

ADMISIONES DE PRIMER INGRESO A LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS EN BRASIL, 1960-1974.¹

Raul Caetano²

Los datos que se analizan en este artículo indican que las admisiones de primer ingreso a los servicios psiquiátricos de Brasil por 100 000 personas aumentaron en 1960-1974, así como también el número de camas en esos servicios. Se discute la importancia de este hecho en términos de consideraciones culturales y de la organización de los servicios de atención psiquiátrica de ese país.

Introducción

El valor que tienen las estadísticas hospitalarias en cuanto a la epidemiología psiquiátrica es un hecho reconocido, pero factores selectivos, estudiados por Terris en 1965, invalidan su utilidad para calcular la incidencia o prevalencia de los problemas psiquiátricos. Sin embargo, dichas estadísticas son útiles en la evaluación y planificación de los servicios de salud mental (1), ya que el análisis de los datos hospitalarios puede proporcionar conocimientos valiosos en cuanto a las características de la población, el tipo de contactos y el modo en que se efectúan, así como sobre la disponibilidad de dichos servicios. Las estadísticas hospitalarias también pueden servir para identificar a los grupos con alto riesgo de ser hospitalizados, y se han utilizado como una fuente de datos demarcadores para estudiar los procedimientos de diagnóstico (2, 3).

La mayoría de los informes epidemiológicos relacionados con la utilización de las

estadísticas hospitalarias en los procesos de planificación ha sido el resultado de investigaciones que se han llevado a cabo en Estados Unidos de América o el Reino Unido. Estos datos se han recogido en Brasil pero no se han analizado de manera sistemática y los estudios que se han realizado hasta ahora no se han tomado en cuenta en la planificación gubernamental de los servicios de atención de salud mental. Las discusiones en el I Congreso Brasileño de Psiquiatría sobre el tema "La salud mental y la atención psiquiátrica en Brasil" son un buen ejemplo de esta situación (4). Hasta la fecha, la atención psiquiátrica en Brasil ha estado supeditada a consideraciones políticas o lucrativas y, con frecuencia, a ambas, y nunca se ha efectuado un análisis integral de la distribución de los trastornos mentales en la población.

En este estudio se presenta un análisis epidemiológico de las admisiones de primer ingreso en los servicios psiquiátricos de Brasil durante el período de 1960 a 1974. Dicho análisis se realizó con objeto de identificar a los grupos de población con un alto índice de hospitalización, así como para obtener datos útiles que sirvieran para el proceso de planificación.

¹ Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 15, No. 2, 1981.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro. Actualmente en el Social Research Group, School of Public Health, University of California, Berkeley, CA. 94709, EUA.

Se espera que esta investigación constituya la base de futuros proyectos en los cuales se analicen de manera sistemática los datos disponibles sobre los trastornos mentales en Brasil.

Antecedentes

Factores geográficos y sociales

Brasil es el país más grande en América del Sur. Ocupa una extensión de 8 511 965 km² que constituye el 47% de la superficie de la región. La población en 1970 era de 93 139 037 habitantes (56% urbana y 44% rural); estaba concentrada en las zonas costeras y representaba el 34% de la población total de América del Sur (5). Más de la mitad de la población (aproximadamente el 60%) es de raza blanca, de origen europeo; el 15% es de raza negra y el 25% es mestiza (4). El país fue colonizado por los portugueses, quienes introdujeron a negros de Africa como esclavos. La composición racial y el carácter étnico actuales se deben a migraciones posteriores de portugueses, italianos, alemanes y japoneses.

El país es una unión federal de veintidós estados, cuatro territorios y un distrito federal y está dividido en cinco regiones principales con características económicas, sociales y geográficas diferentes. En general, el desarrollo económico ha sido mayor en la región del sureste, la cual abarca al 42% de la población del país, cuenta con el 70% de las camas para enfermos psiquiátricos y aporta el 78% de la producción industrial.³ En 1974, el número de camas psiquiátricas disponibles por 100 000 habitantes en cada región era 17 camas en el norte, 44 en el noreste, 47 en la región central occidental, 47 en el sur y 137 en el sureste.⁴

³ Porcentajes calculados por el autor utilizando los datos del *Anuario Estadístico do Brasil* (IBGE) (6).

⁴ Números calculados por el autor a partir de los datos en el *Censo Demográfico do Brasil* (5) y en el *Anuario Estadístico do Brasil* (6).

Este crecimiento desequilibrado y la distribución desigual de la riqueza han inducido una corriente migratoria de las áreas rurales menos desarrolladas de la región del noreste, hacia las grandes ciudades (Rio de Janeiro y São Paulo) en la región industrializada y relativamente próspera del sureste.

Sin embargo, el sueño del emigrante de una vida mejor rara vez se convierte en realidad. Por carecer de instrucción, y sin poder ofrecer una mano de obra especializada, los inmigrantes no pueden competir con la población local para obtener los empleos técnicos mejor pagados, y deben conformarse con trabajos de bajo salario y vivir en los tugurios marginados de la periferia de las ciudades, donde se sienten desarraigados y padecen el desamparo social general. Esta situación, que se produce también en muchos otros países de América Latina, únicamente puede conducir a que aumente el índice de trastornos mentales y problemas sociales (7).

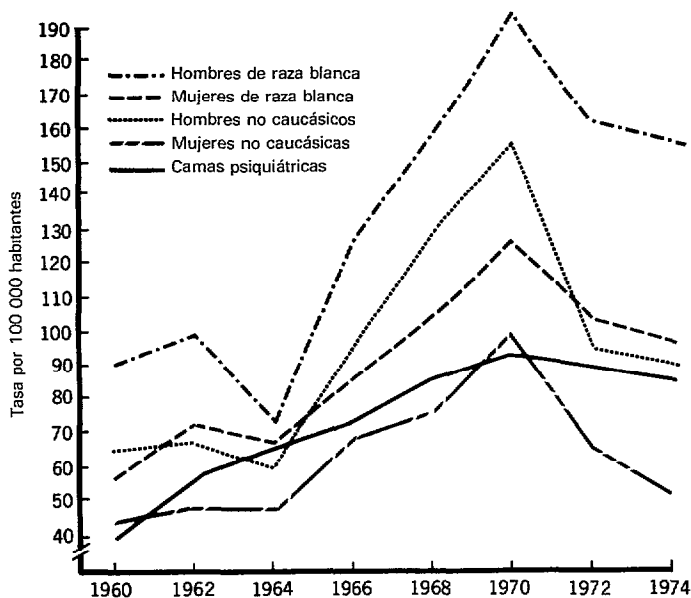
Atención psiquiátrica

La atención psiquiátrica en Brasil puede ser privada o del estado. La atención que proporciona este último se obtiene a través del Instituto Nacional de Asistencia Médica de Bienestar Social (INAMPS) o en los hospitales estatales o federales y en las clínicas de pacientes ambulatorios.

El Instituto proporciona atención médica mediante un sistema nacional de seguridad social que abarca al 80% de la población del país. En 1973, el 97% de los gastos del INAMPS para la atención psiquiátrica se destinaron a pagar los gastos de hospital. Las unidades de pacientes ambulatorios recibieron el 3% restante (8). El presupuesto para 1981 se ha distribuido de manera muy similar (9).

Esta desproporción en favor de la atención a los pacientes hospitalizados se basa en la filosofía que predomina en el país

FIGURA1—Número de camas psiquiátricas y admisiones de primer ingreso por 100 000 habitantes ajustadas por edad^a, según grupos raciales y sexo, en Brasil, 1960-1974. No existían datos sobre el número de camas psiquiátricas por 100 000 habitantes en 1964. El número que se indica para ese año es el promedio de camas disponibles en 1962 y 1966.



Fuente: *Anuario Estadístico do Brasil* (6, 11-17).

^a Sobre la base de la población de sexo masculino en Brasil, en 1960. Las tasas para 1972 y 1974 no se ajustaron por edad ya que no había datos sobre las admisiones por edad de primer ingreso, según la raza y el sexo para esos dos años. En cada año, el efecto promedio del ajuste por edad fue una disminución en la tasa de admisiones de la población blanca de ambos sexos de tres por 100 000 habitantes, y un aumento de dos por 100 000 en la tasa de la población no caucásica de ambos sexos.

con respecto a la atención psiquiátrica, que propugna la hospitalización, y también se debe a que el INAMPS no tiene sus propios hospitales. La atención a los pacientes hospitalizados se hace contratando un número determinado de camas en los hospitales privados. Como resultado, de los 320 hospitales para enfermos mentales que existían en el país en 1978, 278 tenían contratos totales o parciales con el INAMPS⁵ que de esta manera controlaba el 46% de las camas psiquiátricas disponibles. Este sistema por

contrato fomenta el establecimiento de hospitales psiquiátricos como empresas lucrativas, con las consiguientes arbitrariedades en cuanto al uso de las camas. Entre ellas se observa la tendencia a aumentar el número de admisiones, principalmente por el alto índice de hospitalización de pacientes neuróticos y alcohólicos, así como el tiempo promedio de hospitalización (10).

El gobierno federal o de los estados, o bien los hospitales particulares, administran el 54% restante de las camas psiquiátricas del país. Las camas privadas están en clínicas pequeñas y los usuarios son grupos con ingresos relativamente altos. La mayoría de las camas que propor-

⁵ Cifras calculadas por el autor a partir de los datos en el *Censo Demográfico do Brasil* (5) y en el *Anuario Estadístico do Brasil* (6).

ciona el gobierno federal o de los estados se encuentra en grandes hospitales que cuentan con poco personal y tienen un número excesivo de pacientes, y en donde el ambiente institucionalizado que prevalece en las salas no favorece el retorno a la normalidad.

El gobierno federal se encarga también de la División Nacional de Salud Mental (DINSAM), dependencia del Ministerio de Salud, que tiene a su cargo el establecimiento de las normas relacionadas con la cobertura de la atención de salud mental. Esta función, sin embargo, siempre la ha realizado el INAMPS, el cual hasta ahora ha sido el que realmente ha dado forma a la atención psiquiátrica en Brasil.

Fuentes de datos

La principal fuente de datos que se utilizó para realizar este estudio fue el *Anuario Estadístico do Brasil* (6, 11-17) que publica estadísticas anuales recogidas por la DINSAM sobre los servicios psiquiátricos en el país. Información suplementaria se obtuvo directamente de los registros de esa división. La DINSAM recoge datos mediante un cuestionario que se envía por correo a todos los hospitales psiquiátricos, así como a las clínicas psiquiátricas y a las unidades de psiquiatría en los hospitales generales que están registrados en el Ministerio de Salud. Más del 80% de los hospitales llenaron el cuestionario durante los años del estudio (1960-1974), excepción hecha de 1974 en que el porcentaje disminuyó a 63%.

Los datos demográficos básicos se obtuvieron de los censos brasileños nacionales de 1960 y 1970. Para calcular la población en los años intermedios se extrapoló una constante que representaba el índice del crecimiento geométrico de la población, utilizando los datos de los censos como indicadores.⁶ Se consideraron, además, los grupos de edad en intervalos de

10 años cada uno. Los datos correspondientes a la población negra, mestiza y oriental se combinaron dentro de la categoría de no caucásicos.

La forma en que se obtuvo la información para el presente estudio no permite evaluar la confiabilidad o validez de los datos. Otros autores han comentado las dificultades en torno a las definiciones de "primer ingreso" y de "camas psiquiátricas" (18). Aunque en 1974 sólo se recibió el 63% de los cuestionarios, el análisis de los datos para ese año no indicó una desviación importante de la norma general de años anteriores. Por lo tanto, es razonable suponer que la respuesta un tanto baja que se obtuvo en 1974 se debe principalmente a una pérdida cuantitativa de datos y no indica una desviación cualitativa de las tendencias de años anteriores.

Los únicos datos disponibles en relación con los hospitales que no respondieron al cuestionario, sólo indican si dichos hospitales son públicos o privados. En promedio, para el período de 1966-1972, no respondió el 15% (DE = 4,47) de los hospitales privados y el 8% (DE = 1,13) de los hospitales públicos. Esta situación se invirtió en 1974, cuando disminuyó el porcentaje de la respuesta. En otras palabras, no respondió el 35% de los hospitales privados y el 44% de las instituciones públicas. Tal parece que se ha sobreestimado la no respuesta de los primeros en todos los años del estudio, a excepción de 1974. Es difícil evaluar la influencia que este hecho haya podido tener en los resultados que se obtuvieron. Además, cualquier información que pudiera aportar la forma de propiedad acer-

⁶ Este método no considera las variaciones en las tasas de mortalidad por edad y de fecundidad entre los diferentes subgrupos de la población. Sin embargo, la comparación por sexo y por edad, estado civil, religión y porcentaje de extranjeros en los dos censos de población no mostró diferencias significativas. La fórmula que se utilizó para determinar la constante fue: $P_t = P_o(1+r)^t$, en donde P_t = a la población de 1970; P_o = a la población de 1960; r = constante y t = al intervalo de tiempo en años.

ca de la población que utiliza los servicios, por ejemplo, resulta confusa por el hecho de que en Brasil tanto los hospitales públicos como los privados pueden operar bajo contrato con el sistema nacional de salud y atender las necesidades de pacientes similares.

Resultados

Datos sobre la raza y el sexo

En la figura 1 se observa que las tasas de admisiones de primer ingreso correspondientes a los dos sexos de personas de raza blanca y de otras razas, así como el número de camas psiquiátricas por 100 000 habitantes muestran una tendencia similar para el período de 1960-1974. Es decir, se produjo una marcada elevación de 1964 a 1970 y una disminución consecutiva a partir de ese último año. Las cifras que correspondían al número de camas mostraron una elevación y una disminución menores que las tasas de admisión.

Las tasas más altas correspondieron durante todo el período a personas de raza blanca del sexo masculino, seguidas por las de hombres de otras razas. Las tasas de admisión para estos dos grupos aumentaron durante el período de 1964-1970 de manera parecida, si bien disminuyeron en forma más marcada después de 1970 entre la población no caucásica que entre la de raza blanca. Un análisis comparativo de los datos correspondientes a 1960 con los de 1974 muestra que la tasa de admisión de las personas de raza blanca del sexo masculino aumentó 74% (de 90 a 157,8 por 100 000 habitantes), mientras que la tasa de admisión de hombres de otras razas subió 38% (de 65 a 90,8 por 100 000).

Las curvas que se obtuvieron para el sexo femenino mostraron la misma tendencia que las de los hombres. Las tasas de

admisión de primer ingreso de mujeres de raza blanca fueron superiores que las de mujeres de otras razas. Entre 1960 y 1974 el número de admisiones de primer ingreso aumentó 60% (de 57,7 a 96,5 por 100 000 habitantes) entre las mujeres de raza blanca pero únicamente 12% (de 44,8 a 50,8 por 100 000) entre las mujeres no caucásicas. La curva correspondiente a las admisiones de mujeres blancas interceptó a la de hombres de otras razas en dos puntos y la tasa de admisión de las primeras fue superior a la de estos últimos en 1962, 1964, 1972 y 1974.

Datos sobre la edad

Como se indica en los cuadros 1 y 2, las tasas de admisiones de primer ingreso tendieron a aumentar con la edad y alcanzaron niveles máximos en los grupos de edad de 30 a 39 años y de 40 a 49 años, seguidos por los grupos de más edad, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, durante todos los años del estudio. Se encontró, además, que las tasas de admisión de hombres y mujeres aumentaron marcadamente (si bien no de manera constante) hasta 1970 y que sólo en el grupo de edad de 0 a 9 años se observó una tasa más baja en 1974 que en 1960. En el otro extremo del espectro, las tasas de admisión de hombres y mujeres en los grupos de edad de 40 a 49 años y de 50 a 59 años fueron casi dos veces mayores al finalizar el período de 14 años. Al comparar las tasas de admisión del grupo de hombres con las de mujeres se encontró que en el caso de las mujeres tendían a aumentar menos marcadamente desde la infancia a la edad madura y que desde esa edad en adelante la disminución era también menos pronunciada.

Diagnósticos específicos

Las tasas de admisión de primer ingreso de personas del sexo masculino a las

CUADRO 1—Admisiones de personas del sexo masculino en las instalaciones psiquiátricas de Brasil por grupo de edad, 1960-1974.
Las cifras indican el número de admisiones de primer ingreso por grupo de edad y las tasas de admisión específicas para esos grupos por 100 000 habitantes^a.

Edad (en años)	1960		1962		1964		1966		1968		1970		1972		1974	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
0-9	237	2,2	294	2,6	194	1,6	321	2,5	398	2,9	423	3,0	365	2,4	178	1,1
10-19	2 513	31,6	2 984	35,4	3 030	33,9	4 245	44,8	5 277	52,6	7 854	73,9	5 802	51,5	6 098	51,0
20-29	8 104	148,7	9 334	161,6	8 018	130,9	11 758	181,1	16 350	237,6	20 689	283,7	17 859	231,0	17 892	218,3
30-39	7 466	183,0	8 630	200,9	7 937	173,1	13 528	278,3	18 756	364,0	23 348	427,6	18 755	324,0	18 853	307,3
40-49	4 834	159,0	5 334	165,5	4 883	142,9	9 208	254,3	11 932	310,8	15 529	381,7	13 659	316,7	14 111	308,6
50-59	2 370	121,6	2 763	133,8	2 612	119,3	4 904	211,3	5 913	240,3	7 865	301,7	6 191	224,0	6 660	227,3
≥ 60	1 471	87,5	1 725	96,8	1 624	85,9	2 314	162,1	3 507	165,2	5 181	220,3	3 593	150,6	3 521	139,2
Total ^b	26 995	77,9	31 124	84,7	28 298	72,6	46 278	112,1	62 133	141,9	80 889	174,4	66 224	134,7	67 313	129,2

Fuente: *Anuario Estadístico do Brasil (11-16)* e información inédita de la DINSAM.

^a Los datos no abarcan todas las instalaciones psiquiátricas de Brasil. Los hospitales respondieron en un 80%.

^b Los totales en este cuadro difieren de los del cuadro 3 por desconocerse las edades de algunos pacientes.

CUADRO 2—Admisión de personas del sexo femenino en las instalaciones psiquiátricas de Brasil por grupo de edad, 1960-1974. Las cifras indican el número de admisiones de primer ingreso por grupo de edad y las tasas de admisión específicas para esos grupos por 100 000 habitantes^a.

Edad (en años)	1960		1962		1964		1966		1968		1970		1972		1974	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
0-9	178	1,7	210	1,9	118	1,0	155	1,2	226	1,7	317	2,3	371	2,5	72	0,4
10-19	2 267	27,8	2 856	33,0	2 736	29,8	3 976	40,9	5 114	49,6	6 929	63,4	5 207	45,0	5 061	41,2
20-29	5 471	94,4	6 864	111,7	6 433	98,8	8 541	123,7	10 499	143,5	14 009	180,7	12 057	146,7	10 787	123,8
30-39	4 621	111,1	5 946	133,1	6 058	129,6	8 680	175,2	10 924	208,8	13 663	245,5	10 783	182,8	10 103	161,5
40-49	2 893	98,3	3 596	115,3	3 828	115,8	5 813	165,8	7 142	192,2	9 580	243,3	7 733	185,2	7 542	170,4
50-59	1 642	87,5	2 134	103,3	2 290	108,6	3 246	145,2	3 746	138,1	5 598	222,9	3 931	147,6	4 081	144,6
≥ 60	1 184	67,6	1 382	77,5	1 577	80,1	2 305	110,5	2 657	120,2	3 765	160,7	2 783	112,0	2 539	96,4
Total ^b	18 256	18,3	22 988	62,1	23 040	58,7	32 716	78,6	40 308	91,4	53 861	115,2	42 865	86,5	40 185	76,5

Fuente: *Anuario Estadístico do Brasil (11-16)* e información inédita de la DINSAM.

^a Los datos no abarcan todas las instalaciones psiquiátricas de Brasil. Los hospitales respondieron en un 80%.

^b Los totales en este cuadro difieren de los del cuadro 3 por desconocerse las edades de algunos pacientes.

que se diagnosticó que padecían los trastornos que se anotan en el cuadro 3, aumentaron en el período de 1960-1970 y después disminuyeron. Sin embargo, excepto en los casos de "retraso mental" y "otros diagnósticos", las tasas de admisión no fueron menores que las que se registraron en 1960.⁷ En conjunto, las admisiones de hombres más numerosas durante el período de 14 años fueron por "otras psicosis", "neurosis y trastornos de la personalidad" y "alcoholismo y farmacodependencia". En estas tres categorías de diagnóstico se registraron aumentos siete, tres y dos veces mayores, respectivamente.

Las mismas tendencias se observaron, de manera general, entre las admisiones de primer ingreso de mujeres (cuadro 4). Únicamente se manifestó un descenso general durante el período de 1960-1974 en las categorías de diagnóstico de "retraso mental", "otros síndromes orgánicos" y "otros diagnósticos", mientras que "otras psicosis" aumentaron cuatro veces, "neurosis y trastornos de la personalidad", tres veces y "alcoholismo y farmacodependencia", fue dos veces mayor. En esta última categoría de diagnóstico se observó una diferencia muy acentuada entre las tasas de admisión de los hombres y las de las mujeres; para los primeros las tasas de admisión en 1974 fueron 10 veces mayores que para las mujeres.

⁷ Para este análisis los diagnósticos se agruparon como sigue: a) hasta 1970, demencia = demencia senil y presenil; otros síndromes orgánicos = todos los síndromes psiquiátricos, ya fueran o no psicóticos, que estuvieran asociados con patología orgánica; esquizofrenia; psicosis afectivas = todos los subtipos de psicosis maniaco-depresivas; otras psicosis = psicosis psicogénicas y otras formas de psicosis; neurosis y trastornos de la personalidad = todos los subtipos de estos trastornos; alcoholismo y farmacodependencia = todos los subtipos de dependencia alcohólica, inclusive la psicosis alcohólica y todos los subtipos de farmacodependencia; retraso mental = todos los subtipos; otros diagnósticos = patología mental no clasificada, bajo observación, no diagnosticada; b) de 1972 en adelante (según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Octava Revisión (19)): demencia = 290; otros síndromes orgánicos = 292, 293, 294 y 309; esquizofrenia = 295; psicosis afectivas = 296; otras psicosis = 297, 298 y 299; neurosis y trastornos de la personalidad = 300 y 301; alcoholismo y farmacodependencia = 303, 304 y 291; retraso mental = 310 a 315; otros diagnósticos = 302, 305, 306, 307 y 308.

Discusión

En los países desarrollados la atención psiquiátrica se proporciona por lo general a través de un complejo sistema de servicios de salud, en el cual el paciente puede seleccionar una variedad de instituciones para su tratamiento. Las opciones incluyen hospitalización en hospitales psiquiátricos, centros comunitarios de atención de salud mental, o hospitales generales; ayuda en momentos de crisis, atención de urgencia, admisión en hogares transitorios, hospital de día o de noche; residencia en hogares especiales y trabajo en talleres amparados. En esos países las estadísticas hospitalarias reflejan únicamente una fracción de todos los contactos psiquiátricos que existen entre la población y el sistema de atención de la salud, y los pacientes que entran en los hospitales no constituyen una parte representativa de toda la población que recibe atención psiquiátrica.

Los datos que se presentan en este artículo provienen de un sistema totalmente diferente. En Brasil, como en muchos países en desarrollo, la cobertura de la atención psiquiátrica se centra en la hospitalización y sólo una pequeña fracción de la población consulta a psiquiatras en la práctica privada. En este contexto, las estadísticas hospitalarias adquieren una importancia especial. La admisión de primer ingreso es, de hecho, el contacto principal que tiene la mayoría de los pacientes psiquiátricos con el sistema de atención de la salud y el análisis de las tasas de admisión de primer ingreso puede reflejar, de manera más precisa que en los países desarrollados, una imagen de cómo se utiliza el sistema de atención psiquiátrica y quiénes son las personas que acuden a él.

Los resultados que se presentan en este estudio confirman los datos de investigaciones previas que han mostrado que la disponibilidad de camas guarda estrecha relación con el número de admisiones hospitalarias (20, 21). Sin embargo, esta rela-

CUADRO 3—Admisiones de personas del sexo masculino por diagnóstico. Las cifras indican el número de admisiones de primer ingreso para cada categoría de diagnóstico y las tasas de admisión por diagnóstico específico por 100 000 habitantes en las instalaciones psiquiátricas de Brasil^a.

Diagnóstico	1960		1962		1964		1966		1968		1970		1972 (m y f) ^b		1974	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Demenia	575	1,6	588	1,6	561	1,4	916	2,2	1 029	2,3	1 512	3,2	2 557	2,6	1 323	2,5
Otros síndromes orgánicos	3 801	10,9	4 101	11,1	3 553	9,1	6 134	14,8	8 065	18,4	10 603	22,8	13 489	13,7	6 906	13,2
Esquizofrenia	7 578	21,8	8 604	23,4	7 342	18,8	11 605	28,1	14 878	34,0	17 881	38,5	24 803	25,1	16 341	31,3
Psicosis afectivas	1 658	4,7	2 168	5,9	1 749	4,5	2 708	6,5	3 336	7,6	3 975	8,5	7 110	7,2	2,557	4,9
Otras psicosis	613	1,7	920	2,5	1 034	2,6	2 163	5,2	2 387	5,4	3 173	6,8	11 132	11,3	6 679	12,8
Neurosis y desórdenes de la personalidad	1 833	5,2	2 050	5,5	2 852	7,3	4 350	10,5	6,222	14,2	9 953	21,4	18 252	18,5	8 534	16,4
Alcoholismo y farmacodependencia	5 839	16,8	6 842	18,6	6 789	17,4	13 148	31,8	18 715	42,7	23 064	49,7	22 603	22,9	20 008	38,4
Retraso mental	1 437	4,1	1 635	4,4	1 658	4,2	2 198	5,3	3 105	7,1	4 659	10,0	3 770	3,8	2 022	3,8
Otros diagnósticos	4 468	12,8	4 822	13,1	3 349	8,6	4 968	12,0	5 907	13,5	7 364	15,8	6 638	6,7	3,774	7,2
Total ^c	27 802	80,2	31 730	86,3	28 887	74,2	48 190	116,7	63 644	145,4	82 184	177,2	110 354	111,8	68 144	130,7

Fuente: *Anuario Estadístico do Brasil (11-16)* e información inédita de la DINSAM.

^a Los datos no abarcan todas las instalaciones psiquiátricas de Brasil. Los hospitales respondieron en un 80%.

^b No existen datos sobre admisiones de primer ingreso para sexo y diagnóstico específico para 1972. Los datos que se indican incluyen a los dos sexos.

^c Los totales en este cuadro difieren de los del cuadro 1 por desconocerse las edades de algunos pacientes.

CUADRO 4—Admisiones de personas del sexo femenino por diagnóstico. Las cifras indican el número de admisiones de primer ingreso para cada categoría de diagnóstico y las tasas de admisión por diagnóstico específico por 100 000 habitantes en las instalaciones psiquiátricas de Brasil^a.

Diagnóstico	1960		1962		1964		1966		1968		1970		1972 (m y f) ^b		1974	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Demencia	522	1,5	690	1,8	683	1,7	930	2,2	1 013	2,3	1 247	2,6	2 557	2,6	1 066	2,0
Otros síndromes orgánicos	2 862	8,2	3 145	8,5	3 595	9,1	4 893	11,7	5 984	13,5	7 866	16,8	13 489	13,7	4 227	8,0
Esquizofrenia	6 234	17,8	7 533	20,3	7 512	19,1	10 027	24,0	11 967	27,1	15 036	32,1	24 803	25,1	10 832	20,6
Psicosis afectivas	2 088	5,9	2 972	8,0	2 556	6,5	3 530	8,4	4 567	10,3	6 024	12,8	7 110	7,2	3 471	6,6
Otras psicosis	849	2,4	1 116	3,0	1 095	2,8	1 879	4,5	2 670	6,0	3 304	7,0	11 132	11,3	6 003	11,4
Neurosis y desórdenes de la personalidad	1 780	5,1	2 444	6,6	3 408	8,6	5 025	12,0	7 647	17,3	11 175	23,9	18 252	18,5	9 702	18,4
Alcoholismo y farmacodependencia	545	1,5	547	1,4	859	2,1	1 345	3,2	1 517	3,4	2 069	4,4	22 603	22,9	2 002	3,8
Retraso mental	1 112	3,2	1 635	4,4	1 658	4,2	2 198	5,3	3 105	7,0	4 659	9,9	3 770	3,8	1 202	2,2
Otros diagnósticos	2 941	8,4	3 827	10,3	2 297	5,8	3 931	9,4	3 908	8,8	5 222	11,1	6 638	6,7	2 308	4,4
Total	18 933	54,2	23 909	64,5	23 663	60,3	33 758	81,2	42 378	96,0	56 602	121,0	110 354	111,8	40 813	77,7

Fuente: *Anuario Estadístico do Brasil (11-16)* e información inédita de la DINSAM.

^a Los datos no abarcan todas las instalaciones psiquiátricas de Brasil. Los hospitales respondieron en un 80%.

^b No existen datos sobre admisiones de primer ingreso para sexo y diagnóstico específico para 1972. Los datos que se indican incluyen a los dos sexos.

^c Los totales en este cuadro difieren de los del cuadro 2 por desconocerse las edades de algunos pacientes.

ción no es sencilla; pueden afectarla una variedad de factores tales como la actitud del psiquiatra con respecto al tratamiento, cambios en el sistema de atención de la salud, factores sociales, etcétera.

La disminución que se produjo en 1964 en las tasas que se muestran en la figura 1 es un hallazgo interesante, dado que en ese año una revolución militar derrocó al gobierno en el poder y condujo a un período de inestabilidad política y social. Sin embargo, no es posible saber si las condiciones sociales que prevalecían entonces causaron la disminución de las tasas de admisión porque disminuyó la incidencia de trastornos mentales o porque se modificó la manera en que la población utilizaba las instalaciones hospitalarias. La inestabilidad social se ha asociado tanto con un aumento como con un descenso de los casos de trastornos mentales (21-23).

De 1970 en adelante se produjo una reducción en la tasa de admisiones de primer ingreso, acompañada de una disminución no tan marcada en la disponibilidad de camas por 100 000 habitantes. Investigaciones epidemiológicas anteriores, utilizando datos correspondientes a los países desarrollados, han atribuido esta nivelación en las admisiones hospitalarias al empleo de métodos alternativos de atención o a modificaciones de las características de los servicios de psiquiatría (3, 24). Este razonamiento supone implícitamente que existe una relación constante entre los servicios que se ofrecen y el tamaño de la población, característica que se presenta en los países desarrollados.

En Brasil, sin embargo, la situación ha sido muy diferente. Para empezar, la disminución en la tasa de admisiones de primer ingreso no coincidió con el suministro de nuevos servicios a la población. Por el contrario, los datos nacionales sobre el número de enfermos que acudieron a las unidades psiquiátricas de atención ambulatoria de 1970 a 1973, mostraron que la tasa de asistencia había disminuido de

813,1 por 100 000 en 1970 a 796,1 por 100 000 en 1973.⁸ En segundo lugar, la reducción del número de camas disponibles por 100 000 habitantes se debió exclusivamente al crecimiento de la población (12,4% en 1970-1974), ya que el número total de camas aumentó de manera constante (de 85 976 en 1970 a 87 832 en 1974). Por lo tanto, la marcada disminución en la tasa de admisiones de primer ingreso se debió al menor número de pacientes potenciales que acudieron a los hospitales, así como al crecimiento de la población.

En la figura 1 se observan también diferencias significativas entre las tasas de admisiones de primer ingreso de personas de raza blanca y las de personas no caucásicas. Es imposible pasar por alto la influencia de factores sociales y culturales sobre este hecho. Es posible que las personas de extrema pobreza, las cuales se encuentran en mayor número entre la población no caucásica que entre la población blanca de Brasil, tiendan a considerar la hospitalización como algo que debe evitarse a toda costa (25). También es posible que la presencia de curanderos y la asociación que existe entre la población negra de Brasil con prácticas religiosas africanas, contribuyan a mantener a este grupo alejado de los hospitales.

El hecho de que las tasas de admisión de primer ingreso de los hombres fueran coherentemente superiores a las tasas de admisión de las mujeres concuerda con los resultados de otros estudios (25, 26). Además, este resultado parece estar asociado con el diagnóstico de dependencia del alcohol, condición que prevalece en un número desmesurado de la población negra del sexo masculino. Tomando en consideración todos los diagnósticos, la tasa de admisión de primer ingreso de los hombres fue, en promedio, 50% más alta

⁸ Cifras calculadas por el autor a partir de los datos en el *Anuario Estadístico do Brasil* (16, 17).

que la tasa de las mujeres. Si se excluye el diagnóstico de "alcoholismo y farmacodependencia" los hombres continúan aventajando a las mujeres, pero sólo en un 17%. Esta categoría de diagnóstico, en la cual durante los años del estudio el 95% de las admisiones fueron por alcoholismo y el 5% por adicción a las drogas parece ser, por consiguiente, el factor más importante responsable de la diferencia en las tasas de admisión de los dos sexos. La tasa relativamente alta de alcoholismo entre los hombres concuerda con los datos que se han encontrado anteriormente en relación con la población general, tanto en Brasil (27) como en otros países de América del Sur (28, 29). Responde también a factores culturales relacionados con el "machismo" que anima a beber a los hombres.

Considerando las tasas que corresponden a los diagnósticos específicos, se puede observar que la disminución de la tasa global después de 1970 afectó a todos los diagnósticos, con excepción de "otras psicosis". El aumento que se produjo en esta categoría probablemente se debió a un cambio en el sistema de clasificación de los diagnósticos que utilizaba la División Nacional de Salud Mental. Hasta 1970, el sistema de clasificación que se empleaba era el que había elaborado el Servicio Nacional de Enfermedades Mentales, que más tarde fue reemplazado por la DINSAM. Esta clasificación sólo tenía para psicosis no asociadas con problemas orgánicos una única categoría ("psicosis psicogénicas"), además de esquizofrenia y psicosis maniaco-depresivas. Este sistema de clasificación fue reemplazado en 1974 por el de la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (Octava Revisión) de la OMS, que tiene las categorías usuales para esquizofrenia (295), psicosis afectivas (296), otras psicosis (298) y psicosis no especificadas (299), y en el presente estudio los diagnósticos se agruparon de acuerdo

con esa clasificación (cuadros 3 y 4).

Con respecto a la edad, las tasas de hombres y mujeres reflejaron la distribución usual de la patología psiquiátrica por edades. Las tasas más altas correspondieron a los grupos de edad en los cuales la incidencia de diagnósticos de alcoholismo, neurosis y psicosis funcionales es generalmente alta. La tasa más baja que se registró en el grupo de 65 años o más puede explicarse por una serie de factores, que abarcan desde la esperanza de vida al nacer hasta la falta de camas designadas especialmente para los ancianos. Además, en Brasil, al igual que en muchos países de América Latina, los valores culturales conceden una gran importancia a los lazos familiares. La estructura de la familia no sólo abarca al núcleo familiar del matrimonio y sus hijos, y es común que un pariente anciano viva con un hijo o una hija casados en vez de ser enviado a una institución.

Tomando en consideración la tasa de camas psiquiátricas por 100 000 habitantes, las tasas de admisiones de primer ingreso y la concurrencia a los servicios ambulatorios, se pone de manifiesto que el sistema de atención psiquiátrica en Brasil no avanzó al mismo ritmo que el crecimiento de la población durante el período 1970-1974. Las implicaciones que este hecho pueda tener en cuanto a la evaluación y planificación no son fáciles de determinar por la falta de datos de la población general. ¿Fue una disminución real en la tasa de incidencia de los problemas mentales lo que ocasionó la constricción del sistema, o se debió a una deficiencia en la atención de la salud que impidió proporcionar servicios a una población que crecía rápidamente? Si bien desde el punto de vista puramente intelectual puede ser más atractivo especular en torno a una auténtica disminución de la incidencia de trastornos mentales, argumentos pragmáticos y plausibles tienden a considerar como causa principal el po-

sible deterioro de los servicios de atención de la salud.

Sin embargo, esta última línea de pensamiento no es del todo satisfactoria, pues implica que debía haberse ampliado el sistema de atención psiquiátrica cuando no existían en el país indicadores fidedignos de lo que debía ser una norma adecuada para la atención de la salud mental. En 1974, Brasil tenía 84 camas psiquiátricas por 100 000 habitantes. ¿Bastaba esto para indicar una insuficiencia de instalaciones de psiquiatría? No necesariamente, ya que los "pacientes" podían estar recibiendo atención en otra parte. Como se ha mencionado antes, la relación que existe entre la tradición de la familia extensa y la disminución de la tasa de admisiones de primer ingreso, constituye un buen ejemplo, por lo menos en un caso, de dónde puede provenir la atención "en otra parte".

Los datos que se presentan en este estudio permiten, además, identificar a los grupos de población con tasas de admisión en los hospitales psiquiátricos generalmente altas. A este respecto, los resultados que se obtuvieron indican que el número de admisiones fue mayor entre los pacientes de ambos sexos de raza blanca; en especial, en el grupo de 30 a 39 años de edad. Los diagnósticos más comunes entre los hombres fueron esquizofrenia y alcoholismo y entre las mujeres, esquizofrenia y neurosis.

Estos resultados deben considerarse dentro del contexto del presente estudio y su aplicación debe ir más allá de proporcionar simples directrices para las políticas usuales de prevención. En especial las investigaciones relacionadas con los grupos de raza blanca y los grupos no caucásicos deben dirigirse a comprender los caminos que siguen esas poblaciones hasta llegar al hospital. Si existe una tradición cultural por la que las personas de raza negra y los ancianos no llegan al hospital, es posible que exista otra que encamina a

la población blanca de 30 a 39 años de edad hacia la hospitalización.

Resumen

Este estudio proporciona un análisis epidemiológico de las admisiones de primer ingreso en los hospitales psiquiátricos de Brasil. Los datos que se utilizaron los recogió de manera regular la División Nacional de Salud Mental mediante un cuestionario enviado por correo anualmente a todas las instituciones de psiquiatría registradas en el Ministerio de la Salud de Brasil. La respuesta que se recibió durante los años del estudio fue, en promedio, del 80%. Los resultados indican que las tasas de admisión de primer ingreso de ambos sexos, la población blanca y la población no caucásica, aumentaron hasta 1970, así como también hubo un aumento en el número de camas psiquiátricas por 100 000 habitantes. La tasa más alta de admisión correspondió a los hombres de raza blanca, seguida por la de hombres no caucásicos, mujeres blancas y mujeres no caucásicas, respectivamente. Las admisiones de primer ingreso aumentaron con la edad, siendo más numerosas en los grupos de 30 a 39 años y de 40 a 49 años. Los diagnósticos más frecuentes entre los hombres fueron "esquizofrenia" y "alcoholismo y farmacodependencia" mientras que entre las mujeres fueron "esquizofrenia" y "neurosis y trastornos de la personalidad". Estos resultados se discuten a la luz de la organización de los servicios psiquiátricos y de las condiciones sociales en Brasil. ■

Agradecimiento

Deseo dar las gracias al Dr. A. Magalhaes por facilitarme el acceso a los archivos de la División Nacional de Salud Mental, así como a Walter Clark, Alejandro Tarnopolsky, Linda Jenkins y Joan Friedman, por sus comentarios sobre los primeros proyectos de este estudio.

REFERENCIAS

1. Wing, J. K. Principles of evaluation. En: Wing, J. K. y H. Hafner (Eds.). *Roots of Evaluation: The Epidemiological Basis for Planning Psychiatric Services*. London, Oxford University Press, 1973. Págs. 3-12.
2. Kramer, M. Some problems for international research suggested by observations on differences on first admission rates to the mental hospitals of England and Wales and of the United States. En: *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*, Vol. 3. Montreal, 1961. Págs. 153-160.
3. Kramer, M. *Applications of Mental Health Statistics*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1969.
4. Martins, C. Reflexões sobre a assistência psiquiátrica no Brasil. En: C. Martins, y L. M. Assis (Eds.). *Psiquiatria Social e America Latina: Anais do VI Congresso Latino Americano de Psiquiatria e I Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. São Paulo, Editora Referència, 1971. Págs. 489-491.
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico do Brasil, 1970: VIII Recenseamento geral*. Vol. 1. Rio de Janeiro, 1972.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 37. Rio de Janeiro, 1976.
7. Leon, C. A. Psychiatry in Latin America. *Br J Psychiatry* 121:121-136, 1972.
8. Brasil. Secretaria de Serviços Médicos, Ministério da Previdência Social, 1978. (Información inédita.)
9. Treiger, J. Assistência psiquiátrica no Brasil. *J Bras Psiq* 30:163-172, 1981.
10. Sequeira, H. y C. A. Carmo. Deformação no uso do leito hospitalar psiquiátrico no INPS-GB. En: C. Martins y L. M. Assis (Eds.). *Psiquiatria Social e America Latina: Anais do VI Congresso Latino Americano de Psiquiatria e I Congresso Brasileiro de Psiquiatria*. São Paulo, Editora Referència, 1971. Págs. 495-497.
11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 23. Rio de Janeiro, 1962.
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 25. Rio de Janeiro, 1964.
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 27. Rio de Janeiro, 1966.
14. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 29. Rio de Janeiro, 1968.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 31. Rio de Janeiro, 1970.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 33. Rio de Janeiro, 1972.
17. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuario Estatístico do Brasil*. Vol. 35. Rio de Janeiro, 1974.
18. Brooke, E. M. International statistics. En: Wing J. K. y H. Hafner (Eds.). *Roots of Evaluation: The Epidemiological Basis for Planning Psychiatric Services*. London, Oxford University Press, 1973. Págs. 23-24.
19. Organización Mundial de la Salud. *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Basada en las recomendaciones de la Octava Conferencia de Revisión, 1965*. Vol. 2. Ginebra, 1970.
20. Astrup, A. y O. Odegard. The influence of hospital facilities and other local factors upon admissions to psychiatric hospitals. *Acta Psychiatric Scand* 35:289-301, 1960.
21. Odegard, O. The incidence of mental diseases in Norway during World War II. *Acta Psychiatr Scand* 29:333-353, 1954.
22. Titmuss, R. M. Argument of Strain. En: Josephson, E. y M. Josephson (Eds.). *Man Alone: Alienation in Modern Society*. New York, Dell, 1962. Págs. 505-516.
23. Dohrenwend, B. P. Sociocultural and social-psychological factors in the genesis of mental disorders. *J Health Soc Behav* 16:365-392, 1975.
24. Baldwin, J. A. The growth of mental hospitalization: The S-shaped curve. En: Freeman H., y J. Farndale (Eds.). *New Aspects of Mental Health Services*. New York, Pergamon Press, 1967. Págs. 419-464.
25. Bachrach, L. L. *Utilization of State and County Mental Hospitals by Spanish Americans in 1972*. National Institute of Mental Health, Division of Biometry, Statistical Note 116. Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health, 1975.
26. Milazzo-Sayre, L. *Admission Rates to State and County Psychiatric Hospitals by Age, Sex, and Race, United States, 1975*. National Institute of Mental Health, Division of

- Biometry and Epidemiology, Statistical Note 140. Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health, 1977.
27. Azoubel Neto, O. Estado actual de la epidemiología del alcoholismo en algunos países de la América Latina: Brasil. En Horwitz, J., J. Marconi, y G. A. Castro (Eds.), *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires, Acta, 1967. Págs. 72-76.
28. Tarnopolsky, A., G. del Olmo e I. Levav (Lubchansky). Survey of alcoholism and excessive drinking in a suburb of Buenos Aires. *Psychol Med* 5:193-205, 1975.
29. Marconi, J., A. Varela, E. Rosenblat, G. Solari, I. Marchese, R. Alvarado y W. Enriquez. A survey on the prevalence of alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago. *QJ Stud Alcohol* 16:438-446, 1955.

First admissions to psychiatric facilities in Brazil, 1960-1974 (Summary)

This article provides an epidemiologic analysis of first admissions to psychiatric hospitals in Brazil. The data employed were regularly collected by the National Mental Health Division (Divisão Nacional de Saúde Mental) through a questionnaire mailed yearly to all psychiatric facilities registered with the Brazilian Ministry of Health. The response rate for the years under study averaged 80 percent. The results show that rates of first admission for each sex, and for both Whites and non-Whites, increased until 1970, following a pattern of increase in the number of psychiatric beds per 100 000 population.

White males generally had the highest rate of first admissions, followed by non-White males, White females, and non-White females. First admission rates increased with age in each group, peaking in the 30-39 and 40-49 age groups. Among males, the most frequent diagnoses involved were "schizophrenia" and "alcohol and drug dependence", while among females they were "schizophrenia" and "neuroses and personality disorders". These results are discussed in the light of Brazil's organization of psychiatric services and social conditions.

Primeiras admissões aos serviços psiquiátricos no Brasil, 1960-1974 (Resumo)

Este artigo proporciona uma análise epidemiológica dos doentes de primeira admissão aos hospitais psiquiátricos no Brasil. Os dados de informação foram metodicamente colhidos pela Divisão Nacional de Saúde Mental mediante um questionário anualmente enviado por serviço postal a todas as instituições psiquiátricas registradas no Ministério da Saúde Pública do Brasil. A taxa de resposta ou reação durante os anos sob estudo obteve uma média de 80%. Os

resultados demonstram que as taxas de primeira admissão aos estabelecimentos, para cada sexo, para brancos e pessoas de cor, subiu até 1970, seguindo um padrão de ascenso representado pelo número de camas para casos psiquiátricos por 100 000 habitantes. Em geral os homens de raça branca atingiram a taxa mais alta de primeira admissão seguidos imediatamente por homens de cor, mulheres de raça branca e mulheres de cor. As taxas de primeiro ingresso aumentaram com a idade,

em cada grupo, e atingiram seu pico nas faixas etárias dos grupos de 30-39 e de 40-49 anos. Entre os homens, as diagnoses nas quais mais frequentemente estavam envolvidos eram de "schizophrenia" e de "dependência de narcóticos e de álcool"; por outro lado, para as

mulheres eram "schizophrenia" e "neuroses e distúrbios nervosos da personalidade". Os achados discutem-se à luz da organização dos serviços psiquiátricos no Brasil bem como das condições sociais existentes.

Premières admissions dans les services psychiatriques au Brésil, 1960-1974 (Résumé)

Cette étude fournit une analyse épidémiologique des premières admissions dans les hopitaux psychiatriques du Brésil. Les données utilisées furent rassemblées de façon régulière par l'Organisation Nationale de Santé Mentale, (Divisão Nacional de Saúde Mental), au moyen d'un questionnaire envoyé par la poste, annuellement, à toutes les institutions de psychiatrie enregistrées au Ministère de la Santé du Brésil. L'ensemble des réponses reçues au cours des années pendant lesquelles dura l'étude fut, en moyenne, de 80%. Les résultats indiquent que les taux des premières admissions, pour les deux sexes, pour la population blanche et la population d'autres races augmentèrent jusqu' en 1970. Il y eut de même une augmentation du nombre

de lits pour malades psychiatriques par 100 000 habitants. Le taux le plus élevé d'admission correspondit aux hommes de race blanche, suivi des hommes d'autres races, des femmes blanches et des femmes d'autres races. Les premières admissions augmentèrent avec l'âge, les plus nombreuses parmi les groupes de 30 à 39 ans et de 40 à 49 ans. Les diagnostics les plus fréquents furent: pour les hommes "schizophrénie" et "alcoolisme et pharmacodépendance", et pour les femmes "schizophrénie" et "névrose et troubles de la personnalité". On analyse ces résultats d'après le critère de l'organisation des services psychiatriques et des conditions sociales du Brésil.

DIA MUNDIAL DE LA SALUD

El tema del Día Mundial de la Salud de 1982 será "Remozar la vejez". El 7 de abril, aniversario de la entrada en vigor de la Constitución de la OMS que tuvo lugar en 1948, se celebra anualmente el Día Mundial de la Salud. Desde 1950 se selecciona un tema específico que se expresa en un lema; el Director General de la OMS determina el tema después de recibir sugerencias de los gobiernos y del personal profesional de la Organización; en ocasiones la Asamblea Mundial de la Salud o el Consejo Ejecutivo son los encargados de esta responsabilidad. Los temas de los últimos cinco años fueron: 1977, "Proteja a sus hijos vacunándolos"; 1978, "Cuidado con la presión alta"; 1979, "Niño sano porvenir del mundo"; 1980, "Tabaco o Salud, elija" y 1981, "Salud para todos en el año 2000".