

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México

Jorge Caraveo-Anduaga¹
María Elena Medina-Mora²
María Luisa Rascón³
Jorge Villatoro³
Angélica Martínez-Vélez³
Mario Gómez⁴

Summary

The present report is based on information gathered in 1988 on a representative subsample of adults aged 18 to 64 years, living in urban areas, during the first National Survey on Drug Abuse. The sample frame was a household survey based on the master frame for epidemiological studies in the country. The design was polietapic and stratified and the individual subject at the household was the last sampling unit. This study is the first in Mexico that has intended to estimate the prevalence of specific psychiatric disorders in the general population throughout the country.

In 1988, when this study was planned, most epidemiological studies used the PSE-CATEGO on which the authors had previous experience. The DIS had also been used on the ECA study in the United States, and we had experience in it. Nevertheless, both instruments required experienced personnel and both were very long for the purposes of the main study. Using our previous experience, we decided to elaborate a questionnaire that could be easily and reliably administered by lay interviewers throughout the country, and simple enough to be understood by the person interviewed, and also resembling the structure of the PSE in order to further organize the clinical information into the syndromes and apply the ID-CATEGO rules.

Items were selected from screening instruments such as the SRQ, the CES-D expanding the evaluation to the previous month, a scale that evaluates hopelessness and suicidal thoughts, and some questions which were adapted from the DIS following the DSM-III criteria and that were also included in the PSE. All questions were responded with three options: yes, no and don't know, specifying the presence of the symptom either in the previous month or during lifetime, as well as its severity. Finally, the questionnaire included 60 items with which most of the non psychotic syndromes from the PSE were integrated and combined in order to arrive to a diagnostic class following the ID-CATEGO rules. Also three psychotic syndromes were created and combined to arrive to

a tentative diagnosis of schizophrenia or to an unespecific psychosis. A complete description of the syndromes, rules for combinations and the questionnaire can be obtained from the first author.

The average weight value was used throughout the analysis it was obtained by the average of all the weighting values for each subject using it as the divisor of each unit; by this means the sampling probability of the subjects was preserved as well as the sample size.

The average weighted sample of subjects aged 18 to 64 years old included 888 males and 1096 females. Results are presented by groups of age and gender. Diagnostic definitive classes suggesting a bipolar disorder showed a prevalence of 1.1 % for males and 0.3 % for females. Classes indicating a major depressive disorder were significantly more frequent in women, 3.9 % than in men 2.2 % and specially among the 45-64 age group. Probable schizophrenic disorders were equally found showing a 0.7 % prevalence. The four diagnostic classes indicative of a probable psychotic disorder showed and overall prevalence of 5.4 % in males and 5.8 % in females.

Minor psychiatric disorders were, as expected, more frequent. Simple depression was more common in men of the younger and elder groups. Neurotic depression prevailed in women showing the same tendency on age. Also, obsessive-compulsive disorder was more frequent in women. The overall prevalence of psychiatric disorders was estimated in 16.7 %; additionally, epilepsy showed 3.7 % lifetime prevalence equally affecting both sexes. Unespecific syndromes were reported in 30 % and asymptomatic population represented 35 %.

The results obtained in this study are compared and discussed with the findings reported recently in the bibliography.

Resumen

El propósito de este estudio fue obtener un diagnóstico de la magnitud de los problemas de salud mental en una submuestra aleatoria poblacional urbana de personas entre 18 a 64 años, en el marco del levantamiento de la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en 1988.

Este estudio es el primero en su género que, aplicado en una encuesta de hogares en la población urbana a nivel nacional, intenta estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos.

La información se obtuvo por medio de un cuestionario estandarizado de fácil aplicación por entrevistadores no psiquiatras. Para elaborar la entrevista se seleccionaron reactivos de diferentes instrumentos que exploraran las áreas importantes de la psicopatología tratando de que estuvieran redactados en un lenguaje claro tanto para aplicarlos como

¹ Jefe del Departamento en Servicios de Salud de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

² Jefe de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

³ Investigador de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

⁴ Jefe del Departamento de Educación Continua de la División de Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

para que la población entrevistada los comprendiera y los contestara.

Las variables exploraron la prevalencia de sintomatología que sugiriera la existencia de los siguientes trastornos: depresión, desesperanza, ideación suicida, manía, estados de angustia, obsesiones-compulsiones, crisis epilépticas y sintomatología psicótica. La información se agrupó y se manejó siguiendo los criterios del PSE-ID-CATEGO para las clases diagnósticas no psicóticas y para los trastornos afectivos mayores, mientras que para los trastornos psicóticos se crearon clases tentativas en función de las preguntas del cuestionario.

Para el análisis de la información se manejó el ponderador promedio. De esta manera se conserva la probabilidad de selección de los sujetos y, al mismo tiempo, se mantiene el tamaño de la muestra estudiada.

La muestra quedó integrada por 888 hombres y 1096 mujeres, lo que dio un total de 1984 personas adultas de 18 a 64 años.

La prevalencia global estimada fue de 16.7 %; adicionalmente, la epilepsia alcanzó 3.7 %. Los trastornos depresivos mayores y la depresión neurótica, así como el trastorno obsesivo-compulsivo fueron más frecuentes entre las mujeres. La prevalencia global por género fue de 19.5 % en las mujeres mientras que en los hombres fue de 14.3. En los trastornos más severos no hubo diferencias entre ninguno de los dos géneros. Los resultados obtenidos se discuten comparativamente con los hallazgos de los estudios epidemiológicos más recientes.

Introducción

El desarrollo de la psiquiatría y la salud mental en el horizonte de las especialidades médicas es muy reciente, prácticamente desde la segunda mitad de este siglo, en el que los avances en la psicofarmacología permitieron el tratamiento de distintos estados y entidades psicopatológicas. En la actualidad siguen influyendo en su conceptualización, hipótesis etiológicas y medidas preventivas. La aplicación de la epidemiología al campo de los trastornos mentales es aún más reciente. El aspecto central de esta disciplina lo constituye la definición de "caso", y en este sentido, hasta hace pocos años no se contaba con definiciones operacionales que aseguraran la confiabilidad, validez y comparabilidad entre los resultados de los estudios (39). Asimismo, los estudios han trascendido de la mera enunciación de la existencia de "casos" probables a la estimación de la frecuencia con la que aparecen los trastornos específicos en la población (37, 38,41).

En nuestro país son escasos los estudios acerca de la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la comunidad, y reflejan las limitaciones y los avances metodológicos de acuerdo con la época en que se hicieron.

En 1960 se hizo en México la Primera Investigación Nacional sobre Trastornos Neuropsiquiátricos, que fue un trabajo pionero en este campo. Sin embargo, no se entrevistó a las personas en la comunidad, sino que se procedió a enviar cuestionarios a los médicos y a los centros hospitalarios. El estudio dio una prevalencia de 4.43 % de la población como afectada por alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica. Cabe resaltar que este resultado hace referencia, fundamentalmente, a la demanda atendida, incluyendo, por lo tanto, la patología más conspicua. Las tasas de

psicosis y neurosis fueron similares: 4.6×1000 habitantes (33).

Posteriormente, en 1964, se hizo la primera investigación a manera de encuesta de una muestra de trabajadores al servicio del estado en la República Mexicana (5). Para este estudio se diseñó un cuestionario de 28 preguntas, que inquirían acerca de los síntomas típicos de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, tanto de la población infantil como de la adulta, y estableció reglas con una combinación de síntomas para delimitar las probables áreas en la Zona Militar de la Ciudad de México (2). La prevalencia de trastornos encontrada por medio de esta metodología fue considerablemente superior a la indicada en 1960: 33 y 23 % en los estudios respectivos.

En 1985, tras los terremotos que afectaron a la Ciudad de México, se desarrolló un estudio para determinar las necesidades de atención psiquiátrica en la población damnificada que vivía en los albergues. Con este fin, se diseñó una entrevista siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-III (1) sobre un número reducido de entidades, incluyendo el estrés postraumático, que era el interés principal del estudio. La prevalencia que se encontró con el DSM-III para las categorías diagnósticas de crisis de angustia, ansiedad generalizada y depresión fue de 6.4 % (14).

En 1988, como parte de la primera Encuesta Nacional de Adicciones (17), se consideró conveniente hacer un estudio para estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población.

La estimación de los trastornos mentales que presenta la población de los diferentes países (3,26), se hizo por medio del resultado de los cuestionarios de tamizaje que exploran las manifestaciones de malestar, con diferentes grados de especificidad, sobre algunos de los trastornos más comunes, como la ansiedad y la depresión, estableciéndose puntos de corte en cuanto a la puntuación indicada en los cuestionarios y por medio de entrevistas diagnósticas (29,37,41). Las primeras dan una estimación general sin precisar a qué tipo de trastorno se refiere, a menos que la escala o cuestionario sea específica para algún área de la psicopatología, tal como el CES-D para la depresión. Las segundas tienen como finalidad dar resultados acerca de la frecuencia de los trastornos específicos, de acuerdo con los criterios establecidos en alguna clasificación diagnóstica, como la CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades) o el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana).

La mayoría de los estudios en comunidad a nivel internacional utilizaban, hasta 1988, año en que se levantó la información del presente estudio, el *Present State Examination*, PSE (Examen del Estado Actual) (40). En México se había adquirido experiencia con este instrumento evaluando su validez en la población hospitalaria (10), y se habían hecho adaptaciones a la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (7) para integrar la mayoría de los síndromes no psicóticos y aplicar las reglas de decisión del programa ID-CATEGO utilizado en el PSE, obteniéndose resultados satisfactorios (9,13). Por otra parte, también se había adquirido experiencia en la utilización y validación de la Cédula

de Entrevista Diagnóstica DIS, elaborada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, que había sido diseñada como un instrumento altamente estructurado para ser utilizado en estudios epidemiológicos (8,15). Ambos instrumentos requieren de una buena capacitación para manejarlos. En el primero, es indispensable tener cierta experiencia clínica; en el segundo, se requiere aplicar rigurosamente un esquema de sondeo en cada síntoma, por medio del cual se asegure la significancia clínica del dato obtenido, independientemente del juicio del entrevistador y de su experiencia en este campo. El tiempo de aplicación de estas entrevistas es, como promedio, de 90 minutos lo cual es una sobrecarga en virtud de la extensión de la información previamente recabada en la ENA.

Por ello se consideró que una forma de resolver la problemática y obtener información útil, aunque con las limitaciones que imponía la situación, era obtener datos clínicos que se apegaran lo más posible al esquema del PSE, con la finalidad de integrar los síndromes y combinarlos para llegar a algunas de las clases diagnósticas incluidas en el programa IDCATEGO. Ya se había hecho un ejercicio similar con la información clínica recabada en una muestra de la población afectada por los terremotos en la ciudad de México (14).

De acuerdo con lo expuesto en líneas anteriores, el instrumento diseñado para la Encuesta Nacional de Salud Mental no es un instrumento de tamizaje ni corresponde estrictamente a una entrevista diagnóstica. No obstante, en virtud de que se trató de que la información clínica fuese lo más apegada posible al PSE, y así utilizar las reglas de sistematización desarrolladas para este instrumento, se propuso, siguiendo los pasos establecidos en el programa CATEGO (40) aplicarla para obtener las prevalencias de las probables clases diagnósticas, producto en cada caso, de la combinación de los síndromes.

Metodología

La primera Encuesta Nacional de Adicciones, ENA (17) se hizo en una muestra probabilística con representatividad nacional de la población residente en zonas urbanas del país. El marco muestral fue una encuesta de hogares para elegir personas entre 12 y 65 años. El diseño de la muestra fue polietápico y estratificado, siendo el individuo la última etapa de muestreo. Se excluyó del estudio a las personas que residían en viviendas institucionalizadas (cárceles, conventos, hoteles, instalaciones militares y nosocomios), así como a los grupos nómadas y a los residentes de islas u otros territorios fuera del macizo continental.

La Encuesta Nacional de Salud Mental, ENSM, se planeó para llevarse a cabo en una submuestra probabilística de la ENA, siguiendo el mismo procedimiento, pero restringiendo la elección de individuos a aquellos que tuvieran entre 18 y 65 años.

En los análisis se aplicó el ponderador promedio, que consiste en obtener la media de los ponderadores de cada sujeto, y el valor obtenido es el divisor del

ponderador de cada unidad p/p; de esta manera se conserva la probabilidad de selección de los sujetos y, al mismo tiempo, se mantiene el tamaño de la muestra estudiada.

Instrumento

Del total de 79 reactivos con los que quedó integrada la Encuesta, 60 correspondieron a la exploración de sintomatología psíquica en el adulto, y se elaboraron en forma de preguntas con tres modalidades de respuesta: sí, no y no respuesta, especificándose su presencia en determinados periodos, ya sea en el último mes o a lo largo de la vida, además de contener un gradiente de severidad: ocasionalmente y todo el tiempo. Para manejar la información, casi siempre se tomó en cuenta la presencia y severidad del trastorno durante el mes previo a la entrevista, respetando así los criterios del PSE. Por otra parte, para la elección o construcción de los reactivos se procedió de la siguiente forma:

— Para determinación de crisis convulsivas se eligió un reactivo específico tomado del SRQ, que es un instrumento que se empleó en una investigación multicéntrica de la OMS (16).

— Para los trastornos de ansiedad y fobias, los reactivos fueron elegidos siguiendo los criterios del DSM-III (1), adaptados del DIS, que consideraran a su vez, la información recabada por el PSE.

— Para los trastornos depresivos se utilizó el CES-D (Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) que consiste en 20 reactivos seleccionados de varias escalas de depresión (20,27), incluyendo la mayoría de los aspectos que se tratan en el PSE y en el DIS. El periodo evaluado se extendió a un mes en lugar de sólo la semana anterior, tal y como lo valora el instrumento original.

— Para la desesperanza e ideación suicida, que puede acompañar o no a la depresión, se empleó expreso una escala que había sido empleada tanto en población parasuicida como en población general (25,34,35). Los rubros investigados son del todo compatibles con lo explorado en los reactivos correspondientes en el PSE.

— Para los estados maniacos se tomaron reactivos y criterios del DSM-III incluidos en el DIS que, además, son aspectos semiológicos investigados por el PSE.

— Para los trastornos obsesivo-compulsivos se elaboraron reactivos siguiendo los criterios del DSM-III, combinando la forma y el contenido de las preguntas utilizadas en el DIS y en el PSE.

— Para explorar las probables alteraciones psicóticas se eligieron los 4 reactivos incluidos en el SRQ con esta finalidad.

Manejo de la información

Con base en los datos de la 9a. edición del PSE, se integraron hasta 38 síndromes, muchos de los cuales se refieren a la sintomatología psicótica específica, explorada ampliamente por el instrumento, y a algu-

Cuadro 1
Prevalencia de trastornos afectivos mayores

	<i>Hombres (888)</i>				<i>Mujeres (1096)</i>			
	<i>n = 232</i> <i>18-24</i>	<i>n = 468</i> <i>25-44</i>	<i>n = 188</i> <i>45-64</i>	<i>Total</i>	<i>n = 201</i> <i>18-24</i>	<i>n = 639</i> <i>25-44</i>	<i>n = 256</i> <i>45-64</i>	<i>Total</i>
Probable manía (HM?)	0.8	2.5	...	1.5	1.6	1.4	1.1	1.3
Manía (HM)	...	0.4	0.6	0.4	0.1	0.2	...	0.6
Probable trastorno bipolar (PMD?)	0.3	0.7	...	0.5	1.0	0.7	...	0.6
Trastorno bipolar (PMD)	0.9	0.6	0.6	0.7	0.1	0.2	0.1	0.2
Probable depresión psicótica (PD?)	3.0	0.5	0.5	1.1	2.6	1.4	5.5	2.6
Depresión psicótica (PD)	0.1	0.7	1.4	0.7	0.3	0.9	0.4	0.7
Depresión con retardo (RD)	0.5	...	1.2	0.4	0.1	1.0	0.1	0.6

nos otros que se basan en la apreciación clínica de la conducta de la persona durante la entrevista. Dado que en la Encuesta de Salud Mental sólo se incluyeron 4 reactivos de un instrumento de tamizaje para valorar los probables casos con sintomatología psicótica, los síndromes correspondientes no pudieron ser integrados, conformándose alternativamente tres síndromes tentativos que agruparon la información que sugiere este tipo de patología. Se prescindió también de los síndromes conformados con base en la observación clínica.

Se incluyó la mayoría de los síndromes no psicóticos y afectivos. En total, se construyeron 16 de los síndromes integrados a partir del PSE, y se agregaron otros 3 síndromes tentativos.

Clases diagnósticas

La derivación de las clases diagnósticas de cada sujeto siguió los principios básicos establecidos en el programa CATEGO del PSE (14) 9a. edición, aplicándose las reglas de combinación de síndromes para obtener las clases no psicóticas, y agregándose, de acuerdo con la información de la encuesta, algunos lineamientos adicionales o complementarios. En los trastornos esquizofrénicos, se consideró probable el diagnóstico cuando se obtenía una calificación de 4 en el síndrome PP (probable psicosis), que señala la influencia o control del pensamiento, síntoma que corresponde al síndrome nuclear de esquizofrenia, junto con el informe de otros síntomas sugestivos de psicosis: síndrome PPD (probable delirio) y AH (alucinaciones). La explicación detallada de la derivación de cada una de las clases diagnósticas se encuentra en

una comunicación anterior (12) que puede solicitarse directamente al primer autor.

Resultados

Aplicando el ponderador promedio, la muestra quedó integrada por 888 hombres y 1096 mujeres; en total participaron 1984 personas adultas entre 18 y 64 años.

En primer término, presentamos (cuadro 1) los resultados de las personas que reunieron los criterios para integrar las clases indicativas de un trastorno afectivo mayor. A pesar de que en el conjunto de las clases diagnósticas que sugieren un trastorno bipolar se encontró que era mayor la frecuencia en los hombres (3.1 %) en comparación con las mujeres (2.2 %), la diferencia no resultó estadísticamente significativa, como tampoco lo fue al considerar solamente las clases definitivas, HM y PMD, que indican una prevalencia de 1.1 % en los hombres y 0.3 % en las mujeres. Por otra parte, en cuanto a los trastornos depresivos más severos, éstos predominan en el sexo femenino (3.9 % vs 2.2 % en el sexo masculino) tal y como se indica en la bibliografía. La diferencia estadísticamente significativa fue a expensas de la clase diagnóstica que indica que hay una probable depresión psicótica. Esta se encontró más entre los 45 y los 64 años.

En el cuadro 2 se presentan los resultados de las clases psicóticas y de otros trastornos graves. La estimación de una probable esquizofrenia alcanzó el 0.7 %, que afecta por igual a ambos sexos y predomina en las personas más jóvenes. En conjunto, este grupo de categorías representó 5.4 % en los hombres

Cuadro 2
Prevalencia de trastornos severos no afectivos

	<i>Hombres (888)</i>				<i>Mujeres (1096)</i>			
	<i>n = 232</i> <i>18-24</i>	<i>n = 468</i> <i>25-44</i>	<i>n = 188</i> <i>45-64</i>	<i>Total</i>	<i>n = 201</i> <i>18-24</i>	<i>n = 639</i> <i>25-44</i>	<i>n = 256</i> <i>45-64</i>	<i>Total</i>
Probable esquizofrenia (UPE)	1.1	0.8		0.7	1.8	0.6	0.2	0.7
Probable psicosis (UP?)	3.3	0.9	3.1	2.0	2.3	2.2	2.2	2.2
Psicosis inespecífica (UP)	0.9	0.5	2.6	1.0		1.1	1.0	0.9
Probables trastornos limítrofes (UP?TP?)	2.7	1.8		1.7	6.6	1.3	0.3	2.0
Crisis convulsivas	2.4	3.1	5.0	3.4	4.5	3.4	4.8	3.9

Cuadro 3
Prevalencia de trastornos afectivos menores y de ansiedad

	Hombres (888)				Mujeres (1096)			
	n = 232 18-24	n = 468 25-44	n = 188 45-64	Total	n = 201 18-24	n = 639 25-44	n = 256 45-64	Total
Probable depresión simple (SD?)	2.2	2.1	5.0	2.7	3.2	5.0	3.5	4.3
Depresión simple (SD)	11.1	5.0	15.3	8.8	2.8	5.7	10.2	6.2
Depresión neurótica (ND)	2.1	0.6	1.7	1.2	5.8	3.5	5.2	4.3
Probable trastorno obsesivo (ON?)	5.9	2.4	2.1	3.3	1.2	1.0	3.7	1.7
Trastorno obsesivo (ON)	1.3	1.8	...	1.3	2.8	5.9	1.3	4.3
Trastorno de ansiedad (AN/PN)	1.1	0.3	...	0.4	1.8	0.9	0.6	1.0

y 5.8 % en las mujeres, con algunas diferencias notables de manifestarse entre los grupos de edad, aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. Lo mismo se puede decir respecto a las crisis convulsivas; son similares en ambos sexos pero con diferente frecuencia en los diversos grupos etarios.

En el cuadro 3 se muestran las clases diagnósticas obtenidas en los trastornos depresivos menores y de ansiedad. Al valorar en conjunto a los primeros, se aprecia un ligero predominio en las mujeres (14.8 % vs 12.7 %) sin que alcance significancia estadística. Esta resultó evidente, por una parte, en la depresión simple más reportada por los hombres ($Z = 2.18$, $p < .05$) y en los grupos etarios extremos mientras que en mujeres mostró una tendencia creciente sostenida en relación con la edad. Por otra parte, la clase depresiva neurótica predominó claramente en las mujeres ($Z = 4.1$, $p < .001$) y fue más frecuente también en los grupos etarios extremos.

De la misma forma, la clase diagnóstica definitiva que sugiere que hay un trastorno obsesivo, predominó en el sexo femenino ($Z = 4.03$, $p < .001$) mientras que a la inversa, la clase diagnóstica probable del mismo trastorno fue más frecuente entre los hombres ($Z = 2.27$, $p < .05$). Finalmente en la clase que indica que hay un trastorno por ansiedad no se encontraron diferencias significativas en el género ni en los grupos etarios.

Finalmente, 30 % de la muestra presentó sintomatología inespecífica en la encuesta, y la frecuencia en las personas asintomáticas fue de 35 %, la cual es similar a la reportada en otros estudios.

Discusión y conclusiones

Como se señaló en los antecedentes, este estudio es el primero en su género que al ser aplicado en una encuesta de hogares en la población urbana de todo el país ha intentado estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicos. La instrumentación para llegar a ello no reúne los criterios ortodoxos vigentes en la actualidad, esto es, no se aplicó una entrevista psiquiátrica altamente estructurada, como el DIS (30) o el CIDI (32), por las razones ya mencionadas, sin embargo, se cuidó en todo momento que el instrumento, que es híbrido por naturaleza, permitiera manejar la información, lo más apegadamente posible a

los criterios del PSE-ID-CATEGO y del DSM-III, a partir de los cuales se originaron las entrevistas antes mencionadas.

Al comparar los resultados del presente estudio con los informes más recientes de los estudios epidemiológicos que utilizaron el DIS (4,6,18,22,30) (cuadro 4) se observa lo siguiente:

— La manía había mostrado un rango de 0.1 a 0.9 % en la prevalencia durante los seis meses anteriores al estudio, y de 0.2 a 1.3 en la prevalencia durante la vida. Los resultados de este estudio, que para estas clases diagnósticas (HM, PMD) inquirió acerca de la presencia de los síntomas a lo largo de la vida, son semejantes: 1.1 y 0.3 %. Además, es importante que, al igual que en los estudios citados y en otros informes epidemiológicos más recientes (19,28), la prevalencia de este tipo de trastornos no difiera entre uno y otro género.

— La depresión mayor había mostrado un rango de 1.3 a 3.0 % en los varones y de 3.0 a 4.6 % en las mujeres en la prevalencia durante los seis meses anteriores, mientras que nuestro informe señala que en el mes anterior a la encuesta éste fue de 2.8 % y 4.7 % en las clases más severas del trastorno, lo cual es equiparable al diagnóstico de la clasificación americana. La prevalencia de un mes en las áreas de captación epidemiológica (28) fue de 1.6 % en los hombres y de 2.9 % en las mujeres, aunque es inferior a la que se encontró en nuestro estudio, la razón por género se mantiene prácticamente igual: 1.8 mujeres por cada hombre.

— El trastorno esquizofrénico había mostrado un rango de 0.2 a 2.0 % en los varones y de 0.4 a 1.6 % en las mujeres en la prevalencia semestral, y de 0.3 a 1.9 en los hombres y de 0.5 a 2.6 en las mujeres en la prevalencia durante la vida. De acuerdo con nuestro resultado, la prevalencia en la vida de este trastorno fue de 0.7 % en ambos sexos, la cual es similar a la que da la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos (19) y la prevalencia mensual en las áreas de captación epidemiológica (28). Aun cuando se incluyera en esta categoría a la psicosis inespecífica definitiva, nuestra estimación sería del todo equiparable: 1.7 % en los varones y 1.6 % en las mujeres (cuadro 4). Cabe mencionar que en los diferentes estudios que se revisaron al igual que en nuestros datos, no hay una diferencia significativa en la prevalencia por género.

Cuadro 4
Estudios de prevalencia usando el DIS

6 meses											
	Dep. May.		Manía		Pánico		Obs.		Esq.		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Newhaven	2.2	4.6	0.6	0.9	0.3	0.9	0.9	1.7	1.7	1.6	
Baltimore	1.3	3.0	0.4	0.4	0.8	1.2	1.9	2.2	0.7	1.6	
St.Louis	1.7	4.5	0.8	0.6	0.7	1.0	0.9	1.7	0.9	0.4	
Pto. Rico	2.4	3.3	0.3	0.3	1.2	0.9	1.3	2.3	2.1	1.3	
Los Angeles ^a	2.0	3.9	0.1	0.0	0.3	1.7	0.2	0.9	0.2	0.4	
Los Angeles ^b	3.0	4.1	0.3	0.4	0.4	1.5	0.9	0.8	0.4	0.8	

De por vida												
	Dep. May.		Manía		Distimia		Pánico		Obs.		Esq.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Newhaven	4.4	8.7	0.9	1.3	2.6	3.7	0.6	2.1	2.0	3.1	1.2	2.6
Baltimore	2.3	4.9	0.8	0.5	1.2	2.9	1.2	1.6	2.6	3.3	1.2	1.9
St.Louis	2.5	8.1	1.1	1.1	2.1	5.4	0.9	2.0	1.1	2.6	1.0	1.1
Pto. Rico	3.5	5.5	0.7	0.4	1.6	7.6	1.6	1.9	3.3	3.1	2.2	1.4
Los Angeles ^a	3.8	6.3	0.2	0.5	3.3	6.0	0.4	1.9	1.2	2.1	0.3	0.5
Los Angeles ^b	6.2	10.2	1.0	0.7	3.7	4.3	1.0	2.6	2.7	3.3	0.6	0.8

^a Mexico-americanos.

^b Población blanca no hispana

— El trastorno obsesivo-compulsivo ha sido detectado con un rango de 0.2 a 1.9 % en los hombres y de 0.9 a 2.2 % en las mujeres en la prevalencia de seis meses, mientras que las cifras de por vida han sido de 1.2 a 3.3 % en los varones y de 2.1 a 3.3 % en las mujeres. Como este trastorno es crónico y no episódico ni fásico, como los trastornos afectivos, los datos de su prevalencia en la vida resultan ser los mejores estimadores. En lo que respecta a la clase definitiva nuestros resultados fueron similares a los reportados: 1.6 % en los hombres y ligeramente superiores (4.3 %) en las mujeres.

— La distimia, que por definición corresponde a un estado crónico de 2 años como mínimo, ha sido reportada con una prevalencia de 1.2 a 2.6 % en los hombres y de 3.7 a 7.6 % en las mujeres. En las clases depresivas no psicóticas, específicamente en las relativas a la depresión neurótica los resultados de este estudio son los más equiparables a esta categoría diagnóstica y muestran resultados similares a los manifestados: 1.2 % en los varones y 4.3 % en las mujeres.

En general, la gran prevalencia de las clases depresivas se explican en función de un señalado sesgo del sistema PSE-CATEGO en esta dirección y del umbral relativamente alto que maneja el DSM-III para considerar la presencia de una depresión mayor (36), razón por la cual distinguimos y agrupamos en este estudio las diferentes clases diagnósticas de acuerdo con su severidad, facilitando compararlas hasta donde es posible.

— En los trastornos de ansiedad se agrupó a las personas asignadas a las clases AN y PN. Es difícil comparar los datos de las categorías diagnósticas reportadas en los estudios que se revisaron, al igual

que en los de distimia, puesto que, por una parte, la ansiedad generalizada no se incluyó inicialmente en el DIS como categoría diagnóstica, y por otra, en función del sesgo ya citado acerca del programa CATEGO. Sin embargo, las clases diagnósticas AN y PN se refieren a las personas cuya principal manifestación es la ansiedad con síntomas autonómicos. Las prevalencias obtenidas de 0.3 y 1.6 % en los hombres y en las mujeres son equiparables a las estimaciones reportadas en el trastorno de pánico, aunque en sentido estricto no correspondan a esta entidad diagnóstica.

La estimación de la prevalencia global de trastornos depende, entre otros factores, de las características sociodemográficas de la población estudiada, del número de categorías diagnósticas investigadas, que difiere de los trastornos que se incluyen en el PSE, y los del DIS, así como del umbral de definición de caso. En los trabajos en los que se ha utilizado el PSE se han encontrado estimaciones de 10.9 %, en Camberwell (3), hasta 25 %, en Uganda (23), y 26 % en los estudios de Argentina (24). Por otra parte, las investigaciones en las que se ha utilizado el DIS, han mostrado prevalencias de cualquier diagnóstico considerado en el instrumento con rangos de 16 a 24 % en los seis meses previos al estudio y de 30 a 39 % en la prevalencia durante la vida. El resultado del presente estudio, excluyendo a las clases diagnósticas depresivas simples (SD, SD?) y a la obsesiva limitrofe (ON?), de las que la mayoría corresponde en rigor, a un nivel de definición inferior al del umbral en el ID-CATEGO (38,41), y a las crisis convulsivas que sugieren epilepsia, que no se diagnostican por medio del PSE, arroja una prevalencia global total de 16.7 %, y de 14.3% en los hombres y 19.5 % en las mujeres, lo que es similar a lo establecido en otros estudios.

De una u otra forma, lo que resalta es la magnitud considerable de los trastornos psiquiátricos cuyas consecuencias son diversas y que impactan tanto en el plano individual como en el familiar, social y económico. Los resultados derivados de esta encuesta, proporcionados con anterioridad, señalan que 7 % del total de la población estudiada manifestó haber esta-

do incapacitada para asistir al trabajo o a la escuela, o para llevar a cabo sus actividades diarias a causa de este tipo de padecimientos (21). Así mismo, la relación entre la sintomatología depresiva en el adulto y el informe sobre las alteraciones en los niños indica un riesgo significativo que se incrementa de acuerdo con la severidad (11).

REFERENCIAS

1. APA: *Diagnostic and Statistical Manual*. 3a. ed., American Psychiatric Association. Washinton, 1984.
2. AYUSO CC, LOPEZ GO, PEREZ PE: Encuesta para detectar trastornos mentales en una muestra de la población militar y derechohabiente del Ejercito Mexicano. Tesis recepcional de la Escuela Médico Militar. México, 1968.
3. BEBBINGTON P, HURRY J, TENNANT C, STURT E, WING JK: Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychol Medicine*, 11:561-579, 1981.
4. BURNAM MA, HOUGH RL, ESCOBAR JI, KARNO 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*, 44:687-694, 1987.
5. CABILDO HM: Encuesta para detectar trastornos psiquicos. *Higiene*, 18:188-208, 1967.
6. CANINO GJ, BIRD HR, SHROUT PE, RUBIO-STIPEC M, BRAVO M, MARTINEZ R, SESMAN M GUEVARA LM: The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 44:727-735, 1987.
7. CARAVEO AJ, CAMPILLO SC, MEDINA-MORA ME: Manual para el uso de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1989.
8. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LL, PADILLA GP, PUCHEU RC: Confiabilidad y validez concordante del diagnóstico psiquiátrico en un estudio epidemiológico. *Rev Cienc Biomed*, 9:51-61, 1988.
9. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LL: Concurrent Validity of the DIS: Experience with psychiatric patients in Mexico city. *Hispanic J Behavioral Sciences*, 13(1): 63-77, 1991.
10. CARAVEO AJ, LOPEZ MS, GONZALEZ FC: La importancia de los sistemas diagnósticos: Experiencia obtenida utilizando el sistema PSE-CATEGO en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 11(2):20-29, 1988.
11. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, RASCON ML: La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2):56-60, 1994.
12. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, LOPEZ EK, JUAREZ F, GOMEZ M, MARTINEZ NA: Características psicopatológicas de la población adulta urbana en México. Resultados de una encuesta nacional en hogares. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5:22-42, 1994.
13. CARAVEO AJ, RAMOS LL, GONZALEZ FC: Comparabilidad entre criterios diagnósticos. *Salud Mental*, 8(4): 65-70, 1985.
14. CARAVEO AJ, RAMOS LL, VILLATORO J: Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la ciudad de México. En: Lima B, Gaviria M (Eds). *Desastres*. Serie de Monografías Clínicas No. 2, Centro de la Familia Hispánica. Chicago, 1989.
15. GONZALEZ FC, CARAVEO AJ, RAMOS LL, SANCHEZ BJ: Confiabilidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. *Salud Mental*, 11(1):48-54, 1988.
16. HARDING TW, De ARANGO MV, BALTAZAR J, CLIMENT CE, IBRAHIM HHA, LADRIDO-IGNACIO L, SRINIVASA MURTHY R, WIG NN: Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Medicine*, 10: 231-241, 1980.
17. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología: *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, 1988.
18. KARNO M, HOUGH RL, BURNAM MA, ESCOBAR JI, TIMBERS DM, SANTANA F, BOYD JH: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic whites in Los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*, 44:695-701, 1987.
19. KESSLER RC, MCGONAGLE KA, ZHAO S, NELSON CB, HUGHES M, ESHLEMAN S, WITTCHEN HU, KENDLER KS: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19, 1994.
20. MEDINA-MORA ME, GARCIA ZG, RASCON ML, OTERO BR: Variables culturales relacionadas con las prácticas de consumo de bebidas alcohólicas. *Memorias*. III Reunión de Investigación y enseñanza del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1986.
21. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA CR, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO AJ, GOMEZ EM: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992.
22. MYERS JK, WEISSMAN MM, TISCHLER GL, HOLZER CE, LEAF PJ, ORVASCHEL H, ANTHONY JC, BOYD JH, BURKE JD, KRAMER M, STOLZMAN R: Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry*, 41:959-967, 1984.
23. ORLEY J, BLITT DM, WING JK: Psychiatric disorders in two African villages. *Arch Gen Psychiatry*, 36:513-520, 1979.
24. ORTIZ O, CASULLO MM, GRILLO O: Epidemiología descriptiva de los desórdenes psiquiátricos en la ciudad de Trelew. *Acta Psiquiat y Psicol Amer Lat*, 28:281-292, 1982.
25. OSAKA A, LOTAIF F, SADEK A: Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatr Scand*, 63:409-415, 1981.
26. Pucheu RC, Caraveo AJ: Epidemiología de los trastornos mentales. En: Vidal G, Alarcón RD (eds): *Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aire, 1986.
27. Radloff LS: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychol Measurement*, 1(3):385-401, 1977.
28. REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, MYERS JK, KRAMER M, ROBINS LN, GEORGE LK, KARNO M, LOCKE BZ: One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the epidemiologic catchment area study. *Acta Psychiatr Scand*, 88:35-47, 1993.
29. ROBINS LM: Psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*, 35:697-702, 1978.
30. ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J, RATCLIFF KS: National Institute of Mental Health. Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
31. ROBINS LN, HELZER JE, WEISSMAN MM, ORVASCHEL H, GRUENBERG E, BURKE JD, REGIER DA: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41:949-958, 1984.

32. ROBINS LN, WING JK, WITTCHEN HU, HELZER JE, BABOR TF, BURKE J, FARMER A, JABLENSKI A, PICKENS R, REGIER DA, SARTORIUS N, TOWLE LH: The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
33. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA): *Primera Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas*. Dir. Gral. Bioestadística, México, 1960.
34. TERROBA GG, SALTIJERAL MT: Desesperanza, consumo de alcohol e ideación suicida en población de la práctica médica general. Reporte Interno. IMP, México, 1987.
35. TERROBA GG: Evaluación del riesgo en parasuicidio y suicidio consumado. *Memorias. II Reunión de Investigación y Enseñanza del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1984.
36. VAN DEN BRINK W, KOETER WJ, ORMEL J, DIJKSTRA W, GIEL R, SLOOF CJ, WOHLFARTH TD: Psychiatric diagnosis in an outpatient population. A comparative study of the PSE-Catego and DSM-III. *Arch Gen Psychiatry*, 46:369-372, 1989.
37. WEISSMAN MM, KLERMAN GL: Epidemiology of mental disorders. Emerging trends in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 35:705-712, 1978.
38. WING JK, COOPER JE, SARTORIUS N: *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press, Londres, 1974.
39. WING JK: Epidemiological methods and the clinical psychiatrist. En: Sainsbury Kreitman (eds), *Methods of Psychiatric Research*. Oxford University Press. Londres, 1975.
40. WING JK: A technique for studying psychiatric morbidity in in-patient and out-patient series and in general population samples. *Psychol Medicine*, 6:665-671, 1976.
41. WING JK, MANN SA, LEFF JP, NIXON JM: The concept of a "case" in psychiatric population surveys. *Psychol Medicine*, 8:203-217, 1978.