

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL: IMPLICANCIAS PARA SALUD Y SALUD PUBLICA

Alberto PERALES () & Cecilia SOGI (*)*

Se precisa la importancia de la investigación epidemiológica en psiquiatría y salud mental como base científica indispensable para ahondar en el conocimiento de los factores implicados en el proceso salud/enfermedad y la planificación adecuada de servicios. Se deslindan, para tal efecto, los conceptos de psiquiatría y salud mental, señalando que esta última se vincula estrechamente con el proceso de desarrollo económico y social de las comunidades y naciones. En tal perspectiva, se examina el aporte de la investigación epidemiológica realizada en tales áreas en el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» en sus tres lustros de existencia. Finalmente, se propone un proyecto de investigación-acción para superar las dificultades de transferencia de los datos producidos por la investigación epidemiológica en intervenciones concretas de salud.

PALABRAS CLAVE: *Epidemiología - Psiquiatría - Salud Mental - Salud Pública*

PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH EPIDEMIOLOGIC RESEARCH: IMPLICATIONS FOR HEALTH AND PUBLIC HEALTH

The value of epidemiologic research in psychiatry and mental health as a sound base for the planning of services and to elicit the factors implied in the health/disease process is pointed out. On this account, the conceptual boundaries of psychiatry and mental health are clearly differentiated, stressing that the latter is closely related to the process of economic and social development of communities and nations. In that perspective, the authors analyse the contribution of epidemiologic studies in both fields carried out at the Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» in its fifteen years of existence. Finally they propose a research-action project to overcome the difficulties encountered in transferring valid research epidemiologic data into concrete health interventions.

KEY WORDS : *Epidemiology - Psychiatry - Mental Health - Public Health*

(*) Departamento de Investigación y Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

La epidemiología ha sido definida como la ciencia que estudia la ocurrencia y la distribución de enfermedades, incluyendo la determinación de sus factores causales. El uso principal de los aportes de esta disciplina apoya, además, la planificación de servicios de salud, la organización y administración de los mismos, la investigación sobre causalidad del problema estudiado así como la generación de nuevos métodos de indagación (1). Sin embargo, tales beneficios no han sido siempre bien comprendidos y, por ende, aplicados. Por ello, en las últimas décadas, los epidemiólogos vienen reclamando un lugar en la investigación de servicios de salud, pues, sin su aporte, ésta se convierte simplemente en modificaciones de tipo administrativo (1) sin que ello redunde en una mejora de la atención de salud de la población.

De otro lado, como sabemos, el afronte de salud pública orienta su acción no al individuo y su entorno inmediato (variables microsociales) sino a poblaciones (variables macrosociales) aspirando, además, a contribuir con un modelo de atención preventiva en sus tres niveles (2). En relación a problemas de salud de grandes grupos humanos, la epidemiología dispone, actualmente, de metodologías e instrumentos que posibilitan no sólo su adecuada atención científica y técnica sino que, en último análisis, con su intervención protege y favorece la salud, base esencial del desarrollo económico y social de comunidades y naciones.

De otro lado, hasta hace algunas décadas, el término salud mental ha venido siendo utilizado, tanto a nivel científico cuanto administrativo, como sinónimo de psiquiatría. Por ello, la Organización Mundial de la

Salud a nivel internacional, y el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideoy Noguchi» (INSM "HD-HN") a nivel local, han señalado, repetidamente, su importancia capital en el desarrollo y productividad humanos (3). Es más, el Departamento de Investigación y Epidemiología (DIE) del Instituto ha hecho esfuerzos sistemáticos para diferenciar ambos conceptos, en la teoría y la práctica, bajo la tesis que tal inquietud no constituye un mero ejercicio intelectual sino un claro ordenamiento de las prioridades del sector salud que, en lo público, debe asignar los presupuestos respectivos con clara finalidad de lograr un mayor costo/beneficio (4). La psiquiatría, en tal sentido, en países del tercer mundo, como es el caso del Perú, no puede competir -por humano que sea su reclamo- en la asignación priorizada de fondos públicos con otras urgencias nacionales (enfermedades que producen alta mortalidad infantil o materna, desnutrición, etc). En cambio, la salud mental, constituyendo la base fundamental del desarrollo y conducta productiva del individuo, comunidades y naciones, si y debe hacerlo. Más aún, tal distingo conceptual conduce claramente a visualizar los diferentes problemas que de tales áreas se desprenden. En el aspecto psiquiátrico, nadie duda actualmente que el problema prioritario del Perú y del mundo, es el abuso/dependencia del alcohol (5); mientras que, en lo relativo a salud mental (patología conductual no necesariamente basada en trastorno psiquiátrico subyacente) lo es el subdesarrollo y la pobreza, la corrupción generalizada y la violencia (3) problemas de tal magnitud, complejidad e importancia, que ningún país puede permitirse el lujo de postergar sus soluciones. Enfatizamos, así, que a diferencia de los

problemas psiquiátricos que inciden particularmente en el ambiente microsocioal (individuo-pareja-familia) los de salud mental atacan, preferentemente, el nivel macrosocioal con efectos nocivos, como ya hemos precisado, sobre la productividad, el desarrollo económico y social del país, y, por ende, la calidad de vida de la población (6). Lamentablemente, los decisores políticos en toda latinoamérica (7) al confundir la salud mental con la psiquiatría asignan escasos fondos al desarrollo de la primera, postergando así una disciplina que en los planes nacionales de salud debe ser prioritario.

Planificación en salud. Lo expuesto conduce a la necesidad de sensibilizar los niveles de decisión política sobre la importancia y conveniencia, no sólo de establecer sino introyectar tal diferenciación. La lucha contra los problemas de salud mental señalados no puede, asimismo, ser sólo tarea del Estado sino esfuerzo mancomunado generando en todos los ciudadanos las conductas necesarias de solidaridad, lucha por objetivos nacionales y aspiración compartida por un mejor nivel de vida. Consecuentemente, las variables psicosociales de la salud en las que asienta la salud mental, hacen de ésta pilar fundamental en la planificación de salud y en los objetivos de Salud Pública.

De otro lado, la planificación de salud es definida por Pineault & Daveling como: «un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos, determinado según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas. Un proceso metódico, consistente en definir un problema por análisis para satisfacer las necesidades y

demandas no satisfechas que constituyen el problema, fijar fines realistas y posibles, determinar el orden de prioridades, inventariar los recursos necesarios, conseguir y proyectar las acciones administrativas considerando las diversas estrategias de intervención posibles para resolver los problemas» (8).

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN EL INSM "HD-HN"

El Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», a través de su Departamento de Investigación y Epidemiología (DIE) ha contribuido en esta área con diversos aportes epidemiológicos en sus tres lustros de existencia, que a continuación resumimos en sus aspectos esenciales.

1. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú) (9, 10). La característica metodológica mayor de estos estudios es que corresponden a investigación epidemiológica de tercera generación, originada en la década de los 80s (11) que hace uso de instrumentos diagnósticos altamente confiables, entrevistas totalmente estructuradas y programas computarizados de análisis. El estudio peruano se llevó a cabo paralelamente con el Epidemiological Catchment Area Program (ECA) (12), el más grande estudio de epidemiología psiquiátrica realizado en los EEUU de Norteamérica. El equipo de investigación nacional fue liderado por expertos japoneses y contó con la asesoría del Instituto Neuropsiquiátrico de la Universidad de California de Los Angeles (UCLA). La investigación se llevó a cabo en un distrito urbano-marginal de Lima, en

dos fases (1982 y 1983). Los resultados revelaron una alta prevalencia de vida de abuso/dependencia del alcohol y trastorno de personalidad antisocial en varones; y de depresión mayor y trastornos fóbicos en mujeres.

Paralelamente al aprendizaje de la metodología, los estudios que nos ocupan permitieron la creación de un banco de datos epidemiológicos, el mismo que ha permitido, a su vez, realizar análisis más específicos en diferentes temáticas habiéndose producido los siguientes informes complementarios (números 2 al 6 siguientes).

2. Prevalencia de 6 meses de trastornos mentales específicos en Independencia (Lima-Perú) (13). Los resultados indican una alta prevalencia de vida de diversos trastornos específicos en los últimos 6 meses, especialmente el abuso/dependencia del alcohol, trastorno de personalidad antisocial, depresión mayor y trastorno de somatización en la población de Independencia, comparativamente con los hallazgos en tres ciudades norteamericanas.

3. Epidemiología del trastorno de personalidad antisocial en localidad urbano-marginal de Lima (14). Esta investigación revisa la literatura nacional e internacional sobre el tema y analiza los casos con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Antisocial en cuanto a su perfil sociodemográfico y clínico. Los resultados indican que la prevalencia del trastorno es alta en la población de estudio; las conductas en la niñez y adolescencia son de naturaleza perturbadora del desarrollo normal; y, las conductas en adultos, además de alterar el funcionamiento social y ocupacional del sujeto, incluyen violencia y

delincuencia. Se recomienda la participación de otros sectores para los fines preventivos y correctivos de las conductas antisociales.

4. Aportes de la epidemiología a la nosología de la depresión (15). En primer lugar, el estudio compara tres grupos, uno con trastornos depresivos específicos y otro con síntomas depresivos pero sin alcanzar los criterios diagnósticos de trastorno, con un grupo exento de depresión. Los resultados muestran que ambos grupos depresivos se asocian significativamente a efecto adverso de los síntomas sobre el funcionamiento y bienestar de los sujetos afectos. El impacto negativo fue mayor en el grupo con trastornos depresivos específicos, aunque aquel con síntomas pero sin trastorno siendo un grupo numéricamente mayor (la tercera parte de la muestra de estudio) constituye, desde el punto de vista de la salud pública, una condición de más importancia. En segundo lugar, se examina el perfil sociodemográfico y clínico de la depresión mayor en varones y mujeres, hallándose diferencias importantes. Se discuten los posibles factores vinculados a la depresión en varones y mujeres de los sectores urbano-marginales, subrayando que tales factores deben tomarse en cuenta en la perspectiva de salud pública.

5. Aportes de la epidemiología a la nosología de los trastornos fóbicos (16). Se compara el perfil sociodemográfico y clínico, incluyendo la naturaleza de los temas fóbicos así como la comorbilidad, de los trastornos fóbicos en varones y mujeres. Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

6. Investigación epidemiológica del alcoholismo. Un estudio de prevalencia en localidad urbano-marginal (Independencia) (17). Se analizan las características sociodemográficas y clínicas del abuso/dependencia del alcohol en el distrito de Independencia. Los resultados evidencian una alta prevalencia de vida del trastorno en la población estudiada, especialmente en varones entre los 20-29 años de edad; asimismo, la naturaleza de los síntomas y conductas asociadas a su consumo confirman que el trastorno constituye problema de salud pública.

7. Sistema de Registro del Uso y Abuso de Alcohol y Drogas (RENAD) (18). En un estudio multicéntrico se organizó un sistema de registro, el RENAD, que permitía identificar los casos de urgencias médicas relacionados al uso indebido del alcohol y otras sustancias psicoactivas, en los servicios de emergencia de siete centros asistenciales de Lima Metropolitana. Para ello se incorporó en la metodología la Encuesta en Semana Típica, la misma que sin mermar la calidad de la información disminuyó significativamente los costos del estudio, aumentando, así, su probabilidad de hacerlo sustentable en el largo plazo. El proyecto contó con la participación de un equipo de expertos en el tema quienes produjeron, además, dos valiosos documentos de lineamientos de programas preventivos, uno para el problema del alcohol y el otro para el de drogas ilegales.

8. Estructura social y los recursos de salud en la explicación de las tasas de morbilidad y mortalidad (19). En el enfoque sociológico de la medicina se establecen correlaciones entre los indicadores de estructura social y los niveles de salud.

En relación a la mortalidad, el estudio reafirma que la actividad industrial, los altos niveles de desocupación, los procesos de migración y de urbanización se relacionan con la tasa de mortalidad por trastornos mentales, del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (Rubro utilizado por la clasificación de enfermedades oficial vigente, CIE-9).

9. Primer censo de población y vivienda de la urbanización popular «Los Angeles» del distrito del Rímac (20). Ante el escaso apoyo económico otorgado por el sector a las tareas de investigación en salud mental y la realidad del alto costo de los mismos a nivel poblacional, el DIE, teniendo en cuenta que las metodologías en este campo son aún blandas decidió seleccionar una población objetivo tipo con características urbano-marginales. Se eligió una comunidad urbano-marginal del distrito del Rímac, geográficamente muy próximo al Instituto con cuya población se estableció un Convenio de Atención en Salud específicos, a través de sus dirigentes comunales. Se procedió luego a realizar un censo de población y vivienda. Los datos recolectados permitieron contar con el marco muestral que otorgan validez a todos los estudios realizados en esta localidad.

10. Rendimiento cognoscitivo: factores de riesgo y protección para diseño de programa preventivo (21). Se evaluaron los factores biológicos, psicológicos y sociales asociados al rendimiento cognoscitivo en dos grupos de niños entre 6-9 años de edad, uno con rendimiento cognoscitivo superior y otro inferior, residentes de una localidad urbano-marginal de Lima. Los resultados señalaron como principales fac-

tores de riesgo: multiparidad de la madre, bajo peso al nacer, bajo nivel de educación y ocupación no calificada de ambos progenitores, alta densidad habitacional de la vivienda, entre otros. En base a los hallazgos se elabora los lineamientos de un programa de intervención orientado a la prevención y promoción del rendimiento intelectual en la población escolar.

11. Linderos sociales y culturales para salud mental comunitaria (22).

Utilizando metodología etnográfica se exploró el sistema de signos, significados y prácticas poblacionales relacionados a la salud mental en el Perú. El estudio se llevó a cabo en tres localidades diferentes por su nivel de urbanización (urbana, urbana-marginal y semirural). Los resultados evidenciaron que la comunidad identifica múltiples manifestaciones de enfermedad (signos) siendo las quejas somáticas la expresión más frecuente de distrés; los problemas de salud mental son vinculados, en cuanto a su causalidad (significados) al contexto de conflictos familiares; y que la comunidad reacciona más positiva que negativamente frente a personas con problemas de salud mental. En relación a las prácticas, la comunidad hace uso de múltiples recursos de salud para su manejo, independientemente de la patología que los motiva. Asimismo, el estudio identificó una brecha cognoscitiva entre el modelo científico aplicado por los centros asistenciales de salud y el modelo popular (23) utilizado por la población, situación que dificultando por un lado el uso de los servicios de salud, ofrece, por otro arena de enormes posibilidades de investigación e intervención en salud pública para optimizar su uso, adaptándolos a las reales necesidades socioculturales de la población.

12. Adaptación del Cuestionario de Salud Mental (24).

En el desarrollo científico de la metodología de investigación en salud mental, un aporte original fue logrado por el Ministerio de Salud de Colombia. El instrumento tipo cuestionario, nos fue cedido por el entonces Director de la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud de dicho país, Dr. Luis Posada Villa, siendo adaptado para su uso en nuestro medio en la población-tipo mencionada anteriormente. Se produjeron, así, dos versiones del instrumento una para adultos, de 18 años a más, y otra para adolescentes, de 12-17 años. Las ventajas de contar con instrumentos de esta naturaleza se hicieron evidentes en las investigaciones que se llevaron a cabo con ellos, lo cual permitir en corto plazo realizar mediciones comparativas en diversas poblaciones y regiones del país.

13. Salud mental en una localidad urbano-marginal de Lima (25).

El Cuestionario de Salud Mental citado fue aplicado a la población de una localidad urbano-marginal del distrito del Rímac. Un hallazgo importante fue que las mujeres están sometidas a mayores niveles de estrés psicosocial con menores posibilidades de drenaje social de la tensión, volcándola, más frecuentemente que los varones, a través de síntomas de distrés y de conductas violentas auto o hetero orientadas; mientras que, en varones, los resultados revelan una alta frecuencia de abuso de alcohol y de conductas antisociales. Los adolescentes de la localidad también evidencian otras preocupantes dificultades tales como: inicio cada vez más temprano en el uso/abuso de sustancias y en actividad sexual, así como conductas violentas accidentales e intencionales.

14. Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo (26). Utilizando el Cuestionario de Salud Mental, se analizaron los datos obtenidos en una población urbano-marginal incidiendo en conductas violentas accidentales e intencionales en adolescentes. Los resultados indican que tales conductas se asocian significativamente con: tendencia antisocial; presencia de amigo consumidor de sustancias; sexo masculino; bajo nivel de educación de la madre; percepción de mala salud; estrato socioeconómico bajo; presencia de relación de pareja; edad entre 15-17 años; densidad habitacional inadecuada; y familia desintegrada. Hallazgo importante fue detectar en adolescentes mujeres que el 35% manifestaron haber tenido ideación suicida y el 5% ideación homicida consciente.

15. Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena (27). El mismo cuestionario, en su versión para adolescentes, fue aplicado en los distritos de Magdalena (población urbana) y Ate (población urbano-marginal), a través de coordinaciones con los hospitales Víctor Larco Herrera y Hermilio Valdizán, respectivamente. Los resultados del primero motivaron una publicación conjunta entre el INSM «HD-HN» y el Hospital Víctor Larco Herrera. Los hallazgos a destacar fueron: abuso del alcohol en el 7%; altos niveles de estrés; diversas conductas violentas; inicio de actividad sexual a edades más tempranas; y, en un porcentaje de casos, se aprecia que la familia constituye una fuente de tensión en lugar de una de soporte, sumándose a otros estresores psicosociales.

16. Perspectiva sociocultural de las conductas disociales en adolescentes (28). La base de datos de los estudios en Los Angeles y Magdalena permitieron examinar las conductas antisociales de los adolescentes respecto a sus dimensiones psicológicas, sociales y contextuales.

17. Salud mental en adolescentes del distrito de Ate (29). Estudio que ha completado el análisis de datos y se encuentra en su fase de redacción, culminará también en una publicación conjunta entre el Instituto y el Hospital Hermilio Valdizán.

18. Estresores psicosociales en el ciclo vital de la población peruana (30). El estudio evalúa, a través de datos epidemiológicos psiquiátricos y de salud mental, las asociaciones existentes entre el nivel de salud y diversas variables conceptualizadas como estresores psicosociales, en adultos mayores de 18 años y en niños entre 6-9 años de edad de dos poblaciones urbano-marginales de Lima. El análisis demuestra que el diagnóstico de algún trastorno mental en adultos se asocia a estresores vinculados a la familia, el trabajo y la salud; mientras que el nivel de inteligencia y de nutrición en niños se asocia a las condiciones del ambiente físico y social donde éstos se desarrollan. En la Teoría de Sistemas los autores interpretan los hallazgos en relación a las macrovariables económicas desfavorables que afectan a la población. Se comenta, en tal óptica, la influencia del desempleo/subempleo del varón como factor de desestabilización familiar. Finalmente, se enfatiza la necesidad de lograr la voluntad política para impulsar las mejoras sociales y se señala la importan-

cia de la epidemiología como instrumento de diagnóstico situacional que fundamenta las políticas de salud en las diferentes etapas del ciclo vital.

19. Traducción y adaptación del Formato de Evaluación Inicial (versión 1982) a lengua española (31). La actividad asistencial en el Instituto se inicia con el uso de un formato de historia semiestructurada, desarrollado en la Universidad de Pittsburgh, USA, como componente de un sistema de información clínica. Con el propósito de sistematizar los datos clínicos con fines no sólo asistenciales sino también docentes y administrativos, el instrumento fue sometido al proceso de adaptación previa, indispensable en estos casos.

20. Formato de Evaluación Inicial y su uso en Lima y Pittsburgh (32). Se trata de un estudio comparativo transcultural entre poblaciones asistidas del INSM «HD-HN» y del Centro de Evaluación y Diagnóstico de la Universidad de Pittsburgh facilitado por el uso del mismo instrumento en ambas instituciones. Otra investigación, en la misma línea y con el mismo formato de historia clínica, compara la distribución de diagnósticos DSM-III en una muestra de pacientes de Norte y Sudamérica (33).

21. Estudio de campo de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), Capítulo V (34). El Instituto fue Centro Colaborador del estudio de campo de la CIE-10 que bajo los auspicios de la Asociación Psiquiátrica Mundial se realizó en 57 países, dando lugar a que tres de sus investigadores contribuyeran con aportes a la nueva revisión.

El proceso comprendió: revisión de la traducción, adiestramiento en el uso de la CIE-10, preparación de resúmenes de casos, evaluación conjunta de pacientes, evaluación de resúmenes de casos y, finalmente, comentarios adicionales y discusión sobre los aportes de la nueva revisión.

22. Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica (7). La metodología de encuesta aplicada a psiquiatras líderes de opinión de siete países sudamericanos y el uso de fuentes de información secundaria permitieron conocer diversos aspectos de la asistencia psiquiátrica en este lado del continente. Entre los hallazgos más destacados se encuentra una tendencia a la disminución de camas psiquiátricas con atención preferente a nivel de consulta externa y uso de hospitalizaciones breves. Asimismo, la naturaleza de la demanda en los siete países participantes se caracteriza por obedecer a problemas psiquiátricos y de salud mental, en similar frecuencia, en la población infanto-juvenil mientras que en adultos de 18 años a más fueron los problemas psiquiátricos los que con mucha mayor frecuencia generan la conducta de búsqueda de ayuda. Tal hallazgo plantea que los servicios de niños y adolescentes deben planificarse bajo criterios y modelos conceptuales de enfermedad diferentes que los utilizados en la atención de adultos. El modelo médico de enfermedad parece ser el más adecuado en los últimos debiéndose complementar con otros modelos en los primeros.

23. Utilización de los servicios de medicina folklórica por la población asistida (35). El estudio halló que uno de cada cuatro pacientes informaron haber utilizado servicios de medicina tradicional para la

atención de la enfermedad que motivaba la consulta actual. Adicionalmente, los encuestados afirmaron que en el Perú las personas recurren al curandero en un 85% y que 64% cree en el daño/susto. Asimismo, un hallazgo sorprendente fue que siendo todos los encuestados residentes de Lima, el 50% respondió haber consultado con curanderos de la costa norte, sierra o selva. Los autores concluyen que la población no escatima esfuerzos ni gastos en la búsqueda de salud.

24. Conocimientos, opiniones y actitudes de los médicos frente a la medicina tradicional y sus agentes en tres ciudades del Perú (36). El estudio aplica una encuesta específica a profesionales médicos de tres ciudades peruanas, una ubicada en la costa, otra en la sierra y la tercera en la selva, las mismas que ofrecen claras diferencias socioculturales. Los resultados indican que en las ciudades amazónica y altiplánica las opiniones de los médicos respecto a la integración de la medicina tradicional y académica fueron más favorables. Así, estos galenos señalan que los curanderos tienen influencia en su comunidad y manejan aspectos psicológicos; brindan cobertura de salud ahí donde no llega los servicios de salud oficiales; que la medicina tradicional está al alcance de la economía popular y constituye una realidad sanitaria del país. En cambio, en la ciudad costeña, a pesar que se caracteriza por una amplia difusión de la práctica curanderil, los médicos expresaron su desacuerdo con tal integración, hecho que los autores atribuyen a razones de tipo económico.

25. Recursos terapéuticos tradicionales (37). Partiendo del concepto que la cultura provee a las comunidades un personaje

que se constituye en catalizador de sus angustias existenciales, permitiéndoles comprender todo aquello que les acontece y para lo cual carecen de explicación, los autores exploran las razones potencialmente útiles para la integración de la medicina tradicional y académica; los modelos popular y científico de enfermedad; la nosología curanderil y los recursos terapéuticos tradicionales; para, finalmente, profundizar en la comprensión de la dinámica de la brecha existente entre los modelos de enfermedad en la experiencia peruana.

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA Y REFORMA DEL SECTOR SALUD

El sector salud ha planteado su reforma buscando el logro de una mayor equidad, eficiencia y calidad en la prestación de servicios a la comunidad. Al respecto, un documento oficial (38) dice: «...el sistema de salud implicará dentro de un modelo de reformas los siguientes subsistemas: de salud individual y de salud pública. Este último prestará servicios de promoción de la salud y prevención primaria brindando cobertura a la población sana y en riesgo de enfermar, dentro de una cultura de la salud y de responsabilidad compartida por el derecho a la salud».

La producción epidemiológica del Instituto, examinada en el marco de referencia de las políticas del sector, permite destacar la similitud de orientación con tales objetivos, desde su inicio. La contribución de nuestra institución en esta área se ha volcado, preferentemente, a la generación de conocimiento en las variables psicosociales (salud mental) de los problemas de salud. Tales estudios han sido fundamentalmente realizados en sectores ur-

bano-marginales con poblaciones económicamente desfavorecidos y, por consiguiente, con mayores necesidades básicas en materia de salud. Los trabajos han sido publicados y difundidos en la comunidad científica nacional e internacional. No obstante, y tal como ya hemos señalado en anteriores comunicaciones (39), el hiato de transferencia entre gnosis y praxis se mantiene como un escollo fundamental. Así, el apoyo político esencial para la aplicación del conocimiento logrado en beneficio de la población aún no se da con la prioridad necesaria, constituyendo casi un mal hábito que los programas de intervención no se apoyen en datos duros ofrecidos por la investigación epidemiológica. Lamentablemente, el riesgo de obtener un bajo costo/beneficio con inadecuado uso de los escasos recursos del sector sigue, así, siendo alto.

PROPUESTA

El hiato de transferencia de conocimiento y tecnología señalado, aunque de ocurrencia mundial, reviste características de lucha por la supervivencia en poblaciones afectadas por el subdesarrollo y sus trágicas consecuencias: la pobreza, el bajo nivel educativo, la conducta poblacional dependiente y de escasa asertividad y productividad, frecuentes en los países del tercer mundo. Alarcón (40) ha señalado, entre nosotros, las siguientes características de la pobreza:

a) *Económicas*: bajos salarios, precariedad ocupacional, desocupación por largos periodos y el ejercicio de una amplia gama de ocupaciones y subocupaciones no calificadas. Situación que genera el fenómeno de marginación social y constante índice

de desempleo y subempleo.

b) *Sociales*: vivir incómodos y apretados, ausencia de vida privada, alta incidencia de alcoholismo, violencia, castigo corporal a los niños y maltrato del cónyuge, temprana iniciación sexual, incidencia de madres abandonadas, autoritarismo familiar, inexistencia de la infancia, bajo nivel educativo, analfabetismo, actitud crítica de las instituciones que mantienen las clases dominantes, espíritu gregario, vínculos acentuados de parentesco y compadrazgo, y promiscuidad.

c) *Biológicas*: biológicamente los individuos pobres son, por lo general, inferiores en peso y altura que el promedio de la población, acusan bajo rendimiento físico e intelectual, exhiben altas tasas de natalidad, morbilidad, desnutrición infantil y mortalidad, asimismo menor expectativa de vida.

d) *Personales*: fuerte orientación al tiempo presente, pocos deseos de planear para el futuro, vivir de lo inmediato, tendencia al hedonismo de corto alcance; sentimiento de fatalismo basados en las dificultades de la vida; bajo nivel de aspiración, creencia en la superioridad masculina, cierto complejo entre las mujeres a considerarse mártires; sentimiento de marginalidad y de no pertenecer a nada, desconfianza social, frecuentes sentimientos de inferioridad y de desvalorización personal».

Otro autor (41) han descrito dos tipos de pobreza en el Perú dependiendo de la actitud del sujeto frente a la vida. Unos, con conducta ganadora, son aquellos que a pesar de la carencia material salen adelante, mientras que otros, con conducta perdedora

ra, desmoralizada y sin ambiciones realistas, quedan relegados a una condición de pobreza crónica que tiende a transferirse generacionalmente en un lastre de menor productividad para el país.

Consideramos, por ello, que la investigación en las áreas de salud mental que nos ocupan corresponde a científicos de diferentes sectores y profesiones, así como a la responsabilidad política del sector para lograr el apoyo presupuestal en la ejecución de programas de salud, científica y técnicamente fundamentados en el diagnóstico real de las necesidades y problemas de una población dada. Del mismo modo, la neutralización o eliminación de los factores de riesgo y la utilización de factores protectores que la sociedad siempre provee, son metas factibles de alcanzar en los programas de intervención siempre y cuando la investigación los haya identificado previamente. Por ello, no pueden, ni deben las instituciones psiquiátricas nacionales, a nuestro entender, creer que cumplen con sus responsabilidades con el país de orientar sus actividades preferentemente a ofrecer servicios de atención recuperativa intrahospitalaria -por muy eficientes que estas sean- cuando los problemas psicosociales y el nivel de salud de la población y, por ende, su productividad, se encuentran tan afectados. Resulta indispensable que tales centros contribuyan con la generación de datos y conocimientos, que sólo la investigación puede dar, para basar la planificación de salud sobre cimientos reales dependientes de información dura. La lucha contra el subdesarrollo es una guerra con batallas esenciales en el campo de la salud, vía salud mental, en un frente intersectorial. Contribuir, por ello, con el aporte de nuevas metodologías que ayu-

den a superar el hiato de transferencia y faciliten, al mismo tiempo que aceleren, la adecuación sociocultural de los servicios de salud (en general) a las características de la población que se sirve es un fin al cual se orienta la siguiente propuesta, presentada por el DIE en la reciente Reunión de Jefaturas del INSM «HD-HN» (Huampaní, enero de 1997).

PROPUESTA DE PROYECTO DE INVESTIGACION-ACCION: Sistema integrado de salud mental en el distrito de Independencia.

El objetivo general es desarrollar metodologías y estrategias que permitan que los datos de la investigación epidemiológica contribuyan a superar el hiato de transferencia y a lograr una optimización continua del sistema de atención en salud mental y psiquiatría.

Los objetivos específicos del proyecto son:

1. Diseñar un estudio epidemiológico psiquiátrico y de salud mental que determine prevalencias de trastornos mentales específicos y de problemas prioritarios de salud mental en la comunidad, de acuerdo al ciclo vital de la población.
2. Identificar los factores de riesgo y protección correspondientes
3. Utilizar los datos así obtenidos para diseñar un programa de atención priorizada con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables y detección y tratamiento precoz de casos y problemas de salud mental (investigación-acción con superación del hiato de transferencia).

4. Mejorar, con tal experiencia, el sistema de Atención Primaria de Salud y de Salud Mental en la población estudiada optimizando los procesos de referencia, seguimiento, contrareferencia e intervenciones de rehabilitación

5. Crear y desarrollar instrumentos de evaluación clínica y de problemas de salud y de salud mental de fácil aplicación.

6. Adaptar la formación de recursos humanos a las necesidades reales identificadas en la población.

7. Adaptar y crear estrategias clínico-terapéuticas para las necesidades de salud de la población.

8. Crear un sistema de evaluación global del programa de intervención sobre cuyos resultados se diseñe, en forma circular, el próximo proyecto

Localidad: Distrito de Independencia, donde existen datos epidemiológicos previos, un sistema de atención en salud mental comunitaria ya operativo y amplia experiencia clínica de trabajo comunitario

Periodo: 1997-98

Beneficios:

1) El sector salud generará programas de atención continuamente optimizables por datos científicos, fácilmente replicables y adaptables a otras regiones del país. La inversión será, así, prioritariamente orientada a los problemas más críticos detectados;

2) El proyecto-programa contribuirá a combatir el subdesarrollo y la pobreza favore-

ciendo el nivel de desarrollo y productividad de la población;

3) El INSM «HD-HN» demostrará su necesaria vigencia y utilidad en el campo de la salud, salud mental y psiquiatría.

COMENTARIO FINAL

En términos administrativos podemos decir que el Departamento de Investigación y Epidemiología del INSM «HD-HN» ha cumplido con creces las metas propuestas debiendo, además, tomarse en consideración que ello se ha logrado con sus escasos recursos limitados a dos profesionales médicos y una secretaria, con el apoyo de un estadístico contratado y con un espacio y apoyo logístico escasos. Más aún, aparte de cumplir con sus obligaciones, el DIE ha debido otorgar apoyo y asesoría a los diversos estamentos del Instituto así como realizar las actividades de formación de recursos humanos en investigación, el trabajo editorial de la revista *Anales de Salud Mental* y de la Serie *Monografías de Investigación*, además de tareas administrativas. El presupuesto del Instituto, por muchos años, sólo ha contemplado las remuneraciones del personal, mantenimiento de equipos y materiales; hace sólo dos años que se viene destinando un presupuesto para las publicaciones. En relación a los proyectos de investigación algunos han recibido la financiación de organismos de cooperación externa tales como: JICA, USAID, OPS e IDRC; otros deben mantenerse en inconveniente espera por falta de apoyo. La producción deriva, así, fundamentalmente, del esfuerzo de su personal guiado por una mística que en administración se denomina visión y misión (42).

Finalmente, el DIE ha señalado en cuanta oportunidad le ha sido posible, que justamente, los países subdesarrollados son los que más necesidad tienen de investigar y producir conocimiento para usar racionalmente los escasos recursos del sector beneficiando prioritariamente a la población que más los necesita.

En conclusión, creemos que la investigación epidemiológica en psiquiatría y de salud mental no se debe obstaculizar sino, por el contrario, alentar. Más aún, por lo hecho y expuesto, el Instituto estaría en condiciones de contribuir científica y técnicamente al esfuerzo de reforma de política del sector, pudiendo ofrecer como aporte la transferencia de conocimientos y la tecnología necesaria para el desarrollo de programas preventivos. Tales aportes pueden enunciarse como a continuación se expone:

1. Haber realizado estudios epidemiológicos en el campo de la psiquiatría y la salud mental, para proveer datos a los niveles de decisión, útiles para la toma de decisiones de política del sector.

2. Continuar creando y desarrollando nuevas metodologías de investigación: cuestionarios e instrumentos diagnósticos

3. Haber producido informes técnicos y artículos científicos así como editar la revista *Anales de Salud Mental* y la Serie *Monografías de Investigación del Instituto*

4. Formar recursos humanos en investigación en las diferentes profesiones afines.

5. Asesorar a investigadores en el desarrollo de proyectos de investigación, el análisis de datos, la organización de la información y redacción del informe.

6. Haber establecido y continuar cimentando relaciones con instituciones nacionales e internacionales que desarrollan actividades similares a las del DIE entre las que cabe mencionar: la Universidad Peruana Cayetano Heredia; el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); el Instituto Nacional de Medicina Tradicional; la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; la Universidad California de Los Angeles (UCLA), USA; la Universidad Federal de Bahía, Brasil; las Universidades de McGill y Montreal, Canadá; el International Centre for Development of Research, Ottawa, Canada; la Agencia para el desarrollo Internacional de los EEUU (USAID).

7. Creemos que la experiencia práctica ganada en sus casi tres lustros de existencia, acredita al DIE para ejecutar proyectos epidemiológicos mayores de alcance nacional.

REFERENCIAS

- 1) NAJERA E. Discusión. En *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. C. Buck, A. Llopis, E. Najera & M. Terris (eds) Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica N° 505. Washington DC, 1988
- 2) SPIRO H. *Prevention in Psychiatry: Primary, Secondary and Tertiary*. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. HI Kaplan, AM. Freedman & BJ Sadock (eds). Williams & Wilkins. Baltimore, 1980
- 3) PERALES A. Concepto de salud mental: la experiencia peruana. *Anales de Salud Mental*, 1989; 5:103-110
- 4) EINSTEIN MC & STASON WB. Fundamentos del análisis de eficacia en función de los costos en relación con la salud y el ejercicio de la medicina. En KL White, J Frenk, C Ordoñez, JM Paganini & B Starfield (eds). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. OPS. Publicación Científica N° 534. Washington DC, 1992
- 5) MONTOYA A, PERALES A & SOGI C. Alcoholismo en localidad urbano-marginal. Una aproximación interdisciplinaria. (En prensa)
- 6) PERALES A. Salud mental y desarrollo. *Anales de Salud Mental*, 1988; 4:125-134
- 7) PERALES A, SOGI C, LOLAS F, PACHECO A, SAMANIEGO N, MATUTE G, BARRETO A, CHASKEL R, DAVILA H & LOPEZ R. Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica. INSM «HD-HN» OPS/OMS. Lima, 1995
- 8) PINEAULT R & DAVELING C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. 2da edición. Masson. Barcelona, 1995
- ✓ 9) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL «HONORIO DELGADO-HDEYO NOGUCHI» (Hayashi S, Perales A, Warthon D, Sogi C & Llanos R.). Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima Perú). *Anales de Salud Mental*, 1985; 1:206-222
- ✓ 10) MINOBE K, PERALES A, SOGI C, WARTHON D, LLANOS R & SATO T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental*, 1990; 6:9-20
- 11) DOHRENWEND BP & DOHRENWEND BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *Am J Public Health*, 1982; 72:1271-1279
- 12) EATON WW, HOLZER CHE, VON KORFF M, ANTHONY JC, HELZER JE, GEORGE L, BURNAM MA, BOYD JH, KESSLER LG & LOCKE BZ. The design of the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41:942-948
- ✓ 13) PERALES A & SOGI C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental*, 1995; 11: 9-29
- ✓ 14) SOGI C. Epidemiología del trastorno de personalidad antisocial en localidad urbano-marginal de Lima (En prensa)

- ✓ 15) SOGI C. Aportes de la epidemiología a la nosología de la depresión (En prensa)
- ✓ 16) PERALES A & SOGI C. Aportes de la epidemiología a la nosología de los trastornos fóbicos (En prensa)
- ✓ 17) MARIATEGUI J & SOGI C. Investigación epidemiológica del alcoholismo. Un estudio de prevalencia en población urbano-marginal (Independencia). *Anales de Salud Mental*, 1985; 1:151-161
- 18) PERALES A, SOGI C, GARCIA M, FLORES R, GONZALES D, TORRES R & BERNAL E. Sistema de Registro de Uso y Abuso del Alcohol y Drogas (RENAD). Imp. Valerio. Lima, 1990
- 19) MONTOYA A, PERALES A & SOGI C. Estructura social y los recursos de salud en la explicación de las tasas de morbilidad y mortalidad. *Anales de Salud Mental*, 1986; 2:82-99
- 20) PERALES A, SOGI C, MACHER E, LOPEZ J, MARCHENA C, MENDOZA M & VIA M. Rendimiento cognoscitivo: factores de riesgo y protección para diseño de programa preventivo. Monografía de Investigación N°1. DIMERSA. Lima, 1993
- 21) PERALES A, SOGI C, MONTOYA A, MORMONTOY W & DIAZ N. Primer Censo de Población y Vivienda de la Urbanización Popular «Los Angeles». En Monografía de Investigación N° 1 INSM «HD-HN». DIMERSA. Lima, 1993
- ✓ 22) PERALES A, MONTOYA A & SOGI C. Linderos sociales y culturales para salud mental comunitaria. INSM «HD-HN» & UPCH. Lima, 1995
- 23) KLEINMAN A. Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology and Psychiatry. University of California. Berkeley, 1980
- 24) PERALES A, SOGI C, SANCHEZ E & SALAS RE. Adaptación del Cuestionario de Salud Mental. En Monografía de Investigación N° 2 INSM «HD-HN». DIMERSA. Lima, 1995
- 25) PERALES A, SOGI C, SANCHEZ E & SALAS RE. Salud mental en una localidad urbano-marginal de Lima. Monografía de Investigación N° 2. INSM «HD-HN». DIMERSA. Lima, 1994
- 26) PERALES A & SOGI C. Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. En Monografía de Investigación N° 3. INSM «HD-HN». DIMERSA. Lima, 1995
- 27) PERALES A, SOGI C & SALAS RE. salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Monografía de Investigación N° 4. INSM «HD-HN» & HVLH. DIMERSA. Lima, 1996
- 28) PERALES A & SOGI C. Perspectiva sociocultural de las conductas disociales en adolescentes (En prensa)
- 29) PERALES A & SOGI C. Estresores psicosociales en el ciclo vital de la población peruana (En prensa)
- 30) PERALES A, SOGI C, BRAVO J & ORDOÑEZ C. Salud mental en adolescentes del distrito de Ate (En prensa)

- 31) SOGI C, WARTHON D, MEZZICH JE, LOPEZ MERINO I, CASTRO J & TEJADA K. Traducción y adaptación del Formato de Evaluación Inicial (versión 1982) a lengua española. *Acta Psychiatr Psicol Am Lat* 1987; 33:123-130
- 32) WARTHON D, SOGI C, MEZZICH JE, LOPEZ MERINO I & CASTRO J. El formato semiestructurado de evaluación inicial y su uso en Lima y Pittsburgh. *Anales de Salud Mental*, 1986; 2:43-58
- 33) SOGI C, WARTHON D, MEZZICH JE, VALVERDE J, SAAVEDRA A & AHN W. Comparative distribution of DSM-III diagnoses in North and South America clinical samples. *British J Psychiatry*, 1989; 4(suppl):91-95
- 34) SOGI C, PERALES A & WARTHON D. Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10) Capítulo V: estudio de campo (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental*, 1994; 10:51-58
- 35) TAKAHASHI R, SOGI C & SATO T. Utilización de los servicios de la medicina tradicional por la población asistida. *Anales de Salud Mental*, 1986; 2:122-130
- 36) PERALES A, SOGI C, BERNAL E, FRISANCHO D, AREVAALO C, PEDERSEN D & TEJADA K. Conocimientos, opiniones y actitudes de los médicos frente a la medicina tradicional y sus agentes en tres ciudades del Perú. En *Anales del II Congreso Internacional de Medicina Tradicional*. Lima, 1988
- 37) PERALES A & SOGI C. Recursos terapéuticos tradicionales (En prensa)
- 38) ESAN. Reforma de la salud. Servicios de salud (documento)
- 39) PERALES A. Problemática de la investigación en psiquiatría y salud mental en el Perú. *Anales de Salud Mental*, 1987, 3:55-68
- 40) ALARCON R. Psicología, pobreza y subdesarrollo. Ed. Educativa. Lima, 1986
- 41) PERALES A. Salud Mental: variables socioeconómicas, políticas y culturales. *Anales de Salud Mental*, 1993; 9:83-107
- 42) COLLINS J & POP JI. Visión de empresa. Empresa con visión. The Regents of the University of California *Management Review*, 1991

PRUEBA DE CONOCIMIENTO

1) La epidemiología psiquiátrica es útil en:

- (a) el estudio de la ocurrencia y distribución de las enfermedades mentales
- (b) la planificación de servicios de salud
- (c) el estudio de los factores causales
- (d) generación de nuevos métodos de estudio
- (e) Todas son verdaderas

2) La salud pública orienta su acción hacia:

- (a) el individuo enfermo
- (b) la atención curativa y recuperativa
- (c) la prevención secundaria
- (d) Todas son verdaderas
- (e) Todas son falsas

3) La salud mental:

- (a) constituye las variables psicosociales de la definición de salud de la OMS
- (b) engloba a la psiquiatría
- (c) abarca además las conductas maladaptativas
- (d) Todas son verdaderas
- (e) Todas son falsas

4) La planificación de salud:

- (a) es un proceso continuo de previsión de recursos y servicios
- (b) atiende las demandas de salud en orden de prioridades
- (c) analiza las soluciones óptimas entre muchas alternativas
- (d) es un proceso metódico consistente en definir un problema
- (e) Todas son verdaderas

5) La investigación en epidemiología psiquiátrica y salud mental es de utilidad para:

- (a) la planificación de servicios
- (b) la reforma del sector salud
- (c) permite contar con un banco de datos epidemiológicos
- (d) proporciona información sobre los factores de riesgo
- (e) Todas son verdaderas.