

## EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA EN EL PERU

Alberto PERALES\* & Cecilia SOGI\*\*

**PALABRAS CLAVE:** *Epidemiología psiquiátrica - Prevalencia de 6 meses - Trastornos mentales*

**KEY WORDS:** *Psychiatric epidemiology - Six-Month Prevalence - Mental disorders*

*Los autores presentan una exhaustiva revisión de la literatura sobre la epidemiología psiquiátrica peruana. Entre los estudios de tercera generación presentan los datos de prevalencia de 6 meses de trastornos mentales, determinada mediante el empleo del DIS en una población urbano-marginal de Lima. Los resultados son comparados con los correspondientes a tres ciudades norteamericanas: New Haven, Baltimore y St. Louis. Se revisan, también, los estudios epidemiológicos sobre uso y abuso de alcohol y drogas. Finalmente, se comenta la necesidad de complementar estudios epidemiológicos con aproximaciones socioantropológicas que faciliten una mejor adaptación de los servicios de salud mental a las características socioculturales de la población que sirven.*

### PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY IN PERU

*The authors carried out a comprehensive review of Peruvian psychiatric epidemiological studies. Among third generation studies, the DIS/six-month prevalence of mental disorders, determined through the use of DIS in an urban-marginal population of the Capital City is presented. The results are compared with those corresponding to three USA populations: New Haven, Baltimore and St. Louis. Likewise, a review of the epidemiological studies concerning use and abuse of alcohol and drugs is also presented. Finally, the need to complement epidemiological studies with socioanthropological approaches in order to facilitate a mental health service adaptation to the sociocultural characteristics of the population are pointed out.*

---

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

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

Diversos autores vienen señalando la necesidad de conocer la prevalencia actual de los trastornos mentales y prever la que se alcanzará en el año 2000. Tales datos son esenciales para formular estrategias de prevención y control apropiados para la magnitud y gravedad del problema (1). Asimismo, Sartorius (2) ha señalado la importancia que reviste en salud pública responder a la pregunta de si la prevalencia, incidencia y expectativa de vida de los trastornos mentales están en aumento, pues de ser positiva la respuesta, deviene necesario tomar las medidas del caso. En tal perspectiva, corresponde a la epidemiología psiquiátrica una valiosa función más allá de su importancia y utilidad en la vigilancia y prevención de enfermedades mentales, verbigracia, desempeñar una función aún más crítica, producir conocimiento para comprender el proceso salud-enfermedad otorgando los datos duros necesarios para una planificación realista y una administración eficiente de los sistemas de salud (3).

En el Perú, a pesar de su importancia, los estudios de epidemiología psiquiátrica han sido escasos; los pocos producidos se han referido, preferentemente, a sectores de población ubicados en Lima, la ciudad capital. A nivel de los círculos científicos visibles de la especialidad, sin embargo, existe clara conciencia de este vacío de información ya relevado en sendas conclusiones de Congresos Nacionales de Psiquiatría (4) así como en el Primer Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental (5) y en el Seminario Nacional de Priorización de la Investigación en Salud (6).

## ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA

Dohrenwend & Dohrenwend (7) y Dohrenwend (8) clasifican los estudios de epidemiología psiquiátrica en tres generaciones. La primera corresponde a los producidos antes de la Segunda Guerra Mundial; la segunda, al periodo de la postguerra; y la tercera, a los iniciados en la década del 80, con la aparición de la Tercera Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Psiquiátrica Americana (9) y de instrumentos estructurados de evaluación con finalidad diagnóstica.

*Estudios de primera generación.* Se basaron en análisis estadísticos de población atendida en los hospitales psiquiátricos y en informantes clave que permitían identificar casos. Inevitablemente, esta información resultó insuficiente al no considerar trastornos psiquiátricos atendidos por profesionales no psiquiatras (10) ni los casos de la comunidad no tratados, hecho que destaca Dohrenwend (8): "La media para todos los tipos de trastornos mentales fue tan solo de (3-6%) comparada con la obtenida en los estudios de segunda generación, de alrededor (20%)".

De otro lado, Stömgren citado por Bland (11) en su revisión de los estudios de epidemiología psiquiátrica escandinavos y de Europa central previos a 1950, a pesar de las deficiencias metodológicas detectadas en tales estudios, halló una coincidencia entre ellos, siendo su cálculo

del riesgo de vida para esquizofrenia (0,72%) depresión-manía (0,21%) y psicopatía (0,53%).

En el Perú, desde el siglo pasado, han habido diversos esfuerzos en esta área reflejando el interés indagatorio de psiquiatras clínicos. Tales aportes constituyeron, en su mayor parte, esfuerzos individuales referidos a población atendida en establecimientos psiquiátricos (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32). Aunque también existieron intentos de recopilación nacional sobre el tema (33, 34) que, casi como norma, influyeron muy poco en las políticas y planes de atención psiquiátrica en el país.

#### ***Estudios de segunda generación.***

Dohrenwend (8) precisa que: "Los estudios de segunda generación se basaron en entrevistas directas con todos los sujetos, siendo el entrevistador un psiquiatra o un pequeño equipo dirigido por un psiquiatra". Como regla, los procedimientos de la entrevista no eran explícitos; otros, sin embargo, utilizaron procedimientos estandarizados de despistaje; aunque en todos ellos la identificación de *casos* dependía de la evaluación hecha por psiquiatras de los resultados de la entrevista, los datos proporcionados por informantes clave, los registros oficiales y las observaciones del entrevistador. En otras palabras, los estudios de segunda generación se caracterizan por la intención de usar métodos de despistaje para identificar, luego, casos con psicopatología en la población sana, los que son seguidos o no de una entrevista psiquiátrica estándar para precisar el diagnóstico. Esfuerzos de este tipo también se realizaron en el Perú, tanto

en poblaciones limeñas, utilizando el Índice Médico de Cornell, complementando el despistaje con entrevistas psiquiátricas de mayor profundidad. De tales estudios quedan como paradigmas los de Rotondo et al (35) y Mariátegui et al (36) cuyos resultados describiremos brevemente. También hubieron esfuerzos en el interior del país, en población andina minera de la Oroya (37) y en la costa norte (38).

Rotondo et al (35) al informar sobre un estudio de morbilidad psiquiátrica que realizan en una población urbana turgurizada de Lima (Mendocita) dicen hallar: "Una elevada prevalencia de la psicosis en general (3,27%), ligeramente mayor en las mujeres. De esta proporción, correspondía a la esquizofrenia (0,8%) La prevalencia de psiconeurosis, en general, es de (15,41%), con mayor frecuencia en el sexo femenino. Predominan las reacciones ansiosas en los nativos de Lima y las reacciones depresivas entre los migrantes de la sierra. La frecuencia de úlcera péptica es de (2,1%), no encontrándose entre las mujeres de la muestra estudiada. En relación al alcoholismo, la prevalencia es elevadísima (8,8%) (bebedores excesivos patológicos y adictos o alcoholómanos). Aunque la frecuencia de alcoholismo es mayor en el sexo masculino (12,9%) no deja de ser elevada la correspondiente al sexo femenino (3,4%). La prevalencia de epilepsia fue muy elevada en ambos sexos (1,6%)".

Mariátegui et al (36) resumen sobre su trabajo lo siguiente: "El estudio se realizó en Lince, distrito representativo de la Gran Lima, en base a encuestas y entrevistas, con dos cuestionarios, uno general y otro es-

pecial para explorar las ocho áreas mayores de la patología mental. Se tomó, como muestra el 4% del total de familias censadas en el distrito, lo que, en cifras absolutas, correspondieron a 593 familias y 2,901 personas entrevistadas. El (53%) de la muestra estaba constituido por adultos de 20 o más años de edad. De la tasa total de casos o individuos con patología (18,75%) correspondió (5,48%) a psiconeurosis; (3,38%) a trastornos de personalidad; (3,07%) a trastornos psiquiátricos infantiles; (1,76%) a alcoholismo; (1,41%) a desórdenes convulsivos; (1,38%) a deficiencia mental; (1,17%) a síndromes somatopsíquicos, y (1,10%) a psicosis. No se tomaron en cuenta síntomas menores ni problemas de conducta en relación a consumo de drogas o delincuencia”.

**Estudios de tercera generación.** Se distinguen por el empleo de instrumentos estructurados para hacer diagnósticos de acuerdo a sistemas de clasificación específicos. Su administración, por medio de entrevistadores no-psiquiatras permite hacer diagnósticos confiablemente equivalentes al diagnóstico psiquiátrico logrado por procedimientos clínicos. Esfuerzos en esta línea se han traducido en diversos instrumentos epidemiológicos de uso internacional. Entre aquellos de mayor éxito se ubican el Diagnostic Interview Schedule (DIS) (39); el Present State Examination (PSE) (40); y, últimamente, el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (41).

En el Perú, investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” han realizado estudios de este tipo utilizando el DIS en población urbano-marginal. Los resultados,

correspondientes a prevalencia de vida de trastornos mentales específicos fueron publicados en 1985 (42) y 1990 (43). A continuación describiremos los resultados de un último estudio efectuado por los autores correspondientes a la prevalencia de seis meses de trastornos DIS/DSM-III.

### **PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DIS/DSM-III**

**Metodología.** El distrito urbano-marginal de Independencia, fue elegido por ser considerado en cierta medida, como representativo de las poblaciones económicamente desfavorecidas que residen en el Cono Norte de Lima. Sobre un total de 137,722 habitantes (Censo Nacional de 1981) el diseño consideró una muestra de 1,700 personas, adultos mayores de 18 años. Se estimó que tal cifra sería suficiente para asegurar la detección de trastornos mentales de escasa prevalencia.

La investigación se llevó a cabo en dos fases, la primera, en el segundo semestre de 1982 (42) y la segunda, un año después (43). El tamaño de la muestra de la primera fase fue de 808 personas; y de 816, la segunda.

**Diseño muestral.** La muestra fue probabilística, trietápica, de selección sistemática de segmentos con arranque aleatorio, selección simple al azar de viviendas y de personas, con una tasa de muestreo de viviendas de 1/24 (4,2%). El número de viviendas que contuvo la muestra fue válida para hacer inferencias de las variables diagnósticas consideradas. La primera etapa del muestreo seleccionó los segmentos; luego se seleccionaron las viviendas; finalmente, las personas adultas

(18 ó mas años de edad). De cada vivienda se seleccionó una persona adulta asegurando la representatividad de los dos sexos a través de la selección alternada de un hombre y una mujer en cada vivienda. Para facilitar la tarea del entrevistador en la selección del respondiente se utilizaron las tablas de Kish (44) que aseguran una probabilidad igual de selección de un

adulto (varón o mujer) en cada vivienda.

**Instrumentos.** Los instrumentos utilizados en el estudio fueron: 1) Ficha socioeconómica diseñada especialmente para obtener información sobre las características de la vivienda y sus moradores; 2) el Diagnostic Interview Schedule (DIS, versión III) (39).

**CUADRO N° 1. PREVALENCIA DE SEIS-MESES DE TRASTORNOS DIS/DSM-III EN INDEPENDENCIA (LIMA-PERU)**

TRASTORNOS	INDEPENDENCIA (1983)	(n=814) %	E.E
Algún Diagnóstico DIS	186	22.9	(1.5)
Algún Diagnóstico DIS excepto fobia	137	16.8	(1.3)
Algún Diagnóstico DIS excepto trastorno por uso de sustancias	130	15.9	(1.4)
Trastorno por uso de sustancias	56	6.9	(0.9)
Abuso/dependencia del alcohol	56	6.9	(0.9)
Abuso/dependencia de drogas	2	0.2	(0.2)
Trastorno esquizofrénico/ esquizofreniforme	5	0.6	(0.2)
Esquizofrenia	5	0.6	(0.2)
Trastorno esquizofreniforme	0	0.0	
Trastornos afectivos	70	8.6	(1.0)
Episodio maníaco	1	0.1	(0.1)
Episodio depresivo mayor	42	5.2	(0.8)
Distimia(*)	27	3.3	(0.6)
Trastornos ansiedad/somatomorfo	66	8.1	(0.9)
Fobia	49	6.0	(0.8)
Pánico	13	1.6	(0.4)
Obsesivo/compulsivo	12	1.5	(0.4)
Somatización	4	0.5	(0.2)
Trastorno de personalidad antisocial	25	3.1	(0.6)
Deterioro cognoscitivo (severo)	12	1.5	(0.4)

(\*) Corresponde a cifra de prevalencia de vida porque la versión del DIS utilizada no determina la actualidad de este trastorno. Las cifras entre paréntesis corresponden al Error Estándar.

(Perales et al, 1995)

Expondremos los resultados de la prevalencia de seis meses, obtenida de la base de datos de la segunda fase del estudio, en dos formas, una derivada del estudio en sí y otra, en comparación con estudios similares realizados con la misma metodología y contemporáneamente, en tres ciudades norteamericanas.

La prevalencia de seis meses se presenta

en el Cuadro N° 1, con el error estándar entre paréntesis. La prevalencia de seis meses de algún trastorno DIS/DSM-III fue de (22,9%) siendo el trastorno más prevalente abuso/dependencia del alcohol (6,9%).

En el Cuadro N°2 presentamos los resultados analizados según la variable sexo:

**CUADRO N° 2. PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DIS/DSM-III, POR SEXO**

TRASTORNOS	HOMBRE (n=410) %	MUJER (n=404) %
Algún diagnóstico DIS	11.9	10.9
Algún diagnóstico DIS excepto fobias	9.6	7.2
Algún diagnóstico DIS excepto trastorno por uso de sustancias	5.5	10.2 ***
Trastorno por uso sustancias	6.3	0.7 ***
Abuso/dependencia del alcohol	6.3	0.6 ***
Abuso/dependencia de drogas	0.1	0.1
Trastorno esquizofrénico	0.1	0.5
Trastornos afectivos	2.2	6.4
Episodio maníaco	0.0	0.1
Episodio depresivo mayor	1.7	3.4 **
Distimia@	0.5	2.8 ***
Trastornos ansiedad/somatomorfos	3.8	5.8 **
Fobia	2.3	3.7 *
Pánico	0.5	1.1
Obsesivo/Compulsivo	0.7	0.7
Somatización	0.2	0.2
Trastorno Person. antisocial	2.9	0.1 ***
Deterioro cognoscitivo (severo)	0.5	1.0

@ Corresponde a la cifra de prevalencia de vida porque la versión del DIS utilizada no determina la actualidad de este trastorno; p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001

(Perales et al, 1995)

Los diagnósticos más frecuentes en hombres son abuso/dependencia de alcohol (6,3%) y personalidad antisocial (2,9%); y en mujeres, fobia (3,7%), depresión mayor (3,4%) y distimia (2,8%). En el Cuadro N° 3 se presentan los resultados calculados para las variables sexo y edad:

La frecuencia de los trastornos DIS/DSM-

III disminuye después de los 45 años, pero en hombres, la distimia y el deterioro cognoscitivo aumentan después de esta edad. A este respecto creemos necesario enfatizar la influencia que ejerce en el Mini-Mental State Examination (utilizado en el DIS para evaluar el deterioro cognoscitivo) la variable educacional, ya citada por otros investigadores (45, 46). El nivel de analfabetismo en Independencia

**CUADRO N° 3. PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DIS/DSM-III POR SEXO Y EDAD**

	HOMBRE				MUJER			
	18-24	25-44	45-64	65+	18-24	25-44	45-64	65+
Alcohol	3.4	6.8	2.2	0.0	0.7	0.2 ***	0.2 **	0.0
Drogas	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
T. Esquizofrénico	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	0.2	0.0
Manía	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
Depresión	0.7	1.7	1.0	0.0	0.7	4.5 *	1.7	0.0
Distimia@	0.2	0.2	0.5	0.0	1.0 *	2.7 **	1.5	0.5
Fobia	1.0	2.4	1.2	0.0	0.7	5.0	1.7	0.0
Pánico	0.7	0.2	0.0	0.0	1.0	0.7	0.5	0.0
Obsesivo/Comp.	0.0	1.2	0.0	0.2	0.5	0.7	0.2	0.0
Somatización	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2
T. antisocial	2.9	2.0	1.0	0.0	0.0**	0.2 **	0.0	0.0
Deterioro Cognosc.	0.2	0.0	0.7	0.0	0.0	1.2 *	0.5	0.2

@ Corresponde a cifra de prevalencia de vida porque la versión del DIS utilizada no determina la actualidad de este trastorno; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$  (Perales et al, 1995)

era de (9%) mayor en mujeres que en varones. En cuanto a la personalidad antisocial, es más frecuente en jóvenes entre 18-24

años. En mujeres, aunque ocurre el mismo patrón que en hombres, el abuso/dependencia del alcohol y el trastorno de pánico

más frecuente en las jóvenes, entre los 18-24 años; y la somatización más prevalente en las mayores de 45 años.

En el Cuadro N° 4 se presentan los resultados comparados con aquellos obtenidos en tres ciudades americanas con la misma metodología: New Haven, Baltimore y St. Louis.

**New Haven vs Independencia:** El abuso/dependencia de alcohol, la depresión mayor, la personalidad antisocial, el trastorno de pánico y la somatización fueron significativamente más frecuentes en Independencia; mientras que el abuso/dependencia de drogas y manía lo fueron en New Haven.

**Baltimore vs Independencia:** La depresión

**CUADRO N° 4. COMPARACION DE PREVALENCIA DE SEIS MESES DE TRASTORNOS DIS/DSM-III INDEPENDENCIA VS NEW HAVEN, BALTIMORE Y ST. LOUIS**

Orden de Frecuencia.	New Haven vs Independencia	Baltimore vs Independencia	St. Louis vs Independencia
1°	Fobia (5,9/6,0)	Fobia (13,4/6,0)***	Fobia (5,4/6,0)
2°	Alcohol (4,8/6,9)*	Alcohol (5,7/6,9)	Alcohol (4,5/6,9)***
3°	Depresión (3,5/5,2)*	Depresión (2,2/5,2)***	Distimia (3,8/3,3)
4°	Distimia (3,2/3,3)	Drogas (2,2/0,2)***	Depresión (3,2/5,2)**
5°	Drogas (1,8/0,2)***	Distimia (2,1/3,3)*	Drogas (2,0/0,2)***
	Manía (0,8/0,1)*	Antisocial (0,7/3,1)***	Antisocial (1,3/3,1)***
	Pánico (0,6/1,6)**	Somatización (0,1/0,5)*	Manía (0,7/0,1)*
	Antisocial (0,6/3,1)***		Somatización (0,1/0,5)*
	Somatización (0,1/0,5)*		

Fuente: Los resultados de New Haven, Baltimore y St. Louis fueron tomados de Myers et al (1984);

\* p< 0.05; \*\* p< 0.01; \*\*\* p< 0.001

(Perales et al, 1995)



mayor, distimia, personalidad antisocial y trastorno de somatización fueron significativamente más frecuentes en Independencia; mientras que el abuso/dependencia de drogas y fobia lo fueron en Baltimore.

**St. Louis vs Independencia:** El abuso/dependencia del alcohol, depresión mayor, personalidad antisocial y trastorno de somatización fueron significativamente más frecuentes en Independencia; mientras que el abuso/dependencia de drogas y manía lo fueron en St. Louis.

Resumiendo, observamos que la prevalencia comparada de seis meses en las tres ciudades norteamericanas e Independencia muestra que el abuso/dependencia de alcohol, depresión mayor, personalidad antisocial y trastorno de somatización fueron significativamente más frecuentes en la localidad peruana; mientras que el abuso/dependencia de drogas y manía lo fueron en las tres ciudades norteamericanas.

**Estudios Epidemiológicos Específicos sobre el Uso/abuso de Sustancias.** Los primeros escritos sobre drogas en el Perú se remontan a los trabajos de Valdizán en 1913 sobre el consumo de cocaína (47). Ya en esa época este autor señalaba: "Muchos de los factores que hemos anotado en la raza indígena: la sensibilidad obtusa, la irresolución o inactividad, la sumisión a los rigores del medio, el descuido de la persona y aún el tono sentimental que, sin presentarse idéntico a los signos clínicos de la degeneración cocaínica, podría interpretarse como representación -un tanto bastarda- de ellos...".

En el Perú, sólo en los últimos 15 años, se han realizado esfuerzos organizados en esta área; así, Carbajal y colab. (48) llevaron a cabo una encuesta sobre uso de sustancias en una muestra de 2,167 personas, representativa de la población urbana entre 12 y 45 años, de Lima y Callao. Sobre ella dicen: "Los resultados demuestran que todas las drogas investigadas fueron usadas en Lima y Callao por individuos de ambos sexos, con la excepción de la heroína que es consumida sólo por turistas extranjeros. Las drogas usadas más frecuentemente fueron tabaco (47,9%), alcohol (40,1%), tranquilizantes (14,6%), hoja de coca (5,4%), anfetaminas (4,0%), marihuana (3,1%), hipnóticos (2,5%), PBC (1,3%), barbitúricos (0,9%), clorhidrato de cocaína (0,7%) y, en menor cantidad, las demás sustancias. Los hombres usan más drogas que las mujeres. Todas las drogas son usadas en el grupo entre los 15-34 años. Los mayores prefieren alcohol y tabaco aunque también usan tranquilizantes, anfetaminas, barbitúricos y codeína, en cantidades menores. En el grupo de edad entre los 15-34 años, 2 de 100 usan PBC; 4 de 100, marihuana y 1 de 100, clorhidrato de cocaína. El grupo socioeconómico alto consume más drogas que el medio o bajo. Aquellos con mayor educación usan más drogas. Los casados prefieren alcohol, tranquilizantes, hipnóticos y barbitúricos. Los solteros son más propensos a utilizar PBC y otros alucinógenos".

Oliver y Llerena (49) realizaron un estudio en 11,448 estudiantes varones secundarios de Lima Metropolitana, hallando que: "El 20,41% habían consumido drogas; de éstos, el (12,92%) eran experimentadores,

el (5,85%) eran continuadores y el (1,64%) fueron considerados adictos”.

En 1986 se realizó la primera encuesta en hogares sobre uso de drogas en área urbana de ciudades de 25 mil y más habitantes. “Los resultados encontrados señalan que el alcohol (87,1%) y el tabaco (67,4%) fueron las sustancias más consumidas; en menor proporción hoja de coca (20,7%) y sedantes (18,6%). Las menores tasas de prevalencia de uso se encontraron en relación a los analgésicos (9,9%), marihuana (8,0%), PBC (3,9%), inhalantes (3,4%), estimulantes (3,2%) y cocaína (2,5%), entre otras” (50).

Posteriormente, en 1988, se realizó la segunda encuesta nacional sobre uso de drogas. “De manera similar al estudio anterior, los resultados obtenidos muestran que las drogas más usadas en el país son el alcohol (83,5%) y el tabaco (57,2%), seguidos por los analgésicos (21,6%), la hoja de coca (15,0%) y los jarabes para la tos (12,3%). El uso de las demás sustancias se presentan en porcentajes menores: sedantes (3,2%), PBC (2,8%), alucinógenos (1,4%) y cocaína (1,3%) entre otros” (51).

En 1991, se llevó a cabo otra encuesta nacional de hogares sobre uso de drogas, esta vez en jóvenes de 15-24 años. “De acuerdo a la encuesta, 16 de cada cien varones y 6 de cada cien mujeres de 15-24 años usó por lo menos una vez en su vida una o más de las siguientes sustancias: inhalantes, hoja de coca, marihuana, cocaína o pasta básica de cocaína. La prevalencia de vida (de uso) de todas estas drogas es más elevada en las clases alta y media, tanto en hombres como en mujeres. En la muestra nacional, 76 de cada cien jóvenes tomó

cuando menos “un trago” en su vida. El tabaco, casi exclusivamente en forma de cigarrillos, es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en el país después del alcohol. El (65%) admitió haber fumado cuando menos un cigarrillo en su vida” (52).

Por otro lado, también, se han realizado en el país esfuerzos complementarios. Así, Perales et al (53), paralelamente al establecimiento de un Sistema de Registro de Uso y Abuso del Alcohol y Drogas en Lima Metropolitana (RENAD) llevaron a cabo la primera medición de tendencias del uso de sustancias psicoactivas, a través de las atenciones médicas en Unidades de Emergencia asociadas a dicho uso. Utilizando la metodología de Encuesta en Semana Típica, del total de consultas de emergencia atendidas en siete centros hospitalarios de Lima Metropolitana, se detectaron 5,2% de casos para el sistema RENAD siendo la mención más frecuentemente asociada a la consulta de emergencia el uso/abuso del alcohol. Los autores describen las características demográficas y clínicas de la población estudiada enfatizando que el motivo de la demanda de atención de urgencia más frecuente es aquel que asocia el uso del alcohol con accidentes, auto y/o heteroagresión (58%).

Finalmente, han habido intentos de condensar la experiencia nacional sobre el tema (54, 55).

### 3. DISCUSION

La posibilidad de comparar internacionalmente datos epidemiológicos obtenidos bajo la misma metodología y con el uso

del mismo instrumento (DIS) son condiciones de las que no gozaron los investigadores de otros tiempos.

La validez y confiabilidad del DIS señaladas por sus autores (39, 56), aseguran las condiciones necesarias para intentos comparativos entre estudios epidemiológicos realizados en diversas latitudes. Cabe, sin embargo, señalar algunas limitaciones del instrumento:

1º) Su dependencia de la capacidad mnésica de los sujetos entrevistados que en algunos casos puede cuestionar la exactitud de la información retrospectiva recogida.

2º) La posibilidad, al evaluar un trastorno que conlleva un riesgo mayor de mortalidad, de obtener tasas reducidas en personas mayores en comparación con grupos más jóvenes, creando la falsa impresión que la tasa del trastorno se halla incrementada en las generaciones de menor edad (56).

3º) El pertinente comentario de Helzer et al citados por Canino (45), quienes señalan: "aunque puede lograrse la uniformidad de administración del cuestionario en diferentes culturas, ésto no asegura que se esté midiendo la misma enfermedad o síndrome. No siempre se logra una equivalencia conceptual y lingüística óptimas en las traducciones de los instrumentos".

4º) La extensión del cuestionario y el tiempo que consume su correcta administración, tiempo no siempre disponible para la población general, que torna indispensable poner atención a las tasas de rechazo al establecer comparaciones. Al respecto,

aunque Rutter (57) comenta que los estudios epidemiológicos suelen tener un porcentaje de no-respuesta del (15-20%). Eaton y colab. (58) han señalado que: "La habilidad de lograr la cooperación del respondiente para la entrevista ha disminuido gradualmente desde que se iniciaron los estudios en población general. Actualmente, la mayoría de las organizaciones que llevan a cabo encuestas en hogares alcanzan tasas de completamiento en el rango del (60%) al (80%) aún con cuestionarios mucho más breves que el DIS".

A pesar de las limitaciones señaladas previamente, que indudablemente no invalidan el instrumento, el DIS ha sido ampliamente utilizado en el mundo desde los primeros informes elaborados en el programa Epidemiological Catchment Area (ECA) en los EEUU (58). Con su uso se han realizado estudios en Edmonton, Canadá (59); Puerto Rico (45); Taiwan, China (60); y, muchos más. En los esfuerzos comparativos de los hallazgos de diversos estudios Robins (56) señala: "hay una considerable coincidencia en la frecuencia de la mayoría de trastornos. No sólo son consistentes las prevalencias entre los lugares de estudio, sino, también, el orden jerárquico de los síntomas específicos de los trastornos. Más aún, las prevalencias halladas en el programa ECA son similares a las de estudios efectuados, utilizando el DIS, en países que no comparten la cultura de los EEUU".

En el caso del Perú, los resultados del estudio DIS, apoyando por un lado la impresión descrita por Robins, permiten plantear la pregunta ¿por qué, a pesar de las obvias diferencias culturales, sociales, económicas, étnicas y otras, existentes

entre la población de Independencia (\*) y las de las tres ciudades americanas, se aprecia similitud en el orden jerárquico de los trastornos mentales más prevalentes?

El problema resulta más complejo de lo que parece pues el rol que compete a los estresores psicosociales que podrían en este caso ser sugeridos en función explicativa tiene argumentos a favor y en contra. Así, según Micklin & Leon citados por Almeida (61), comentando sobre el rol de la migración como factor de estrés psicosocial que afecta la salud mental, dice: "cuando se consideran todas las variables, el efecto de la migración sobre la perturbación psiquiátrica virtualmente desaparece. El sexo, el logro educacional y el tipo de movilidad social, en este orden, emergen como importantes frente a la pobreza y las condiciones ambientales". Por otro lado, Harpham (62) señalando los factores psicosociales de riesgo, particularmente el nivel educativo de la madre, la pobreza y las condiciones ambientales se pregunta: "No se sabe si estos factores de riesgo para trastornos mentales son similares en diferentes comunidades en un país, o entre países, requiriéndose más investigación en esta área".

Cabe la posibilidad, sin embargo, que los estresores constituyan una variable más general pudiendo destacarse que lo coincidente entre las poblaciones objetivo citadas es que pertenecen a grandes urbes. Surge, así, la pregunta, si estos tipos de población, irrespecto de sus diferencias culturales y sociales, están expuestas a los

mismos factores condicionantes de patología mental. A este respecto, una revisión de estudios epidemiológicos sobre trastorno de personalidad antisocial destaca su mayor frecuencia en gente que vive en áreas urbanas y grupos socioeconómicos bajos (63).

Por otro lado, si ciertamente destacan las semejanzas en el orden jerárquico de la prevalencia de seis meses de los trastornos DIS/DSM-III entre las ciudades americanas e Independencia, las diferencias se plantean en el plano cuantitativo.

La alta prevalencia de seis-meses de abuso/dependencia del alcohol en nuestro caso, corrobora las observaciones de investigadores peruanos que utilizaron otras metodologías para sus mediciones. Así, Almeida (64), sólo en relación a indicadores indirectos de este problema dice: "En los últimos cuarenta años (1940-1980), el consumo de bebidas alcohólicas se ha incrementado en un ritmo acelerado, sin guardar ninguna relación con el aumento de la población. En 1940, el consumo per cápita expresado en alcohol absoluto fue de 2.96 Ltr/año, mientras que en 1970, alcanzó a 7.22 Ltr. y en 1980 7.65 litros por persona. Se estimó que en 1982 la población bebedora del Perú invirtió en su consumo 740 millones de soles, es decir cinco veces el presupuesto del Ministerio de Salud que fue de 142 millones en ese año".

Más aún, estudios realizados desde otra perspectiva, como la socioantropológica de

(\*) Constituída mayoritariamente por gente migrante del interior del país hacia la capital y que 40 años atrás emergió en los linderos de la ciudad como "pueblo joven" para, gradualmente, irse desarrollando hasta lograr la condición de Distrito.

Perales et al (65), en la misma población de Independencia, permite asegurar que dicho hallazgo refleja lo que realmente acontece en aquella. Los investigadores encontraron que el problema de salud mental más frecuentemente percibido e identificado por los Informantes Clave del lugar fue el alcoholismo.

Por último, este trastorno es reconocido en la mayoría de los países del mundo como el problema psiquiátrico más prevalente y de mayor costo público y social. Así, Halldin (66) cuya experiencia puede también aceptarse como parcialmente aplicable a la realidad del Perú, señala: "El abuso del alcohol ha constituido el mayor problema de salud pública en Suecia durante la última década. Una gran proporción de los recursos de los hospitales son consumidos en el tratamiento de pacientes con problemas de alcohol... También, internamente, el nivel de los problemas de alcohol ha crecido durante las últimas décadas. Paton y colab., demuestran cómo los problemas relacionados al alcohol aumentaron dramáticamente en Gran Bretaña durante los últimos 20 años. Selzer, indica que en U.S.A., el alcoholismo es el tercer problema de salud más serio después de las enfermedades cardio-vasculares y el cáncer". Asimismo, Smith (67) señala que los países del Tercer Mundo son especialmente vulnerables; en los muy pobres, que existen en nivel de sobrevivencia, un padre alcohólico puede significar la muerte de algunos de los miembros de la familia. Más aún, el alcoholismo y la malnutrición constituyen una combinación particularmente infeliz y peligrosa... El problema del alcohol puede interferir con el desarrollo nacional por ser una causa importante de

menor productividad, ausentismo y accidentes".

La personalidad antisocial, otro de los diagnósticos más prevalente en Independencia, podría estar en relación con las características de la población: porcentaje mayor de jóvenes respecto a las poblaciones americanas; y de condición socioeconómica baja, como señala Girolamo & Reich (63). Asimismo, el riesgo de los alcohólicos de padecer concomitantemente el trastorno citado, comparados con los no alcohólicos, ha sido observado por Yamamoto et al (68); y también por Helzer y et al. (69) en poblaciones no-hispanas.

La alta prevalencia de depresión mayor observada en la población estudiada tiene su expresión en las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" que brinda atención especializada a la población de Independencia. En el periodo 1992-1993 en el Instituto se registró (11,7%) de tal condición (70).

Sobre la alta prevalencia de seis meses en los trastornos señalados hallada en Independencia comparada con New Haven, Conn y St. Louis no tenemos respuestas explicativas finales, pero si algunas reflexiones; por ejemplo, la posibilidad que en países del tercer mundo, como es el caso del Perú, tanto por factores culturales y, en especial, económicos, las personas afectas de un trastorno puedan ser más tolerantes con la sintomatología y no generar una conducta de búsqueda de ayuda, sea hacia servicios de salud o de salud mental no recibiendo, así, intervención terapéutica inmediata. Más aún, en el caso de solicitar atención profesional, la condición de

pobreza suele impedir la adquisición regular de medicamentos así como la continuidad de las consultas médicas con la consecuente interrupción del tratamiento y, la frecuente reaparición o persistencia del trastorno. Esta dificultad también ha sido observada en otras poblaciones; así, Hough citado por Canino (45) la señala entre los mexicano-americanos: "No solamente existen mayores barreras para obtener servicios de salud mental, sino que una vez que buscan la ayuda para sus problemas, ellos pueden hallar dificultades en contar con servicios culturalmente sensibles y apropiados".

Finalmente, en Independencia, el porcentaje de completamiento en los estudios DIS, en contra de lo esperado, fue muy alto (98.5% en la primera fase y 98.7% en la segunda), mientras que fue de 75.6% en New Haven, Conn; 77.9% en Baltimore 79.5% en St. Louis (58).

### **NECESIDAD DE COMPLEMENTAR ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS CON APROXIMACIONES SOCIO-ANTROPOLOGICAS**

Corin et al (71) han señalado que: "la epidemiología toma al individuo como unidad de análisis por medio de muestras representativas de la población, mientras que la antropología toma a la comunidad como unidad de análisis, orientándose a la comprensión de cómo un contexto social y cultural dado influye en las percepciones, valores y conductas de los individuos y grupos". La magnitud y gravedad de los problemas de salud mental, a nivel mundial, tanto en los países desarrollados como en aquellos en desarrollo, vienen siendo señaladas por la Organización

Mundial de la Salud (72). Una aproximación al problema utilizando estrategias epidemiológicas ha sido propuesta por algunos investigadores (1). En cuanto al Perú, debemos reconocer que el afronte epidemiológico, exclusivamente médico-psiquiátrico, no se ha traducido en acciones concretas de intervención en salud mental, ni en modificaciones substanciales en la administración de servicios, lo que sumado a la complejidad del tema obliga a un abordaje necesariamente multisectorial y multiprofesional, aparejado con políticas de desarrollo social que incluyan la participación de la comunidad como protagonista del cambio. Al respecto, Kleinman (73) ha señalado que, si bien la utilidad de la epidemiología es innegable, "Esta se complementará con evidencias socioantropológicas en relación al impacto de la desorganización social, económica y ambiental sobre la salud mental de los individuos y las familias, paralelamente a una comprensión de las culturas de salud locales y las condiciones de vida diaria, las mismas que servirán decididamente en el diseño de programas de intervención".

En esta perspectiva, Perales et al (65), utilizando la metodología propuesta por The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health (INECOM, 1993) (74), estudiaron tres comunidades peruanas diferentes en su nivel de urbanización (urbano, urbano-marginal y semi-rural) en relación al diagnóstico popular de los trastornos mentales, la etiología que se les adjudicaba y las estrategias que la población desarrollaba para su manejo. Los investigadores construyeron *Registros Conductuales* en base a la *semiología popular* recogida, que presentados a informantes clave de la

población en estudio permitieron la identificación y reconstrucción de casos psiquiátricos en cuanto a su sintomatología, evolución, interpretación de las causas etiológicas, reacciones de la comunidad ante ellos y conducta de búsqueda de ayuda. Los principales hallazgos del estudio permiten concluir que la metodología evidenció, a través de los problemas de salud mental percibidos por los informantes, presencia de patología social (75, 76) y problemas con el uso del alcohol, drogas y violencia en relación directa con el nivel de urbanización. Los autores precisan que, comparativamente, la comunidad urbano-marginal está sometida a condiciones de vida de mayor nivel de estrés psicosocial. Entre los signos identificados más frecuentemente como indicativos de problemas de salud mental destacaron las "quejas somáticas", que corrobora observaciones clínicas de psiquiatras peruanos (77, 78), así como de otras latitudes (79) como expresión de distress emocional. Asimismo, el abuso del alcohol, la violencia hacia otros y el deterioro en el funcionamiento,

estuvieron entre los signos frecuentemente percibidos como anormales por los informantes. Los conflictos interpersonales y familiares fueron reconocidos como posibles causas de problemas de salud mental, lo que coincide con observaciones de diversos autores (71, 80).

Por lo expuesto, los autores consideran que los estudios epidemiológicos deben ser complementados con estudios de perspectiva socioantropológica como la citada y de otros dirigidos a la evaluación de servicios de salud mental. El conjunto de información logrado desde estos tres ángulos permitiría, por un lado, la adaptación de estos últimos a las necesidades sociales y culturales de salud mental de la población y, por otro, el diseño adecuado de programas de intervención en salud mental, objetivo que en última instancia es el que, en la práctica, la epidemiología psiquiátrica persigue. Reclamos de este tipo han sido ya formulados por Corin et al. (71) y Bibeau et al. (81).

## REFERENCIAS

- (1) LEVAV I, LIMA BR, SOMOSA LE-  
NNON M, KRAMER M & GONZALES  
R. Salud Mental para Todos en America  
Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas  
para la acción. Bol. Of. Sant. Panam.,  
1989; 107(3):196-219
- (2) SARTORIUS N. Prefase. Acta Psychia-  
tr scand, 1989; 79(suppl 348):5-6
- (3) GUERRA DE MACEDO C. Prefacio.  
En Investigaciones sobre servicios de  
salud. Una antología. KL. White, J. Frenk,  
C. Ordoñez, JM. Paganini & B. Starfield.  
OPS, Publicaciones Científicas N° 534,  
Washington D.C. 1992
- (4) ASOCIACION PSIQUIATRICA PE-  
RUANA Acuerdos y Recomendaciones  
del IV Congreso Nacional de Psiquiatría.  
Cuarto Congreso Nacional de Psiquiatría:  
333-334. Lima 1976
- (5) CONCYTEC, MINISTERIO DE SA-  
LUD E INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD MENTAL "HONORIO DELGA-  
DO - HIDEYO NOGUCHI Seminario Na-  
cional de Investigación en Salud Men-  
tal en el Perú, Lima, 30 de noviembre  
al 3 de diciembre de 1982
- (6) CONCYTEC. Plan Nacional de Salud  
Mental. Documento mimeografiado, Lima.  
1984
- (7) DOHRENWEND BP & DOHREN-  
WEND BP. Perspectives on the past and  
future of psychiatric epidemiology. Am J  
Public Health, 1982;72:1271-1279
- (8) DOHRENWEND BP. The problem of  
validity in field studies of psychological  
disorders' revisited. Psychological Medi-  
cine, 1990;20:195-208
- (9) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSO-  
CIATION. Diagnostic and Statistical Ma-  
nual of Mental Disorders, Third Revision  
(DSM-III) APA, Washington D.C. 1980
- (10) ROBINS LN. Psychiatric Epidemio-  
logy. Arch Gen Psychiatry, 1978; 35:697-  
702
- (11) BLAND RC. Investigations of the pre-  
valence of psychiatric disorders. Acta psy-  
chiatr. scand., 1988; 77(suppl 338):7-16
- (12) ULLOA JC. "Hospicio de insanos.  
Movimiento de su población en 1860".  
Gaceta Médica de Lima, 1861;5(116):261-  
262
- (13) ULLOA JC. "Estadística Mental". La  
Gaceta Médica, 1875;1(2):12-14
- (14) BEDOYA L. "Hospicio de insanos de  
la Misericordia. Estadística del año de  
1873". La Gaceta Médica, 1875;1 (2):14-  
15
- (15) IZAGUIRRE H & GALUP J. "Está-  
dística Mental, Hospicio de insanos". El  
Monitor Médico, 1891;6(140):313-314
- (16) SAL Y ROSAS F. "Afecciones menta-  
les en la policía del Perú". Revista de la  
Sanidad de la Policía, 1953; 13 (77):328-  
0378



- (17) ALMEIDA M & BAMBAREN C. "Morbilidad psiquiátrica y otros problemas de salud mental en personas de edad avanzada". Revista Psiquiátrica Peruana, 1959;2(2):182-193
- (18) VACAFLOR L & VALDIVIA O. "Estudio estadístico de las hospitalizaciones psiquiátricas en el Hospital Obrero de Lima". Revista Médica del Hospital Obrero, 1960;9(3-4):400-414
- (19) BAMBAREN C. "Morbilidad psiquiátrica en un servicio de emergencia". Boletín de la División de Higiene Mental, 1960-1961; Vol (3-4):1-5
- (20) ZAMBRANO M. "Morbilidad en una clínica particular" Boletín de la División de Higiene Mental, 1960-1961; Vol (3-4):1-5
- (21) ALMEIDA M & HUAPAYA L. "Morbilidad psiquiátrica en un centro de primeros auxilios". Revista Psiquiátrica Peruana, 1961; 4(1-4):107-114
- (22) SAAVEDRA A, MARIATEGUI J, ALIAGA P, MEJIA J & VARGAS J. "Distribución de la morbilidad psiquiátrica en un consultorio externo del Hospital Larco Herrera". Revista de Neuropsiquiatría, 1960-1961; 24(3):341-356
- (23) BAMBAREN C. "Incidencia de trastornos mentales a través del llamado primer ingreso". Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Lima: 25-31.1964
- (24) AÑAZGO C. "Estadísticas de enfermedades mentales en el Centro Psiquiátrico de Tarma". Boletín de la Asociación Médica del Hospital Regional de Tarma (Junín). 1965
- (25) OTINIANO F. "Enfermedades psiquiátricas en el Hospital Obrero de Trujillo". Anales del Servicio de Psiquiatría, 1966; 8(2):53-63
- (26) GUTIERREZ C. "Un estudio de morbilidad psiquiátrica en una población marginal de Lima: El Agustino". Primer Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima: 200-201. 1969
- (27) VALENCIA A & ARBULU O. "Patología psiquiátrica en una clínica particular". Primer Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima:26-31. 1969
- (28) VILCHEZ C. Morbilidad psiquiátrica en el consultorio externo del pabellón N° 20 del Hospital Víctor Larco Herrera, años 1959-1968. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Programa Académico de Medicina Humana (Tesis de bachiller, mimeografiado N° 3241). Lima. 1970
- (29) ADAN P. Morbilidad psiquiátrica hospitalaria atendiendo a la procedencia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Programa Académico de Medicina Humana (Tesis de bachiller, mimeografiado N° 7845). Lima. 1974
- (30) BOGGIANO L & VALDIVIA V. "Incidencia de patología psiquiátrica en el Hospital Regional N° 1 del S.S.P. Chiclayo". Cuarto Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima:169-174. 1976
- (31) VELIZ J & PICASSO C. "Morbilidad psiquiátrica escolar". Cuarto Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima: 175-177. 1976
- (32) ROSE F. "Aspectos de Epidemiología Psiquiátrica en Docentes". Quinto Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima: 245-246. 1978

- (33) CARAVEDO B, RUBIN DE CELIS E, VALENCIA A. "Incidencia y Prevalencia de las enfermedades mentales en el Perú". Primer Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima:37-53. 1969
- (34) MARIATEGUI J & ALVA V. La epidemiología psiquiátrica en el Perú. Primer Congreso Nacional de Psiquiatría: 64-84. Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima. 1969
- (35) ROTONDO H, MARIATEGUI J & BAMBAREN C. Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. Revista Psiquiátrica Peruana, 1959; Vol 2, N° 34
- (36) MARIATEGUI J & CASTRO G A. Epidemiología Psiquiátrica en América Latina. Acta Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires. 1970
- (37) BRAVO A. Morbilidad psiquiátrica en una población obrera. Tercer Congreso Nacional de Psiquiatría: 259-261. Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima. 1974
- (38) NIZAMA M. Morbilidad psiquiátrica en el Pueblo Joven de Alto Moche. Resultados de la aplicación del Índice Médico de Cornell. Tesis de Bachiller N° 469 (mimeografiado). Universidad Nacional de Trujillo. Programa Académico de Medicina Humana. 1974
- (39) ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J, & RATCLIFF KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. Arch Gen Psychiatry 1981; 38:381-389
- (40) WING JK, COOPER JE & SARTORIUS N. The description and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and CETEGO system. Cambridge University Press, London. 1974
- (41) WORLD HEALTH ORGANIZATION Composite International Diagnostic Interview. World Health Organization, Division of Mental Health, Ginebra. 1989
- (42) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). Anales de Salud Mental, 1985; I (N°s 1 y 2):206-222
- (43) 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; VI (N°s 1 y 2): 9-20
- (44) KISH L Survey sampling. Wiley. N. Y. 1965
- (45) CANINO G, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO - STIPEC M, BREVO M, MARTINEZ R, SESMAN M & GUERRA LM. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. Arch Gen Psychiatry, 1987; 44:727-735
- (46) BURNAM MA, HOUGH RL, ESCOBAR JI, KARNOWSKI M, TIMBERS DM, TELLES CA & LOCKE BZ. Six Month Prevalence of Specific Psychiatric Disorders Among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in Los Angeles. Arch Gen Psychiatry, 1987; 44:687-694

- (47) VALDIZAN H. El Cocainismo y la Raza Indígena (Nota preliminar al estudio del cocainismo en el Perú). *La Crónica Médica*, 1913; Año XXX.- Lima, Agosto 15 de 1913 -N°591
- (48) CARBAJAL C, JERI R, SANCHEZ C, BRAVO C & VALDIVIA L. Estudio epidemiológico sobre uso de drogas en Lima, 1979. *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales*, 1980; Vol 41:1-38
- (49) OLIVER E & LLERENA SH. Aproximación discreta a la epidemiología de la farmacodependencia en estudiantes varones de educación secundaria diurna de Lima Metropolitana. VI Congreso Nacional de Psiquiatría: Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima. 1980
- (50) JUTKOWITZ J, ARELLANO R, CASTRO DE LA MATAR, DAVIS P, ELLINSON J, JERIR, SHAYCOFT M & TIMANA J. Uso y Abuso de Drogas en el Perú: Una Investigación Epidemiológica Sobre Drogas en el Perú Urbano. Monografía de Investigación N° 1 CEDRO. Lima. 1987
- (51) FERRANDO D. Uso de Drogas en las Ciudades del Perú. Encuesta de Hogares - 1988. Monografía de Investigación N°8 CEDRO. Lima. 1988
- (52) FERRANDO D. Los jóvenes en el Perú. Opiniones, actitudes y valores. Encuesta nacional de hogares 1991. Monografía de investigación N°7 CEDRO Lima. 1991
- (53) PERALES A, SOGI C, GARCIA M, FLORES R, GONZALES D, TORRES R & BERNAL E. Sistema de Registro del Uso y Abuso del Alcohol y Drogas (RENAD). Ed. Valerio, Lima. 1990
- (54) CARAVEDO B & ALMEIDA M. Epidemiología de las toxicomanías en el Perú. *Anales del Segundo Congreso Nacional de Psiquiatría*: 187-191. Asociación Psiquiátrica Peruana. Lima. 1971
- (55) MARIATEGUI J. Epidemiología de la farmacodependencia en el Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 1978; 41 (1 y 2): 28-43
- (56) ROBINS LN. Epidemiology: Reflections on Testing the Validity of Psychiatric Interview. *Arch Gen Psychiatry*, 1985; 42:918-924
- ( ) ROBINS LN, HELZER JE, WEISSMAN M, ORVACHEL H, GRUENBERG E, BURKE JD & REGIER DA. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41:949-958
- (57) RUTTER M. Surveys to answer questions. Some methodological considerations. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1982; Suppl 296, 65:64-76
- (58) 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
- (59) BLAND RC, NEWMAN SC & ORN H. Period Prevalence of Psychiatric Disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988; 77(suppl 338):33-42

- (60) HWU H-G, YEH E-K & CHANG L-Y. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr. Scand.*; 1989; 79:136-147
- (61) ALMEIDA-FILHON. Social Epidemiology of Mental Disorders A review of Latin-American studies. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1987; 75:1-10
- (62) HARPHAM T. Urbanization and mental disorder. In *Principles of Social Psychiatry*. J. Leff and D. Bhugra (Eds). Blackwell Scientific Publication, London. 1990
- (63) GIROLAMO G & REICH JH. Personality disorders. World Health Organization. Ginebra. 1993
- (64) ALMEIDA M. La investigación del alcoholismo en el Perú en los últimos 30 años, 1956-1986. *Revista de Neuropsiquiatría*, 1987; 50:116-128
- (65) PERALES A, MONTTOYA A & SOGI C. Social and Cultural Landmarks for Community Mental Health. Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" Lima, 1995
- (66) HALLDIN J. Alcohol consumption and alcoholism in an urban population in central Sweden. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1985; 71:128-140
- (67) SMITH R. Alcohol in the Third World: A chance to avoid a miserable trap. *British Medical Journal*, 1982; 284: 183-185
- (68) YAMAMOTO J, SILVA JA, SASAO T, WANG CH & NGUYEN L. Alcoholism in Peru. *Am J Psychiatry*, 1993; 150:1059-1062
- (69) HELZER JE, CANINO GJ, YEH E-K, BLAND RC, LEE CK, HWU H-G, NEWMAN S. Alcoholism-North America and Asia. *Arch Gen Psychiatry*, 1990; 47:313-319
- (70) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI" Compendio Estadístico, 1992-93. Lima
- (71) CORIN E, BIBEAU G, MARTIN JC & LAPLANTE R. Comprendre pour soigner autrement. *Reperes pour regionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montreal. Montreal. 1990
- (72) WORLD HEALTH ORGANIZATION Global estimates for health situation assessment and projections 1990. Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment. WHO. Ginebra. 1990
- (73) KLEINMAN A. The International Network for Community Mental Health (INECOM). Canada, 1993
- (74) INECOM The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health. 1993
- (75) QUELOZ N. Introduction: Urban process and its role in strengthening social disadvantages, inequalities and exclusion in mental health and deviance. WHO, Ginebra. 1991

- (76) SADOON R. Weakening and change of social network in mental health and deviance in inner cities. WHO, Ginebra. 1991
- (77) SEGUIN CA. El Síndrome Psicossomático de Desadaptación. Publicado en *Anales de Salud Mental* (1951) (1990) Vol VI N° 1 y 2:135-143
- (78) ZAPATA S. Consideraciones psicológicas y culturales en torno al síndrome psicossomático de desadaptación. *Anales del Servicio de Psiquiatría*, 1961; 3(4):27-32
- (79) KOSS JD. Somatization and Somatic Complaint Syndrome Among Hispanics: Overview and Ethnopsychological Perspectives. *Transcultural Research Review*, 1990; 27:5-29
- (80) VALDIVIA O. "Morbilidad psiquiátrica en la población obrera asegurada". Tercer Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima:286-309. 1974
- (81) BIBEAU G, CHAU-YIP A M, LOCK M, ROUSSEAU C; STERLIN C, FLEURY H. La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien. Gaetan Morin, Editeur. Le Comité de la Santé Mentale du Québec. Québec. 1992
- (82) MYERS JK, WEISSMAN MM, TISCHLER GL, HOLZER CHE, LEAF PJ, ORVASCHEL H, ANTHONY JC, BOYD JH, BURKE JD, KRAMER M & STOLTZMAN R. Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41:959-967

## PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

### 1) Los estudios de primera generación:

- a) Son los producidos antes de la Primera Guerra Mundial
- b) Se basaron en entrevistas directas con todos los sujetos, siendo el entrevistador un psiquiatra
- c) Se basaron en análisis estadístico de población atendida en hospitales psiquiátricos.
- d) Emplearon informantes clave que permitían identificar casos
- e) c + d

### 2) Los estudios de segunda generación:

- a) Usan métodos de despistaje previo para identificar casos con psicopatología en la población sana
- b) Aplican la entrevista psiquiátrica para precisar el diagnóstico
- c) En el Perú, son ejemplos de ellos los realizados por Rotondo et al y Mariátegui et al, en Mendocita y Lince, respectivamente
- d) a + b
- e) Todas son correctas

### 3) Los estudios de tercera generación:

- a) Emplean instrumentos que hacen diagnósticos según los sistemas internacionales de clasificación
- b) Utiliza entrevistadores no psiquiatras
- c) Se tradujeron en desarrollo de instrumentos epidemiológicos de uso internacional, entre ellos el DIS
- d) Se han realizado en el INSM "HD-HN", utilizando el DIS en una población urbano-marginal de Lima
- e) Todas son correctas

### 4) Se conocen como limitaciones del DIS:

- a) Su dependencia de la capacidad mnésica de los sujetos entrevistados
- b) Posibilidad de obtener tasas reducidas en personas mayores
- c) La uniformidad de administración del cuestionario en diferentes culturas no asegura que se esté midiendo la misma enfermedad o síndrome
- d) La extensión del cuestionario y el tiempo que demanda
- e) Todas las anteriores

**5) Los autores consideran que:**

- a) Los estudios epidemiológicos deben ser complementados con otros de perspectiva socioantropológica
- b) Los estudios epidemiológicos deben ser complementados con otros dirigidos a evaluación de servicios de salud mental.
- c) Los estudios epidemiológicos socioantropológicos y de evaluación de servicios de salud mental, permitirán el diseño de programas de intervención en salud mental.
- d) Todas son correctas
- e) Sólo b y c son correctas.