivo, la epidemiología nos informa: primero, acerca de la historia de las enfermedades, dando cuenta de la frecuencia y características del fenómeno mórbido a lo largo del tiempo; segundo, permite registrar la naturaleza y distribución de la salud y la enfermedad de la población y las tasas de incidencia y prevalencia, así como de mortalidad; tercero, proporciona información sobre el funcionamiento de los servicios destinados al tratamiento, y sobre la efectividad de las medidas que se adoptan para el tratamiento y prevención de las enfermedades (2).

Por lo tanto, para conocer la magnitud de los problemas de salud mental, debemos estudiar ésta epidemiológicamente en su normalidad y en sus alteraciones.

Robert Felix ha sintetizado con claridad las etapas que deben cumplirse en una investigación epidemiológica:

1. Recoger la información acerca de la enfermedad en estudio, con respecto a sus características clínicas, su distribución por sexo, edad, profesión, distribución geográfica, situación económica y status social, época de aparición de la condición mórbida.

2. Análisis de la información y formulación de hipótesis de trabajo.

3. Investigaciones subsiguientes destinadas a verificar estas hipótesis.

4. Desarrollo de teorías sobre la base de las hipótesis comprobadas.

5. Establecimiento de los hechos y características epidemiológicas de la enfermedad sobre la base de las teorías que han sido desarrolladas y comprobadas (3).

Las investigaciones epidemiológicas en patología mental se ven obstaculizadas por la imperfección y vaguedad de los elementos que configuran el diagnóstico de la mayoría de las enfermedades mentales; así como por las lagunas en el conocimiento de la etiopatogenia de gran parte de ellas. De modo que la recolección de la información correspondiente al cuadro clínico en estudio se ve seriamente obstaculizada.

Es necesario fijar claramente los límites del cuadro patológico o enfermedad que se investiga, recurriendo al uso de "definiciones operacionales", método que ha difundido en ciencias para obviar la imprecisión que nace de la falta de conocimientos.

Una "definición operacional" de un término dado, dice Hempel, se concibe de tal manera que se pueda delimitar dicho término mediante criterios objetivos, de modo que cualquier investigador pueda resolver, en un caso particular, si el término se aplica o no a dicho caso (4).

Stengel, comentando sobre la misma materia, hace resaltar la falta de este tipo de definiciones en psiquiatría, e ilustra esta situación con relación a los términos esquizofrenia y psicópata. Ambos son usados en multiplicidad de enfoques descriptivos, patogénicos y etiológicos, lo que hace muy difícil la comunicación y el intercambio de experiencias entre los observadores (5).

En estos últimos años se han realizado en varias regiones, y particularmente en

América Latina, investigaciones epidemiológicas destinadas a establecer la magnitud del problema del alcoholismo. Las características clínicas de esta enfermedad se conocen mejor después del estudio sistemático de series de casos, realizado especialmente en la Universidad de Yale bajo la dirección del Prof. E. M. Jellinek. Este conocimiento permitió dar una definición operacional del alcoholismo que al mismo tiempo resulta de aplicación práctica en estudios de población, para separar los bebedores mórbidos de los que no lo son. Estos estudios han resultado en apreciaciones más o menos precisas de las tasas de prevalencia de la enfermedad para poder programar las actividades de tratamiento y rehabilitación, y, eventualmente, las de prevención.

Intimamente relacionado con la vaguedad de los términos que describen los desórdenes mentales, y los diferentes criterios que delimitan los cuadros nosológicos, se halla el problema de la clasificación de las enfermedades mentales. Como afirma el Prof. Stengel, "los psiquiatras, aun aquellos de aparente igual orientación conceptual, no usan a menudo el mismo lenguaje. Emplean diferentes términos para el mismo concepto, o el mismo término para diferentes conceptos, a menudo sin tener conciencia del hecho". Señala "que, a pesar de las dudas y oposiciones, las clasificaciones basadas en el sistema establecido por Kraepelin han continuado usándose en alguna forma u otra en todo el mundo. Muchos psiquiatras lo han hecho protestando y expresando su falta de fe en las hipótesis de trabajo en que se fundamenta el sistema. Si un instrumento tan esencial se usa de mala gana por los trabajadores, que tienen menguada opinión de él, es poco probable que sea útil, y puede aun hacer más daño que bien. Esto es lo que puede decirse de las clasificaciones psiquiátricas hoy día" (5).

Se carece actualmente de conocimientos suficientes sobre la etiología y patogenia de los desórdenes mentales para formular una clasificación científicamente adecuada de ellos. Las clasificaciones en uso son en su

gran mayoría predominantemente fenomenológicas y descriptivas. Sería ocioso extenderse sobre las ventajas que ofrecería una clasificación uniforme basada en definiciones operacionales, para recolectar la experiencia e intercambiar conocimientos entre los investigadores de diversas regiones del mundo, y aun entre los de una misma región. Esta clasificación debe ser el producto de un acuerdo, aceptando que no es algo definitivo, que estará sujeta a revisiones periódicas de acuerdo con los conocimientos que el progreso vaya entregando.

En la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, realizadas en Santiago de Chile, en enero de 1937, se aconsejó que los países de América adoptaran uniformemente la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, en vigencia en esa época. Guiaron esta recomendación criterios de orden práctico. La recomendación reconoce la imposibilidad de encontrar una clasificación que satisfaga todas las tendencias y a todas las escuelas, pero se persigue la finalidad de obtener un lenguaje común que permita intercambiar la experiencia de los países americanos. Se expresó, asimismo, que esta recomendación no significa perder la libertad de que cada país pueda seguir otra clasificación, siempre que al suministrar los datos consigne la sinonimia respectiva (6).

Esta clasificación no fue adoptada por todos los países representados en las Jornadas. Entre los que la adoptaron está Chile, y dicha clasificación se encuentra oficialmente en vigencia hoy. Aunque esta clasificación no es satisfactoria, y resulta ya bastante incompleta y anticuada, permitió en Chile organizar un Servicio de Estadística psiquiátrica uniforme, cuya necesidad y utilidad no es necesario destacar.

En el año 1965, la OMS realizará la revisión decenal de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción que está en uso en, prácticamente, todos los países del mundo, con excepción de la Sección V que se refiere a las enfermedades mentales, sección que ha

sido adoptada por muy pocos países. En esta revisión se pondrá especial énfasis en este capítulo.

Hay consenso casi unánime en que esta Sección de la Clasificación Internacional adolece de grandes defectos y que es necesario modificarla.

Este Seminario, que reúne a los países de la América Central y del Caribe, así como el Seminario homólogo del año próximo que reunirá a los países de la América del Sur, podría recomendar a sus participantes que en cada país se emprendiera el estudio analítico de la, o las, clasificaciones de enfermedades mentales en vigencia, para hacer aportaciones al grupo de la OMS que se reunirá en 1965, en un esfuerzo constructivo para obtener una clasificación uniforme de los desórdenes mentales.

Las fuentes de información que suministran los datos necesarios para estimar la magnitud de los problemas de salud mental son, en general, insuficientes e imperfectas, situación que ha hecho concluir a Lemkau: "que todos los estudios que se han hecho en el mundo, tanto de prevalencia como de incidencia de los desórdenes mentales, son defectuosos, incompletos y no comparables. El resultado es que no existen datos satisfactorios sobre la magnitud del problema de las enfermedades mentales, en ninguna parte del mundo".

Esta melancólica conclusión nace en gran parte de la imposibilidad de obtener en la actualidad datos completos sobre la incidencia y prevalencia de los desórdenes mentales mediante las fuentes de información disponibles, de la insuficiencia de los conocimientos sobre la etiología y patogenia, y por lo tanto, sobre la delimitación clínica de muchos de los desórdenes mentales, de la actitud de la población respecto de este tipo de enfermedades, actitud poco propicia para obtener información fidedigna sobre enfermedades consideradas estigmatizantes para el grupo familiar, etc.

Las principales fuentes de información que suministran los datos sobre la pre-

valencia de los desórdenes mentales son:

1. Estadísticas vitales sobre mortalidad por enfermedades mentales o por causas asociadas con ellas.

2. Los datos provenientes de ingresos a Servicios para enfermos mentales y los correspondientes a atenciones ambulatorias en consultorios externos.

3. Los estudios sobre el terreno de la prevalencia e incidencia de desórdenes mentales.

Se han mencionado en orden creciente de importancia para estos propósitos:

1. *Estadísticas sobre mortalidad por enfermedades mentales y causas asociadas*

Tienen un valor relativo para hacer estimaciones de prevalencia de desórdenes mentales. En primer término, su valor depende, sobre todo en los países con escasa organización sanitaria y estadística, del proceso mismo de la certificación de la causa de defunción: certificación por médico, registro completo de fallecidos, etc.

En segundo término, los certificados sólo consignan la causa que provocó la muerte y no las enfermedades asociadas con ella. Los desórdenes mentales no constituyen habitualmente la causa inmediata de la muerte y por lo tanto aparecen excepcionalmente en el certificado. Se consignan con mayor frecuencia las enfermedades mentales u otras asociadas con ellas, de curso agudo o accidentales, no así las de curso crónico que resultan habitualmente en hospitalización prolongada por años, y en cuyos certificados de defunción aparece como causa de la muerte la enfermedad intercurrente que la provocó: arteriosclerosis, enfermedad infecciosa aguda, etc. En cambio, aparecen consignadas con mayor frecuencia enfermedades y accidentes que dañan el sistema nervioso central: enfermedades infecciosas, enfermedades carenciales por déficit nutricional, las debidas a lesiones vasculares del encéfalo, a traumatismos cerebrales del nacimiento, a accidentes o envenenamientos. La mortalidad por cirrosis hepática ha servido eficientemente de dato central para estimar la prevalencia del alcoholismo

(Fórmula de estimación de número de alcohólicos de Jellinek). A pesar de las críticas que se han hecho a esta fórmula, las que han sido aceptadas por su autor, constituye siempre un índice útil y económico para estimar la prevalencia de esta enfermedad y sus complicaciones.

Dentro de este conjunto de causas de mortalidad se puede destacar la importancia de las de suicidio.

Aunque el suicidio no es *per se*, un desorden mental, se considera que es más frecuente entre personas que, en vida, presentaban problemas de personalidad y de psicopatología. Las tasas elevadas de suicidio indican grupos de población con alta tasa de psicopatología y variedad de problemas sociales.

En los últimos años se han realizado numerosos estudios sobre esta materia, que se entrelazan con estudios sobre homicidio, destacándose entre otros hechos, la razón inversa entre las tasas de suicidio y las de homicidio en distintas regiones, en distintos grupos sociales y culturales, etc. Estos estudios dan lugar a diversas consideraciones de tipo ecológico y son base de investigaciones más elaboradas sobre las posibles relaciones causales de enfermedad mental y ambiente socio-cultural.

El problema de la mortalidad por homicidio ha sido objeto de un interesante estudio de Velasco Alzaga, realizado en México en 1958: "Epidemiología del homicidio en el Distrito Federal", motivado por los altos índices de mortalidad por esta causa. Las tasas más altas de homicidio coinciden con las zonas de pobre economía, escasa producción, altos coeficientes de morbilidad y mortalidad. Se observa también una correlación positiva entre alcoholismo y homicidio.

Si bien la información que dan estos datos sobre mortalidad por enfermedades mentales y causas asociadas con ellas son de escaso valor para estimar su prevalencia, puede servir con más provecho para llevar a cabo programas de control de estas causas de muerte.

Las tasas de mortalidad de pacientes mentales hospitalizados constituyen a la vez índices de la efectividad de los procedimientos terapéuticos usados en el hospital, así como de sus condiciones sanitarias.

2. *Datos provenientes de ingresos a hospitales para enfermos mentales y los correspondientes a atenciones ambulatorias*

Es la fuente de información tradicionalmente usada para estimar la prevalencia de los desórdenes mentales, y, eventualmente, para medir su incidencia.

Estos datos tienen un valor limitado, que se puede sintetizar en los siguientes puntos:

a) Dependen de las facilidades disponibles en el país o región para la hospitalización y atención ambulatoria de este tipo de enfermedades.

b) Se refieren habitualmente sólo a las enfermedades que requieren hospitalización preoperatoria, por el peligro que ellas representan para el enfermo o para la comunidad; y a aquellas enfermedades que provocan incapacidad e inadaptación ambiental muy acentuadas.

c) Sólo informan sobre los casos que han solicitado hospitalización.

El número de camas disponibles para enfermos mentales varía apreciablemente en diferentes países y regiones del mundo. Cifras que alcanzan a 4 ó 5 camas por cada 1.000 habitantes se encuentran en los países más desarrollados (Estados Unidos o Inglaterra), contrastando con regiones que disponen de menos de 1 cama por 10.000 habitantes. Entre ambos extremos existe una amplia gama de valores.

Existe la impresión de que hay diferencias en cuanto a la frecuencia de estas enfermedades en las distintas sociedades en relación con sus características raciales y culturales, impresión que es necesario comprobar científicamente.

En el Tercer Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS: "El Hospital Psiquiátrico de la Comunidad", que ha sido publicado bajo el N° 73 en la *Serie de Informes Técnicos*, se presume que,

en relación con el continuo aumento del nivel económico y creciente urbanización, sería necesario disponer por lo menos de 1 cama por cada 1.000 habitantes para el tratamiento intramural de los casos más evidentes de desorden mental.

En el cuadro No. 1 se dan las disponibilidades de camas para enfermos mentales en los países y territorios de las Américas.

El total arroja un promedio de 2,59 camas por cada 1.000 habitantes. Si se excluyen Estados Unidos y Canadá, que disponen respectivamente de 4,26 y 3,37 camas por mil, en los 20 países restantes, que constituyen la América Latina, el promedio baja considerablemente y alcanza sólo a 0,55 camas por cada 1.000 habitantes. Solamente 6 países sobrepasan ligeramente la tasa de 1 cama por 1.000: Jamaica, Trinidad, Argentina, Panamá, Uruguay y Costa Rica. Los niveles más bajos corresponden a Haití, Perú y Bolivia, con 0,08, 0,11 y 0,11 camas por 1.000, respectivamente.

Se puede inferir que esta situación disminuye apreciablemente el valor de los datos que da esta fuente para estimar la incidencia y prevalencia de los desórdenes mentales.

En cambio, en países con amplias facilidades de hospitalización y alto desarrollo de servicios médico-sociales para la población, estos datos tienen un valor casi tan importante como el de las informaciones derivadas de estudios epidemiológicos más minuciosos en que se usa el método directo. Así es, por ej., en Noruega, de acuerdo con las investigaciones y conclusiones de Odegard (7).

En el cuadro No. 2, se analiza la razón del número de camas ocupadas por enfermos mentales al número total de camas de que disponen los servicios asistenciales de los 22 países de América. Esta información arroja un índice de importancia administrativa para estimar los recursos económicos que requiere la solución de los problemas de la enfermedad mental.

Alrededor del 40% de las camas son

CUADRO No. 1.—Provisión de camas para enfermos mentales en países y territorios de las Américas—Tasas por mil habitantes, 1960.

| Area | Tasa |
|--------------------------------|------|
| Estados Unidos | 4,26 |
| Canadá | 3,37 |
| Jamaica | 1,92 |
| Trinidad y Tabago | 1,85 |
| Argentina | 1,24 |
| Panamá | 1,17 |
| Uruguay | 1,06 |
| Costa Rica | 0,95 |
| Cuba | 0,75 |
| Brasil | 0,67 |
| Colombia | 0,51 |
| Venezuela | 0,50 |
| Chile | 0,48 |
| República Dominicana | 0,33 |
| Guatemala | 0,26 |
| Paraguay | 0,25 |
| Ecuador | 0,20 |
| Nicaragua | 0,20 |
| El Salvador | 0,15 |
| Honduras | 0,13 |
| México | 0,12 |
| Bolivia | 0,11 |
| Perú | 0,11 |
| Haití | 0,08 |
| Zona del Canal | 6,24 |
| Guayana Francesa | 5,00 |
| Bermuda | 3,91 |
| Antigua | 3,64 |
| Barbados | 3,42 |
| Curazao y Aruba | 2,29 |
| Islas Bahamas | 1,90 |
| Granada | 1,70 |
| Santa Lucía | 1,63 |
| Martinica | 1,62 |
| Guayana Británica | 1,48 |
| Surinam | 1,33 |
| San Vicente | 1,30 |
| Guadalupe | 1,22 |
| Puerto Rico | 1,02 |
| San Pedro y Miguelón | 1,00 |
| Islas Vírgenes (EUA) | 0,91 |
| Belice | 0,89 |
| Dominica | 0,50 |

CUADRO No. 2.—Razón del número de camas ocupadas por enfermos mentales, al número total de camas existentes en hospitales de los países y territorios de las Américas, 1960.

| Area | % |
|--------------------------------|------|
| Estados Unidos | 46,8 |
| Jamaica | 46,1 |
| Trinidad y Tabago | 39,0 |
| Canadá | 31,9 |
| Panamá | 31,2 |
| Uruguay | 27,1 |
| Cuba | 23,5 |
| Brasil | 19,6 |
| Argentina | 19,3 |
| Costa Rica | 18,5 |
| Colombia | 16,1 |
| Venezuela | 13,9 |
| República Dominicana | 13,8 |
| Haití | 11,6 |
| Nicaragua | 11,3 |
| Chile | 9,7 |
| Ecuador | 9,5 |
| Guatemala | 8,8 |
| Paraguay | 8,8 |
| México | 8,4 |
| Honduras | 8,2 |
| El Salvador | 7,1 |
| Bolivia | 6,1 |
| Perú | 5,0 |
| Barbados | 55,2 |
| Islas Bahamas | 50,0 |
| Antigua | 35,1 |
| Santa Lucía | 28,6 |
| Zona del Canal | 27,0 |
| Guayana Británica | 25,3 |
| Curazao y Aruba | 22,8 |
| San Vicente | 20,2 |
| Surinam | 19,1 |
| Puerto Rico | 18,7 |
| Belice | 16,9 |
| Guayana Francesa | 16,1 |
| Islas Vírgenes (EUA) | 15,1 |
| Granada | 15,0 |
| Guadalupe | 14,3 |
| Martinica | 13,6 |
| Dominica | 10,9 |
| San Pedro y Miguelón | 5,4 |

ocupadas por enfermos mentales, y la proporción más alta corresponde a Estados Unidos con el 46,8%. Las proporciones menores se encuentran en El Salvador, Bolivia y Perú, con 7,1, 6,1 y 5,0%, respec-

tivamente. Si excluimos a Canadá y Estados Unidos, la proporción de camas ocupadas por enfermos mentales, en relación con el total de camas disponibles, desciende a 17,7%.

De las estadísticas hospitalarias de enfermos mentales, hay que distinguir entre las de primeros ingresos y las de enfermos residentes en el hospital por un período determinado.

La distribución de primeros ingresos, que se puede especificar por sexo, edad, diagnóstico, estado económico-social y otras variables, es útil para estimar los cambios en la incidencia de algunos desórdenes mentales, con las limitaciones propias de estas informaciones. Por ejemplo, el descenso en las tasas por primeros ingresos por enfermedades asociadas con la sífilis y con estados carenciales que se han observado en los últimos años, se acepta como índice fidedigno de un descenso en la incidencia de estas enfermedades, debido al éxito de las actividades preventivas de estas causas de morbilidad. Para otras enfermedades, en cambio, el aumento o descenso de las tasas de primeros ingresos puede deberse a múltiples factores, sin que pueda sostenerse que la incidencia real de ellas haya variado. Estos factores van desde los cambios en los criterios para el diagnóstico, en las variaciones de la inclinación a hospitalizar ciertos tipos de enfermedades, a la creación de otro tipo de servicios, hasta los cambios en la actitud de la comunidad frente a determinados desórdenes mentales.

Los datos sobre primeros ingresos y sus variaciones son útiles para el planeamiento de programas de control de las enfermedades y para planes de investigación, desde el momento que llaman la atención sobre áreas de gran incidencia o dan indicios de variables de importancia en la etiología de ellas.

Las tabulaciones de enfermos residentes en un momento dado, referidas a la población general sujeta a riesgo, y especificadas por edad, sexo, diagnóstico, estado económico-social, etc., permite hacer estimaciones de prevalencia. Su verosimilitud depende de numerosas condiciones; desde luego, de la disponibilidad de camas para atender las necesidades reales de la comunidad que el hospital sirve, de la gravedad de la en-

CUADRO No. 3.—Ingresos por alcoholismo (C/S psicosis) al hospital psiquiátrico (ambos sexos) (8).

| Año | Total de ingresos | Ingresos por alcoholismo | % |
|-----------|-------------------|--------------------------|------|
| 1944-1946 | 2.387 | 190 | 7,9 |
| 1947-1949 | 4.973 | 1.228 | 24,7 |
| 1950-1952 | 7.182 | 1.676 | 23,3 |
| 1953-1955 | 9.309 | 2.530 | 27,2 |

fermedad, de las características demográficas de dicha comunidad, de la existencia de otros servicios paralelos de tratamiento, de los criterios del grupo médico para indicar el ingreso o el egreso de los enfermos, de la política asistencial dominante en cada época acerca de determinadas clases de enfermedades, etc. Esto último se puede ilustrar estudiando las tasas de primeros ingresos por alcoholismo y psicosis alcohólicas al Hospital Psiquiátrico de Santiago de Chile. En el cuadro No. 3 se anotan los ingresos, por estas condiciones, a dicho hospital:

Entre los años considerados en la tabulación, no ha habido cambios en el número de camas disponibles y, seguramente, tampoco en la incidencia y prevalencia de la condición mórbida. Sin embargo, en el trienio 1944-1946, los ingresos por esta causa sólo constituyeron el 7,9% del total de ingresos al establecimiento. Este porcentaje sube bruscamente a partir del trienio siguiente, debido sin duda a un cambio en la política asistencial respecto de esta condición mórbida, cambio que obedeció a mejores expectativas terapéuticas y a una actitud distinta frente a la enfermedad.

Las tasas de atenciones en consultorios externos por desórdenes mentales completan las correspondientes a los enfermos hospitalizados. Se aplica respecto a las limitaciones de estos datos lo expuesto respecto de los datos de hospitalización.

3. Estudios sobre el terreno de la prevalencia e incidencia de desórdenes mentales.

Las encuestas de morbilidad

Hemos analizado someramente las fuentes

de información que permiten conocer la incidencia y la prevalencia de los desórdenes mentales a través del análisis de las estadísticas vitales y los estudios sobre ingresos a hospitales y atenciones en consultorios externos. Estos medios, que se pueden calificar de indirectos, tienen serias limitaciones por numerosas causas que se han indicado también brevemente.

Mediante estudios propiamente epidemiológicos, estudiando directamente, en el medio social, grupos de personas, y no series de casos, sometidas al riesgo de enfermar, se pueden obtener informaciones más fidedignas sobre la magnitud del fenómeno mórbido, sobre sus características y sus relaciones con los factores demográficos, sociales y culturales, su modo de aparición, su evolución en el tiempo, etc.

Este método, que ya fue iniciado por Kraepelin y continuado por sus discípulos, ha tomado marcado desarrollo a partir de la década del 30, desarrollándose numerosos trabajos en los últimos 20 años, que han enriquecido el conocimiento de la epidemiología de los desórdenes mentales. Han sacado, asimismo, a la luz numerosas dificultades de orden técnico, que dependen en gran parte de la imprecisión de la terminología, nosología y clasificaciones psiquiátricas, por un lado, y, por el otro, de las numerosas variables que entran en juego, que requiere cautela en la interpretación de resultados y el uso de refinadas técnicas estadísticas.

La definición del caso, las técnicas de muestreo, el método de obtención de casos, la adopción de definiciones operacionales, la idoneidad del personal técnico encargado de la recolección de los datos, los cuestionarios, o el examen de las personas que integran la muestra, el análisis estadístico y su interpretación, son otros tantos problemas que necesitan acuciosa atención, y la colaboración de varios especialistas en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la experiencia.

El análisis en detalle de cada una de ellos llevaría exagerado tiempo. Han sido exhaustivamente expuestos en los últimos años, por diversos investigadores; mención especial merece la monografía de D. D. Reid: "Epidemiological methods in the study of mental disorders" (7).

Estos estudios están en sus comienzos en América Latina. Su importancia es de primer orden para poder fundamentar programas de asistencia y control de estos desórdenes y medir los recursos necesarios para atender estos enfermos. La OMS recomienda y estimula la realización de estas investigaciones para tener una medida aunque sea aproximada de los problemas de salud mental (1).

Algunas investigaciones en esta línea han revelado focos de alta incidencia de alcoholismo y toxicomanía por coca, en Chile y Perú.

Personalmente estimo preferible proceder a hacer investigaciones en las cuales se considere un solo cuadro clínico o síndrome como objeto, en lugar de aquellas que pretenden cubrir los desórdenes mentales en su conjunto.

Aunque la enfermedad en cuestión no esté bien delimitada, se pueden establecer definiciones operacionales de los conceptos y términos usados, y preparar en mejor forma las técnicas y procedimientos de obtención de casos. Así, no sólo es posible medir la magnitud del problema, sino también obtener indicios acerca de correlaciones etiológicas que insinúen nuevas investigaciones.

En este sentido, el ejemplo de Snow y su clásica investigación sobre el cólera, antes de conocerse su etiología, debe servir de ejemplo para emprender con optimismo tareas de esta naturaleza.

Debemos recordar, a este propósito, las felices y elocuentes frases de Lemkau: "se puede hacer una investigación epidemiológica acerca de las causas, distribución y difusión de una fantasía, siempre que la

fantasía, la población y las condiciones ambientales puedan ser definidas, y que ellas no estén en el campo de la fantasía” (9).

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud: *Serie de Informes Técnicos* No. 73, pág. 2.
- (2) Morris, J. M.: *Uses of Epidemiology*, pág. 76.
- (3) Felix, Robert *Epidemiology of Mental Disorders*. Milbank Memorial Fund, 1950 pág. 10.
- (4) Hempel, C. G.: “An Introduction to Problems of Taxonomy”, en “Field Studies in the Mental Disorders”, pág. 8.
- (5) *Boletín de la OMS*, Vol. 21, Nos. 4-5, pág. 601.
- (6) Actas de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Pan-Americanas, 1938. pág. 119.
- (7) Reid, D. D.: “Epidemiological Methods in the Study of Mental Disorders”. *Public Health Papers No. 2*, pág. 31.
- (8) Horwitz, J., y Honorato, R.: Importancia del alcoholismo y los problemas derivados del alcohol. En: *Symposium sobre alcoholismo y problemas del alcohol*, Chile, 1957, pág. 16.
- (9) Lemkau, P.: The Epidemiological Study of Mental Illness and Mental Health, *Am. Jour. Psych.* Vol. 111 (No. 11):802 (mayo) 1955.