

PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES EN INDEPENDENCIA (LIMA, PERU) *

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
"HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI"

KEY WORDS: *Psychiatric Epidemiology — Social Psychiatry — Slum population*

PALABRAS CLAVE: *Epidemiología psiquiátrica — Psiquiatría social — Población urbano marginal.*

Se presenta la morbilidad psiquiátrica en el distrito de Independencia, localidad urbano-marginal de Lima, cuyas características se describen. En la primera fase del estudio la muestra fue de 808 adultos mayores de 18 años seleccionados probabilísticamente. Se utilizó el Diagnostic Interview Schedule (DIS), instrumento altamente estructurado, aplicable por no-psiquiatras, el cual con un programa de computación para diagnóstico automatizado proporciona diagnósticos específicos utilizando como referencia el DSM-III. La prevalencia de vida global de trastornos mentales fue de 41%, siendo las tasas más altas las de Abuso/dependencia del Alcohol, en hombres, seguida de fobia, predominante en mujeres. Los resultados considerados preliminares se presentan comparativamente con los hallados en 3 poblaciones norteamericanas (New Haven, Saint Louis y Baltimore), y se discuten las semejanzas y diferencias observadas.

Lifetime prevalence of mental disorders in Independencia

The rate of mental disorders in Independencia is presented. This is a slum area of Lima and its characteristics are described. The first wave of the study considered 808 adults older than 18 years. The sample was probabilistically taken. It was used the Diagnostic Interview Schedule (DIS), a highly structured instrument able to be used by lay interviewers, which has a computer program for automatic diagnosis according to DSM-III criteria. The lifetime prevalence was 41% of any DIS disorders. The most prevalent disorders were alcohol Abuse/dependence in men, followed by fobia in women. The findings are considered preliminary and are compared with those obtained in New Haven, St. Louis and Baltimore. The similarity and differences observed are discussed.

* Los autores del presente estudio epidemiológico fueron: S. Hayashi; A. Perales; C. Sogi; D. Warthon; R. Llanos y J. Novara. También los Drs. T. Sato y K. Minobe participaron en la investigación. Los Drs. Maasaki Kato (INSM del Japón) y Joe Yamamoto (Neuro-Psychiatric Institute U.C.L.A.) fueron asesores del proyecto. Este informe fué elaborado por los Drs. Alberto Perales y Cecilia Sogi, el Ing. Joaquín Novara y la colaboración de la Misión Japonesa en el Perú.

Palabras previas

En 1980 se firmó un convenio entre los gobiernos del Perú y Japón para la creación de un centro de atención de Salud Mental Comunitaria. Posteriormente, el proyecto original derivó hacia la constitución de un Instituto Nacional de Salud Mental. Dentro de este marco, el Dr. Masaaki Kato, entonces Jefe de la Comisión Doméstica Japonesa, esbozó un proyecto de investigación epidemiológica en un área de influencia del Instituto. El proyecto fue ejecutado, en su primera parte, en 1982, por miembros de la Misión Japonesa en Lima y un grupo de psiquiatras peruanos, estudio que produjo un informe técnico publicado por JICA (Japan International Cooperation Agency) en 1983 (12), parte de cuyo contenido fue presentado por el Dr. S. Hayashi al Séptimo Congreso Mundial de Psiquiatría, que tuvo lugar en Viena en el mismo año.

En base al citado informe, se ha elaborado el presente reporte. Asimismo, se han utilizado datos complementarios suministrados por la Universidad de California de Los Angeles (UCLA) y la Unidad de Cómputo del Instituto. Los resultados son, además, comparados con los obtenidos en estudios similares en tres ciudades norteamericanas y que han sido recientemente publicados.

Introducción

La determinación de la prevalencia de los trastornos mentales, a través de la epidemiología descriptiva, es base fundamental, tanto para la investigación de sus posibles factores causales,

cuanto para fines administrativos de planeamiento de los servicios de salud. Es decir, el conocimiento sobre la salud y la enfermedad que afecta a sectores de la población es de interés científico y también práctico para las políticas en salud. Sin embargo, los estudios de epidemiología psiquiátrica en el Perú han sido escasos, y tan sólo dos trabajos pueden considerarse como pioneros en esta área (14, 19). Existe además, un tercero que constituye un reporte epidemiológico específico sobre uso de drogas en el Perú (3).

Lo mencionado justifica la necesidad de este tipo de estudios en nuestro país. Por otro lado, el Primer Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental, que se llevó a cabo en Lima en 1982 (4), enfatizó la importancia de trabajos en esta línea y, en 1984, el Seminario Nacional de Priorización de la Investigación en Salud (5) reiteró el mismo sentir.

Los objetivos del presente informe son los siguientes: 1) estimar la prevalencia de vida de trastornos mentales específicos en la población escogida; 2) establecer sus correlatos demográficos (sexo y edad); 3) comparar nuestros resultados con aquellos obtenidos en el Epidemiological Catchment Area (ECA), Programa del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, reportados por Robins *et al.* (18).

El distrito de Independencia

El distrito de Independencia está ubicado hacia el noroeste de Lima, y conforma, con otros distritos de la zona, el denominado Cono Norte de la ciudad. Administrativamente, el IN

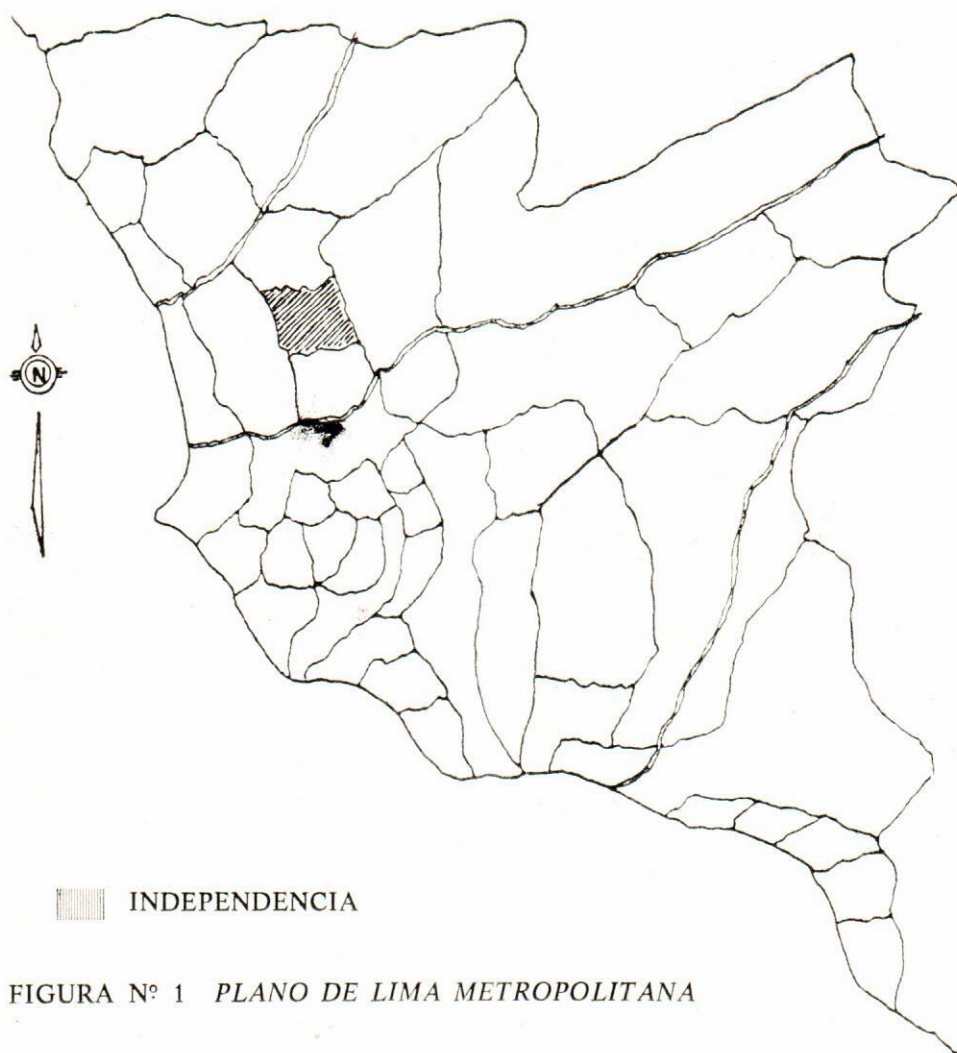


FIGURA N° 1 *PLANO DE LIMA METROPOLITANA*

SM presta servicios a toda la población de esta área geográfica, que alberga aproximadamente un millón de personas. El vecindamiento se inició hace unos 25 años mediante el procedimiento de "invasión" de terrenos, modo usual como se han formado en Lima los así llamados barrios marginales.

Los límites distritales de Independencia son: al Norte, Comas; al Sur,

Rímac; al Este, San Juan de Lurigancho, y al Oeste, San Martín de Porras.

La topografía del distrito se caracteriza por pampas áridas con múltiples elevaciones de terreno de poca altura, calculándose su altitud aproximadamente en 130 m. sobre el nivel del mar. Su extensión es de 1,618 Km.², tocando por uno de sus lados la margen derecha de una carretera troncal, y ascendiendo por el otro extremo a las

laderas de los cerros que corresponden a la zona más occidental de la Cordillera de los Andes. El desarrollo del poblado se inició en las zonas planas y luego su crecimiento se dirigió hacia las zonas más accidentadas. Así, la relativa heterogeneidad de las viviendas del distrito está en estrecha relación con su tiempo de existencia.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) llevó a cabo un nuevo Censo Nacional de Población y Vivienda en 1981 (11). Su informe estadístico revela que el número de viviendas del distrito fue de 24,857, en su mayor parte de tipo independiente, y con la característica de sencillez en su arquitectura. El 75% de ellas contaba con servicios públicos de agua y desagüe; y el 77% con alumbrado eléctrico. La población distrital, estimada en ese entonces, fue de 137,722 habitantes, siendo 5.5 el promedio de personas por vivienda.

Entre otras características demográficas, el mismo censo reveló que en Independencia, el 51% de la población total era masculina y el 49% femenina. Los grupos etarios se distribuyeron de tal modo que el 40% de los pobladores correspondía a menores de 14 años. El estado civil predominante, acorde con la estructura etaria, fue, en primer lugar, el de soltero, seguido por el de casado.

El informe del INE estimó en 40,416 personas la población económicamente activa, con ocupación el 92% y sin ella el 8%. La categoría de ocupación preponderante fue la de obrero. En lo referente a educación, el índice de analfabetismo fue del 9%, con mayor prevalencia en mujeres.

El 60% de la población de Independencia

había nacido en Lima, correspondiendo el porcentaje restante a naturales de otros departamentos del Perú, mayormente de las regiones andinas de escaso desarrollo. La religión oficial, como en el resto del país, fue la católica, aunque existían otras sectas religiosas con actividades en catequesis y labor social.

El distrito cuenta con centros de salud estatales, y cuatro de ellos brindan atención en salud mental coordinadamente con el INSM.

Prevalencia de vida (PV)

Lee Robins y col. (18) definen la PV como la proporción de personas, de una muestra representativa de la población, que alguna vez en su vida padeció un trastorno psiquiátrico particular. A esta medición epidemiológica, también se le denomina Tasa de Sobrevivientes Afectos (TSA). Los mismos autores señalan las ventajas de este tipo de mediciones; así, tenemos que la información retrospectiva que proporciona la PV es necesaria para calcular la tasa de trastornos mentales actuales, porque los criterios para algunos diagnósticos de la Clasificación Americana de Trastornos Mentales (DSM-III) (18) requieren información sobre la edad de inicio y las características del curso evolutivo del trastorno. Asimismo, la PV es también necesaria para determinar tasas de incidencia, o sea, las personas que por primera vez en su vida presentan un trastorno mental en el curso de un año, permitiendo estimar así el porcentaje de la población sobreviviente al inicio del año en riesgo de presentar el primer episodio de una enfermedad psiquiátrica.

A diferencia de otras mediciones epidemiológicas, como la prevalencia instantánea (*point prevalence*) y la prevalencia lápsica (*period prevalence*), la PV permite la identificación de casos de un modo más preciso, en el sentido de añadir al examen sindrómico transversal la información sobre el curso evolutivo de los síntomas, esencial para la categorización de un diagnóstico específico, tal el caso del trastorno esquizofrénico, como específica el DSM-III: la presencia de sintomatología esquizofrénica, por evidente que sea, no es suficiente para la identificación del caso, pues para ello es necesario alcanzar el criterio temporal de por lo menos 6 meses de evolución; de no cumplirse este requisito, el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme sería el indicado.

Metodología

Independencia fue elegida para el estudio epidemiológico porque en cierta medida puede considerarse representativa del Cono Norte. El diseño del estudio consideró una muestra representativa de la población general del distrito de Independencia, calculándose su tamaño en 1,600 personas. Se estimó que tal cifra sería suficiente aun para asegurar la detección de aquellos trastornos mentales de escasa prevalencia.

La investigación se llevó a cabo en 2 fases, la primera en 1982 y la segunda un año después. El tamaño de la muestra fue de 808 personas en la primera fase. Los resultados que se presentan en este reporte corresponden, así, a la mitad de la muestra total.

El procedimiento del muestreo lo llevó a cabo el Instituto Nacional de Estadística (INE), que en base a los datos del Censo Nacional VIII de Población y III de Vivienda (1981) nos proporcionó una muestra probabilística trietápica de selección simple al azar de viviendas y personas (para mayores detalles ver informe técnico epidemiológico) (1). Es importante enfatizar que de la población en referencia, cada sujeto de la muestra tuvo una probabilidad de selección conocida, y todos los sujetos tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados.

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron: 1) la ficha socioeconómica diseñada especialmente para obtener información sobre las características de la vivienda y la familia que habitaba en ella, (2) el Diagnostic Interview Schedule (DIS), desarrollado en los Estados Unidos por Lee Robins y col. (17).

El DIS es un instrumento para estudios epidemiológicos que permite establecer diagnósticos de acuerdo a tres sistemas de clasificación, el DSM-III, los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), y los criterios de Feighner. Su administración por encuestadores no psiquiatras ofrece resultados diagnósticos comparables a los obtenidos por psiquiatras, siendo esto posible por ser un instrumento completamente estructurado, como se describe a continuación. Se pregunta al examinado si alguna vez en su vida tuvo cada uno de los síntomas que sirven de criterio para los diagnósticos que hace el instrumento. En relación a cada uno de los síntomas experimentados por el examinado se aplica un

CUADRO N° 1

PREVALENCIA DE VIDA TRASTORNOS DIS/DSM-III EN INDEPENDENCIA
(LIMA - PERU)

<i>Trastornos</i>	<i>Independencia % 1982 (N=808)</i>
Trastorno por uso de sustancias	17.4
Abuso/dependencia del alcohol	16.8
Abuso/dependencia de drogas	0.6
Trastornos esquizofrénico/esquizofreniforme	1.0
Esquizofrenia	1.0
T. esquizofreniforme	- -
Trastornos afectivos	11.7
Episodio maníaco	0.7
Episodio depresivo mayor	6.9
Distimia	4.1
Trastornos ansiedad/somatomorfos	24.0
Fobia	16.5
Pánico	1.6
Obsesivo-compulsivo	5.3
Somatización	0.6
Anorexia nerviosa	- -
Trastorno de personalidad antisocial	6.8
Deterioro cognoscitivo (severo)	3.0
Algún Diagnóstico DIS	41.1
Algún Diagnóstico DIS excepto fobia	25.0
Algún Diagnóstico DIS excepto trastorno por uso de sustancias	32.0

DIS: Diagnostic Interview Schedule.

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition.

fluxograma de tanteo rígido, es decir, un conjunto estructurado de preguntas complementarias que evalúan, en cada caso, si el síntoma alcanzó el criterio de probable significado psiquiátrico (por ejemplo si fue lo suficientemente severo para ser de interés clínico y si ello ocurrió, por lo menos una vez, cuando no hubo una causa orgánica o tóxica definidas). El número y variedad de los síntomas vivenciados son comparados con los criterios diagnósticos del DSM-III. Para aquellos diagnósticos que son característicamente episódicos (vgr.: depresión mayor, ma-

nía y trastornos de pánico), una exigencia adicional es la ocurrencia de los síntomas dentro de un período de tiempo especificado. Para algunos trastornos existe un límite en su edad de inicio (trastorno esquizofrénico, esquizofreniforme, somatización, y personalidad antisocial); también, una frecuencia mínima de episodios (trastornos de pánico) o deterioro en el funcionamiento (esquizofrenia). Finalmente, existen criterios de exclusión, esto es, si se alcanza el criterio para un trastorno, ello es incompatible con otros diagnósticos. Todo lo señalado

CUADRO N° 2

FRECUENCIA COMPARATIVA DE TRASTORNOS DIS/DSM-III

Trastornos	New Haven (Conn.)%	Baltimore%	St. Louis%	Independencia%
	1980-1981 (N = 3,058)	1981-1982 (N = 3,481)	1981-1982 (N = 3,004)	1982 (N = 808)
Trastornos por uso de sustancias	15.0(0.7)	17.0(0.7)	18.1(0.9)	17.4(0.9)
Abuso/dependencia del alcohol	11.5(0.6)	13.7(0.7)	15.7(0.9)	16.8(0.1)
Abuso/dependencia de drogas	5.8(0.4)	5.6(0.5)	5.5(0.6)	0.6(0.1)
Trastornos esquizofrénico/esquizofreniforme	2.0(0.3)	1.9(0.3)	1.1(0.2)	1.0(0.7)
Esquizofrenia	1.9(0.3)	1.6(0.2)	1.0(0.2)	1.0(0.7)
Trastorno esquizofreniforme	0.1(0.1)	0.3(0.1)	0.1(0.1)	--
Trastornos afectivos	9.5(0.6)	6.1(0.4)	8.0(0.7)	11.7(0.9)
Episodio maníaco	1.1(0.2)	0.6(0.2)	1.1(0.3)	0.7(0.6)
Episodio depresivo mayor	6.7(0.5)	3.7(0.3)	5.5(0.6)	6.9(10.0)
Distimia	3.2(0.4)	2.1(0.2)	3.8(0.4)	4.1(0.9)
Trastornos ansiedad/somatomorfo	10.4(0.6)	25.1(0.8)	11.1(0.7)	24.0(9.0)
Fobia	7.8(0.4)	23.3(0.8)	9.4(0.6)	16.5(9.3)
Pánico	1.4(0.2)	1.4(0.2)	1.5(0.3)	1.6(0.7)
Obsesivo/compulsivo	2.6(0.3)	3.0(0.3)	1.9(0.3)	5.3(0.9)
Somatización	0.1(0.1)	0.1(0.1)	0.1(0.1)	0.6(2.4)
Anorexia nerviosa	0.0(0.0)	0.1(0.0)	0.1(0.1)	--
Trastorno de personalidad antisocial	2.1(0.3)	2.6(0.3)	3.3(0.5)	6.8(9.6)
Deterioro cognoscitivo (severo)	1.3(0.2)	1.3(0.2)	1.0(0.2)	3.0(7.8)
Algún diagnóstico DIS	28.8(0.9)	38.0(0.9)	31.0(1.2)	41.1(0.7)
Algún diagnóstico DIS excepto fobia	24.9(0.9)	23.9(0.8)	26.2(1.1)	25.0(0.8)
Algún diagnóstico DIS excepto trastornos por uso de sustancias	19.3(0.8)	29.5(0.9)	18.6(1.0)	32.0(0.8)

Los números entre paréntesis corresponden a error standard.

permite decidir si el examinado, alguna vez en su vida, alcanzó los criterios para cada uno de los diagnósticos posibles de ser determinados con el instrumento. También, el DIS y el DSM-III permiten diagnósticos múltiples en un mismo sujeto.

Los resultados del estudio que mostramos a continuación se presentan como trastornos DIS/DSM-III, porque las categorías diagnósticas corresponden al sistema de clasificación de los trastornos mentales del DSM-III.

Resultados

En el Cuadro N° 1 se presentan las cifras de PV de 14 trastornos mentales específicos, más el porcentaje global de los diagnósticos hallados (*Any DIS Disorder Covered*), en la población del distrito de Independencia.

El Cuadro N° 2 presenta comparativamente nuestros resultados con aquellos obtenidos en 3 ciudades norteamericanas: New Haven (Conn.), Baltimore y St. Louis (11).

CUADRO N° 3

TRASTORNOS DIS/DSM-III QUE DIFERENCIAN A LAS POBLACIONES

	NH vs. B	Mayor NH	NH vs. StL Mayor	B vs. StL Mayor	I vs. NH Mayor	I vs. B Mayor	I vs. StL Mayor	Mayor Diferenciada
Abuso/dependencia alcohol	...	...	∠ .001	StL ∠ .05	StL ∠ .005	I ∠ .05	I ...	... StL e I mayor
Esquizofrenia	...	...	∠ .01	NH ...	...	...	...	... ..
T. esquizofreniforme	∠ .05	B ...	...	...	...	...	...	... ..
Ep. depresivo mayor	∠ .001	NH ...	...	∠ .01	StL ...	∠ .005	I ...	... B. menor
Distimia	∠ .05	NH ...	...	∠ .001	StL ...	∠ .005	I ...	... B. menor
Fobia	∠ .001	B ...	...	∠ .001	B ∠ .005	I ∠ .005	B ∠ .005	I B e I mayor
T. obsesivo-compulsivo	...	...	...	∠ .05	B ∠ .005	I ∠ .005	I ∠ .005	I I. mayor
Personalidad antisocial	...	...	...	∠ .05	StL ∠ .005	I ∠ .005	I ∠ .005	I I. mayor
Deterioro cognoscitivo	...	...	...	...	∠ .005	I ∠ .005	I ∠ .005	I I. mayor
Somatización	...	...	...	...	∠ .025	I ∠ .01	I ∠ .025	I I. mayor
Algún diagnóstico DIS/DSM-III	∠ .001	B ...	...	∠ .001	B ∠ .005	I ...	∠ .005	I B e I mayor

NH indica New Haven, Conn.; B, Baltimore; StL, St. Louis; I, Independencia.

CUADRO N° 4

TASAS DE DIAGNOSTICOS ESPECIFICOS EN ORDEN DE FRECUENCIA
COMPARACION ENTRE POBLACIONES

Orden Jerárquico del Trastorno	New Haven %	Baltimore %	St. Louis %	Independencia %
1	Abuso/dep. Alcohol 11.5 Fobia	Fobia 23.3 Abuso/dep. Alcohol	Abuso/dep. Alcohol 15.7 Fobia	Abuso/dep. Alcohol 16.8 Fobia
2	7.8 Depresión Mayor	13.7 Abuso/dep. Drogas	9.4 Abuso/dep. Drogas	16.5 Depresión Mayor
3	6.7 Abuso/dep. Drogas	5.6 Depresión Mayor	5.5 Depresión Mayor	6.9 Personalidad Antisocial
4	5.8 Distimia	3.7 Obs.-comp.	5.5 Distimia	6.8 Obs.-comp.
5	3.2	3.0	3.8	5.3

Se observa que, en Independencia, el porcentaje de aquellas personas que ha tenido algún diagnóstico DIS/DSM-III, en un momento de su vida es de 41%, cifra elevada comparada a las correspondientes a las tres ciudades norteamericanas, que tienen un porcentaje de 29-38%. De estas últimas, la tasa más alta corresponde a Baltimore, y difiere significativamente ($P < 001$) de New Haven y St. Louis.

El diagnóstico específico de mayor prevalencia en New Haven, St. Louis e Independencia fue el abuso/dependencia del alcohol, que afectó del 11 al 16.8% de la población, siendo el porcentaje más alto el de Independencia. El diagnóstico específico más prevalente en Baltimore fue fobia con 23.3%.

En el Cuadro N° 3 se presentan comparativamente los trastornos DIS/DSM-III en las 4 poblaciones, mostrando

las diferencias estadísticamente significativas entre los lugares y asimismo la población diferenciada en relación a cada categoría diagnóstica.

Se observa que en Independencia, los porcentajes son significativamente mayores para los diagnósticos: trastorno obsesivo-compulsivo, personalidad antisocial, deterioro cognoscitivo y trastorno de somatización. Asimismo, las cifras son altas para abuso/dependencia del alcohol, al igual que en St. Louis; y en fobia y algún diagnóstico DIS/DSM-III se asemeja a Baltimore, y en este sentido se diferencia en las comparaciones con las demás poblaciones mencionadas.

En el Cuadro N° 4 anotamos los estimados de la tasa de trastornos mentales específicos en las 4 poblaciones, ordenados jerárquicamente en orden de frecuencia de mayor a menor.

CUADRO N° 5
COMPARACION DE LAS PROBABILIDADES DE TRASTORNOS DIS/DSM-III

<i>Diagnósticos</i>	<i>Promedio de las 3 ciudades Norteamericanas</i>	<i>Independencia (Lima, Perú)</i>
Episodio depresivo mayor	1/20	1/14
Distimia	1/30	1/25
Trastorno de personalidad antisocial	1/40	1/14
Trastorno obsesivo-compulsivo	1/40	1/20
Trastorno de pánico	1/50	1/62
Deterioro cognoscitivo (severo)	1/50	1/33
Esquizofrenia	1/50	1/100
Trastorno esquizofreniforme	1/500	—
Trastorno de somatización	1/500	1/66
Anorexia nerviosa	1/500	—
Fobia	1/7	1/6
Abuso/dependencia del alcohol	1/7	1/6

Observamos la coincidencia de 2 trastornos: abuso/dependencia del alcohol y fobia en las 4 poblaciones, aunque el orden jerárquico es inverso en Baltimore.

En el Cuadro N° 5 se presenta comparativamente la proporción de sujetos afectados para cada uno de los trastornos en Independencia con el promedio correspondiente a las tres ciudades norteamericanas.

En Independencia, el abuso/dependencia del alcohol afecta a uno de cada 6 habitantes; las fobias, a uno de cada 6; uno de cada 14 adultos ha sufrido un episodio depresivo mayor;

la distimia afecta a uno de cada 25; el trastorno de personalidad antisocial a uno de cada 14; el trastorno obsesivo-compulsivo a uno de cada 20; el trastorno de pánico a uno de cada 62; el deterioro cognoscitivo severo a uno de cada 33; la esquizofrenia a uno de cada 100 y el trastorno de somatización a uno de cada 66.

Correlatos demográficos de los trastornos

Sexo. En el Cuadro N° 6 se presentan comparativamente las 4 poblaciones en relación a la variable sexo.

CUADRO N° 6
COMPARACION DE POBLACIONES POR SEXO

<i>Sexo</i>	<i>New Haven (Conn.) %</i>	<i>Baltimore %</i>	<i>St. Louis %</i>	<i>Independencia %</i>
Masculino	47	45	47	48.5
Femenino	53	55	53	51.5
TOTAL	100	100	100	100

CUADRO N° 7
 PREDOMINANCIA DE TRASTORNOS DIS/DSM-III VARIABLE SEXO

	New Haven (Conn.) %		Baltimore %		St. Louis %		Independencia %	
	M	F	M	F	M	F	M	F
	N=1,292	N=1,766	N=1,322	N=2,159	N=1,202	N=1,802	N=391	N=404
<i>Predominante en hombres</i>								
<i>Definitivo</i>								
Abuso/dependencia del alcohol	19.1 (1.1)	4.8 (0.5) *	24.9 (1.4)	0.7 (0.2) *	28.9 (1.8)	4.3 (0.6) *	32.5 (1.3)	2.5 (1.2) §
Trastorno personalidad antisocial	3.9 (0.6)	0.5 (0.2) *	4.9 (0.7)	4.2 (0.4) *	4.9 (0.7)	1.2 (0.3) *	9.5 (1.2)	4.5 (5.9) *
<i>Probable</i>								
Abuso/dependencia de drogas	6.5 (0.7)	5.1 (0.6)	7.1 (0.8)	4.4 (0.6) **	7.4 (0.9)	3.8 (0.6) *	1.3 (1.5)	0.0 (1.2)
<i>Predominante en mujeres</i>								
<i>Definitivo</i>								
Episodio depresivo mayor	4.4 (0.6)	8.7 (0.8) *	2.3 (0.4)	4.9 (0.5) *	2.5 (0.5)	8.1 (0.9) *	3.8 (1.3)	10.1 (1.2) §
Agorafobia	1.5 (0.4)	5.3 (0.5) *	5.2 (0.6)	12.5 (1.0) §	1.5 (0.3)	6.4 (0.8) *	3.6 (1.2)	12.9 (1.2) §
Fobia simple	3.8 (0.5)	8.5 (0.7) *	14.5 (1.1)	25.9 (1.2) *	4.0 (0.7)	9.4 (0.9) *	5.4 (1.5)	17.1 (1.1) §
<i>Probable</i>								
Distimia	2.6 (0.5)	3.7 (0.4)	1.2 (0.3)	2.9 (0.4) *	2.1 (0.6)	5.4 (0.7) *	2.8 (0.1)	5.4 (0.1) §
Trastorno de somatización	0.0 (0.0)	0.3 (0.1) **	0.0 (0.0)	0.2 (0.1) £	0.0 (0.0)	0.3 (0.1) **	0.0 (0.0)	1.2 (0.5)
Trastorno de pánico	0.6 (0.2)	2.1 (0.4) *	1.2 (0.3)	1.6 (0.3)	0.9 (0.3)	2.0 (0.5)	1.0 (0.9)	2.2 (0.1)
Obsesivo-compulsivo	2.0 (0.4)	3.1 (0.4)	2.6 (0.6)	3.3 (0.5)	1.1 (0.3)	2.6 (0.5) **	4.9 (0.1)	5.9 (0.1)
Esquizofrenia	1.2 (0.5)	2.6 (0.4) **	1.2 (0.3)	1.9 (0.3)	1.0 (0.4)	1.1 (0.3)	0.5 (0.4)	1.5 (0.1)
<i>No predominancia</i>								
Episodio maniaco	0.9 (0.3)	1.3 (0.3)	0.8 (0.3)	0.5 (0.2)	1.1 (0.4)	1.1 (0.3)	0.8 (0.1)	0.7 (6.3)
Deterioro cognoscitivo (severo)	1.4 (1.3)	1.2 (0.3)	1.1 (0.2)	1.4 (0.2)	1.0 (0.2)	1.1 (0.2)	1.0 (9.3)	2.5 (9.3)

£ P < .05 **P < .01 § P < .005 *P < .001,
 Números entre paréntesis significan errores standard

En el Cuadro N° 7 se presenta el análisis comparativo de predominio de los diagnósticos específicos en cuanto al sexo en las poblaciones.

Los trastornos definitivamente predominantes en hombres, en las 4 poblaciones, fueron: abuso/dependencia del alcohol y personalidad antisocial, y en el caso de las mujeres, episodio depresivo mayor, agorafobia y fobia simple.

Edad. En el Cuadro N° 8 se presenta comparativamente la estructura etaria de las 4 poblaciones.

En relación a la variable edad, Lee Robins y cols. (18) observan lo siguiente: "Desde que nosotros estamos considerando la Prevalencia de Vida (PV), manteniendo constantes las otras variables, los trastornos de inicio temprano (como las fobias, en las que el promedio de edad del primer síntoma está por debajo de los 18 años, para las personas afectas en cada grupo de edad), debería observarse una PV plana en todos los grupos de edad, porque en el momento de la entrevista DIS, las personas ya habían pasado la edad de riesgo para el trastorno. En

aquellos trastornos como la esquizofrenia, en la cual la edad de inicio tiene un límite por definición establecido en 45 años, según los criterios del DSM-III, la tasa del trastorno debería aumentar en los sucesivos grupos de edad hasta llegar a los 45 años, y luego debería ser plana. En los trastornos que se inician en el curso de la vida adulta, como los episodios depresivos, deberían esperarse casos en todas las edades, y un aumento de la tasa progresivo con la edad, porque a mayor expectativa de vida la persona habría estado expuesta más tiempo al riesgo de enfermar. Finalmente, en aquellos trastornos que se presentan tardíamente en el curso de la vida, se esperaría su ausencia en los grupos jóvenes, con aumento progresivo en los grupos mayores por encima de la edad límite. Aunque los patrones varían de acuerdo a los diagnósticos, dependiendo de su edad de inicio, para todos los diagnósticos, la tasa correspondiente a un grupo de edad joven nunca debería ser mayor que la tasa correspondiente al subsiguiente grupo de edad; la prevalencia debe ser similar

CUADRO N° 8

COMPARACION DE LAS POBLACIONES POR GRUPOS DE EDAD

<i>Grupo de Edad</i>	<i>New Haven (Conn.)</i> %	<i>Baltimore</i> %	<i>St. Louis</i> %	<i>Independencia</i> %
18-24	16	19	18	26
25-44	38	34	40	55
45-64	30	29	27	15*
65-+	16	18	15	4**
	100	100	100	100

* Grupo de Edad 45-59.

** Grupo de Edad 60-+.

CUADRO N° 9

PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DIS/DSM-III POR GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad con porcentajes más altos	Independencia %			
	N=99	N=212	N=80	N=4
18-24a				
Manía	0.4	0.2	0.1	-
Abuso/dependencia drogas	0.1	-	-	-
25-44a				
Episodio depresivo mayor	1.5	2.8	1.0	-
Somatización	-	0.5	0.1	-
Pánico	0.2	1.0	0.2	-
Personalidad antisocial	0.9	1.6	1.0	-
Esquizof./esquizofreniforme	0.4	0.6	0.4	-
Obsesivo-compulsivo	1.5	3.0	1.0	-
Distimia	2.8	5.6	2.0	0.1
Agorafobia	1.4	5.0	1.9	0.1
Fobia social	1.2	3.8	0.9	-
Fobia simple	3.6	6.2	2.4	-
Fobia total	4.6	8.3	3.5	0.1
Abuso/dependencia alcohol	3.5	9.0	4.3	0.1
Deterioro cognoscitivo *	2.7	9.0	5.3	0.4

1=18-24a 2=25-44a 3=45-65a 4=65+a.

* Aquí se incluyen los casos severos y leves. Este porcentaje corregido estadísticamente, según informe técnico epidemiológico es 3% de P.V. global.

con el grupo subsecuente, si ambos han pasado ya la edad de riesgo de inicio del trastorno; la prevalencia debe ser menor que la tasa correspondiente al siguiente grupo mayor si la edad de inicio del trastorno mental abarca las edades actuales de uno o ambos grupos de edad".

En el Cuadro N° 9 se presentan los diagnósticos DIS/DSM-III por grupos de edad, de la población de Independencia.

En la elaboración de este Cuadro se utilizaron datos proporcionados por UCLA, porque el informe técnico epidemiológico de JICA (12) no contenía la información completa. En este sentido, los porcentajes globales de algu-

nos diagnósticos obtenidos de estas dos fuentes, no coinciden exactamente, porque los programas de computación utilizados por las mencionadas entidades fueron diferentes.

Asimismo cabe aclarar, en relación al diagnóstico de deterioro cognoscitivo, que S. Hayashi, luego de un procedimiento estadístico, halló una PV del 3%; en cambio, el porcentaje de los resultados preliminares respecto a esta categoría, obtenido por UCLA, fue de 17% (incluye los casos severos y leves).

Como se observa en el Cuadro N° 9, ninguna de las predicciones mencionadas al efecto de la edad sobre la PV (18) se cumplen. El grupo de edad

con los porcentajes más altos es aquél entre 25 - 44 años. Aunque consideramos que se requiere de estudios posteriores para explicar este resultado, las posibles explicaciones podrían ser: ausencia de personas afectas mayores en la vivienda por muerte, migración, o institucionalización; o bien que las personas mayores, olvidaron sus síntomas, o son más reacias a proporcionar información (18).

Discusión

Dohrenwend, B.P. y Dohrenwend, B.S. (1982) (8), clasifican los estudios epidemiológicos como pertenecientes a 3 grandes generaciones. La primera de ellas comprende las investigaciones producidas antes de la Segunda Guerra Mundial, basadas fundamentalmente en los datos proporcionados por las historias clínicas de los hospitales, correspondiendo en estricto al estudio de la prevalencia asistida de trastornos mentales. La segunda generación corresponde a aquellos estudios basados en entrevistas directas a miembros de una comunidad determinada, utilizando como primer detector a entrevistadores no médicos, y posterior examen especializado por psiquiatras sólo a los casos de sospecha de patología. Ejemplos clásicos de estudios de esta generación son los realizados en Stirling County (13) y Midtown Manhattan (22), en los Estados Unidos; y, en el Perú, los estudios de Rotondo y cols. en Mendocita (19), y Mariátegui y cols. en Lince (14). Los estudios epidemiológicos denominados de tercera generación se caracterizan por la adopción de las recientes innovaciones en el campo de la psiquiatría:

uso de criterios explícitos para el diagnóstico de trastorno mental; entrevistas diagnósticas estandarizadas; diseños metodológicos de investigación más sofisticados; y procesamiento computarizado de datos (16). Consiguientemente, las investigaciones en el campo de la epidemiología psiquiátrica permiten actualmente, la comparabilidad de los resultados obtenidos en diferentes poblaciones socio-económico y culturales.

En esta perspectiva, el DIS, como instrumento diagnóstico de trastornos mentales específicos en la población general, resume en el sentido operativo las características de los estudios epidemiológicos de la tercera generación. Cabe, sin embargo, mencionar algunas limitaciones del instrumento como las siguientes: 1) las posibles dificultades en la capacidad mnésica de los sujetos entrevistados (en este sentido diversos estudios cuestionan la confiabilidad de la información retrospectiva proporcionada por pacientes psiquiátricos); 2) el estudio de sujetos distribuidos en todo el rango de edad, incluyendo a la población que aún no ha llegado a la edad límite de riesgo para la presentación del trastorno, puede arrojar cifras de morbilidad relativas, al no considerar las tasas de mortalidad a edades tempranas, asociadas con otras causas (16).

Respecto a nuestro estudio podemos decir que fue muy bien aceptado por la población de Independencia, lo cual se refleja en el bajo índice de rechazo (1.5%), que abona positivamente a la confiabilidad de la información. Rutter (20) señala al respecto que los estudios epidemiológicos suelen tener un porcentaje de no respuesta del 15-

20%; y en el ECA Program de los Estados Unidos, las cifras de rechazo fueron del 13.4% en New Haven; 16.3% en Baltimore y 9.9% en St. Louis (16).

Por otro lado, el uso de un nuevo instrumento, el DIS, particularmente en un país en desarrollo como el Perú, plantea algunos problemas de interpretación. Por ello, deseamos enfatizar que los resultados obtenidos en nuestro estudio deben ser tomados con cautela y referidos específicamente al sector de la población estudiada, no siendo aceptable generalizar las conclusiones a la población total de Lima que como gran metrópoli constituye un mosaico poblacional de diferentes características y estratos sociales.

Así, en lo referente a cada uno de los diagnósticos específicos llama a reflexión la PV de algunas categorías como el de abuso/dependencia de drogas, del 0.6%, que creemos podría no reflejar la realidad del problema; así, un estudio epidemiológico sobre uso de drogas reportado en 1979 (3) arrojó una prevalencia de 34.7% para Lima y Callao, excluyendo abuso/dependencia de alcohol y tabaquismo.

También, el porcentaje de trastorno obsesivo-compulsivo, de 5.3%, fue el más alto de las 4 poblaciones. La PV de trastorno obsesivo-compulsivo hallada no se refleja en la demanda asistencial, pues el informe estadístico señala que durante el período comprendido entre julio de 1982 y junio de 1983, de los pacientes atendidos en el INSM sólo el 1.3% tuvieron este diagnóstico. Recordamos al respecto que el distrito de Independencia pertenece oficialmente a nuestra área de servicios. Una explicación posible po-

dría girar en torno al concepto de enfermedad y caso (21). El mismo comentario merece el diagnóstico de deterioro cognoscitivo, que fue el 1.1% de las atenciones en nuestra institución, siendo su PV en Independencia del 3%.

La PV del trastorno de personalidad antisocial, de 6.8%, impresiona como alta y no tiene parámetro de comparación con estadística hospitalaria, pues es sabido que estos pacientes no suelen consultar. Cabe comentar que, por un lado, podría ser reflejo de las condiciones de vida desfavorables de la población estudiada, supuesto que se apoya en investigaciones sobre conductas de características antisociales observadas en los miembros de una colonia de inmigrantes en los Estados Unidos (Levine y Levine, 1970) (23). De otro lado, los criterios considerados para el diagnóstico de conducta antisocial en Estados Unidos podrían no ser adecuados, en su totalidad, para nuestro medio.

Entre los trastornos menos prevalentes está la esquizofrenia (1.0%), que coincide en términos generales con las cifras correspondientes a las 3 ciudades norteamericanas. El trastorno de somatización (0.6%) no apoya el concepto clínico bastante extendido en la comunidad psiquiátrica de nuestro país en el sentido que poblaciones del estrato social de Independencia tienden a presentar, con más frecuencia, síntomas de fachada física que psíquica.

Finalmente, en la comparación de nuestros resultados con los correspondientes a las tres ciudades norteamericanas, destaca, más que las diferencias, la semejanza de los hallazgos, en especial, de aquellos trastornos men-

tales más prevalentes: abuso/dependencia del alcohol y fobias. Para la comprensión más exacta del porqué de estos resultados consideramos se requiere profundizar el análisis de los datos y agregar nuevos estudios de investigación, pues, si bien el período de estudio y la metodología empleada fueron similares en las cuatro ciudades, indudablemente, Independencia

constituye una población con otra realidad socio-económica y cultural.

Señalamos, por último, que no hemos podido estimar dos factores que nos parecen importantes: la mortalidad a edades tempranas de los sujetos con el trastorno, por factores tales como condiciones socio-económicas desfavorables y el estimado de PV en población institucionalizada.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition. A.P.A., Washington D.C.
2. BANCO CENTRAL DE RESERVA DEL PERU (1984): *En la línea del Mapa de Pobreza. Identificación de las diferencias interdistritales en Lima Metropolitana*. Documento elaborado por el Dpto. de Estudios del Sector Social, Lima.
3. CARBAJAL, C.; JERI, R.; SANCHEZ, C.; BRAVO, C. y VALDIVIA, L. (1980): "Estudio epidemiológico sobre uso de drogas". *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales* 41: 1-118.
4. CONCYTEC, MINISTERIO DE SALUD E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI" (1982): Primer Seminario Nacional de Investigación en Salud Mental, Lima.
5. CONCYTEC - MINISTERIO DE SALUD (1984): *Políticas de Investigación Científica en Salud en el Perú. Areas Prioritarias y Estrategias*. Anales del Seminario Nacional de Priorización de la Investigación. Lima.
6. CROCETTI, G.; LEMKAU, P. (1967): "Schizophrenia II: Epidemiology". In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Freedman, A.M.; Kaplan, H.I. (Eds.), First Edition. Williams & Wilkins, Baltimore.
7. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA DEL AREA HOSPITALARIA N° 17 RIMAC (1984): "Población por distritos, establecimientos de salud, según grupos de edad y grupos programáticos".
8. DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.P. (1982): "Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology". *Am. J. Public Health* 72: 1271-1279.
9. EATON, W.; HOLZER, C.E. III, VON KORFF, M.; ANTHONY, I.C.; HELZER, J.E.; GEORGE, L.; BURNAM, A.; BOYD, J.H.; KESSLER, L.G. & LOCKE, B.Z. (1984): "The design of the epidemiologic catchment area surveys. The control and measurement of error". *Arch. Gen. Psychiatry* 41: 942-948.
10. ESPINOZA, J.M. (1976): Guía General de Independencia. (Impreso).
11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (1983): *Censos Nacionales VIII de Población y III de Vivienda 12 de Julio de 1981. Resultados definitivos*. I.N.E., Lima.
12. JAPAN INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (1983): "Development of Mental Health Services Project in Peru. Epidemiological Research Report". MC-CR (3) 83-27, Tokyo.
13. LEIGHTON, D.C.; HARDING, J. S.; MCKLIN, D.B. et al (1983): *The Character of Danger*. Basic Books, New York.

14. MARIATEGUI, J.; ALVA, O DE LEON (1969): *Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima. Un estudio de prevalencia en Lince*. Ediciones de la Revista de Neuro-Psiquiatría, Lima.
15. MATOS MAR, J. (1984) *Desborde popular y crisis del estado (El nuevo rostro del Perú en la década de 1980)*. Perú-Problema 21, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
16. REGIER, D.A.; MYERS, J.K.; KRAMER, M.; ROBINS, L.N.; BLAZER, D.G.; HOUGH, R.L.; EATON, W.W.; LOCKE, B.Z. (1984): "The N. I.M.H. Epidemiologic Catchment Area Program. Historical context, major objectives, and study population characteristics". *Arch. Gen. Psychiatry* 41: 934-941.
17. ROBINS, L.N.; HELZER, J.E.; CROUGHAN, J.; RATCLIFF, K.S. (1981): "National Institute of Mental Health. Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity". *Arch. Gen. Psychiatry* 38: 381-389.
18. ROBINS, L.N. HELZER, J.E.; WEISSMAN, M.; ORVASCHEL, H.; GRUENBERG, E.; BURKE, J.D. Iri
- REGIER, D.A. (1984): "Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites". *Arch. Gen. Psychiatry* 41: 949-958.
19. ROTONDO, H.; ALIAGA, P.; GARCIA PACHECO, C. (1965): "Estudios de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita". En *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú*, Caravedo, B.; Rotondo, H. y Mariátegui, J. Ediciones del Sol, Lima.
20. RUTTER, M. (1982): "Surveys to answer questions. Some methodological considerations". *Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl.* 296 65: 64-76.
21. SANDS, W.L. (1967): "Psychiatric History and Mental Status". En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Freedman, A. and Kaplan, H. (Eds.), First Edition. Williams & Wilkins, Baltimore.
22. SROLE, L.; LANGER, T.S.; MICHAEL, S.T. et al. (1962): *Mental Health in the Metropolis: the Mid-Town Manhattan Study*, Mc Graw - Hill, New York.
23. LEVINE, M. & LEVINE, A. (1970) *A Social History of Helping Services*. Appleton-Century-Crofts, New York.