

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL, TOXICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL

***ESTUDIO DE PREVALENCIA COMUNITARIA DE
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y UTILIZACIÓN
DE SERVICIOS EN LA POBLACIÓN INFANTO
JUVENIL DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE***

AUTOR:

ROLANDO PIHÁN VYHMEISTER

DIRECTORES:

FRANCISCO TORRES GONZÁLEZ – UNIVERSIDAD DE GRANADA.

JORGE CERVILLA – UNIVERSIDAD DE GRANADA.

BENJAMIN VICENTE PARADA – UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Rolando Pihán Vyhmeister
D.L.: GR 800-2001
ISBN: 978-84-694-0164-4

GRANADA
NOVIEMBRE, 2010

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL, TOXICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

**ESTUDIO DE PREVALENCIA COMUNITARIA DE
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y UTILIZACIÓN DE
SERVICIOS EN LA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL DE LA
PROVINCIA DE IQUIQUE**

Tesis presentada por
ROLANDO PIHÁN VYHMEISTER
Para optar al grado de Doctor en Psiquiatría Comunitaria
Universidad de Granada
Granada, Noviembre 2010

ÍNDICE

1. INTRODUCCION	5
2. OBJETIVOS	14
Preguntas	14
Hipótesis	15
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
3. MARCO TEÓRICO	16
Estudios de Población bajo Control Psiquiátrico	19
Estudios de Población en contacto con los Consultorios Generales	19
Estudios Comunitarios	24
Fuentes Secundarias	21
Fuentes Primarias	22
Estudios Transversales	23
Estudios longitudinales	24
Antecedentes Históricos	25
Criterios e Instrumentos Diagnósticos	27
Epidemiología Infanto juvenil	29
4. MATERIAL Y MÉTODO	40
Tipo de estudio	40
Universo y muestra	40
Descripción de muestra y participantes	39
Instrumentos y medidas	43
Variables Sociodemográficas	43
Evaluación Diagnóstica Psiquiátrica	43
Evaluación de servicios para niños y adolescentes	48
Evaluación de la Familia	48
Entrenamiento y control de calidad	49
Manejo de datos	50
Sujetos humanos	50
5. RESULTADOS	52
Características de la muestra	52
Prevalencia de trastornos psiquiátricos	52
Correlato sociodemográfico de los trastornos	56
Género	56
Edad	58
Utilización de Servicios	61
Brecha de uso de servicios por grupos de diagnósticos	67
Correlato sociodemográfico de los trastornos agrupados	68
6. DISCUSIÓN	75
7. CONCLUSIONES	81
8. BIBLIOGRAFÍA	83

1. INTRODUCCION

La epidemiología psiquiátrica siempre ha avanzado con retraso respecto de otras ramas de la epidemiología, a causa de las dificultades que entraña la conceptualización y la medición de los trastornos mentales. En consecuencia, la epidemiología psiquiátrica contemporánea sigue siendo en gran medida descriptiva, pues se centra en la estimación de las prevalencias y los subtipos de trastornos (Robins y Regier, 1991), mientras otras ramas de la epidemiología están avanzando en la documentación de los factores de riesgo y la elaboración de intervenciones preventivas (Elwood, Little y Elwood, 1992).

Cuando estudian el riesgo, los epidemiólogos psiquiátricos tienden a centrarse en marcadores inespecíficos generales del mismo, como el género y la clase social, más que en factores de riesgo modificables, con lo que se reducen las posibilidades de intervención. Sin embargo, esta situación va cambiando a medida que se resuelven los aspectos descriptivos, se van abordando más cuestiones analíticas y se ponen en práctica intervenciones preventivas.

En los últimos treinta años, la epidemiología psiquiátrica descriptiva ha experimentado un desarrollo sin precedentes. Desde que se efectuó en los Estados Unidos el Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) (Robins y Regier, 1991), se han efectuado estudios epidemiológicos de trastornos mentales en adultos de población general en numerosos países a través del mundo. Esto ha sido posible por el desarrollo de entrevistas diagnósticas completamente estructuradas como el Diagnostic Interview schedule (DIS) (Robins et al, 1981) y el Composite International Diagnostic Interview (CIDI. 1990).

Con el desarrollo del CIDI y el apoyo técnico de la OMS. se pudo realizar un importante número de estudios epidemiológicos en diversos países, tales como Brasil (Andrade et al, 1996), Canadá (Oxford et al, 1994), Alemania (Wittchen et al, 1992), México (Caraveo, Martínez y Rivera, 1998), los Países Bajos (Bijl et al, 1998) y Turquía

(Kýlýç, 1998). Para coordinar el análisis comparativo de estos datos, la OMS creó el año 1997, el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (International Consortium of Psychiartric Epidemiology, ICPE.) (Kessler, 1999).

De las encuestas DIS y CIDI se han derivado sistemáticamente varios resultados importantes, tales como:

- los trastornos mentales aparecen entre las enfermedades crónicas más prevalentes de la población general, con prevalencias durante el período de vida hasta la fecha a menudo cercanas al 50% de la población y prevalencias de 12 meses que van entre el 15% y el 25% (Robins y Regier, 1991).
- los trastornos mentales aparecen generalmente a edades mucho más tempranas que otras enfermedades crónicas. Los trastornos relacionados con la ansiedad suelen aparecer en la adolescencia y los trastornos del ánimo y los relacionados con el uso de sustancias entre los 20 y los 25 años.
- los trastornos mentales se encuentran entre las enfermedades más incapacitantes. (Kessler RC et al, 2000).
- los encuestados con los trastornos mentales más graves e incapacitantes suelen satisfacer, durante toda la vida, los criterios diagnósticos de varios síndromes según la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). (Kessler et al, 1994).
- sólo una pequeña parte de los encuestados que cumple con los criterios que caracterizan a un trastorno mental informan que han recibido tratamiento en el año precedente (Alegría et al, 2000). La gravedad estimada del trastorno se relaciona sistemáticamente con la probabilidad del uso de servicios, con el uso en el sector especializado y con la intensidad del tratamiento, lo que estaría indicando cierta racionalidad tanto en la búsqueda de ayuda como en la asignación de recursos terapéuticos. Sin embargo, sólo una minoría de los encuestados, puede describir un curso terapéutico mínimamente adecuado a las pautas de tratamiento actualmente disponibles (Katz et al. 1998).

Los retos de la epidemiología psiquiátrica descriptiva hoy día son variados. Uno de ellos se da en relación a la subnotificación sistemática, lo que parece deberse a que se sigue considerando a las enfermedades mentales como una lacra y a que las personas prefieren que esto no trascienda de la esfera privada. Otro de los retos se debe en gran medida a la disrelación entre la frecuencia de los estudios epidemiológicos (no más de una vez cada diez años y en muchos países sólo una vez o ninguna) y la planificación de actividades de detección y tratamiento (que se realizan con carácter anual). El desarrollo de mejores definiciones de los trastornos mentales en el niño es otro de los retos que permitiría, una vez resuelto, reconocer asociaciones con el riesgo de problemas para la salud mental a largo plazo. Finalmente, otro de los desafíos a enfrentar es el de los estudios epidemiológicos en poblaciones específicas, como las personas de edad, la población infanto juvenil, o poblaciones bajo tradiciones adversas a la libre expresión.

Por su lado, la epidemiología psiquiátrica analítica, que utiliza datos no experimentales para generar, perfeccionar y poner a prueba provisionalmente hipótesis causales (Mausner y Bahn, 1984) y la epidemiología psiquiátrica experimental que pone a prueba estas hipótesis al evaluar los efectos de las intervenciones en la prevención o la mejora de los resultados de la enfermedad, también avanzan con retraso en relación a otras ramas de la epidemiología. A ello no sólo contribuyen los problemas teóricos y de medición, sino que, y parece que incluso en mucho mayor medida, la naturaleza de los mecanismos causales que están relacionados con la aparición de los trastornos mentales. Causas que parecen tener una relación con parámetros generales de adversidad ambiental más que con factores de riesgo relativamente concretos y fácilmente modificables.

A pesar de que hay algunos estudios de factores de riesgo fácilmente modificables para algunas enfermedades mentales, como por ejemplo, la relación entre las complicaciones obstétricas y el riesgo de esquizofrenia de aparición en la infancia (Nicolson y cols. 1999), entre la exposición al hambre en la infancia y el desarrollo de una personalidad antisocial (Neugebauer, Hoek y Susser, 1999) y entre la exposición al

plomo durante la infancia y la enfermedad de Alzheimer (Prince, 1998), la mayor complejidad de los agentes etiológicos ambientales para los trastornos mentales ha llevado a muchos epidemiólogos psiquiátricos a centrar gran parte de su labor analítica en factores de riesgo generales e inespecíficos.

Uno de los retos para este campo es el desarrollo de intervenciones para aumentar el acceso de las poblaciones en mayor riesgo a recursos amortiguadores del estrés (Mrazek y Haggerty, 1994), así como la participación en el diseño de los programas de educación en las escuelas para instalar tempranamente estilos de vida saludables.

En los estudios epidemiológicos, el tiempo que media entre el primer episodio de los trastornos ansiosos, del ánimo o por uso de sustancias y el primer contacto para recibir tratamiento, parece ser de muchos años (Roose y Glassman, 1994). Otro hecho que se desprende de estos estudios, es que sólo recibe tratamiento una pequeña parte de los recientemente afectados por estos trastornos (Alegría, 2000). Esto es preocupante considerando que hay clara evidencia de que los tratamientos para las enfermedades mentales más comunes son tanto inocuos como eficaces. El estudio de los factores que determina la búsqueda de ayuda y de las barreras para llegar a ella, parece ser un tema de fundamental importancia, incluidas las creencias en materia de salud, la percepción de síntomas y la identificación del estado de enfermedad, la percepción de la necesidad de tratamiento y la eficacia del mismo.

En el contexto del Programa de Epidemiología Psiquiátrica para Chile (Vicente, Vielma y Rioseco, 1994) iniciado a fines de la década de 1980-90, se han efectuado diversas investigaciones epidemiológicas. Durante esa década se realizaron estudios regionales (Caraveo-Anduaga, Medina-Mora et al, 1996; Torres de Galvis y Montoya, 1997; Salgado de Snyder y Díaz-Pérez, 1999; Araya, Rojas et al, 2001) con la metodología denominada tradicionalmente de tercera generación (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981) comparables a los influyentes y señeros estudios estadounidenses, ECA y CNS (Kessler, McGonagle, et al, 1994; Robins y Regier, 1991).

El Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica (ECP) (Vicente, Rioseco et al, 2002) junto al realizado en Colombia en 1997 son los únicos estudios, conducidos en Latinoamérica, que han usado muestras nacionales representativas de la población de los respectivos países (Torres de Galvis y Montoya, 1997) y que han utilizado el mismo instrumento. Hay otros tres estudios realizados en América Latina que también han usado el CIDI pero aplicado en muestras regionales, dos en México (Caraveo-Anduaga, Colmenares y Saldívar, 1999; Salgado de Snyder y Díaz-Pérez, 1999) y uno en Brasil (Andrade, Lolio et al, 1999). Además cabe mencionar el recientemente realizado en Santiago con el CIS-2 (Lewis y Pelosi, 1990; Araya, Rojas et al, 2001) que, por su diseño metodológico, entrega sólo prevalencias actuales.

En este estudio se describen las prevalencias de vida y seis meses de los trastornos psiquiátricos en Chile según DSM-III-R y la razón de riesgo entre estas prevalencias y variables demográficas. Además, se analiza la utilización de servicios y el nivel de satisfacción de los usuarios según la presencia o no de trastorno mental en las mismas prevalencias.

Las prevalencias de seis meses y un mes, además de análisis de comorbilidad y uso de servicios también se ha publicado desde la misma muestra (Vicente, Kohn et al, 2004). Finalmente, un estudio de prevalencias de vida y doce meses, que incluye el correlato socio demográfico de los trastornos, comorbilidad y uso de servicios se ha publicado muy recientemente (Vicente, Kohn et al, 2006).

Sin embargo, se han desarrollado pocos estudios epidemiológicos en población infante juvenil y, entre ellos, menos son aún los que han usado los criterios DSM-IV en los últimos años (Angold et al., 2000; Canino et al., 2004).

En el ámbito de la salud mental infante-juvenil, se han desarrollado en Chile diseños de investigación dirigidos a pesquisas en población escolar, como el estudio de Conductas Desadaptativas en Escolares de 1º Básico del Área Occidente de Santiago

(De la Barra et al., 2002a), y a fenómenos psicopatológicos o poblaciones específicas (Bralic et al., 1987; Ulloa et al., 1992).

De la Barra et al. (2002a, 2002b, 2003, 2004) estudió la prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en Escolares de Primer Año Básico del Área Occidente de Santiago. La muestra estuvo constituida por todos los niños que cursaban 1° básico en 1992 y 1993 en siete escuelas de las comunas de Lo Prado, Pudahuel y Cerro Navia (N=1279). Éstos fueron evaluados mediante cuestionarios a los padres y profesores. Para estudiar diagnósticos psiquiátricos se tomaron dos submuestras, una de cada cohorte. La primera, en 1992, correspondió a 63 niños representativos de una cohorte de 595. El segundo grupo estuvo formado por una muestra estratificada de 99 niños, seleccionados aleatoriamente de los 684 escolares de 1° básico en 1993. Los niños de ambas muestras fueron evaluados a través de una entrevista clínica realizada por psiquiatras infantiles que aplicaron un esquema semiestructurado de anamnesis y examen mental, y utilizaron los criterios diagnósticos CIE-10 y el eje sintomático y psicosocial. Para la segunda evaluación (1993) se agregó el diagnóstico según eje de discapacidad psicosocial. En éste, la muestra estuvo sesgada por la insuficiente familiaridad de los psiquiatras que realizaron las exploraciones en el uso de CIE-10. Los niños fueron seguidos hasta 6° básico, con la misma metodología.

El Estudio de Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en población escolar de sexto básico (12 a 14 años) del área Occidente de Santiago se realizó en 210 niños pertenecientes a la población total de 6° básico de las 7 escuelas (N=1062), e incluía 535 niños seguidos desde 1° básico. Se evaluaron los 6 ejes de la clasificación CIE-10, y se buscaron correlaciones que explicaran la presencia de discapacidad psicosocial en los niños. (De la Barra et al., 2004). En este estudio, el instrumento utilizado fue una entrevista clínica diseñada por el equipo investigador y aplicada por residentes en programas de especialización de Psiquiatría de niños y adolescentes, capacitados en los criterios CIE-10. Esto dificulta la comparación de los resultados con estudios internacionales que usan entrevistas estructuradas validadas.

El trabajo de prevalencia de desórdenes psiquiátricos en población de niños hospitalizados (Ulloa et al., 1994), es un estudio realizado con el objeto de determinar la presencia de síntomas psiquiátricos en pacientes quirúrgicos que nunca habían sido referidos para atención de salud mental. Para la detección de casos potenciales se utilizó una encuesta aplicada a los adultos que acompañaban a los niños, y los seleccionados fueron explorados por psiquiatras. Por ser un estudio realizado en población consultante a salud, no entrega cifras aplicables a la población general.

La Encuesta de Salud MINSAL-OMS (2004) incluyó preguntas de salud mental a 8.131 niños de 13 a 15 años de las regiones I, V, Metropolitana y VIII. Entre 13% y 17% refiere haberse sentido sólo en los últimos 12 meses, entre el 8% y 10% se sintieron preocupados la mayor parte del tiempo, lo que le provocó dificultades para dormir, cerca de un 20% relató tener ideación suicida y un 15% haber hecho un plan para suicidarse. Se trata de una encuesta autoadministrada, con preguntas muy generales que, sin embargo, es representativa de la población de esas regiones. No entrega diagnósticos psiquiátricos. Las prevalencias de ideación y planificación suicida son similares a las encontradas en otros países.

Los resultados recién enumerados, principalmente los referidos a población adulta, han tenido un significativo impacto en la política de la salud mental en Chile, como queda demostrado en el libro “Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias” del Ministerio de Salud (MINSAL) 1999. Es difícil pensar que los avances en la cobertura de la atención psiquiátrica en nuestro país pudiera haberse llevado a cabo sin la información aportada por el ECPP, de igual manera como no es posible ofrecer salud mental a los niños y adolescente del país ignorando la prevalencia de los trastornos que padecen, información central para diseñar programas de prevención y promoción.

Frente a estos hechos, hay autores que dudan de la utilidad real que estudios como éstos puedan tener para las políticas de salud, planteando la necesidad de orientar recursos a investigaciones que demuestren el costo–efectividad de

intervenciones específicas (Weich y Araya, 2004). En tal sentido, la experiencia internacional, promovida por la OMS para la generación de estudios de costo-efectividad nacionales de validez poblacional, perspectiva necesaria para los planificadores de políticas de salud, requieren de datos locales como los referidos (Chisholm et al, 2004). Por otra parte, y a pesar de sus limitaciones, estudios originales orientados a población infanto-juvenil han servido de base para el diseño e implementación de programas preventivos como el desarrollado por Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb) “Habilidades para la vida” (HPV). Éste utilizó los mismos instrumentos del estudio y, desde 2004, se unió con el único programa actualmente vigente en el MINSAL para salud mental de niños en la atención primaria: “Tratamiento de los desórdenes hiperquinéticos”. En el año 2005 el programa HPV operaba en 12 regiones y 72 comunas. Participan de él 660 escuelas, los educadores y profesores llegan a 5.334 y los niños beneficiarios a 109.678. La inversión total para el 2005 fue de US\$ 1.520.077 Actualmente el MINSAL está efectuando protocolos locales para los Servicios de Salud. Si bien es necesario evaluar el impacto y efectividad de estas intervenciones, estudios de prevalencia en población infanto juvenil contribuirían a ampliar los programas actuales a otras patologías, al conocer las más prevalentes en una muestra regional (George et al, 2004; Junaeb, 1998, 2001, 2002, 2003, 2005).

La formulación de criterios de diagnóstico explícitos en el DSM-III (APA 1980) y su revisión, DSM-III-R, (APA 1987) han facilitado los estudios epidemiológicos en gran escala sobre trastornos mentales, inicialmente en los Estados Unidos y recientemente en Chile, al igual que en otros países de la Región. Muchas de las revisiones en el DSM-IV (APA 1994) surgieron de resultados de estudios epidemiológicos y clínicos que sugieren que los trastornos que se creía con anterioridad que se desarrollaban en la edad adulta, resultaron ser evidentes también en la niñez, y que los niños y adolescentes podían experimentar una amplia gama de problemas y manifestaciones de padecimientos que no satisfacían los criterios de trastorno mental.

No obstante lo anterior, la mayoría de los estudios epidemiológicos psiquiátricos se han enfocado en un estrecho rango de edad o en grupos de edad específicas

(Roberts et al., 1998). Se hace necesario entonces incluir a niños y adolescentes de un amplio rango etario, de 4 a 19 años. Podremos entonces analizar patrones de asociación entre tasas de desorden y sexo, educación de los padres, ingresos familiares y residencia urbana vs. rural, para verificar si las relaciones entre desorden psiquiátrico y factores demográficos son similares a aquellos encontrados en otros lugares y con similares resultados del ECPP.

2. PREGUNTAS – HIPÓTESIS – OBJETIVOS

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de trastornos mentales en la población infantil y adolescente de la provincia de Iquique, cuyas edades se encuentren en el rango entre los 4 y los 18 años. Además de generar datos que permitan cuantificar el uso actual y las necesidades de servicios de salud mental infantil o juvenil.

Es parte de un estudio mayor, el Estudio de Prevalencia Comunitaria de Trastornos Psiquiátricos y Utilización de Servicios de la Población Infanto-Juvenil Chilena, proyecto del Fondo de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) proyecto N° 1070519, que se realiza en las mismas cuatro provincias del país en las que se realizó el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica (ECP) (Vicente et al, 2002).

Preguntas

¿Cuál es la realidad epidemiológica de los trastornos mentales en la población infanto juvenil de la provincia de Iquique: prevalencias, factores de riesgo y factores de protección?

¿Cuál es el correlato sociodemográfico a las prevalencias de doce meses en la muestra?

¿Cuáles son las variables familiares y escolares asociadas a enfermedad mental en esta población?

¿Cuál es el patrón de uso de servicios de salud mental en la provincia?

Hipótesis

Las tasas de prevalencia de los trastornos afectivos y ansiosos son más altas que las de otros trastornos mentales.

Los factores demográficos y psicosociales se asocian más a los trastornos ansiosos y afectivos.

Hay una baja consulta en los sistemas sanitarios públicos.

Objetivo general

1. Describir el nivel de salud mental de niños y adolescentes en la provincia de Iquique y sus eventuales asociaciones con variables sociodemográficas, sociales, psicológicas y educativas.

Objetivos específicos

1. Conocer las prevalencias de algunas enfermedades mentales según DSM-IV en una muestra representativa de la población de niños y adolescentes entre 4 y 18 años de la provincia de Iquique.
2. Identificar variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad y nivel socio económico, asociadas a enfermedad mental en esta población.
3. Identificar variables familiares: parentalidad, cuidador, antecedentes psiquiátricos familiares, asociadas a enfermedad mental en esta población.
4. Describir el uso de servicios de salud asociado a diagnósticos DSM-IV.

3. MARCO TEORICO

La epidemiología es, en la acepción más común el "estudio de las epidemias", es decir, de las "enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado" (Diccionario de la Real Academia Española). Su significado deriva del griego *Epi* (sobre) *Demos* (Pueblo) *Logos* (ciencia). Una definición técnica propone que la epidemiología es "el estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas". Ambas definiciones, se corresponden con el significado que la disciplina ha tenido en dos momentos históricos muy distintos.

La primera definición corresponde a la conceptualización surgida en los albores de la epidemiología, cuando ésta centró su interés en el estudio de procesos infecciosos transmisibles (pestes) que afectaban grandes grupos humanos. Estas enfermedades, llamadas epidemias, resultaban en un gran número de muertes frente a las cuales, la medicina de aquella época no tenía nada efectivo que ofrecer.

La segunda constituye una más actualizada y, en ese sentido, de mayor amplitud y especificidad. Es posible afirmar que la evolución científica, tecnológica y el cambio en el nivel de vida de las poblaciones, modificaron el tipo de enfermedades que afectaban en mayor número y más gravemente a la población.

La epidemiología es hoy, la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural. Actualmente, se acepta que para cumplir con su cometido la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.

Para la epidemiología, el término condiciones de salud no se limita a la ocurrencia de enfermedades y, por esta razón, su estudio incluye todos aquellos eventos relacionados directa o indirectamente con la salud, comprendiendo este concepto en

forma amplia. En consecuencia, la epidemiología investiga, bajo una perspectiva poblacional:

1. La distribución, frecuencia y determinantes de la enfermedad y sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales;
2. La distribución y frecuencia de los marcadores de enfermedad;
3. La distribución, frecuencia y determinantes de los riesgos para la salud;
4. Las formas de control de las enfermedades, de sus consecuencias y de sus riesgos, y
5. Las modalidades e impacto de las respuestas adoptadas para atender todos estos eventos.

Para su operación, la epidemiología combina principios y conocimientos generados por las ciencias biológicas y sociales y aplica metodologías de naturaleza cuantitativa y cualitativa. (López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Avila 2000)

Goldberg y Huxley en la introducción a su libro “Mental Illness in the Community” (Goldberg y Huxley, 1980), sostienen acertadamente: “hasta no hace mucho tiempo los psiquiatras no han definido la enfermedad mental, sino la han descrito. Las descripciones que han realizado con sus esfuerzos son sistemáticas e inteligentes, pero están basadas en el estudio de una pequeña fracción de pacientes que se presentan o son llevados a los servicios psiquiátricos”. En otras palabras, durante muchos años los conocimientos acerca de la enfermedad mental, y sobre todo de los factores sociales, psicológicos y biológicos asociados a ella, se han derivado del estudio de los pacientes que concurrían a los hospitales psiquiátricos y/o servicios especializados.

Esto puede ser razonable para los trastornos mentales más graves, que son relativamente infrecuentes y tienen, por su impacto en el medio, una alta probabilidad de llegar a los especialistas, pero no sucede lo mismo con aquellas alteraciones consideradas “menores”, las que la mayor parte de las veces no caen bajo el campo de observación de los psiquiatras.

De esto se desprende la importancia de conocer aquella realidad que se encuentra más allá de los servicios psiquiátricos. Importante para el correcto planteamiento de los estudios nosográficos y de las clasificaciones, que amplíen su mirada a la clase completa de los síntomas y problemas que se observan en la población general, esencial para las actividades de planificación y evaluación de servicios, e imprescindible para todos los estudios que intenten esclarecer las asociaciones entre trastornos mentales y variables sociales, psicológicas y biológicas susceptibles de ser factores de riesgo. “No es imaginable –afirmamos con Tansella– continuar estudiando tales asociaciones solamente en grupos seleccionados de pacientes (los que acuden a los servicios), olvidando que los factores que determinan la selección, en parte desconocidos o no controlados, introducen en nuestra observación elementos de distorsión y confusión” (Tansella y Zimmermann-Tansella, 1989).

A lo largo de los años, y en base a la determinación de la población objeto de estudio, se han ido diferenciando tres grandes categorías de estudios epidemiológicos:

- Estudios de poblaciones bajo control psiquiátrico, encargados de investigar los niveles cuatro y cinco del modelo de Goldberg y Huxley;
- Estudios de poblaciones en contacto con los consultorios generales (adosados o periféricos). Niveles segundo y tercero del modelo de Goldberg y Huxley, y
- Estudios comunitarios. Primer nivel del modelo de Goldberg y Huxley.

Los dos primeros constituyen lo que en la literatura anglosajona se denominan “estudios de poblaciones en tratamiento” o de prevalencia tratada, mientras que los de la tercera categoría se denominan “estudios reales de morbilidad” o de prevalencia comunitaria.

Estudios de Población bajo Control Psiquiátrico.

Se tratan estos de estudios en los que la población objeto de estudio queda definida por el hecho de encontrarse bajo tratamiento en servicios psiquiátricos *especializados*. En la medida que en su diseño más simple pueden incorporar los datos del trabajo asistencial previo, son frecuentemente utilizados para la obtención de datos administrativos referidos a la población en tratamiento. Conviene, sin embargo, tener en cuenta que los datos que aportan escasamente expresan la morbilidad existente en la comunidad; lo que hacen es reflejar la manera en que diversos factores inciden sobre el proceso a través del cual el individuo enfermo establece contacto con los servicios psiquiátricos (Vásquez-Barquero, 1980).

Estos estudios permiten también aplicar, con muy buenos resultados, diseños metodológicos de tipo longitudinal, que han sido especialmente relevantes en el nuevo desafío epidemiológico planteado por la creciente disminución en la duración y número de las hospitalizaciones y el desarrollo de una variada red de dispositivos alternativos.

Estudios de Población en Contacto con los Consultorios Generales.

Se engloba aquí a una amplia serie de diseños metodológicos en los que la población a investigar queda definida por el hecho de estar asignada a un consultorio general, y en los que el criterio de inclusión está determinado por el mero hecho de efectuar una consulta espontánea.

Aun cuando las características de los diseños de estos estudios dependen de sus objetivos, en general reproducen a los de morbilidad. Es así como en ellos pueden aplicarse diseños longitudinales o transversales y dentro de estos últimos seleccionar estrategias metodológicas de una o dos fases. Es también frecuente que los instrumentos a utilizar sean los mismos que en los estudios comunitarios. En consecuencia, puede afirmarse que estos diseños en la mayoría de los casos sólo se

diferencian de los comunitarios por las características de la población objeto de estudio y por la naturaleza de los objetivos o hipótesis que con ellos se puede investigar.

Estos estudios aventajan a los realizados sobre poblaciones bajo control psiquiátrico, en la medida que permiten un conocimiento más real de la morbilidad psiquiátrica. En sistemas de salud altamente desarrollados, pueden incluso acercarse al obtenido a partir de estudios comunitarios.

La ventaja de estos diseños no se deriva exclusivamente de su mayor representatividad, sino también del hecho de abrir nuevas vías de investigación en salud mental. Podemos así, gracias a ellos, analizar por ejemplo aspectos relevantes de la conducta enferma, como también la importantísima área de interacción entre patología física y psíquica (Vásquez-Barquero, Díez y Samaniego, 1987; Vásquez-Barquero, Díez et al, 1987 ; Vásquez-Barquero, Peña et al, 1988).

Un factor a tener en cuenta a la hora de evaluar el nivel de confiabilidad de estos diseños es el de su estrecha dependencia del grado de desarrollo del nivel primario de atención. La puesta en marcha de estos diseños exige no sólo que la mayoría de la población esté registrada o asignada a un determinado consultorio o grupo de consultas privadas o de médicos de familia, sino que cuando enferme acuda a consultar en primer lugar a su médico de cabecera o al consultorio que le corresponde. Es por ello fácil de comprobar cómo estos estudios han tenido éxito y fructificado en países que, como es el caso de Inglaterra, no sólo poseen un avanzado y muy bien estructurado nivel primario de atención, sino que la atención primaria es una realidad desde hace ya muchos años (Shepherd, Coper et al, 1966; Vásquez-Barquero, Peña et al, 1988).

Estudios Comunitarios

Si bien los estudios basados en el análisis de poblaciones que han establecido “contacto” con los servicios de salud posibilita investigar con todo rigor determinados aspectos de la enfermedad mental, son los estudios comunitarios los que permiten una

aproximación más fidedigna al análisis de dicha patología tal y como se presenta en la población general. Esto es así porque sólo a través de ellos es posible evitar los sesgos derivados de los procesos de filtraje entre el primero y el quinto nivel del modelo de Godberg y Huxley.

Estos procesos de filtraje, que se inician con el reconocimiento del “estar enfermo” y la posterior decisión de demandar ayuda médica, y que culmina en los casos más extremos con el ingreso a una unidad psiquiátrica dependen no sólo de variables ligadas a la propia enfermedad, sino también de otras de tipo psicosociológico y asistencial.

Los distintos diseños de investigación epidemiológica que es posible aplicar en la comunidad, pueden clasificarse en base a dos tipos de parámetros. Uno se refiere a la naturaleza de las “fuentes de información” y otro a la manera como la recolección de datos se localiza en el tiempo. En relación al primer parámetro hay dos grupos de estudio, los basados en fuentes primarias y los en fuentes secundarias; respecto del segundo parámetro hay estudios longitudinales y estudios transversales.

Fuentes Secundarias

Los diseños basados en fuentes secundarias de información se han denominado tradicionalmente “Estudios de Informantes Claves”. En ellos la información relativa a la población es obtenida a través de personas significativas de la comunidad --profesor, sacerdote, ministro, machi (chamán mapuche), médico, etc.). Aun cuando la información puede ser recogida directamente por los investigadores, procede de fuentes secundarias, razón por la que está sesgada en función de la visión que dichas figuras claves tiene de los conceptos “normalidad-anormalidad” y “salud-enfermedad”, así como de sus actitudes hacia la patología mental. Esta subjetividad hace que la información recogida posea un valor relativo.

Su utilidad, sin embargo, es mucho mayor para el análisis de la patología psiquiátrica más grave o en la investigación de determinados aspectos de la comunidad, como por ejemplo, sus actitudes hacia la enfermedad mental o el tratamiento psiquiátrico.

Dado que esta metodología exige un conocimiento completo de la población por parte de los informantes claves, lo habitual es que sólo pueda ser utilizado en áreas poblacionales muy reducidas y estables, como las rurales; por el mismo motivo su uso está limitado a aquellos tipos de patologías que presentan síntomas fácilmente identificables, como es el caso de la subnormalidad intelectual franca y las psicosis. A pesar de estos inconvenientes, estos diseños poseen la capacidad de permitir el acceso a datos no susceptibles de ser obtenidos por otros métodos, siendo por esto a menudo utilizados como complemento de otros diseños. Con frecuencia se recurre a ellos en la fase preparatoria de estudios comunitarios, para adaptar el diseño a la realidad de la comunidad, o también durante dichos estudios para complementar la información obtenida de las fuentes primarias.

Fuentes primarias

Los diseños basados en fuentes primarias de información, por su parte, permiten la obtención de datos, directamente desde los sujetos en estudio, por los investigadores, los cuales mantienen en todo momento el control de la recolección de la información desde la fuente originaria. Los datos así obtenidos son, por lo tanto, los que alcanzan mayores niveles de confiabilidad y objetividad. Dependiendo del diseño escogido, la recolección de información puede realizarse a través de distintas modalidades de instrumentos (entrevistas psiquiátricas estructuradas y no estructuradas, cuestionarios de salud mental, cuestionarios de tamizaje, etc.).

Estudios Transversales

Se trata de un tipo de estudios en los que, mediante un corte transversal en el tiempo, se investiga la extensión y características de la patología mental existente en ese momento en la comunidad. Aunque dicho análisis pueda abarcar amplios períodos de tiempo, la visión que ofrecen de la morbilidad es siempre puntual y, por consiguiente, estática. Por ello estos estudios permiten principalmente la obtención de índices de prevalencia, no siendo los más adecuados para medir aspectos evolutivos de la enfermedad. Como se puede obtener con ellos un conocimiento exacto de la morbilidad actual, unido a las reducidas exigencias que plantean a la población y a las instituciones, sin considerar su costo y complejidad metodológica, son más utilizados para valorar las necesidades asistenciales de la comunidad.

Dependiendo de que la investigación se efectúe sobre la totalidad de la población de una comunidad o sobre sectores limitados de la misma, podemos diferenciar dos grandes grupos de estudios comunitarios transversales, los estudios censales y los estudios muestrales. El estudio de muestras, que es predominante en la actualidad, ofrece claras ventajas sobre los censales, no sólo porque permite conocer con bastante precisión, y a un costo razonable, determinadas características de una población de gran tamaño, sino porque con los diseños actuales se puede conseguir una mayor exactitud en los resultados. Esto es debido, aunque parezca paradójico, a que a través de él los factores artificiales de variación debidos al método, al sujeto observado o al observador, pueden controlarse mejor.

Los estudios comunitarios son realmente útiles cuando superan, por una parte, la problemática de tener que abarcar amplios segmentos de población que hagan posible la generalización de los resultados y, por otra, la de realizar análisis intensivos que permitan la formulación y verificación de hipótesis. Estos dos factores, que condicionan la extensión de la muestra y la profundidad del análisis, plantean problemáticas metodológicas difíciles de resolver. Tanto la profundidad necesaria del análisis y lo reducido de la morbilidad psiquiátrica, obligan a invertir una proporción importante de los

recursos en el estudio de individuos sanos, elevando considerablemente el costo de los proyectos y generando además un alto número de rechazos y fallas técnicas. Este hecho ha motivado el desarrollo de diseños de investigación en dos fases, en los que con anterioridad a la entrevista psiquiátrica propiamente tal, se introduce una fase de tamizaje o Screening de patología (Shrout y Fleis, 1981).

Estudios Longitudinales.

Son aquellos estudios en los que se lleva a cabo un análisis prospectivo de la población. A partir de una primera valoración, la muestra es seguida en el tiempo, siendo evaluada nuevamente por lo menos en una segunda ocasión. Gracias a esta estrategia es posible calcular índices de morbilidad tales como la incidencia y la vida media. Otra ventaja de estos diseños es la de permitir realizar análisis “casi experimentales”. Esto se consigue mediante la introducción, entre las dos evaluaciones, de intervenciones planificadas cuyos efectos son posteriormente medidos. De la misma manera también es posible utilizar en ellos el tiempo como período en el que se da un cambio espontáneo, permitiendo conocer así la evolución natural de la enfermedad. Por todo ello se considera hoy en día que estos estudios son los más adecuados para llevar a cabo análisis de los aspectos etiopatogénicos y evolutivos de la patología mental.

Junto con los aspectos positivos recién mencionados se dan también una serie de limitaciones que son sin duda responsables de su escasa proliferación en la epidemiología psiquiátrica (Hagnell, 1966). En primer lugar está el hecho de su elevado costo y en segundo, el de su dependencia de una prolongada e intensa colaboración por parte de la población. Es precisamente esta última característica la que hace que los individuos, por el hecho de participar en el seguimiento, desarrollen hábitos de conductas y actitudes específicas que les convierten en poco representativos; además, los porcentajes excesivamente altos de pérdidas y rechazos dejan sin representación a núcleos significativos de la población.

Antecedentes Históricos

E. Stromgren, el año 1960 (Stromgren, 1960), presenta una acabada revisión de aproximadamente 60 estudios epidemiológicos de enfermedades mentales realizados y publicados antes de 1960, la mayoría en Europa central y Escandinavia. Destaca en ellos deficiencias metodológicas tales como mala técnica de muestreo, muestras pequeñas y el uso de registros hospitalarios. Curiosamente estos estudios muestran tasas de concordancia relativamente altas, las que no han sido replicadas en trabajos posteriores.

B. P. Dohrenwed y colaboradores, el año 1980, revisaron 27 estudios de prevalencia de desórdenes psiquiátricos hechos entre 1950 y 1978 (Dohrenwend, Gould et al, 1980). La mayoría de estos estudios habían sido realizados en Estados Unidos (11) y Escandinavia (9), incluyendo también algunos de Canadá, Inglaterra, Polonia y Australia. Unos correspondían a muestras de grandes áreas urbanas, otros a población general de pequeños grupos aislados y, algunos, a estudios de poblaciones o grupos específicos.

En ninguno se utilizó métodos de diagnóstico estandarizado ni muestras representativas de la población general. Estos trabajos han sido considerados como la primera generación de estudios epidemiológicos comunitarios en psiquiatría.

Algunos de los estudios más importantes realizados en la década del 60 y comienzos de la del 80 (Passamanik, 1962; Srole, Langner et al, 1962; Murphy, 1980) han sido considerados como pertenecientes a la segunda generación de estudios epidemiológicos, ya que introdujeron las últimas y más adecuadas técnicas de muestreo de grandes poblaciones.

El estudio realizado por m. N. Weissmann y colaboradores en 1980, es quizá el primer estudio de una tercera generación de estudios epidemiológicos, ya que emplea,

además de adecuadas técnicas de muestreo, métodos de diagnóstico estandarizados (Weissman y Myers, 1980).

Los clásicos estudios norteamericanos, como el Epidemiological Catchement Area Program (Eaton, Kessler, 1985), canadienses (Bland, 1998), y puertorriqueño (Canino, Bird et al, 1987), siguen este patrón utilizando, todos ellos, criterios diagnósticos estandarizados para ser aplicados por individuos sin formación clínica y técnicas sofisticadas de muestreo de grandes poblaciones.

En Chile existe una rica y relativamente larga tradición en investigación epidemiológica sobre beber problema y alcoholismo, tanto en poblaciones específicas (Muñoz, 1952; Jerez y Silva, 1978; Horwitz et al, 1979; Villalobos 1980; Naveillan, 1980; Pallavicini, Legarreta et al, 1983) como en población general (Horwitz, Muñoz et al, 1958; Marconi, 1967; Medina et al, 1980; Pallavicini, Legarreta et al, 1983). Sin embargo, los estudios comunitarios de morbilidad psiquiátrica general son escasos (Bland, 1988; Trucco, Campusano y Larraín, 1979; Codner, Vergara et al, 1984; Florenzano, Feuerhake et al, 1984; Torres y Álvarez, 1987).

De acuerdo a lo planteado, el tradicional trabajo de Horwitz y colaboradores, podría clasificarse entre los estudios epidemiológicos de primera generación, ya que no utilizó muestras estratificadas representativas de la población general de acuerdo a los criterios actuales, ni instrumentos diagnósticos estandarizados. Los estudios más recientes, aún cuando utilizan métodos estandarizados de diagnóstico y muestreos adecuados, fueron realizados en poblaciones específicas y abarcaron especialmente abuso y dependencia de alcohol y drogas.

El problema metodológico más importante que han tenido los estudios comunitarios ha sido el del diagnóstico. La ausencia de un método confiable para hacer diagnóstico psiquiátrico estandarizado, de acuerdo a criterios conocidos y objetivables, obstaculizó por muchos años el progreso en el área.

Criterios e Instrumentos Diagnósticos

Los importantes problemas de diferencias diagnósticas entre dos realidades aparentemente semejantes, como son Estados Unidos e Inglaterra, fueron ya destacados por J. Cooper en 1972 (Cooper, Kennedy et al, 1972). Posteriormente se han hecho numerosos y serios esfuerzos por desarrollar criterios de diagnóstico estándar, concretándose, por ejemplo, en el Criterio de Diagnóstico de Feighner o St. Louis (Feighner, Robins et al, 1972), el Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer, Endicott y Robins, 1978), el manual de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (American Psychiatric Association, 1980; American Psychiatric Association, 1978; *DSM-IV*), cuya cuarta versión está actualmente en uso, y las sucesivas versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización Mundial de la salud, 1978, 1992). Para cada uno de estos sistemas diagnósticos fue diseñada una entrevista estándar: La entrevista diagnóstica Renard (Helzer, Robins et al, 1981), el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS. (Spitzer, Endicott y Robins, 1978), el Diagnostic Interview Schedule DIS (Robins et al, 1981; Robins, Helzer et al, 1981) y el Composite Internacional Diagnostic Interview, CIDI. (Robins, Wing et al 1988) respectivamente.

En Inglaterra Wing y colaboradores en 1974, desarrollaron el Present Estate Examination, PSE., correspondiendo a los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente entonces. Éste ha sido ampliamente utilizado en el mundo, por ejemplo, en el estudio multinacional sobre la esquizofrenia conducido por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1973, 1979), y en investigaciones de prevalencia de desórdenes psiquiátricos en Australia (Henderson, Duncan-Jones et al, 1979; Duncan-Jones, Henderson, 1979), Inglaterra (Brown, Davidson et al, 1977; Wing, 1976, 1980) y España (Vásquez-Barquero, Diez-Manrique et al, 1987). El PSE no es un instrumento específicamente diseñado para estudios epidemiológicos directos en población general, ya que requiere para su aplicación la formación clínica del entrevistador, lo que implica costos elevadísimos.

De todas las entrevistas mencionadas, el DIS fue la primera específicamente desarrollada para ser usada por entrevistadores sin formación clínica. Permite hacer diagnósticos específicos siguiendo la nomenclatura del DSM-III-R, a través de un programa informático que asegura la consistencia de la información recogida en grandes poblaciones de entrevistados. Su confiabilidad y validez, ampliamente comunicada en el pasado (Robins, Helzer et al, 1982; Pulver, Carpenter, 1983 ; Anthony, Polstein et al, 1985; Wittgen, Semler, Von Zerssen, 1985; Escobar, Randolph et al, 1986), aunque satisfactoria, no es comparable con la entrevista clínica.

En 1983, un equipo de la Universidad de California tradujo al español la versión original del DIS, la calibró y probó en una pequeña muestra de hispanohablantes de la ciudad de Los Angeles (Burnam, Karno et al, 1983). En 1987, un equipo de psiquiatras peruanos realizó un estudio semejante en un barrio de Lima (Hayashi, Perales et al, 1985). También en 1987, un grupo de investigadores de la Universidad de Puerto Rico utilizó el DIS, debidamente adaptado a su realidad sociocultural, para un estudio epidemiológico en San Juan (Canino, Bird et al, 1987).

Por otro lado, la OMS, consciente de los problemas por los que atravesaba la epidemiología psiquiátrica, especialmente en su vertiente transcultural, dio su respaldo a la creación y perfeccionamiento del Composite Internacional Diagnostic Interview, CIDI (Robins, Wing et al, 1988), que es precisamente el resultado de reunir en un solo instrumento las mejores características, tanto del PSE como del DIS, permitiendo la formulación computarizada de diagnósticos de acuerdo a las nomenclaturas DSM-III-R y CIE-10.

En 1990 el CIDI concluyó satisfactoriamente sus estudios de campo en 19 países (Wittchen, Robins et al, 1991), y fue formalmente presentado a la comunidad internacional. Los resultados indicaron que la aceptación y adecuación mejoró en la versión final y el tiempo de aplicación se acortó significativamente cuando se lo compara con el DIS. La confiabilidad del test/retest es alta para todas las secciones, alcanzando kapas entre 0.4 0.85 y la confiabilidad entrevistador/observador alcanza valores sobre

0.9 para casi todas las secciones. Aunque el CIDI es un avance significativo en la producción de un instrumento diagnóstico estandarizado ideal, mantiene algunos inconvenientes menores en su aplicación, por un lado, derivados de su longitud y del nivel de conceptualización de las preguntas y, por otro, del que la versión acortada no cubre todo el espectro de la patología psiquiátrica (Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI) Versión 1.0, 1990).

Epidemiología infanto juvenil

Una de las dificultades más importantes, que también ha debido enfrentar la investigación en epidemiología de la infancia y adolescencia, ha sido disponer de instrumentos de medición confiables, y es por esta razón que el Instituto Americano de Salud Mental impulsó el trabajo denominado Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent (MECA), Mental Disorders Study (bajo el programa "Cooperative Agreement for Methodologic Research for Multi-Sites Epidemiology Surveys of Mental Disorders in Child and Adolescent Poblations") (Lohey et al., 1996; Shaffer et al., 1996; Shwab-Stone, 1996). Fruto de este trabajo se han desarrollado entrevistas para su uso en epidemiología, una de las cuales es el DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children), que en su última versión en español se utilizará en este estudio.

La validación del DISC-IV para población latina (Bird & Canino, 1988; Bird et al., 1992; Bird & Canino, 1987; Canino et al., 1987; Bravo et al., 2001; Canino & Shrout, 2004; Canino et al., 2004) hace posible plantearse un estudio usando este instrumento.

La aplicación del DISC-IV al rango de edad comprendido entre los 4 a 19 años se hará utilizando la misma de metodología aplicada en el estudio de Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Chile (ECP), realizado por Vicente et al., (2002) entre los años 1992 y 1999.

En la elección del instrumento a utilizar es necesario evaluar la información que se debe recolectar y las características psicométricas de los posibles artefactos. En este

sentido, el DISC es el instrumento más usado en estudios epidemiológicos multicéntricos, lo que respalda su uso para estudios epidemiológicos en niños y adolescentes (Shaffer et al., 2000). Otros instrumentos que tienen respaldo en la literatura internacional son el K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children), el CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment) y la DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescent).

El CAPA es un extenso glosario que ayuda a tomar decisiones proveyendo clasificaciones separadas de síntomas e impedimento psicosocial (Angold et al., 1995; Angold et al., 2000). El K-SADS tiene una versión - el K-SADS-E - que evalúa la patología pasada y presente en la misma población. Esta entrevista es usada para la investigación de trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes, dirigida especialmente al área de los trastornos del ánimo. El K-SADS-E contiene una amplia evaluación de síntomas y su severidad, sólo para el episodio en curso. No cuenta con una buena versión computarizada, y los estudios de confiabilidad y validez no han sido del todo satisfactorios (Ambrosini, 2000). La DICA es una entrevista estructurada con un desarrollo tan avanzado como el DISC para estudio epidemiológico, sin embargo, presenta dificultades para lograr un consenso en la fiabilidad de los datos, sobre la base de repetidos estudios de validez y confiabilidad (Heryonic & Reich, 1982; Reich et al., 1982; Edelbrock & Costello, 1984; Welner et al., 1987). Igualmente, estudios sobre acuerdo/desacuerdo entre las entrevistas a padres e hijos no reveló la consistencia deseada, mostrando diferencias en los diagnósticos obtenidos (Familaro et al., 1992; Reich, 2000).

El DISC es una entrevista altamente estructurada, diseñada para realizar diagnósticos precisos, de acuerdo con los criterios DSM-IV y CIE-10 (Costello et al., 1984; Shaffer et al., 1996; Shaffer et al., 2000). Puede ser administrada por entrevistadores legos, sin experiencia clínica, pero entrenados en el uso de la entrevista. Dispone de dos formas, una para padres (DISC-P) y otra para niños (DISC-C). La entrevista con el niño puede aplicarse en una sesión de alrededor de una hora de duración, la forma para padres dura entre 60 y 90 minutos. Da cuenta también del inicio,

duración y severidad del trastorno. El DISC ha conseguido imponerse por sobre los otros tipos de entrevista debido a la gran cantidad de estudios y los excelentes resultados que de ellos se ha obtenido (Bird et al., 1992; Leaflet & Alegria, 1996; Bravo et al., 2001; Costello et al., 1984; Lucas et al., 2001; Cuttlerman et al., 1987; Costello et al., 1996). Una de las características más importantes que la hacen adecuada para estudios en nuestra población, es que exista una versión en español que ha sido probada con distintas poblaciones latinas (Karno et al., 1983; Bravo et al., 2001; Canino et al., 1987a; Shaffer et al., 2000) y que ha sido validada para la población chilena por el equipo investigador del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental (Proyecto DIUC, 2006).

La fiabilidad test-retest del DISC-IV ha sido reportado en estudios clínicos, tanto para la versión en español como para la original en inglés, con resultados comparables para ambas versiones (Shaffer et al., 2000; Bravo et al., 2001). Además, desde la versión III, el DISC es compatible con el sistema de clasificación DSM-IV y CIE-10 (OMS, 1992) (Shaffer, 1993). Desde su creación en el año 1979 por el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. (NIMH), este instrumento ha sido sometido a un gran número de revisiones con el fin de mejorar su eficiencia, sensibilidad, fiabilidad y validez (Schaffer et al., 1993; Lewczyk et al., 2003; Schwab-Stone et al., 1994; Herzog, 1993; Jensen et al., 1999; Schwab-Stone et al., 1996; Friman 2001). Costello et al., (1984) estudió la validez de criterio en una muestra pediátrica y otra psiquiátrica, evaluadas con ambas entrevistas, DISC-P y DISC-C, mostrando que el 95% y 98% de ambas muestras, respectivamente, habían sido correctamente clasificadas en cada grupo del estudio y las puntuaciones obtenidas por el grupo psiquiátrico fueron sistemáticamente superiores a las del grupo pediátrico. Otra de las ventajas que este instrumento posee, es su relativo bajo costo para este tipo investigación, dado que no requiere de especialistas sino de entrevistadores legos entrenados, lo que además ofrece un potencial para la estandarización y reducción de errores, y cuenta con la capacidad de brindar una exhaustiva y meticulosa búsqueda de psicopatología infantil y adolescente gracias a su formato. Entre las limitaciones se incluyen la poca habilidad para pesquisar respuestas invalidadas proporcionadas por quien no entienda el cuestionario, además

de la incapacidad de pesquisar presentaciones atípicas, ya que está diseñado para evaluar los síntomas de acuerdo a las clasificaciones DSM y CIE.

El primer estudio sistemático de epidemiología infantil fue realizado por Leapuose & Monk en el año 1958. éste buscó determinar la frecuencia de problemas, referidos por los padres, en 482 niños de edades comprendidas entre 6 y 12 años. Posteriormente, investigadores en Inglaterra realizan el First Report of the National Child Development Study (Pringle, et al., 1966), el Second Report of the National Child Development Study (Davie et al., 1972) y el Britain's Sixteen-year-old Preliminary Findings from the Third Follow-up of the National Child Development Study National Children's Bureau London (Forgelmon, 1976). Otro de los estudios epidemiológicos ingleses de gran importancia para el desarrollo de la epidemiología psiquiátrica infantil fue realizado por Rutter et al. (1970). Este trabajo es el más ampliamente citado en todos los textos por ser el que más influencia ha tenido en el contexto epidemiológico. Se trata de un diseño de muestreo en dos etapas, en combinación con el uso de múltiples fuentes de datos. En la primera fase se utilizaron cuestionarios para padres y profesores, registros escolares, registros de consultorios, hospitales psiquiátricos y registros pediátricos. En la segunda fase se llevaron a cabo entrevistas estructuradas con padres, profesores y niños, así como exámenes médicos y neurológicos, y pruebas psicológicas individuales de los menores.

Posteriormente se han publicado algunos estudios denominados nacionales. Destacan los estudios norteamericano (Mc Gee et al, 1990; Robert & Baird, 1972) y británico (Davie et al, 1972; Forgelmon, 1976; Pringle et al, 1966) los que sobresalen por la representatividad de la muestra, pero que informaron de pocos o ningún trastorno del comportamiento al utilizar definiciones escasamente válidas de inadaptación o trastorno psiquiátrico.

Por otro lado, existen publicados cuatro estudios australianos. En uno de ellos (Hensley, 1988) se utilizó el cuestionario CBCL para evaluar problemas de conducta. Dos estudios llevados a cabo en China (Eklad, 1990; Wang et al., 1989) usaron la

escala de Rutter para maestros, empleándola para evaluar muestras de niños escolarizados. Eklad (1990) informa de una tasa de prevalencia de 17,3%, extraída de los informes de los padres, pero no fue posible elegir muestras totalmente al azar, ya que las autoridades sólo permitieron evaluar a niños de una determinada escuela, ligada a la Academia China de Ciencias.

En Japón, el estudio de Matsuma et al. (1989) arrojó una tasa de prevalencia de trastornos mentales infantiles del 3%, basado en datos obtenidos de los profesores, este trabajo usó la escala para profesores de Rutter, dirigido a evaluar muestras representativas de niños de escuelas primarias de áreas urbanas y suburbanas.

Todos los estudios mencionados fueron estudios comunitarios de poblaciones infantiles donde no se aplicó criterios del DSM. Debido a las diferencias, y en ocasiones a las particulares metodologías empleadas, los beneficios obtenidos al evaluar a más de 123.000 niños pueden ser catalogados de escasos. No obstante, en los últimos años la literatura internacional ha visto un leve, pero progresivo aumento de estudios de validez poblacional en distintos países. Aun cuando algunos de éstos se orientan a poblaciones específicas, hay otros que reportan hallazgos desde países en desarrollo (Egger & Angold, 2006; Mc Millen et al., 2005; Petersen et al., 2006; Srinath et al., 2005).

Durante la década de los 80 se realizaron 5 estudios importantes conducentes a determinar la prevalencia de trastornos mentales infantiles. Éstos utilizaron procedimientos de evaluación normalizados, técnica de muestreo refinada y diagnóstico DSM-III, dando origen a las actuales metodologías en uso:

1. El estudio de Anderson et al. (1987), realizado en Dunedin, Nueva Zelanda. Con una muestra de 792 individuos de 11 años de edad, niños nacidos de madres residentes en Dunedin en un hospital durante un intervalo de tiempo definido. El muestreo se realizó en una fase y se excluyeron a los niños con un coeficiente de inteligencia menor de 70.

2. Estudio de Mc Gee et al. (1990). Realizado con una muestra de 943 individuos de 15 años de edad.
3. Estudio de Bird et al. (1988). Realizado en Puerto Rico y Estados Unidos. La muestra incluyó 777 niños en Puerto Rico y 326 niños en Estados Unidos, con edades comprendidas entre los 4 y 16 años. La elección de la muestra se realizó aleatoriamente de hogares, en dos fases. Los niños de la segunda etapa se seleccionaron a partir de las puntuaciones del CBCL y del TRF de la primera fase.
4. Estudio de Offord et al. (1987). Realizado en Ontario, Canadá. Este estudio tuvo un tamaño de muestra de 2.679 individuos, cuyas edades correspondían entre los 4 y 16 años. Se realizó muestreo aleatorio de hogares usando los datos del censo poblacional.
5. Estudio de Verhulst et al. (1985). Realizado en Zuid, Holanda, sobre una muestra de 334 menores de 8 y 11 años, estratificada y randomizada de registros municipales de nacimiento, restringidos a los de nacionalidad holandesa.

En el estudio holandés y el puertorriqueño se usó un procedimiento en dos etapas con metodología múltiple. Este procedimiento, que es casi idéntico al usado por Rutter, consiste en una primera fase en la que se utiliza como instrumentos de detección las escalas de evaluación para padres y maestros (CBCL y TRF). Tanto el estudio holandés como el puertorriqueño, realizaron algunas evaluaciones clínicas a sus muestras de niños con puntuaciones totales por debajo del nivel definido, para determinar la proporción de niños afectados que escapaban al procedimiento de detección (falsos negativos).

En el estudio de Puerto Rico (Bird et al., 1988) se utilizó el Cuestionario de Entrevistas Diagnóstica para Niños (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC). Sin embargo, los clínicos no se atuvieron estrictamente al formato altamente

estructurado de la entrevista cuando los niños no parecían ofrecer respuestas fiables. Los clínicos que efectuaron las entrevistas a los padres y niños trataron de clarificar respuestas ambiguas de estos últimos, mediante nuevas preguntas y exploraciones no estructuradas. En caso de que existieran discrepancias entre la respuesta de los padres y los niños, el encuestador decidía a qué información daba más importancia. En este estudio se excluyó a menores con retraso mental y trastorno específico del desarrollo, debido a que los sujetos no fueron sometidos a pruebas psicométricas específicas. Se asignaron diagnósticos específicos del DSM-III a los niños que cumplían criterios para diagnósticos. Se establecieron además escalas de cuantificación del nivel global de severidad de la psicopatología.

En el estudio holandés (Verhulst et al., 1985), los clínicos administraron el Inventario de Evaluación Infantil (Child Assessment Schedule) a los niños, en tanto que la entrevista con los padres se efectuó por ayudantes de investigación entrenados. Se obtuvo un índice global del desempeño intelectual de los niños mediante la administración del WISC-R en su forma abreviada. La información obtenida de las entrevistas con los padres y los niños fue realizada por tres psiquiatras infantiles por separado. Las puntuaciones sobre gravedad fueron hechas por cada psiquiatra infantil.

Tanto en el estudio puertorriqueño como en el holandés, el clínico tuvo un importante papel para asignar niveles de funcionamiento global y diagnósticos específicos. En ambos casos, sin embargo, los juicios clínicos se basaron en información proveniente de entrevistas estructuradas.

En el estudio Ontario (Offord et al., 1987), los autores desarrollaron escalas de evaluación para medir cuatro trastornos preseleccionados que, según los investigadores, serían los más relevantes para su estudio: trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención, trastornos emocionales y somatizaciones. Las modificaciones realizadas en los instrumentos aplicados limitaron la posibilidad de establecer comparaciones con otros estudios que utilizaron el CBCL.

El estudio de Nueva Zelanda (Anderson et al., 1987) utilizó el DISC para entrevistar a los niños de 11 años y una versión abreviada del mismo para los niños de 15 años. Se usaron además escalas de Rutter para padres y profesores. La información obtenida de éstos se comparó con la obtenida en el DISC.

Aunque todos estos estudios utilizaron procedimientos de evaluación normalizados, los de Bird et al. (1988); Offord et al. (1987) y Verhulst et al. (1985) recurrieron a juicios clínicos en determinadas etapas de la investigación. Esto ocasionó diferencias en las tasas de prevalencias, lo que dificultó obtener diferencias de prevalencia real. Estos hallazgos sugieren que la aplicación del juicio clínico y/o los criterios de la DSM-III introdujeron inconsistencias entre las tasas de prevalencia de estudio como el holandés y puertorriqueño.

La comparabilidad entre los diferentes estudios es difícil. Para soslayar estas dificultades se recomienda usar formatos de entrevistas estructuradas estrechamente relacionadas con criterio diagnóstico, según las clasificaciones actuales. Por esta razón, en los últimos 10 años se ha continuado investigando utilizando el DISC-IV, con el fin de obtener datos comparativos y optimizar las cualidades del instrumento (Bravo et al., 2001; Ford et al., 2003; Canino et al., 2004; Vreugdenhil et al., 2004; Lewczyk et al., 2003; Shaffer et al., 2000; Lucas et al., 2001), trabajos que a su vez han ido engrosando la información disponible a nivel de cada país y los datos mundiales, que permiten tener conocimientos más confiables al realizar las inversiones en el área de la prevención y tratamiento de la psicopatología infantil y adolescente. De particular interés son los trabajos en población latinoamericana (Canino et al., 2004; Bird & Canino, 1988; Canino & Bird, 1987) que hacen posible la aplicación de este instrumento en nuestra población, ya que el DISC ha sido traducido y testeado para la población hispana (Shaffer et al., 2000; Bravo et al., 2001).

En relación a la realidad nacional, los principales estudios han estado dirigidos a pesquisas en población escolar, como los trabajos mencionados en apartados precedentes (De la Barra et al., 2002a), y en relación a fenómenos psicopatológicos en

poblaciones específicas (Bralic et al., 1987; Ulloa et al., 1992). El Estudio de Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en población escolar de sexto básico (12 a 14 años) del área Occidente de Santiago se inscribe en la misma línea de estudios de población específica (De la Barra et al., 2004), así como el trabajo de prevalencia de desórdenes psiquiátricos en población de niños hospitalizados (Ulloa et al., 1992). De la Barra estudió una muestra representativa del 90% de la población escolar de Santiago Metropolitano, pero en ésta no está representada la población que asiste a colegios particulares pagados. Tiene la ventaja de haber estudiado diagnóstico CIE-10, realizado por psiquiatras considerando los 6 ejes evaluables para población infantil, pero tiene la debilidad de usar una entrevista clínica, lo que impide comparar sus hallazgos con estudios internacionales.

Durante la última década se ha desarrollado una amplia gama de estudios acerca del consumo de alcohol y drogas (Ministerio de Educación, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE. 1998). Chile cuenta con información actualizada acerca del consumo de alcohol y drogas en población escolar mediante la aplicación del instrumento Drug Use Screening Inventory (DUSI), validado en Chile. Este instrumento fue utilizado por primera vez a nivel nacional el año 1997, en una muestra de 37.637 escolares (CONACE 1998).

Al revisar la bibliografía disponible en habla hispana, fácilmente se comprenderá que los estudios epidemiológicos relativos a la psicopatología infantil son escasos y realizados en poblaciones seleccionadas, como es la población escolar, grupo específico que no está exento de sesgo. En general se puede afirmar que cualquiera que sea la enfermedad o la alteración del comportamiento que elijamos, nos encontraremos con exigua cantidad de investigación epidemiológica en la población infantil y adolescente, ignorándose la incidencia y la prevalencia de las distintas alteraciones; se desconocen cuáles son los principales factores de riesgo; hay una gran falencia de programas preventivos con los cuales hacer frente a estos trastornos y, por último, existe un limitado presupuesto para financiar estudios epidemiológicos que puedan poner de manifiesto el estado de las enfermedades mentales que afectan

fundamentalmente a la población infantil, dado que la patología psíquica en adolescentes comienza a ser progresivamente abordada a partir de estudios sobre muestras de población adulta (Harpham et al., 2005).

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que existen varias formas de aproximarse a la prevalencia de psicopatología en niños, adolescentes, y aún en adultos. Un enfoque mide dimensiones conductuales, entregando resultados de problemas de salud mental. Otro enfoque alternativo busca identificar la presencia/ausencia de diagnósticos psiquiátricos categoriales. El estudio de De La Barra et al. (2004) efectuó ambos tipos de mediciones, entregando resultados de problemas conductuales reportados por padres y profesores y variables predictoras de estos problemas, a partir del seguimiento de seis años. Paralelamente, efectuó diagnósticos categoriales en una submuestra representativa de 1º y 6º básico, que mostró cifras similares a estudios extranjeros que midieron también discapacidad.

Parece aconsejable optar por la línea de los trastornos categoriales, dado el tamaño de una muestra que busca representatividad regional y la posibilidad de estimar prevalencias, considerando el peso de la discapacidad asociada a la presencia de un conjunto de síntomas. Esto se ve facilitado porque las respuestas basadas en entrevistas sólo capturan la información entregada por el paciente, sin interpretación del entrevistador, lo que limita la variabilidad de la información obtenida. De esta manera, si bien hay limitaciones metodológicas asociadas al uso de entrevistas estructuradas, como usar diagnósticos categoriales dependientes de la validez de la nosología psiquiátrica, estos diagnósticos psiquiátricos proveen una nomenclatura confiable que permiten unificar impresiones clínicas y diagnósticas, planes de tratamiento y pronóstico. Por otro lado, conceptualmente es más fácil el uso de un modelo que permite por lo menos un discreto perfil categorial. Ciertamente en el intento por describir y organizar los trastornos es factible que algunos queden excluidos, pero ésta es una limitación que comparten todos estos tipos de trabajos.

Sabemos por el estudio de Global Burden Disease (Murray & López, 1997) que los trastornos mentales son una de las principales causas de discapacidad en el mundo.

Estas estimaciones estuvieron basadas en trabajos principalmente realizados en poblaciones clínicas y juicios de expertos, por este motivo la OMS puso en marcha la iniciativa Encuestas de Salud Mental en el Mundo (OMS, 1997; OMS, 2004), que pretende fomentar estudios epidemiológicos nacionales, evaluando prevalencia, discapacidad asociada, atención y tratamientos recibidos por personas con trastornos mentales (Wittchen & Jacobi, 2005). A raíz de esto, se han desarrollado nuevas herramientas metodológicas que permiten actualmente poder alcanzar estos objetivos (Shwab-Stone & Shaffer 1996; Leaf et al., 1996; Bird et al., 1992; Bravo et al., 2001). Cabe destacar que, tampoco sería posible alcanzar estos logros sin el desarrollo de potentes herramientas informáticas para la administración y análisis de las entrevistas (Costello et al., 1996; Schwab-Stone & Shaffer 1996, Friman, 2001; Costello et al., 2005; Costello et al., 2006). Estos desarrollos posibilitan actualmente la utilización de los complejos cuestionarios actualmente diseñados para uso en computadores personales (PC) que incorporan saltos lógicos, controles de calidad interna para la reducción de errores y minimización del costo de la administración al evitar las tediosas entradas de datos en cuestionarios escritos (Shaffer et al., 2000).

En la década de los ochenta y noventa la investigación en el campo de la epidemiología psiquiátrica estuvo dirigida al desarrollo, validación y traducción de estas herramientas metodológicas, con objeto de permitir a los investigadores obtener datos fiables de la prevalencia trastornos mentales infantiles como así consta en las numerosas publicaciones acerca de este tema (Bravo et al., 2001; Andrade et al., 2004; Murray et al., 1997, (Bird & Canino, 1988; Schwab-Stone & Shaffer, 1996; Leaf et al., 1996; Bird et al., 1992; Bird et al., 1987; Costello, 1984; Canino et al., 1987; Hensley, 1988; Offord et al., 1987; Verhulst et al., 1985; Shaffer et al., 1993; Bravo et al., 2001; Costello et al., 2005; Maughan et al., 2005; Costello et al., 2006). Sin embargo, pocos estudios epidemiológicos de prevalencia en trastornos mentales en niños y adolescentes han usado los criterios del DSM-IV en estos últimos años (Angold et al., 2000; Canino et al., 2004a, 2004b).

4. MATERIALES Y MÉTODO

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal, muestral.

Universo y muestra

Universo: población entre 4 y 18 años de la provincia de Iquique.

Muestra: aleatoria, estratificada.

El estudio se desarrolla en las mismas cuatro provincias en que se efectuó el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica (ECP) a inicios de la pasada década: Iquique; Santiago; Concepción y Cautín.

Chile está dividido en 51 provincias, agrupadas en 15 regiones, y tiene una población de aproximadamente 17 millones. La población nacional puede ser representada por cuatro provincias geográficamente distintas: Iquique Santiago, Concepción, y Cautín.

La provincia de Iquique, perteneciente a la región de Tarapacá, es una de las más al norte del país. Es una región desértica, esencialmente minera, con ciudades aisladas. Tiene 216.419 habitantes con un 0,8% de ruralidad y una superficie de 2,835.3 Km², con una densidad poblacional de 91,5 hab/Km² (censo 2002).

Está dividida en siete comunas: Alto Hospicio; Camiña; Colchane; Huará; Iquique; Pica y Pozo Almonte. Esta última creada el año 2002, separándola de la comuna de Iquique.

La provincia de Santiago, que incluye a la ciudad capital, está conformada por cinco comunas. Situada en el centro del país y reúne a un tercio de la población de la nación. La provincia de Concepción, conformada por doce comunas, está situada en la

región centro-sur de Chile e incluye a la ciudad de Concepción que es la segunda en tamaño del país. La provincia de Cautín, en el sur, conformada por veintiuna comunas, es un área de población rural dispersa. La población del país es fundamentalmente urbana.

En Chile, las provincias están divididas en comunas, éstas en distritos censales y finalmente éstos en bloques denominados “manzanas”, en las que se encuentran numeradas las viviendas.

La población a estudiar se definió como personas de entre 4 y 18 años que vivían en una vivienda. No se consideraron viviendas todas aquellas construcciones que no cobijan a un grupo familiar (instituciones, iglesias, cárceles, hospitales, etc.).

Descripción de muestra y participantes

Se diseñó una muestra probabilística que consideró una prevalencia de trastornos mentales en la población general infanto-juvenil, de entre 4 y 19 años, de 18%, de acuerdo a los hallazgos de Canino et al, (2004) para el estudio comunitario de prevalencias en población infanto-juvenil en Puerto Rico. Con una seguridad del 95% y un error máximo de 1.75, ésta alcanza a 174 sujetos.

El proceso de selección de la muestra consideró la subdivisión de la provincia en comunas, éstas en distritos y éstos en manzanas. Cada una de estas unidades se seleccionó al azar. Seleccionada la manzana, se contabilizó el número de hogares disponibles en cada una, excluyendo aquellos institucionales. Los hogares disponibles se identificaron, numerándolos, siguiendo una ruta en sentido horario, comenzando por el primero en la esquina norte de cada bloque o manzana. Los hogares, con el número asignado y las direcciones que los identificaban, se consignaron en una tabla.

Utilizando el censo nacional de 2002 se determinó el número de sujetos requerido en cada manzana, en base al número obtenido al dividir las estimaciones del censo por

la cantidad de residentes en la manzana, resultando de ello cinco sujetos (cinco hogares). De los hogares registrados en la tabla se sorteó a doce de ellos, considerando la posibilidad de inexistencia de sujetos de estudio en alguno de ellos. A continuación, los hogares sorteados se reordenaron aleatoriamente mediante el programa de generación de números aleatorios del SPSS, para ser visitados en este nuevo orden por los entrevistadores asignados.

En cada hogar elegido el proceso de selección del sujeto requirió recoger los datos de todas las personas de entre 4 y 18 años residentes en esa vivienda y registrarlos consignando la fecha de nacimiento. De ellos, se seleccionó al sujeto específico a entrevistar, definido como aquel cuyo cumpleaños estuviera más próximo a producirse, lo que excluyó la posibilidad de que más de un sujeto en una vivienda fuera seleccionado. En caso de que el sujeto elegido fueran gemelos, se sorteó a uno de ellos mediante una moneda al aire. Esto implica una muestra aleatoria estratificada en dos etapas, que considera primero la selección de la vivienda y, posteriormente, del niño o adolescente a entrevistar. Se excluyeron niños que estuvieran transitoriamente o de visita en el hogar y niños de la calle que no contaran con dirección fija.

El trabajo de campo, conducido por el Doctorando, se realizó durante un período de 4 meses, desde noviembre de 2007 hasta marzo de 2008.

Obtenidos los datos, se determinó el peso de cada entrevistado. Para ello se consideró la probabilidad de la comuna, distrito, manzana, hogar y entrevistado seleccionado. Los datos fueron, además, pesados respecto del censo nacional de 2002, en base a la edad, género y estado civil, y distribución urbano rural utilizando una segunda ponderación (RTI 1995).

Para el diseño de la muestra se utilizó la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística de Chile (INE), acerca del tamaño de la población y su distribución por género y edad en la comuna, además de mapas con distritos censales y el número de viviendas según del Censo de Población y Vivienda de 2002.

Instrumentos y medidas

Variables Sociodemográficas:

Se incluyeron las habituales variables demográficas: género, edad, estado civil, educación, ingresos individuales y familiares, y ocupación. Se recopiló una breve descripción de la ocupación del principal proveedor. En caso de que el sujeto no estuviera estudiando o trabajando se realizó una encuesta para averiguar si esto se debía a razones físicas o emocionales, y si la discapacidad era visualizada como temporal o permanente. Aparte de consignar el estado civil de los padres (o del sujeto), se preguntó por el número de veces que ha estado casado y la eventual edad de comienzo y término de cada matrimonio. Para aquellos que eran separados o divorciados, la razón por la cual el matrimonio no tuvo éxito, y en particular si estuvo relacionado con algún problema emocional que pudo haber tenido el entrevistado. En el estudio ECPP se utilizó una medida de clase social basada en la disponibilidad de menaje, artefactos y automóviles, ésta fue incorporada ya que los ingresos constituyen una deficiente medida.

Evaluación Diagnóstica Psiquiátrica:

La Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC) es un instrumento de diagnóstico altamente estructurado, diseñado para su uso por no clínicos. El instrumento ha estado en desarrollo desde 1979 y se han producido diversas versiones para calzar con diferentes sistemas de clasificación. La versión actual del DISC (Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH] DISC-IV), basado en DSM-IV y CIE-10, fue lanzada para su uso en terreno en 1997. Aunque originalmente buscó ser una encuesta epidemiológica para ser usada a gran escala en niños, las versiones del DISC han sido también utilizadas en estudios clínicos, en ejercicios de prevención y tamizaje y como una ayuda para el diagnóstico en ambientes clínicos (Hinshaw et. al., 1997; Shaffer et. al., 1998).

Existen versiones paralelas del instrumento: el DISC-P para padres (o cuidadores con conocimiento) de hijos entre los 6 y 17 años de edad, y el DISC-Y (para su directa administración en niños o jóvenes entre los 9 y 17 años de edad). Sin embargo, algunos investigadores han utilizado el DISC-P con padres de hijos entre los 4 y 5 años de edad (Frick et. al., 1994), y el DISC-Y con jóvenes mayores de 17 años (Shaffer et. al., 1998). La información de estas entrevistas puede ser combinada o examinada por separado.

En este estudio, los diagnósticos del DSM-IV serán determinados operacionalmente mediante el uso de la Entrevista Diagnóstica para Niños, versión IV, computarizada (DISC-IV) (Shaffer et. al., 2000). Ésta ha agregado preguntas a fin de evaluar la significación clínica (discapacidad o angustia) en cada uno de los módulos de grupos diagnósticos que mide. El DISC-IV del NIMH (Shaffer et al., 2000) revisó el DISC-2.3 (Shaffer et al 1996) en base a los datos de prueba en terreno del programa denominado MECA (Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent) (Lohey et al, 1996) y fue diseñado para identificar más de 30 diagnósticos psiquiátricos que tienen lugar en niños y adolescentes, utilizando criterios del DSM-IV (APA 1994). Éstos incluyen:

- Trastornos de ansiedad

Fobia social; ansiedad de separación; fobia específica; trastorno de pánico; agorafobia; ansiedad generalizada; mutismo selectivo; trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático.

- Trastornos del ánimo

Episodio depresivo mayor; distimia; episodios maníaco o hipomaníaco.

- Esquizofrenia

- Trastornos por comportamientos disruptivos

Trastorno por déficit atencional; trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial.

- Trastornos por uso de sustancias

Abuso y dependencia del alcohol; dependencia a nicotina; abuso y dependencia de marihuana; abuso y dependencia de otras sustancias.

- Trastornos misceláneos

Anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; desórdenes de la eliminación; desórdenes por tics, pica; tricotilomanía.

Los desórdenes psiquiátricos fueron evaluados mediante el uso de la última traducción al español del DISC-IV. (Bravo et. al., 2001), en una versión computarizada que fue validada y adaptada a población nacional por el equipo del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la facultad de Medicina de la Universidad de Concepción (Saldivia et al, 2008), ésta cuenta con versiones de entrevistas paralelas para jóvenes (DISC-Y) y padres (DISC-P). Hasta ahora, la confiabilidad del test-retest del DISC-IV ha sido informado en muestras clínicas tanto para hispanohablantes como para angloparlantes, con resultados comparables (Shaffer et al, 2000; Bravo et al, 2001).

Para proceder a la validación del DISC-IV se seleccionaron 18 sujetos, de ambos sexos, de entre 4 y 18 años, para cada uno de los diagnósticos a estudiar, y 18 sujetos sin diagnóstico psiquiátrico. esta muestra fue recogida mayoritariamente desde los Servicios de Psiquiatría de la provincia de Concepción y de las consultas privadas de los investigadores. El criterio de inclusión del sujeto en la muestra se inició con una o más entrevistas realizadas por psiquiatras infanto-juveniles con experiencia clínica, quienes definieron si el paciente cumplía con los criterios clínicos del DSM-IV para el diagnóstico respectivo. Cinco grupos diagnósticos del DISC-IV fueron incluidos en el proceso de validación: trastornos ansiosos, trastornos del ánimo, trastornos por abuso de sustancias, trastorno de conducta y trastorno por déficit atencional. Se exceptuó Misceláneos por las dificultades para encontrar casos de patologías de baja prevalencia.

El paciente, si tenía 12 o más años, o su madre o cuidador principal, identificado por él(ella) como la persona con quien comparte la mayor cantidad de tiempo, fueron entrevistados por alguno de los entrevistadores legos previamente capacitados, aplicándoseles la versión del DISC-IV que correspondía, además del módulo de información general. Todas las entrevistas fueron editadas por uno de los investigadores que no hubiese seleccionado al paciente para su inclusión en el estudio.

Los Kappa calculados están en un rango alto, lo que permite concluir que el DISC-IV es una entrevista posible de usar en población infanto-juvenil en Chile. No obstante, la entrevista tiene una alta especificidad, pero una menor sensibilidad en algunos módulos diagnósticos, lo que puede incidir en un sobrediagnóstico en estos grupos específicos. Los resultados alcanzados en el grupo de dependencias podrían estar sobredimensionados dado la severidad de los casos clínicos incorporados.

Los resultados obtenidos en este proceso se muestran en la tabla siguiente:

Módulo	n	Sensibilidad	Especificidad	VP+	VP-	Índice de concordancia	Kappa
T. Afectivos	17	0,61	0,94	0,92	0,77	0,83	0,655
T. Ansiosos	11	0,74	0,94	0,88	0,81	0,83	0,613
T. dependencia	12	1,0	0,94	0,83	0,94	0,96	0,895
T. de conducta +TOD	16	0,88	0,94	0,88	0,94	0,92	0,819
TDAH	15	0,93	0,94	0,92	0,94	0,94	0,878

Las preguntas que se realizan en el DISC-IV son cortas y muy fáciles de entender, no contienen más de dos conceptos, las respuestas contemplan un "sí" o un "no", y en ocasiones requieren un adicional de "algunas veces". El instrumento evalúa la presencia de diagnósticos ocurridos los últimos 12 meses y las pasadas cuatro semanas. El tiempo de administración es, en promedio, de 115 minutos, evaluando 30 diferentes diagnósticos agrupados en seis módulos.

Dado que el DSM-IV explícitamente incluye la discapacidad como un criterio para el diagnóstico, el DISC-IV incorpora una serie de preguntas al final de cada sección diagnóstica. Las preguntas son uniformes a través de todos los diagnósticos e indagan sobre el nivel de discapacidad y severidad asociado con cada diagnóstico a través de sondeos que determinan el grado en que los síntomas de un diagnóstico dado han causado estrés al niño, o han afectado su rendimiento escolar, o sus relaciones con

cuidadores, familia, amigos o profesores durante el “tiempo en el último año cuando los *síntomas* causaron los mayores problemas”. Las seis áreas evaluadas son: 1) estar lejos de los padres o cuidadores; 2) participación en actividades familiares, 3) participación en actividades con los pares; 4) desempeño académico/ocupacional; 5) interacciones con profesores/jefes y 6) malestar atribuible a los síntomas. Cada conjunto de preguntas, para cada área evaluada en cada diagnóstico, tiene una estructura en dos partes, la primera determina la frecuencia con que la discapacidad está presente y la segunda mide la severidad. Para la severidad se clasifica a “intenso” como intermedio y a “muy intenso” como severo, por su parte para la frecuencia se clasifica a “algunas veces” como intermedio y a “la mayoría del tiempo” como severo. Los criterios de discapacidad, que son ordenados en cuatro niveles que van de la A a la D siendo inclusivos y de menor a mayor severidad, se construyen con los conceptos derivados de intermedio o severo, así la discapacidad A corresponde a la presencia de un área afectada con 1 criterio (intermedio o severo); la B a la de dos áreas afectadas con un criterio (intermedio o severo); la C a la presencia de un área afectada con un criterio severo y la D a los niveles de discapacidad B o C.

En este estudio se consideraron dos discapacidades, la A, que implica que el trastorno ha interferido en una de las seis áreas evaluadas a lo menos algunas veces o la mayoría del tiempo y de modo intenso o muy intenso, y la D, que implica que el trastorno ha interferido en dos de las áreas algunas veces o la mayoría del tiempo y de modo intenso o muy intenso, o en una de las áreas la mayoría del tiempo y de modo muy intenso.

Los niños menores a 12 años fueron evaluados con el DISC-P aplicado al padre, la madre a al cuidador más importante, porque hay evidencia en el sentido que sus informes no serían confiables (Schwab-Stone et. al., 1994). Los niños entre los 12 y los 18 años, fueron evaluados usando el DISC-Y aplicado directamente a ellos. La entrevista sobre desórdenes por consumo de sustancias fue administrada a niños entre los 11 y 19 años de edad, pero no a sus padres. Los padres tienden a no tener conciencia del uso de sustancias por parte de sus hijos adolescentes y no son

considerados como buenas fuentes de información para desórdenes por consumo de sustancias en sus hijos.

Los algoritmos de puntaje oficial del DISC-IV usan datos aportados por padres e hijos, a la vez que permiten la comprobación de la presencia de un diagnóstico, con o sin discapacidad, según ha sido medido por las escalas de discapacidad de DISC-IV. Las tasas proporcionarán información tanto respecto de los padres como de los niños para los casos de niños cuyas edades fluctúen entre los 11 y 18 años, y solamente información sobre los padres en los casos de niños menores de 11 años. Un caso se consideró positivo si cumplía completamente los criterios de diagnóstico del DSM-IV, de acuerdo con el DISC-IV del padre o del niño.

Evaluación de servicios para niños y adolescentes:

La versión en idioma español de la Evaluación de Servicios para Niños y Adolescentes (SACA) (Canino et. al., 2002) se utilizó para indagar los tipos de servicios y tratamientos usados por quienes habían consultado por problemas emocionales, alcoholismo y drogas. Este instrumento recoge el uso durante la vida y el último año de 25 servicios específicos, divididos entre internación, ambulatorios y relacionados con colegios (Horwitz et. al., 2001). La atención ambulatoria distingue entre salud mental y salud general. El SACA en idioma español ha mostrado una confiabilidad que va desde aceptable a moderada, con la mayoría de los valores k en un rango de 0.41 a 0.87 para la mayor parte de los servicios reportados por padres e hijos, al igual que desde moderado a sustancialmente sensible cuando los informes sobre los padres eran comparados con registros médicos. El SACA tiene 2 versiones (padres e hijos), y el uso de servicios se consideró positivo en los casos en que existió una respuesta positiva o por los padres o por el hijo.

Evaluación de la Familia:

El Inventario de la Historia familiar (FHS) se usó para obtener un historial psiquiátrico de los familiares de primer grado (Weissman et. al., 2000). Esta medición

obtiene información acerca de 15 trastornos. Su limitante radica en que no indaga ni proporciona detalles sobre diagnósticos, sólo entrega una medida de vulnerabilidad biológica. Estos datos necesitan ser interpretados con cuidado, ya que aquellos que padecen de trastornos psiquiátricos pueden estar propensos a exagerar historias familiares. Sin embargo, puede servir como un barómetro para establecer antecedentes mórbidos en una familia dada.

Entrenamiento y control de calidad:

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción es un Centro de Entrenamiento y Referencia CIDI-OMS y sus integrantes de mayor experiencia recibieron y entregan capacitación respaldada por la OMS en CIDI. La experiencia obtenida no hace necesaria un entrenamiento especial en DISC, lo que está respaldado por el NIMH y la consultora internacional Dra. Glorisa Canino.

Se contó con 12 entrevistadores, algunos de ellos ya habían participado en los estudios previos y estaban, por tanto capacitados en CIDI, a todos ellos se les entrenó para aplicar el DISC-IV en su única versión, informática, para lo cual contaron con un computador portátil (PC) cada uno.

Se efectuó una intensiva capacitación tanto en relación al instrumento diagnóstico como con las restantes escalas y entrevistas. La competencia de los entrevistadores fue evaluada y sólo se les permitió efectuar entrevistas luego de aprobar ésta. Las entrevistas se realizaron “cara a cara” en el hogar del entrevistado por parte de los entrevistadores aprobados. Se obtuvo un consentimiento informado, por escrito, de cada entrevistado mayor de 12 años y del adulto responsable para los de entre 12 y 18 años; sólo del adulto responsable para los menores de 12 años y sólo del entrevistado para los mayores de 18. Todas las entrevistas, a menos que no se obtuviera la autorización fueron grabadas.

Se tomó un cierto número de medidas para asegurar el control de calidad. Se visitó posteriormente a una de cada tres viviendas, seleccionadas aleatoriamente, en

donde se entrevistó y se confirmó la ejecución y condiciones de la entrevista. Uno de cada 25 sujetos entrevistados fue revisado y entrevistado por el Doctorando, para verificar que se seleccionó el hogar adecuado, que la persona entrevistada fue la que correspondía y que la entrevista se completó de manera minuciosa. Todas las entrevistas fueron editadas para revisar su ejecución. Los problemas que surgieron de esta revisión fueron discutidos con el entrevistador, y debieron ser resueltos por éste, muchas veces visitando nuevamente al sujeto entrevistado. Esto, para permitir un continuo mejoramiento de la calidad. Aquellos entrevistadores que mantuvieron un deficiente desempeño, cuatro, fueron removidos de su tarea. El investigador realizó visitas periódicas, a fin de evaluar operaciones en terreno.

Manejo de datos

Los datos no obtenidos en la versión computacional del DISC fueron ingresados a la base de datos del SPSS, usando doble digitación para el control de los errores. El programa DISC-IV proveyó diagnósticos DSM-IV para 12 meses. Las estimaciones se hicieron en el STATA 10.0, utilizando comandos de muestra compleja. Los errores estándar se calcularon usando el método de linearización de series de primer orden de Taylor para obtener un intervalo de confianza de 95% y los valores P.

En esta etapa, a cada sujeto de la muestra se le asignó un peso representativo, obtenido del producto de los coeficientes correspondientes a cada etapa del muestreo. Lo que constituye la primera etapa del pesaje. Posteriormente, se procedió a ajustar la muestra según los datos del censo 2002.

Sujetos humanos:

A cada adulto responsable del sujeto entrevistado, y al sujeto entrevistado cuando éste era mayor de 12 años, se le solicitó firmar un consentimiento informado autorizando el estudio. Los procedimientos también consideraron protección contra la divulgación de información. El equipo de análisis de datos no tuvo acceso a los registros de identificación. Estos registros de identificación, tales como nombres, domicilios y

números telefónicos no fueron guardados con la entrevista original o con los datos computarizados. Esto aseguró que el personal no pudiese vincular las respuestas a la encuesta con un entrevistado en particular. El informe de resultados se hizo en un formulario agregado, donde no se pudo inferir la identidad del entrevistado individual.

La información diagnóstica resultante en cada uno de los casos fue notificada a los cuidadores a través de carta certificada. Se cauteló la situación de los casos detectados con trastorno psiquiátrico, los que fueron derivados para su atención al centro de salud mental más cercano. Esto permitió orientar la consulta, pero no garantiza un tratamiento, en la medida que esta posibilidad está mediada por la conducta de los cuidadores y por la disponibilidad de recursos sanitarios.

5. RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra está conformada por 158 individuos de entre 4 y 18 años inclusive. Los porcentajes de la muestra no pesada y pesada, y de la población de la provincia, así como la distribución por sexo y por grupos de edades, 4 a 11 y 12 a 18 años, se presenta en el tabla N° 1.

La tasa de respuesta alcanza a un 92.5%, completándose satisfactoriamente 158 entrevistas, realizadas en las comunas de Iquique, Alto Hospicio, Huara y Pica.

Tabla 1. Características de la muestra no pesada y pesada, de la provincia de Iquique

IQUIQUE	MUESTRA NO PESADA	MUESTRA PESADA	POBLACIÓN DE LA PROVINCIA	
TOTAL (4-18 años)	158	158	65.030	
4-11 AÑOS	94 (59,5%)	94 (55,41%)	36.030 (55,4%)	p= 0,170
12-18 AÑOS	64 (40,5%)	64 (44,59%)	29.000 (44,6%)	
MASCULINO	88 (55,7%)	83 (51,12%)	33.245 (51,1%)	p= 0,143
FEMENINO	70 (44,3%)	75 (48,88%)	31.785 (48,9%)	

Los desórdenes psiquiátricos, según diagnóstico DSM-IV fueron evaluados usando el DISC-IV, instrumento que además de entregar diagnóstico según criterio CIE-10 o DSM-IV, permite identificar el nivel de discapacidad asociado. En este caso se incluyeron en los resultados los diagnósticos con niveles de discapacidad A (al menos uno de los criterios en la categoría intermedia o severa) y D (requiere la presencia de los criterios B o C).

Prevalencias de trastornos psiquiátricos

La tabla N° 2 muestra los datos de prevalencia anual para los trastornos DSM-IV evaluados, sin criterios de discapacidad y con los criterios A y D. La prevalencia anual o

de doce meses se define como la proporción de la muestra que experimentó el trastorno en algún momento del año previo a la entrevista.

Algo más de un tercio de la población infanto juvenil de la provincia de Iquique, el 38,8%, ha tenido alguno de los trastornos mentales estudiados durante el último año. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes durante el último año fueron el trastorno por déficit atencional, con un 17,3%; la ansiedad de separación, con un 10,9%; la fobia social con un 9,5 %, el trastorno oposicionista desafiante con un 5,6% y la ansiedad generalizada con un 7,4%. Con menores prevalencias aparecen, la depresión mayor, con un 7% y el trastorno de conducta con un 1,2%.

Tabla Nº 2. Prevalencia de 12 meses de los trastornos psiquiátricos DSM-IV, en la provincia de Iquique (N=158)

Diagnóstico DSM-IV	DISC-IV		DISC-IV con Discapacidad A		DISC-IV con Discapacidad D	
	N	%	N	%	N	%
Ansiedad generalizada	10	7,4	5	3,3	4	3,2
Ansiedad de separación	16	10,9	14	10,4	8	4,2
Fobia social	11	9,5	9	8,6	6	4,6
Anorexia nerviosa						
Bulimia	1	0,6	1	0,6	1	0,6
Depresión mayor	9	7,0	8	6,5	5	5,7
Distimia	1	0,3	1	0,3	1	0,3
Esquizofrenia						
Trastorno por déficit atencional	28	17,3	20	9,6	14	4,7
Trastorno de conducta	5	1,2	3	0,5	1	0,1
Trastorno oposicionista desafiante	11	5,6	9	4,3	5	1,7
Dependencia de alcohol	1	0,6	1	0,6		
Abuso de alcohol	1	0,4				
Dependencia de marihuana						
Abuso de marihuana						
Dependencia de nicotina						
Dependencia de otras sustancias						
Abuso de otras sustancias						
Cualquier diagnóstico	61	38,8	49	30,6	31	16,0
Sin Diagnóstico	97	61,2	109	69,4	127	84,0

Con menos de un uno por ciento de prevalencia aparecen la dependencia de alcohol con un 0,6%, el abuso de alcohol con un 0,4% y la distimia con un 0,3%.

No aparecen casos de anorexia nerviosa, esquizofrenia, y abuso o dependencia de otras sustancias.

Al ser incorporados al análisis criterios de discapacidad, las prevalencias globales disminuyen a un 30,6% con el criterio de discapacidad A y a un 16,0% con el D. Lo mismo ocurre, sin excepción, en cada una de las patologías evaluadas, aunque en distinto grado dependiendo de cuál de ellas se trate.

En algunos cuadros casi no disminuye al aplicar el criterio de discapacidad A y lo hace muy marcadamente al aplicar el D, como es el caso de la ansiedad de separación, que baja de un 10,9 sin discapacidad sólo a un 10,4 con discapacidad A y a sólo un 4,2 cuando se aplica el criterio de discapacidad D. En otros diagnósticos se da lo contrario, una marcada disminución al aplicar el criterio A y casi la misma disminución con el D, como en el caso de la ansiedad generalizada, que de un 7,4% baja a un 3,3 con el criterio A y a un 3,2% con el D. En otros diagnósticos, la disminución es poca y similar con ambos criterios de discapacidad, como en la depresión mayor, que de un 7% disminuye a un 6,5% con el criterio de discapacidad A, y a un 5,7% con el D. Finalmente, en otros diagnósticos la disminución de la prevalencia baja casi a la mitad con el criterio A y a un cuarto con el D, como en el déficit atencional, que de 17,3% baja a 9,6% con el A y al 4,7% con el D.

Proyectando estas prevalencias sobre la población de la provincia en estudio, para estimar números de personas afectadas, se obtienen los datos que se muestran en la Tabla N° 3.

Como prevalencia general anual de trastornos psiquiátricos, estimada para la población de la provincia, sin criterio de discapacidad, hay 25.232 personas, con el criterio de discapacidad A 19.899 y con el D 10.405 personas de edades entre los 4 y los 18 años.

Al reunir los diagnósticos en grupos, aparecen con la mayor prevalencia los trastornos de ansiedad (20,3%) seguidos por los trastornos conductuales (19,2%). Los trastornos afectivos aparecen con una prevalencia bastante menor a los anteriores.

Tabla N° 3. Prevalencia estimada de 12 meses de trastornos psiquiátricos DSM-IV en la población de la provincia de Iquique (N=65.030)

	DISC-IV	DISC-IV con	DISC-IV con
Diagnóstico DSM-IV	N	Discapacidad A	Discapacidad D
	N	N	N
Ansiedad generalizada	4.812	2.146	2.081
Ansiedad de separación	7.088	6.763	2.731
Fobia social	6.178	5.593	2.991
Anorexia nerviosa			
Bulimia	390	390	390
Depresión mayor	4.552	4.227	3.707
Distimia	195	195	195
Esquizofrenia			
Trastorno déficit atencional	11.250	6.243	3.056
Trastorno de conducta	780	325	65
Trastorno oposicionista desafiante	3.642	2.796	1.106
Dependencia de alcohol	390	390	0
Abuso de alcohol	260	0	0
Dependencia de marihuana			
Abuso de marihuana			
Dependencia de nicotina			
Dependencia de otras sustancias			
Abuso de otras sustancias			
Cualquier diagnóstico	25.232	19.899	10.405

(7,3%) y con aún menor prevalencia aparecen los trastornos por abuso y dependencia de sustancias (0,9%).

Dados los pocos casos de trastornos por dependencia o abuso de sustancias se han analizado con más detalle los datos de usuarios que no llegan a diagnóstico de trastorno. Así, para uso de alcohol, encontramos tres casos que han bebido en situaciones de riesgo, como conducir vehículos o nadar (1,9%) y a uno que manifiesta tolerancia, ello hace un total de cuatro sujetos con problemas por el uso de alcohol (2,5%), todos ellos de entre 15 y 17 años. Respecto del uso de nicotina, diecisiete sujetos de entre 13 y 17 años, han usado alguna vez (10,8%) y de ellos nueve han

usado una vez a la semana por más de un mes, lo que los transforma en consumidores (5,7%). De los diecisiete sujetos que han usado alguna vez nicotina, uno la ha usado más de lo que habría querido y además ha gastado más tiempo del que hubiese querido consiguiendo o usando la sustancia, tres han intentado infructuosamente dejar de usarla y uno de éstos tiene tres o más síntomas de un patrón de uso maladaptativo, lo que hace un total de cuatro personas con problemas por el uso de nicotina (2,5%)

Al considerar los diagnósticos con discapacidad A, la situación se mantiene similar, aunque con prevalencias algo menores. Las prevalencias son aún menores al considerar los diagnósticos con discapacidad D, sin embargo, en este caso la prevalencia de los trastornos afectivos se hace mayor que la de los trastornos conductuales (tabla N° 4)

Tabla N° 4. Prevalencia de 12 meses de trastornos psiquiátricos DSM-IV en la provincia de Iquique por grupos diagnósticos (N=158)

Grupos diagnósticos	DISC-IV		DISC-IV con Discapacidad A		DISC-IV con Discapacidad D	
	N	%	N	%	N	%
Trastornos ansiosos	28	20,3	22	18,2	15	9,3
Trastornos afectivos	10	7,3	9	6,8	6	6,0
Trastornos alimentarios	1	0,6	1	0,6	1	0,6
Esquizofrenia						
Trastornos por comp. disruptivos	34	19,2	26	11,1	17	5,5
Abuso y dependencia de sustancias	2	0,9	1	0,6		
Cualquier diagnóstico DSM-IV	61	38,8	49	30,6	31	16,0
Sin diagnóstico	97	61,2	109	69,4	127	84,0

Correlato sociodemográfico de los trastornos

Género

Los diagnósticos se muestran con una mayor prevalencia global entre las mujeres, tanto con como sin discapacidad, aunque esta diferencia es algo mayor con discapacidad A y sin discapacidad (Tabla N° 5).

El diagnóstico con mayor diferencia corresponde a la fobia social, que se da más de siete veces en las mujeres (17% en mujeres y 2,3% en hombres), sigue la depresión mayor, que se da casi en el triple de mujeres (10,2% en mujeres y 4,0% en hombres) al igual que el trastorno de ansiedad generalizada (10,9% en mujeres y 4,0% en hombres). Una relación distinta se da con el trastorno oposicionista desafiante, en el que los hombres tienen levemente menor prevalencia (5,3% en hombres y 5,9% en las mujeres) y también en el déficit atencional en el que hay una leve mayor prevalencia entre los hombres (19,5% en hombres y 15,1% en las mujeres).

Similares relaciones aparecen al considerar los diagnósticos con discapacidad A,. Con discapacidad D, las diferencias por género se hacen menores en casi todos los diagnósticos manteniéndose la mayor prevalencia entre los hombres de la ansiedad de separación.

Tabla Nº 5. Prevalencia de 12 meses de trastornos psiquiátricos DSM-IV en la provincia de Iquique, según género (N=158)

	DISC-IV				DISC-IV con discapacidad A				DISC-IV con discapacidad D			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Diagnóstico DSM-IV	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ansiedad generalizada	4	4,0	6	10,9	2	2,9	3	3,7	2	2,9	2	3,4
Ansiedad de separación	8	12,8	8	8,9	8	12,8	6	7,9	5	4,9	3	3,5
Fobia social	3	2,3	8	17,0	2	2,1	7	15,4	2	2,1	4	7,2
Anorexia nerviosa												
Bulimia	1	1,2	0	0	1	1,2			1	1,2		
Depresión mayor	3	4,0	6	10,2	3	4,0	5	9,0	2	3,7	3	7,7
Distimia	1	0,6	0	0	1	0,6			1	0,6		
Esquizofrenia												
Trastorno déficit atencional	18	19,5	10	15,1	12	10,3	8	8,9	8	4,9	6	4,5
Trastorno de conducta	4	1,8	1	0,6	3	1,1			1	0,1		
Trastorno oposicionista desafiante	8	5,3	3	5,9	6	2,8	3	5,9	4	2,1	1	1,3
Dependencia de alcohol	0	0	1	1,1			1	1,1				
Abuso de alcohol	1	0,7	0	0								
Dependencia de marihuana	0	0	0	0								
Abuso de marihuana	0	0,0	0	0								
Dependencia de nicotina	0	0	0	0								
Dependencia de otras sustancias												
Abuso de otras sustancias												
Cualquier diagnóstico	30	31,6	31	46,4	24	24,7	25	36,7	16	13,6	15	18,4
Sin Diagnóstico	88	68,4	39	53,6	64	75,3	45	63,3	72	86,4	55	81,6

Al relacionar los diagnósticos agrupados, con el género, (Tabla N° 6) aparecen con la mayor prevalencia los trastornos conductuales en hombres, sin embargo, esta diferencia se hace progresivamente menor, en la medida que el grado de discapacidad se hace mayor, invirtiéndose levemente con discapacidad D. Siguen como segundo grupo prevalente los trastornos ansiosos, con una mayor prevalencia en las mujeres, la que también tiende a igualarse en la medida que aumenta la severidad de la discapacidad. Los trastornos afectivos, globalmente de menor prevalencia, son más frecuentes en mujeres, diferencia que también disminuye un poco en la medida que aumenta el grado de discapacidad.

Tabla N°6. Prevalencia de 12 meses de trastornos p siquiátricos DSM-IV en la provincia de Iquique por grupos diagnósticos y género (N=158)

Grupos diagnósticos	DISC-IV				DISC-IV con Discapacidad A				DISC-IV con Discapacidad D			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trastornos ansiosos	12	14,6	16	26,2	9	13,3	13	23,2	7	6,8	8	11,8
Trastornos afectivos	4	4,6	6	10,2	4	4,6	5	9,0	3	4,3	3	7,7
Trastornos alimentarios	1	1,2			1	1,2			1	1,2		
Esquizofrenia												
Trastornos por comp. Disrup.	22	21,4	12	17,0	17	11,9	9	10,3	10	5,1	7	5,8
Trastornos de la alimentación												
Abuso y dependencia de sustancias	1	0,7	1	1,1			1	1,1				
Cualquier diagnóstico DSM-IV	30	31,6	31	46,4	24	24,7	25	36,7	16	13,6	15	18,4
Sin diagnóstico	58	68,4	39	53,6	64	75,3	45	63,3	72	86,4	55	81,6

Edad

Considerando la edad agrupada en dos segmentos, de 4 a 11 años en un grupo y de 12 a 18 en el otro, las prevalencias globales, son mayores por alrededor de dieciocho puntos porcentuales en el grupo de 4 a 11 años respecto del de 12 a 18, la diferencia disminuye cuando se consideran las prevalencias con el criterio de discapacidad A (8,5

puntos porcentuales) y se invierte al usar el criterio de discapacidad D (4,4 puntos porcentuales a favor del grupo de mayor edad).

La mayor diferencia se da en el trastorno por déficit atencional, con una prevalencia de más de veinte veces en el grupo de menor edad (21,5 veces). Algo similar ocurre con el trastorno oposicionista desafiante, que se da seis veces más (5,8 veces). Con el doble de prevalencia se da la ansiedad de separación (1,9 veces) y sólo algo más prevalente, aparece la fobia social (1,2 veces). En proporción inversa se da la prevalencia de la depresión mayor, la que es siete veces más prevalente en el grupo de mayor edad (7,5 veces). La ansiedad generalizada que es el doble de prevalente en el grupo de mayor edad (1,9 veces) y el trastorno de conducta que es casi el doble de prevalente (1,6 veces). Tabla N° 7.

Tabla N° 7. Prevalencia de 12 meses de trastornos psiquiátricos DSM-IV en la provincia de Iquique, según grupos de edad (N=158)

	DISC-IV				DISC-IV con discapacidad A				DISC-IV con discapacidad D			
	4-11 años		12-18 años		4-11 años		12-18 años		4-11 años		12-18 años	
Diagnóstico DSM-IV	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ansiedad generalizada	6	5,1	4	10,1	4	3,9	1	2,5	3	3,7	1	2,5
Ansiedad de separación	12	14,0	4	7,1	11	13,8	3	6,1	7	5,6	1	2,5
Fobia social	7	10,2	4	8,6	5	8,6	4	8,6	3	2,3	3	7,5
Anorexia nerviosa												
Bulimia			1	1,3			1	1,3			1	1,3
Depresión mayor	3	1,8	6	13,5	2	0,8	6	13,5			5	12,7
Distimia	1	0,5			1	0,5			1	0,5		
Esquizofrenia												
Trastorno déficit atencional	26	30,1	2	1,4	18	16,3	2	1,4	12	7,3	2	1,4
Trastorno de conducta	3	0,9	2	1,5	2	0,4	1	0,8	1	0,1		
Trastorno oposicionista desafiante	10	8,8	1	1,5	8	6,6	1	1,5	4	2,0	1	1,5
Dependencia de alcohol			1	1,2			1	1,2				
Abuso de alcohol			1	0,8								
Dependencia de marihuana												
Abuso de marihuana												
Dependencia de nicotina												
Dependencia de otras sustancias												
Abuso de otras sustancias												
Cualquier diagnóstico	42	47,1	19	28,6	33	34,4	16	25,9	21	14,0	10	18,4
Sin Diagnóstico	52	52,9	45	71,4	61	65,6	48	74,1	73	86,0	54	81,6

Al agregar discapacidad, las diferencias tienden a atenuarse, para el déficit atencional baja a casi doce veces más en el grupo de menor edad con discapacidad A (11,6 veces) y a cinco con discapacidad D (5,2 veces). El trastorno oposicionista

desafiante se mantiene cuatro veces más prevalente (4,4 veces) en el grupo de menor edad cuando se agrega discapacidad A y baja a poco más de una vez (1,3 veces) cuando se considera discapacidad D. El trastorno de ansiedad de separación se hace poco más de dos veces más prevalente en el grupo de menor edad al agregar discapacidad A (2,2 veces más) y mantiene casi la misma diferencia con discapacidad D. Algo muy similar ocurre con la ansiedad generalizada que se hace una y media vez más frecuente con discapacidad A (1,5 veces) en el grupo de menor edad, lo que se mantiene al considerarla con discapacidad D en este mismo grupo de edad. El trastorno de conducta aumenta al doble con impedimento A y no se da con impedimento D.

Distinto ocurre con la fobia social, que se hace igual de prevalente en el grupo de mayor edad, al considerarla con impedimento A y tres veces más prevalente con impedimento D (3,2 veces).

La depresión mayor con impedimento A es dieciséis veces más prevalente en el grupo de mayor edad (16,8 veces) y sólo se da en este grupo cuando se considera con impedimento D.

Al relacionar los diagnósticos agrupados, con la edad, (Tabla N° 8) aparecen con la mayor prevalencia los trastornos conductuales (31,2%) en el grupo de menor edad, le sigue los trastornos ansiosos (23,9%) y muy en último lugar los afectivos (2,3%). Sin embargo, en el grupo de mayor edad esta distribución cambia, pasan al primer lugar, aunque bajando proporcionalmente de prevalencia, los trastornos ansiosos (15,8%), en segundo lugar aparecen con una prevalencia levemente menor, pero

Tabla N°8. Prevalencia de 12 meses de trastornos p siquiátricos DSM-IV en la provincia de Iquique por grupos diagnósticos y edad (N=158)

	DISC-IV	DISC-IV con Discapacidad A	DISC-IV con Discapacidad D
--	----------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Grupos diagnósticos	4 - 11		12 - 18		4 - 11		12 - 18		4 - 11		12 - 18	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Trastornos ansiosos	20	23,9	8	15,8	15	20,9	7	14,7	11	8,6	4	10,0
Trastornos afectivos	4	2,3	6	13,5	3	1,3	6	13,5	1	0,5	5	12,7
Trastornos alimentarios			1	1,3			1	1,3			1	1,3
Esquizofrenia												
Trastornos por comp. disruptivos	29	31,2	5	4,4	22	17,2	4	3,6	14	7,6	3	2,8
Abuso y dependencia de sustancias			2	2,1			1	1,2				
Cualquier diagnóstico DSM-IV	42	47,1	19	28,6	33	34,4	16	25,9	21	14,0	10	18,4
Sin diagnóstico	52	52,9	45	71,4	61	65,6	48	74,1	73	86,0	54	81,6

habiendo aumentado casi seis veces respecto al grupo de menor edad, los trastornos afectivos (13,5%) y ahora casi en último lugar, y con una prevalencia siete veces menor respecto del grupo de menor edad, los trastornos conductuales (4,4%). Con la menor prevalencia aparecen el abuso y dependencia de sustancias (2,1%), trastornos que no se dan en el grupo de menor edad.

Estas mismas diferencias se dan, aunque van siendo progresivamente menores, al considerar las prevalencias con el criterio de discapacidad A y D. Sólo escapa a esto la prevalencia de los trastornos ansiosos que, además de hacerse más prevalentes en el grupo de mayor edad, pasan al segundo lugar de prevalencia (10%) frente a los afectivos (12,7%) en este mismo grupo, al considerarlos con discapacidad D.

Utilización de servicios

Del total de personas entrevistada, 55 sujetos, correspondiente a un 39,8%, habían consultado en algún servicio sanitario, social y/o escolar, por un problema emocional o asociado al consumo de alcohol y drogas, durante el último año. El tipo de servicios utilizado por la población infanto juvenil en la provincia de Iquique se resume en la tabla N° 9.

Claramente el tipo de servicios más usado (31,3%) corresponde a aquellos servicios que se dan en el contexto escolar (con orientador o terapeuta escolar; recibir ayuda de educación especial en la sala de clases regular; asistir a sala de educación especial o salón de recursos; asistir a escuela especial; cambiar de curso o de escuela

por problemas de aprendizaje, comportamiento o emocionales). Le siguen en frecuencia de uso (20,5%) los servicios ambulatorios (en centros de salud mental; policlínica u otra clínica externa de salud mental; o con profesionales de salud mental, como psicólogo, psiquiatra, trabajador social o consejero familiar; en clínicas para el tratamiento por consumo de drogas y/o alcohol; con pediatra, médico de familia u otro médico y/o en servicios de urgencia). Con un porcentaje mucho (2,2%) menor aparecen los otros servicios, los que incluyen a figuras religiosas, de la medicina popular (sacerdotes; santero, chamán; curandero u otro), de la medicina no tradicional (acupunturistas; quiroprácticos; iriólogos; hierbateros u otros) y grupos de ayuda mutua. Sólo aparece un usuario (0,6%) de los servicios de hospitalización (hospital psiquiátrico; unidad de psiquiatría del hospital general; unidad de tratamiento para el uso de drogas), y dos (1,3%) de los servicios sociales (hogares de menores; hogares sustitutos; centro de detención, prisión o cárcel y otros lugares con programas de tratamientos).

Tabla N° 9. Uso de servicios, en la provincia de Iquique, por la población infanto juvenil, durante el último año.

Provincia	Iquique	
	n	%
Servicios en el contexto escolar	38	31,3
Servicios ambulatorios	29	20,5
Otros servicios	4	2,2
Servicios de hospitalización	1	0,6
Servicios sociales	2	1,3
Cualquier servicio	55	39,8

El uso de servicios durante el último año, según género, aparece sin grandes diferencias en el uso de servicios en el contexto escolar (32,6% para los hombres y 30,0% para las mujeres), lo que también ocurre en el uso de los servicios ambulatorios (23,2% para los hombres y 17,8% para las mujeres). Sin embargo, en los “otros servicios” hay una diferencia mayor (1,7% para los hombres y 2,8% para las mujeres). El uso de cualquier servicio es mayor en los hombres (43,8%) que en las mujeres (35,6%) como se ve en la siguiente tabla (N° 10).

Tabla N° 10. Uso de servicios durante el último año, según género, en la provincia de Iquique

	Masculino		Femenino		
	n	%	n	%	
Servicios en el contexto escolar	20	32,6	18	30,0	(n.s.)
Servicios ambulatorios	16	23,2	13	17,8	(n.s.)
Otros servicios	1	1,7	3	2,8	(n.s.)
Servicios de hospitalización			1	1,1	
Servicios sociales	2	2,6			
Cualquier servicio	29	43,8	26	35,6	(n.s.)

El uso de servicios según grupos etarios, muestra que los servicios en el contexto escolar son usados en proporciones similares por ambos grupos de edad, con un leve mayor porcentaje para los de mayor edad (32,9% & 30,0%), lo mismo se da para los servicios ambulatorios, 21,4% para el grupo de mayor edad y 19,1% para los de menor edad. El uso de los “otros servicios” se da casi el doble para los de menor edad (2,6% & 1,7%) y sólo usan servicios de hospitalización y sociales, los del grupo de mayor edad, con un 1,2% y un 3% respectivamente, como se ve en la tabla N° 11.

Tabla N° 11. Uso de servicios, según grupos etarios, en la provincia de Iquique

	4 - 11 años		12 - 18 años		
	n	%	n	%	
Servicios en el contexto escolar	21	30,0	17	32,9	(n.s.)
Servicios ambulatorios	18	19,1	11	21,4	(n.s.)
Otros servicios	2	2,6	2	1,7	(n.s.)
Servicios de hospitalización			1	1,2	
Servicios sociales			2	3,0	
Cualquier servicio	32	39,9	11	39,6	(n.s.)

Del total de entrevistados que presentaban algún diagnóstico durante el último año, el 47% (n=33) ha contactado con algún servicio teniendo como motivo de consulta sintomatología asociada al malestar psíquico (tabla N° 12). Si se consideran criterios de discapacidad, esta demanda se mantiene con pocas variaciones, aumentando a un

Tabla N° 12. Uso de servicios, durante el último año, según presencia de diagnóstico, en la provincia de Iquique (N=61)

	Dg. DISC-IV presente	Dg. DISC-IV con Discapacidad A	Dg. DISC-IV con Discapacidad D

Tipo de Servicio	Consulta		No consulta		Consulta		No consulta		Consulta		No consulta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Servicios en el contexto escolar	22	36,7	39	63,3	14	33,2	35	66,8	12	41,8	19	58,2
Servicios ambulatorios	18	25,0	43	75,0	14	21,8	35	78,2	10	26,1	21	73,9
Otros servicios	2	12,5	59	97,5	1	1,2	48	98,8	0	0	31	100
Servicios de hospitalización	1	1,4	60	98,6	1	1,8	48	98,2	0	0	31	100
Servicios sociales	1	1,0	60	99,0	0	0	49	100	0	0	31	100
Cualquier servicio	33	47,0	28	53,0	25	46,2	24	58,8	18	48,9	13	51,2

48,9% con el criterio de discapacidad D, lo que resultaría consistente con el auto-reporte de que los síntomas interfieren en diversos aspectos de la vida cotidiana del sujeto.

De entre los diferentes tipos de servicios, aquellos que se proveen en el contexto escolar son los más frecuentemente usados, el 36,7% de quienes tiene diagnóstico los ha contactado. En segundo lugar están los servicios ambulatorios, a los que un 25% de los que tienen diagnósticos ha contactado.

Si se analiza a todos los sujetos que han contactado con los servicios, en relación a si tienen o no diagnóstico DISC-IV, sin y con discapacidades, se observa que el 45,8% (n=33) tiene algún diagnóstico DISC-IV y que el 54,2% (n=22) no lo tiene. Tabla N°13

Tabla N° 13. Diagnósticos DISC-IV, sin y con discapacidades, según uso de servicios durante el último año en la provincia de Iquique.

Tipo de Servicio	Cualquier Dg. DISC-IV				Dg. DISC-IV con Discapacidad A				Dg. DISC-IV con Discapacidad D			
	presente		ausente		presente		ausente		presente		ausente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
S. en el contexto escolar (n=38)	22	45,5	16	54,5	14	32,5	24	67,5	12	21,4	26	78,6
Servicios ambulatorios (n=29)	18	47,3	11	52,7	14	32,4	15	67,6	10	20,3	19	79,7
Otros servicios (n=4)	2	56,5	2	43,4	1	16,3	3	83,7	0	0	4	100
S. de hospitalización (n=1)	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
Servicios sociales (n=2)	1	72,0	1	28,0	0	0	2	100	0	0	2	100
Cualquier servicio (n=55)	33	45,8	22	54,2	25	35,5	30	64,5	18	19,6	37	80,4

Este porcentaje de 54,2%, que no presenta diagnóstico psiquiátrico durante el último año, representa la consulta de eventuales 'falsos positivos', que alcanza al 54,5% de los servicios entregados en el contexto escolar, al 52,7% de los entregados

ambulatoriamente, al 43,4% de los otros servicios y al 28% de los servicios sociales, pueden tratarse de casos subumbrales que, teniendo sintomatología activa, pero no suficiente, están canalizando un malestar psíquico presente. Llamativo resulta que el 52,7% de los casos atendidos en servicios sanitarios ambulatorios no presente diagnóstico. Si se considera la presencia de discapacidad, para la discapacidad A el 64,5% y para la discapacidad D el 80,4% de los casos que consulta no había presentado diagnóstico durante el último año.

El porcentaje del uso de servicios varía en los distintos grupos diagnósticos (Tabla Nº 14). Los trastornos ansiosos usan fundamentalmente servicios en el contexto escolar (47,6%) y menos los servicios ambulatorios (40,5%), sólo un 2,9% (sin impedimento) hace uso de los otros servicios. En este grupo, el 56,8% hace uso de algún servicio. El grupo de los trastornos afectivos hace uso de los servicios en el contexto escolar (34,7%) y de los servicios ambulatorios, en el mismo porcentaje (34,7%) y no de otro tipo.

Tabla Nº 14. Uso de servicios, durante el último año, por grupo diagnóstico DISC-IV e impedimentos A y D en la provincia de Iquique (n=158)

	Diagnósticos DISC-IV (DSM-IV) Agrupados														
	Trastornos Ansioso			Trastornos Afectivos			Trastornos por comp. disruptivo			Abuso y dep. de sustancias			Cualquier dg. DISC-IV		
Tipo de S. Usado	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D
S. en contexto escolar	45,4	43,4	47,6	28,3	30,6	34,7	30,6	29,7	60,6	40,2	0	0	36,7	33,2	41,9
Servicios ambulatorios	24,6	23,4	40,5	35,8	30,6	34,7	26,1	26,9	28,5	100	100	0	25,0	21,8	26,1
Otros servicios	2,9	0	0	4,9	5,9	0	0	0	0	0	0	0	2,5	1,2	0
Servicios de hospitalización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59,8	100	0	1,4	1,8	0
Servicios sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40,2	0	0	1,0	0	0
Cualquier servicio	52,9	50,9	56,8	40,7	35,9	35,9	41,0	47,7	71,0	100	100	0	46,9	46,2	48,9
Total con Diagnóstico	28	22	15	10	9	6	34	26	17	2	1	0	61	48	31

El grupo de los trastornos conductuales hace uso de los servicios en el contexto escolar (60,6%) y en menor proporción, de los ambulatorios (28,5%). El 71,0% de este grupo hace uso de cualquier servicio. El grupo de abuso y dependencia de sustancias no

hace uso de servicios cuando se considera el impedimento D, y el 100% sin impedimento y con impedimento A, sí lo hace. Un 48,9% de los diagnósticos con impedimento D y un 46,9% de los diagnósticos sin impedimento, usa algún servicio en el último año.

Si analizamos a las personas que usan los servicios, según tengan o no diagnóstico DISC-IV, (Tabla N° 15), observamos que el porcentaje de los usuarios que tienen diagnóstico, para todos los diagnósticos agrupados, es siempre menor a un 30%. Los usuarios de cualquier servicio que tiene cualquier diagnóstico son un 45,8%, lo que se asemeja al 46,9% de los que tiene diagnóstico y consulta. Sin embargo, los usuarios de cualquier servicio que tienen cualquier diagnóstico con impedimento D, son sólo un 19,6%, a diferencia del 48,9% de los de los que tiene cualquier diagnóstico con impedimento D y usan cualquier servicio.

Tabla N° 15. Usuarios de servicios, según presencia o ausencia de diagnóstico DISC-IV, durante el último año, por grupo diagnóstico e impedimentos A y D, en la provincia de Iquique (n=158)

Tipo de S. usado	Diagnósticos DISC-IV (DSM-IV) Agrupados														
	Trastornos Ansioso			Trastornos Afectivos			Trastornos por comp. disruptivo			Abuso y dep. de sustancias			Cualquier dg. DISC-IV		
	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D	Dg.	+A	+D
S. en contexto escolar	29,4	25,1	14,1	6,6	6,6	6,6	18,8	10,5	10,5	1,2	0	0	45,5	32,5	21,4
Servicios ambulatorios	24,3	20,7	12,2	12,7	10,1	10,1	24,4	14,5	7,6	4,5	2,7	0	47,3	32,4	20,3
Otros servicios	27,9	0	0	16,3	0	0	0	0	0	0	0	0	43,5	16,3	0
Servicios de hospitalización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0	100	100	0
Servicios sociales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,28	0	0	0,28	0	0
Cualquier servicio	26,5	23,2	13,2	7,9	6,1	5,2	13,5	13,3	9,7	2,3	1,4	0	45,8	35,5	19,6
Total con Diagnóstico	28	22	15	10	9	6	34	26	17	2	1	0	61	49	31

Brecha de uso de servicios por grupos de diagnósticos

A partir de los datos previos es posible estimar las brechas asistenciales para los distintos tipos de diagnósticos. El número estimado de personas que usan servicios, según grupos diagnósticos, así como los que no los usan se muestra en la tabla N° 16.

Tabla N° 16. Uso estimado de servicios según presencia de diagnósticos DISC-IV agrupados, en la provincia de Iquique (N=65.030)

Grupos diagnósticos	Diagnóstico (+)		Uso de servicios (+)		Uso de servicios (-)	
	%	Personas	%	Personas	%	Personas
Trastornos ansiosos	20,3	13.195	40,6	5.358	59,4	7.836
Trastornos afectivos	7,3	4.747	28,3	1.345	71,7	3.402
Esquizofrenia						
Trastornos por comp. disruptivos	19,2	12.512	16,2	2.022	83,8	10.490
Trastornos de la alimentación	0,6	390			100	390
Abuso y dependencia de sustancias	0,9	598	100	598		
Cualquier diagnóstico DSM-IV	38,8	25.245	28,9	7.291	71,1	17.954

Se estima en 25.245 las personas que tiene algún diagnóstico DISC-IV, de ellas; 7.291 habrían hecho uso de algún servicio y 17.954 no lo habrían hecho, de estas últimas, que no han hecho uso de servicios, 10.490 padecerían algún trastorno del comportamiento disruptivo; 7.836 algún trastorno ansioso, 3.402 algún trastorno afectivo y 390 algún trastorno de la alimentación.

Al considerar el uso de servicios según los diagnósticos con discapacidad D, observamos (Tabla N° 17) que del total de 10.385 personas con esta condición, casi la

Tabla N° 17. Uso estimado de servicios según presencia de diagnósticos DISC-IV con discapacidad D, agrupados, en la provincia de Iquique (N=65.030)

Grupos diagnósticos	Diagnóstico (+)		Uso de servicios (+)		Uso de servicios (-)	
	%	Personas	%	Personas	%	Personas
Trastornos ansiosos	9,3	6.015	56,8	3.417	43,2	2.599
Trastornos afectivos	6,0	3.876	34,7	1.345	65,3	2.531
Esquizofrenia						
Trastornos por comp. disruptivos	5,5	3.544	70,9	2.513	29,1	1.031
Trastornos de la alimentación						
Abuso y dependencia de sustancias						
Cualquier diagnóstico DSM-IV	16,0	10.385	48,8	5.072	51,2	5.313

mitad (48,8%) ha hecho uso de servicios y 5.313 no lo ha hecho.

Si sólo consideramos el uso de servicios ambulatorios, según los diagnósticos con discapacidad D, observamos que del total de 10.385 personas con esta condición, poco más de un cuarto (26,1%) ha hecho uso de servicios y 7.675 no lo ha hecho (73,9%). (Tabla N° 18).

Tabla N° 18. Uso estimado de servicios ambulatorios, según presencia de diagnósticos DISC-IV con discapacidad D, agrupados, en la provincia de Iquique (N=65.030)

Grupos diagnósticos	Diagnóstico (+)		Uso de servicios (+)		Uso de servicios (-)	
	%	Personas	%	Personas	%	Personas
Trastornos ansiosos	9,3	6.015	40,5	2.436	59,5	3.579
Trastornos afectivos	6,0	3.876	34,7	1.345	65,3	2.531
Esquizofrenia						
Trastornos por comp. disruptivos	5,5	3.544	28,5	1.010	71,5	2.534
Trastornos de la alimentación						
Abuso y dependencia de sustancias						
Cualquier diagnóstico DSM-IV	16,0	10.385	26,1	2.711	73,9	7.675

Correlato sociodemográfico de los trastornos agrupados

La asociación multivariada de factores de riesgo para las prevalencias de diagnósticos asociados, se muestra en las siguientes tablas para todos los diagnósticos y para cada uno de los grupos diagnósticos en que existe prevalencia.

Para cualquier diagnóstico sólo aparece como estadísticamente significativo el antecedente de patología familiar (tabla 19). Tener antecedentes de patología familiar se

Tabla N° 19. Correlato sociodemográfico a las prevalencias de 12 meses de cualquier diagnóstico, en la provincia de Iquique

	CUALQUIER DIAGNÓSTICO					
	DIAGNÓSTICO DISC-IV		CON IMPEDIMENTO A		CON IMPEDIMENTO D	
	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%
Figura parental						
Ambos padres, con figura parental F1	1		1		1	
Ambos padres, sin figura parental F2	2,39	(0,06 – 97,43)	1,08	(0,04 – 33,17)	0,56	(0,02 – 17,21)
Sin ambos padres, con figura parental F3	5,87	(0,36 – 95,89)	4,83	(0,38 – 61,24)	0,86	(0,02 – 30,84)
Sin ambos padres, sin figura parental F4	2,07	(0,02 - 240,67)	1,48	(0,02 – 112,7)	0,54	(0,00 – 111,95)
Género						
Hombres	0,58	(0,08 - 4,09)	0,66	(0,13 – 3,28)	0,78	(0,10 – 6,03)
Mujeres	1		1		1	
Edad						
4 -11 años	3,23	(0,88 - 11,87)	2,10	(0,62 – 7,11)	0,88	(0,17 – 4,47)
12 – 18 años	1		1		1	
Patología familiar						
Sin patología familiar	1		1		1	
Con patología familiar	4,40	(1,28 – 15,12)*	5,41	(2,57 – 11,38)*	7,29	(0,19 – 277,08)
Nivel de ingresos						
> \$ 120.000 D1	1		1		1	
\$120.001 - \$217.500 D2	0,75	(0,09 - 6,01)	0,66	(0,11 – 3,76)	3,05	(0,93 – 9,97)
\$217.501 - \$400.000 D3	1,54	(1,13 – 2,09)*	1,46	(0,58 - 3,69)	2,77	(0,21 – 36,87)
(+) de \$400.000 D4	1,59	(0,21 – 11,79)	1,11	(0,23 – 5,36)	4,48	(0,95 – 21,14)

asocia a 4,4 veces más diagnósticos DISC-IV y a 5,4 veces más diagnósticos con impedimento A. Lo mismo ocurre con el nivel de ingreso en el rango D3, grupo en el que la prevalencia es 1,54 veces mayor..

Para los trastornos ansiosos (Tabla N° 20) la presencia de figura parental aparece como factor protector, la ausencia de ambos padres, a pesar de la presencia de un cuidador aumenta el riesgo de estos trastornos en 4,1 veces y en 4,6 veces con discapacidad A.

Tabla N° 20. Correlato sociodemográfico a las prevalencias de 12 meses de trastornos mentales ansiosos, en la provincia de Iquique

	TRASTORNOS ANSIOSOS					
	DIAGNÓSTICO DISC-IV		CON IMPEDIMENTO A		CON IMPEDIMENTO D	
	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%
Figura parental						
Ambos padres, con figura parental F1	1		1		1	
Ambos padres, sin figura parental F2	0,73	(0,01 - 44,41)	0,67	(0,01 - 69,97)	0,78	(0,01 - 68,45)
Sin ambos padres, con figura parental F3	4,11	(0,34 - 50,32)	4,63	(0,25 - 86,02)	0,99	(0,08 - 12,57)
Sin ambos padres, sin figura parental F4	1,61	(0,08 - 32,29)	1,57	(0,08 - 31,63)	0,65	(0,01 - 29,79)
Genero						
Hombres	0,56	(0,13 - 2,36)	0,62	(0,24 - 1,62)	0,58	(0,11 - 3,00)
Mujeres	1		1		1	
Edad						
4 -11 años	2,49	(0,71 - 8,82)	2,29	(0,50 - 10,37)	0,94	(0,15 - 6,04)
12 - 18 años	1		1		1	
Patología familiar						
Sin patología familiar	1		1		1	
Con patología familiar	10,1	(0,04-2552,4)	8,41	(0,03 - 2267,02)	3,51	(0,03 - 381,10)
Nivel de ingresos						
> \$ 120.000 D1	1		1		1	
\$120.001 - \$217.500 D2	0,28	(0,02 - 3,63)	0,19	(0,01 - 3,29)	0,84	(0,04 - 17,67)
\$217.501 - \$400.000 D3	1,39	(0,59 - 3,29)	1,20	(0,37 - 3,87)	1,92	(0,13 - 28,73)
(+) de \$400.000 D4	1,13	(0,21 - 5,98)	0,93	(0,22 - 3,91)	2,78	(0,75 - 10,)

Llama la atención que la ausencia total de figuras parentales, aumenta el riesgo de estos trastornos 1,6 veces solamente y 1,6 veces con discapacidad A, y aparece como un factor protector para los con discapacidad D (0,65 veces).

El género aparece como un factor de riesgo para estos diagnósticos, con 0,65 para los hombres sin discapacidad, 0,62 con discapacidad A y 0,58 con discapacidad D.

La edad entre 4 y 11 años aparece como factor de riesgo, con 2,49 sin discapacidad y 2,29 con discapacidad A. Sin embargo, aparece como factor protector para estos trastornos con discapacidad D.

Los antecedentes de patología familiar se asocian a 10 veces más prevalencia, y a 8,4 veces más cuando se considera el impedimento A. Bajando a 0,9 cuando se considera el impedimento D.

El nivel de ingresos por tramos aparece asociado a menor prevalencia (0,2 veces) el tramo D2 y con leves mayores prevalencias los tramos D3 (1,39) y D4 (1,13). Si se considera el impedimento A se da una menor prevalencia en el tramo D2 (0,19), levemente mayor en el D3 (1,2) y el D4 (1,92). Considerando el impedimento D aparece el tramo D2 con menor prevalencia (0,84), pero los tramos que siguen la tiene mayor, 1,92 para el D3 y 2,78 para D4.

Ninguna de estas asociaciones resulta estadísticamente significativa.

Para los trastornos afectivos (Tabla N° 21) sólo es posible efectuar este análisis para edad y género, dado que en los otros factores no hay casos en algunas de las categorías. El género masculino aparece como un factor asociado a menor prevalencia, con 0,34 sin considerar impedimento y con 0,46 con impedimento A y 0,48 con Impedimento D.

El grupo de edad entre 4 a 11 aparece asociado a una mucho menor prevalencia de estos trastornos, 0,16 sin considerar impedimento , 0,08 con impedimento A y 0,03 con impedimento D.

Tampoco en este grupo de trastornos las asociaciones resultan tener significación estadística.

Tabla N° 21. Correlato sociodemográfico a las prevalencias de 12 meses de trastornos mentales afectivos, en la provincia de Iquique

	TRASTORNOS AFECTIVOS					
	DIAGNÓSTICO DISC-IV		CON IMPEDIMENTO A		CON IMPEDIMENTO D	
	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%
Figura parental						
Ambos padres, con figura parental	1		1		1	
Ambos padres, sin figura parental F2	*		*		*	
Sin ambos padres, con figura parental F3	*		*		*	
Sin ambos padres, sin figura parental F4	*		+		*	
Género						
Hombres	0,34	(0,02 – 6,95)	0,46	(0,03 – 8,28)	0,48	(0,02 - 13,72)
Mujeres	1		1		1	
Edad						
4 -11 años	0,16	(0,01 – 2,31)	0,08	(0,01 – 0,93)	0,03	(0,00 – 1,03)
12 – 18 años	1		1		1	
Patología familiar						
Sin patología familiar	1		1		1	
Con patología familiar	*		*		*	
Nivel de ingresos						
> \$ 120.000 D1	1		1		1	
\$120.001 - \$217.500 D2	4,08	(0,21 - 79,20)	9,25	(0,38 – 222,29)	*	
\$217.501 - \$400.000 3	2,57	(0,05 - 121,49)	5,95	(0,22 - 157,83)	*	
(+) de \$400.000 D4	4,94	(0,67 - 36,12)	10,13	(1,61 - 64,13)	*	

Para los trastornos conductuales (Tabla N° 22) la presencia de figura parental aparece como factor protector, llama la atención que la presencia de los padres sin figura parental se asocia a un aumento de 4,94 en la prevalencia de estos trastornos, en 1,33 veces con presencia de figura parental sin ambos padres y en un 3,41 la ausencia de padres y de figura parental. La ausencia de ambos padres, a pesar de la presencia de un cuidador aumenta el riesgo de estos trastornos en 4,9 veces y en 2,8 veces con

Tabla N° 22. Correlato sociodemográfico a las prevalencias de 12 meses de trastornos mentales por comportamientos disruptivos, en la provincia de Iquique

	TRASTORNOS CONDUCTUALES					
	DIAGNÓSTICO DISC-IV		CON IMPEDIMENTO A		CON IMPEDIMENTO D	
	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%	OR	I.C. 95%
Figura parental						
Ambos padres, con figura parental	1		1		1	
Ambos padres , sin figura parental F2	4,94	(0,01 - 2024,13)	2,28	(0,01 - 937,20)	0,40	(0,00 – 397,55)
Sin ambos padres , con figura parental F3	1,33	(0,00 - 1117,44)	1,23	(0,00 - 1019,19)	0,48	(0,00 - 386,25)
Sin ambos padres , sin figura parental F4	3,41	(0,00 - 5492,44)	1,12	(0,00 - 1004,23)	0,57	(0,00 - 889,72)
Género						
Hombres	1,42	(0,39 - 5,14)	1,27	(0,56 - 2,88)	0,78	(0,24 - 2.56)
Mujeres	1		1		1	
Edad						
4 -11 años	10,93	(4,32 – 27,66)*	5,91	(2,20 - 15,90)*	4,17	(0,84 – 20,74)
12 – 18 años	1		1		1	
Patología familiar						
Sin patología familiar	1		1		1	
Con patología familiar	2,09	(0,07 - 65,96)	2,43	(0,09 - 67,71)	48,43	(1,38 - 1695,19)*
Nivel de ingresos						
> \$ 120.000 D1	1		1			
\$120.001 - \$217.500 D2	0,06	(0,02 – 22,43)	0,84	(0,05 - 14,83)	3,50	(0,32 - 38,64)
\$217.501 - \$400.000 D3	2,07	(1,09 – 3,92)*	1,43	(0,35 - 5,84)	3,63	(0,27 - 48,37)
(+) de \$400.000 D4	2,08	(0,09 – 47,35)	1,82	(0,02 - 133,72)	11,24	(1,70 - 74,33)*

discapacidad A. Llama la atención que la ausencia total de figuras parentales, aumenta el riesgo de estos trastornos 1,6 veces solamente y 1,6 veces con discapacidad A, y aparece como un factor protector para los con discapacidad D (0,65 veces). Se asocia una leve mayor prevalencia al género masculino en los diagnósticos sin discapacidad y con discapacidad A y levemente menor prevalencia en los diagnósticos con discapacidad D. Ninguna de estas asociaciones tiene significación estadística.

La presencia de patología familiar se asocia a una mayor prevalencia de diagnósticos sin discapacidad 2,0 veces y con discapacidad D 2,4 veces, lo que tampoco es estadísticamente significativo, sin embargo, la asociación de presencia de patología familiar con discapacidad D es de un 48,4 veces más y esto resulta estadísticamente significativo.

A medida que aumenta el nivel de ingresos aumenta la prevalencia de diagnósticos de este grupo, siendo estadísticamente significativa la asociación con el nivel de ingresos en el rango D3 con 2,0 veces la prevalencia de diagnósticos sin discapacidad y de 11,2 veces para el rango D4 para diagnósticos con discapacidad D, lo que resulta estadísticamente significativo.

6. DISCUSIÓN

El presente estudio de prevalencia, es uno de los pocos en Latinoamérica basado en una muestra representativa de una de las provincias del país, y el primero de este tipo en el país, en usar criterios diagnósticos DSM-IV en esta población. Además, es el primero en usar los procedimientos estadísticos adecuados para corregir el diseño muestral y pesos para asegurar que la muestra sea representativa de la población en estudio.

Aproximadamente dos de cinco individuos (38,8%) en la población estudiada, ha tenido durante el último año un trastorno mental DSM-IV, en tres de cada diez (30,6%) este trastorno ha generado discapacidad A y en 1,6 de cada diez (16%) discapacidad D.

Los cinco trastornos más prevalentes en el último año, fueron el trastorno por déficit atencional; el de ansiedad de separación; la fobia social; el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno oposicionista desafiante.

El orden cambia un poco si se consideran los diagnósticos con discapacidad A, entonces los cinco primeros son: la ansiedad de separación; el trastorno por déficit atencional; la fobia social; la depresión mayor, y el trastorno oposicionista desafiante.

Al considerar los diagnósticos con discapacidad D, los cinco primero trastornos, por prevalencias son: depresión mayor; trastorno por déficit atencional; fobia social; ansiedad de separación, y trastorno de ansiedad generalizada, como se muestra resumido en la siguiente tabla.

DISC-IV	DISC-IV con disc. A	DISC-IV con disc. D
T. por déficit atencional	Ansiedad de separación	Depresión mayor
Ansiedad de separación	T. por déficit atencional	T. por déficit atencional
Fobia social	Fobia social	Fobia social
Ansiedad generalizada	Depresión mayor	Ansiedad de separación
T. oposicionista desafiante	T. oposicionista desafiante	Ansiedad generalizada

Para los hombres el trastorno más común fue el déficit atencional, mientras que para las mujeres fue la fobia social. Al agregar el impedimento A, el trastorno más común en los hombres es la ansiedad de separación y en las mujeres sigue siendo la fobia social. Con impedimento D, el trastorno más frecuente en hombres es el déficit atencional y la ansiedad de separación, por iguales, y para las mujeres la depresión mayor, lo que se resume en la siguiente tabla.

	DISC-IV	DISC-IV con disc. A	DISC-IV con disc. D
Hombres	T. por déficit atencional	Ansiedad de separación	T. por déficit atencional
Mujeres	Fobia social	Fobia social	Depresión mayor

Esto concuerda con lo registrado en la literatura, en la medida que identifica un perfil epidemiológico distinto entre hombres y mujeres, predominando los trastornos disruptivos del comportamiento en los varones y los cuadros afectivos en las mujeres.

En el grupo de menor edad, entre 4 y 11 años, el trastorno más prevalente es el T. por déficit atencional y en el de mayor edad, entre 12 y 18 años, es la depresión mayor lo que no se modifica al agregar los criterios de discapacidad A o D.

Este estudio tiene las mismas limitaciones que muchos otros estudios transversales de prevalencia psiquiátrica. Primero, los datos de prevalencia de vida se basan en informes retrospectivos. Segundo, el proceso diagnóstico depende del DISC-IV, que es una entrevista completamente estructurada realizada por un lego entrenado, no un clínico. Además, el tamaño de la muestra puede no tener el suficiente poder para examinar los factores de riesgo de los trastornos mentales menos prevalentes.

El uso de instrumentos y metodología validados internacionalmente constituye una de las fortalezas de este estudio y permite comparaciones con otros países en los que se han usado metodologías similares. La validación previa en una muestra local ha hecho posible el uso de la entrevista DISC-IV en Chile. El uso de estrictos criterios de selección de la muestra y el proceso de pesaje permiten una muestra válida a nivel provincial. La tasa de respuestas es más alta que la reportada en varios otros estudios

(Roberts 2006, Hejervang 2007). Menor que en otros (Fleitlij-Bilyk, 2004), pero en rangos satisfactorios. Algunos estudios no informan acerca de las tasas de respuestas. La muestra de Iquique es representativa de la provincia de Iquique, en la que vive cerca del 1,5% de los habitantes del país. Estos datos, junto a los obtenidos en las otras provincias estudiadas, permitirán tener datos de prevalencia de desórdenes psiquiátricos en la población infanto juvenil por primera vez en Chile.

En los niños de entre 4 – 11 años de edad, la información se obtuvo sólo de los padres, lo que constituye una debilidad. En el estudio británico, la información aportada por los padres y profesores, fue revisada e integrada por un clínico. Ellos encontraron que la información de los profesoras persuadía a los clínicos a hacer más diagnóstico de desorden disruptivo que los que habían hecho basándose en sólo en la información de los padres (Ford 2003).

El rango de edad evaluado es más amplio que el de muchos estudios, que se han enfocado en rangos más estrechos de edad o en grupos de edad específica (Costello 1996). A todas las edades, se preguntó a los padres acerca de factores socioeconómicos o familiares, como acerca del uso de servicios. Tomando en cuenta todas las posibles combinaciones y asociaciones de datos, esta información podrá ayudar a mejor entender los factores de riesgo y protección.

Otra posible debilidad de este estudio es que no añade una medición de impedimento global. Canino señaló la importancia de confiar exclusivamente en la medición de impedimento del DISC, las que son específicas para cada diagnóstico, dado que el DISC evalúa sólo a un grupo seleccionado de diagnósticos DSM-IV y niños o adolescentes con otra psicopatología podrían tener impedimento (Canino, 2004).

Los resultados de este estudio pueden ser comparados con los hallazgos en Puerto Rico (Canino 2004) con impedimento DISC-IV agregado, pues ambas investigaciones usaron la misma metodología, instrumentos y evaluaron los mismos rangos de edad. La hipótesis de prevalencias globales similares se confirmó dado que la

prevalencia global de trastornos psiquiátricos de 16% ajustada para DISC con discapacidad D, es casi la misma que la hallada en Puerto Rico, 16,4%, esto considerando que usamos un algoritmo para impedimento incluso más estricto.

La prevalencia de los desórdenes ansiosos, 9,3% es más alta (6,9%), las prevalencias de la ansiedad generalizada, ansiedad de separación y fobia social, son más altas. La prevalencia de la depresión mayor de 5,7% también es más alta (3%). Sin embargo, cualquier trastorno conductual 5,5% (11,1%), trastorno de conducta 0,1% (2%), trastorno oposicionista desafiante 1,7% (5,5%) y trastorno por déficit atencional 4,7% (8%) son todos de menor prevalencia en nuestra población de estudio. No tenemos prevalencia en abuso de drogas, como diagnóstico, sí como consumo, lo que puede deberse a que, luego de que se publicara el ECPP, el año 2002, se han desarrollado variadas acciones encaminadas a disminuir el uso de sustancias en Iquique, al tamaño reducido de la muestra o a un sesgo de los entrevistados.

Los resultados de nuestro estudio se pueden comparar con otros que evaluaron las mismas edades: el estudio de Houston (Roberts, 2006) lo hizo en edades de 11 – 17, usando el DISC reportan un 12% de prevalencia de cualquier trastorno en adolescentes Euroamericanos, 8,8% en Afroamericanos y 10,7% en México Americanos, todas menores que las halladas en nuestra población en Iquique. En Iquique la prevalencia de desórdenes de ansiedad, depresión y trastornos conductuales es mayor, pero no hay prevalencia de abuso o dependencia de drogas con impedimento y sólo hay un 0,6% de dependencia del alcohol y un 0,4% de abuso de alcohol, sin impedimento. Sin embargo, encontramos un 2,5% de prevalencia de problemas por el uso de alcohol, un 5,7% de consumidores de nicotina y un 2,5% de prevalencia de problemas por el uso de nicotina.

La comparación de nuestra muestra de infante juveniles con el estudio de Benjet en Ciudad de México (Benjet, 2009) sólo puede ser parcial dado que ellos usaron una entrevista y criterios de discapacidad diferentes. Nuestro 38,8% de cualquier trastorno psiquiátrico sin impedimento es similar al 39,4% sin impedimento (72,4% de los que

tienen impedimento moderado o severo). Los trastornos de ansiedad tiene una menor prevalencia en Iquique (20,3% sin impedimento y 9,3% con impedimento D versus su 29,8% de los que el 21 % tiene impedimento severo y el 52,9% moderado). La depresión mayor es más prevalente en Iquique (7% sin impedimento y 5,6% con impedimento D, versus 4,8% del que tiene impedimento severo el 40% y moderado el 54%).

Como era esperable, las prevalencias son mucho mayores que las de los estudios que usaron criterios CIE–10 o entrevista DAWBA, dado que los criterios CIE son más restrictivos (12,7% en Taubate, Brasil,: 7% en Bergen, Noruega y 9,5% en Gran Bretaña). Además, no es posible comparar nuestra muestra con la de Brazil; Noruega o Gran Bretaña, en las que los rangos de edad eran muy diferentes años (5-15 en Gran Bretaña; 8-10 años en Noruega y 7-14 años en Brasil) (benjet 2009; Ford 2003, Hejervang 2007).

El significado de nuestras altas prevalencias debe ser analizado porque los estudios previos en población adulta también han encontrado altas tasas de trastornos en Chile. Aspectos metodológicos tendrán que ser revisados, buscando una explicación. Sin embargo, las altas prevalencias pueden ser reales y la identificación de los factores asociados puede iluminar nuestros hallazgos. Comparaciones con otras regiones de nuestro país (una en el centro y dos en el sur), incluyendo población rural y diferentes grupos étnicos serán muy iluminadoras.

Por otro lado, las muy bajas prevalencias de abuso y dependencia de sustancias podría deberse a que hay efectivamente una disminución de ésta en base a los programas implementados, luego de conocerse los resultados del ECPP (Vicente B. 2002), o a una minimización o negación del consumo, en base al aumento de la información respecto de esta situación en los medios de comunicación de la zona en los últimos años.

Además, hemos analizado el efecto de la edad, género, la presencia de figuras parentales, el antecedente de patología familiar y el nivel de ingresos, en la prevalencia. Con discapacidad D, sólo aparece como factor de riesgo el antecedente de patología mental en la familia y el nivel de ingresos superior (tramo D4). Sin discapacidad aparece para cualquier patología el antecedente de patología familiar y el nivel de ingresos alto (tramo D3) y para los trastornos conductuales el rango de edad de 4-11 años y el nivel de ingresos superior (tramo D4). Estas asociaciones sólo coinciden parcialmente con las encontradas en otros estudios (Roberts 1998; Benjet 2009; Leventhal 200X; Ayer 2009).

7. CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos de este estudio, es posible plantear las siguientes conclusiones:

- 1.- La prevalencia del último año de trastornos mentales DSM-IV en la población estudiada es de un 38,8%. La prevalencia, con criterio de discapacidad D, es de un 16%.
- 2.- Los tres trastornos más prevalentes en la población estudiada son: el Trastorno por déficit atencional; la Ansiedad de separación y la Fobia social. Con discapacidad D lo son: la Depresión mayor; el Trastorno por déficit atencional y la Fobia social
- 3.- Entre los hombres el trastornos más prevalentes es el trastorno por déficit atencional, tanto sin como con discapacidad D y en las mujeres lo es la Fobia social, sin discapacidad y la depresión mayor con discapacidad D.
- 4.- en el grupo de edad entre 4 y menos de 12 años el trastorno más prevalente es el Trastorno por déficit atencional. En el grupo de 12 a 18 años es la depresión mayor. En ambos grupos no hay diferencias al aplicar o no el criterio de discapacidad D.
- 5.- El 46,9% de las personas con diagnóstico DSM-IV en el último año ha usado algún servicio. Si se agrega el impedimento D esta cifra sube a 48,9%.
- 6.- Hace uso de cualquier servicio, el 52,9% de los Trastornos ansiosos (56,8% con impedimento D); el 40,7% de los Trastornos afectivos (35,9% con impedimento D); el 41% de los Trastornos por comportamiento disruptivo (71% con impedimento D); El 100% de los abuso y dependencia de sustancias.

7.- El 54,2% del los usuarios de servicios no tienen diagnóstico, lo que podría corresponder a falsos positivos o a casos sub umbrales con sintomatología activa.

8.- Es posible estimar el número de personas que, teniendo diagnóstico, no hicieron uso de servicios durante el último año. Con Trastornos ansiosos 2.599; con Trastornos afectivos 2.531 y con Trastornos por comportamientos disruptivos 1.031.

9.- Sólo aparece como significativa la asociación entre tener un diagnóstico DSM-IV y el antecedente de patología familiar y el nivel de ingresos medio (D3).

10.- Los trastornos conductuales se asocian significativamente al grupo de menor edad y al nivel de ingresos medio (D3). Si se considera el impedimento D, se asocian a los antecedentes de patología familiar y al nivel de ingresos alto (D4).

11.- La baja prevalencia de Trastornos por uso de sustancias, amerita un posterior abordaje con una metodología específica.

7. BIBLIOGRAFIA

Alegria M. y cols. Comparing mental health service use data across countries. In: Andrews G, ed. Unmet need in mental health service delivery. Cambridge, Cambridge University Press. 2000: 97-118.

Ambrosini, Paul J. M.D Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, January 2000. 39(1):49-58.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III. Third edition. Washington D.C. A.P.A.. 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R. Third edition. Revised. Washington D.C. A.P.A. 1987.

Anderson JC, William S, Mc Gee R. and Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. Archives of General Psychiatry, 1987. 44: 69-76.

Andrade y cols. Lifetime prevalence of mental disorders in a catchment area in Sao Paulo, Brasil Trabajo presentado en el Séptimo Congreso de la Federación Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, Santiago, Chile, agosto de 1996.

Andrade LH, Lolio CA, Gentil V y Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. Rev Psiquiat Clin, 1999. 26: 1-6.

Andrade RC; Silva VA; Assumpção Júnior FB. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. Braz. J. med. Boil. Res, Aug. 2004. 37(8):1155-1160, graf.

Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M. The child and adolescent psychiatric-assessment (CAPA). *Psychological medicine*, 1995. 25(4): 739-753.

Angold A. & Costello J. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, January 2000. 39(1):39-48.

Anthony JC, Folstein M, Romanonoski AJ, Van Korff MR, Nestadt GR, Chahal B, Merchant A, Brown H, Shapiro S, Kramer M, Gruenberg EM. Comparison of the lay diagnostic interview schedule and standardized psychiatric diagnoses. Experience in Eastern Baltimore. *Arch. General Psychiatry*, 1985. 42: 667-675.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J y Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry*, 2001; 178: 228-33.

Ayer L and Huzdiak J. socioeconomic risk for psychopathology : the search for a causal mechanisms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr* 2009; 48:10, 982-983.

Benjet C, Borges G, Medina-Mora M E. et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50:4, 386-395.

Bijl RV y cols. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 1998. 33: 581-586.

Bird H, & Canino G. Further measure of the psychometric properties of the Children's Global Assessment. Scale. *Archives of General Psychiatry*, 1987. 44:821-824.

Bird H, & Canino G. Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 1988. 45(12):1120-1126.

Bird H, Gould M, & Stghezza B. Aggregating Data from Multiple Informants in Child Psychiatry Epidemiological Research. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 1992. 31(1):78-85.

Bland RC. Investigation of the prevalence of Psychiatric Disorders. *Acta Psychiatr. Scand*, 1988. Suppl. 338: 7-16.

Bralic S; Seguel X; Montenegro H. Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago de Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1987. 33: 316-325.

Bravo M, Ribera J, Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout P, Ramírez R, Fábregas L, Chávez L, Alegría M, Bauermeister Jj, Martínez-Taboas A. Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *J Abnorm Child Psychol*. 2001. 29(5):433-444.

Brown GW, Davidson S, Harris T, Maclean V, Pollok S, Prudo R. Psychiatric disorders in London and North Ulst. *Soc. Sc. Med*, 1977. 11: 367-377.

Burnam A, Karno M, Hough R, Escobar J, Forsythe A. The Spanish diagnostic interview schedule reliability and comparison with clinical diagnoses. *Arch. General Psychiatry*, 1983. 40: 1189-1196.

Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M, Woodbuy M, Rivero J, Huertos S, y Sesiman M. Reliability of child Diagnosis in a Hispanic Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1987. 26: 560-565.

Canino G, Bird H. The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and Concordance with Clinical Diagnosis in Puerto Rico. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987. 44: 720-726.

Canino G, Bird H, Shrout P, Rubiostipec M, Bravo M, Martínez R, Sesman M y Guevara L. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987. 44: 727-35.

Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M, Bird H, Brabo M, Ramírez R, Chávez L, Alegría M, Bauermeister J, Hohmann A, Ribera J, García P, Martínez-Taboas A. The DSM-IV Rates of Chile and Adolescent Disorders in Puerto Rico. Prevalence, Correlates Services Use, and the Effects of Impairments. *Arch Gen Psychiatry*, Jan 2004. 61: 85-93.

Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Racón M, Villatoro J, Martínez-Vélez A. y Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Ment (Mexico City)*, 1996. 19: 14-21.

Caraveo J, Martínez J y Rivera B. A model for epidemiological studies on mental health and psychiatric morbidity. *Salud Mental*, 1998. 21: 48-57.

Caraveo-Anduaga J, Colmenares B y Saldívar H. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Ment (Mexico City)*, 1999. 22(Suppl): 62-7.

Codner S, Vergara F, Fredes A y Guzmán N. Prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en una población de senescentes. *Rev. Méd. Chile*. 1984.

CONACE. Segundo estudio nacional de consumo de drogas. Chile 1996. CONACE, Santiago Chile, 1998.

Consortio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados: resultados del Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica.

Cooper J, Kendell RE, Gurland B, Sharpe L, Copeland J y Simon R. Psychiatric diagnosis in New York and London. Oxford University Press, London. 1972.

Costello A, Edelbrock C, Dulcan M, et al. Development and testing of the NIMH Diagnostic Interview for children in a clinic population. Final Report. Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health. Rockville, MD. 1984.

Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DI, Erkanli A, Worthman CM. The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. Arch Gen Psychiatry. 1996. 53:1129-1136.

Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Oct 2005. 44(10):972-86.

Costello EJ, Foley DI, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Jan 2006. 45(1):8-25.

Cutterman E, O'brian J, Young J. Structured Diagnostic Interviews, for Children and Adolescent: Current Status and Future Directions. Journal of American Academy of Child And Adolescent Psychiatry, 1987. 5(26): 62-630.

Davie R, Butler H. and Goldstein H. From Birth to seven. The second report of the national Child Development Study 1958 cohort) Longman. London. 1972.

De La Barra F, Toledo V, & Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. I: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. Rev. chil. neuro-psiquiatr, Ene 2002a. 40(1): 9-21.

De La Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr, 2004. 58(42): 259-272.

Dohrenwend B, Dohrenwend B, Gould M, Link B, Neugebauer R y Wunchhitzing R. Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates. New York: Praeger Publisher. 1980.

Dohrenwend B y Dohrenwend B. Perspective on the past and future of psychiatric epidemiology. Am J Public Health, 1981. 72: 1271-9.

Duncan-Jones P, Henderson S. The use of a two-phase design in a prevalence study. Soc. Psychiatry, 1979. 13: 231-237.

Eaton WW y Kessler LG (Eds) Epidemiological field methods in psychiatry: The NIMH Epidemiological Catchments Area Program. New York: Academic press. 1985.

Edelbrock C, Costello A. Structured psychiatric interviews for children and adolescents. En G. Goldstein y M. Hersen (Eds), "Handbook of psychological assessment". New York: Plenum Press. 1984.

Egger H, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. J Child Psychol Psychiatry, 2006. 47(3-4):313-37.

Eklad S. The children's behaviour questionnaire for completion by parents and teachers in a chinese sample. Journal of child psychology and psychiatry, 1990. 31: 775-791.

Elwood J, Little J y Elwood JH. Epidemiology and control of neural tube defects. New York, Oxford University Press. 1992.

Escobar J, Randolph E, Asamen J, Karno M. The NIMH-DIS in the assessment of DSM III schizophrenic disorders. Schizophrenic Bull, 1986. 12: 187-194.

Familaro R, Kinsches H, Terance F. Psychiatric diagnoses of moltheadid children: Preliminary jundings". Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 1992. 5(31): 863-867.

Feighner J, Robins E, Guze J, Woodruff R y Winokur G. Diagnostic Criteria for Use in psychiatric Research. Arch. Gen Psychiatry, 1972. 26: 57-73.

Fleitlij-Bilyk B. & Goodman R. The prevalence of Child psychiatric disorders in South East Brazil. J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry 2004; 43, 727-734.

Florenzano R, Feuerhake O, Hinrichsen M y Figueroa C. La calibración de una escala cuantitativa para medir nivel de depresión en poblaciones. Rev. Chil. Neuropsiquiat., 1984. 22: 17-23.

Ford T, Goodman R, Meltzer, H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 2003. 42:10, 1203-1211.

Forgelmon K. Britain's sixteen-year-old preliminary fundings from the tirad follow-up of the national child development study (1953 cohort) national children's bureau London. 1976.

Fosltein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatry Res, 1975. 12:189-198.

Friman, P. The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently Screening for Diagnoses. (Statistical Data Included). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, April 2001.

Goldberg D. y Huxley P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care.* Tavistock: London, 1980.

Hagnell O. *The Lundby Project. A prospective study of the incidence of mental disorders.* Scandinavian University Books. 1966.

Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodríguez C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *Br J Psychiatry*, 2005. 187:161-7.

Hayashi S, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Novara J. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Idependencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental*, 1985. 1: 206-222.

Hejervang E, Stormark K, Lundervolt A, et al. Psychiatric disorders in Norwegian 8 to 10 years old. An Epidemiological survey of prevalence, risk factors and service use. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry* 2007; 46:4, 438-447.

Helzer JE, Robins LN, Croughan JL, Welner A. Renard Diagnostic Interview. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981. 38:393-398.

Hensley V. Australian normative study of the Achemboch Child Behavior Checklist. *Asustralion Psychologist*, 1988. 23: 317-382.

Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne D, Scott R, Adcock S. Psychiatry disorder in Camberra. A standarized study of prevalence. *Acta Psychiatrica Scand*, 1979. 60:355-74.

Heryonic, B, Reich W. Development of a structured psychaitric interview for children: Agreement betroun parenton individual symptoms". Journalof Adnormal Child Psychology, 1982. 10: 307-324.

Herzog, David B. Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd edition (DISC-2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Mayo 1993.

Horwitz J, Muñoz L. y cols. Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile. Rev. Ser. Nac. Salud, 1958. 3: 277-310.

Horwitz N y otros. Estudio de los problemas asociados al alcoholismo en correos y telégrafos. Rev. Psiquiat. Clin, 1979. 16(2): 12-26.

Jensen P, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird H, Dulcan M, Schwab-Stone Mary, Lahey B. Parent and Child Contributions to Diagnosis of Mental Disorder: Are Both Informants Always Necessary?. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, December 1999. 38(12):1569-1579.

Jerez S. y Silva H. El alcoholismo en la mujer. Algunos aspectos clínicos y antropológicos. Rev. Psiquiat. Clín, 1978. 15(1): 19-26.

Karno M, Burman A, Escobar J, Hough R, Eaton W. Development of the Spanish-Language Version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Arch Gen Psychiatry, 1983. 40: 1183–1188.

Katz S. y cols. Medication management of depression in the United States and Ontario. Journal of General Internal Medicine, 1998. 13: 77-85.

Kessler R. y cols. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1994. 51: 8-19.

Kessler R. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions - the NAPE lecture 1998. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999. 99: 2-9.

Kessler R. y cols. The effects of chronic medical conditions on work impairment. In: Rossi AS, ed. *Caring and doing for others: social responsibility in the domains of family, work, and community*. Chicago, University of Chicago Press, (en prensa). 2000.

Kýlýç C. *Mental Health Profile of Turkey: main report*. Ankara, Ministry of Health Publications. 1998.

Leaft P, Alegría, M. y cols. Mental Health Service Use in the Community and Schools: results from the Four-Community MECA Study. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 1996. 35(7):889-897.

Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighbourhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcome. *Psychol. Bull.* 200X; 126: 309-337.

Lewczyk CM, Garland AF, Hulburt MS, Gearity J, Hough RL. Comparing DISC-IV and clinician Diagnoses among youths receiving public mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, March 2003. 42(3):349-356.

Lewis G y Pelosi A. *Manual of the Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R)*. London, England: MRC Institute of Psychiatry. 1990.

Lohey B, Flagg E, Bird H, IT OL. The NIMA Methods for the Epidemiology of child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 1996. 35:855- 864.

López-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Ávila M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Revista de Salud Pública de México*, 2000. 42(2): 133-43.

Lucas C, Zhang H, Fisher P, Shaffer D, Regier D, Narrow W, Bourdon K, Dulcan M, Canino G, Rubio-Stipec M, Lahey B, Friman P. The DISC Predictive Scales (DPS): Efficiently Screening for Diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, April 2001. 40(4):443-449.

Marconi J. Alcoholismo en Chile, en *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Horwitz J, Marconi J y Adis G. (eds) Buenos Aires: ACTA Fondo para la Salud Mental. 1967.

Matsuura M, Okubo Y, Kato M, Kojima T, Takahashi R, Asai K, Asai T, Endo T, Yamada S, Nakane A, Kimura K. and Suzuki M. An epidemiological investigation of emotional and behavioural problems in primary school children in Japan.- *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24: 611-619.1989.

Maughan B, Iervolino Ac, Collishaw S. Time trends in child and adolescent mental disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2005; 18(4):381-385.

Mausner J. y Bahn A. *Epidemiology: an introduction*. Philadelphia, PA, WB Saunders. 1984.

Mc Gee R, Fecham M, William S, Fortridge F, Silva P. and Kelly J. DSM-III disorder in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 1990. 29:611-619.

Mc Millen J, Zima B, Scott L Jr, Auslander W, Munson M, Ollie M, Spitznagel E. Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005. 44(1):88-95.

Medina E y Otros. Prevalencia de distintos tipos de bebedores de alcohol en Talca. *Cuad. Med. Soc.*, 1980. 21(1): 26-47.

Mrazek P, Haggerty R, eds. Reducing risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, DC, National Academy Press. 1994.

Muñoz C. Citado en: Introducción a la Higiene Mental. Servicio Nacional de Salud. Santiago. 1952.

Murphy J. Continuities in community based psychiatric epidemiology. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980. 37: 1215-1223.

Murray C., López A. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1996.

Murray C, López A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, May1997. 24;349(9064):1498-504.

Naveillan P. Características del hábito del beber de una población laboral. *Rev. Med. Chile*, 1980. 108(2): 1153-1161.

Neugebauer R, Hoek H y Susser E. Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999. 282: 455-462.

Nicolson R y cols. Obstetrical complications and childhood on set schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1999. 156: 1650-1652.

Offord D, Boyle M, Szatmari P, et al. Ontario Child Health Study: II Six-month prevalence of disorders and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 1987. 44: 832-836.

Organización Mundial de la salud. Manual de clasificación Internacional de enfermedades, accidentes y causas de muerte. Novena edición: Ginebra. 1978.

Organización Mundial de la salud. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Versión 1.0 Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.

Organización Mundial de la salud. CIE-10 Trastornos Mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. MEDITOR: Madrid. 1992.

Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud mental en el mundo 1997- Vencer el sufrimiento, enriquecer a la humanidad. 1997.

Organización Mundial de la salud. Declaración de México sobre las investigaciones Sanitarias Cumbre Ministerial sobre Investigación en Salud México, D.F. 16 a 20 de Noviembre de 2004.

Oxford D. y cols. Mental health in Ontario: selected findings from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. Ontario, Queen's Printer for Ontario. 1994.

Pallavicini J, Legarreta A, Cuntsille F, Nader A, Mahaluf JY y Caris L. Prevalencia del alcoholismo y beber normal en pacientes de un hospital general. *Rev. Psiquiat. Clin.*, 1983. 20(1): 42-47.

Pallavicini J, Legarreta A y Otros. Estudio comparativo sobre Alcoholismo y otros hábitos de beber, Santiago 1958-1982. Rev. Psiquiat. Clin., 1983. 20.

Passamanik B. A survey of mental disease in urban population. An approach to total prevalence by age. Mental Hygiene, 1962. 46: 567-572.

Petersen D, Bilenberg N, Hoerder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8 to 9 year-old children. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006; 15(2):71-8.

Prince M. Is chronic low-level lead exposure in early life an etiologic factor in Alzheimer's disease? Epidemiology, 1998. 9: 618-621.

Pringle M, Butler N. and Dovie R. 11.000 Seven-year-old. First report of the national child development study (1958 cohort). Longman. London. 1966.

Regier D, Myers J, Kramer M, Robins L, Blazer D, Hong R, Eaton W, Locke B. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program., 1984. 41(10): 934-941.

Reich W, Herjanic B, Welvez Z, Gandhi P. Devolement of a structured psychiatric interview for children: Agreement on diagnosis comparang child and parent interviews. Journal of Anormal Child Psychology, 1982. 10: 325 – 336.

Reich W. Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. January 2000. 39(1):59-66.

Rioseco P, Vicente B, Uribe M. El DIS-III-R una validación en Chile. Revista de Psiquiatría, 1992. 9: 1034-1038.

Roberts J. and Baird J.T. Behavior patterns of Children in School (DHW publication N°HSM 72-1042). Government printing office. Washington, D.C. 1972.

Roberts R. E., Attkinson C. C. & Roseblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal Psychiatry* 1998; 155: 715-725.

Roberts R, Ramsay C & Xing Y. Prevalence of Youth-reported DSM-IV disorders among African, European and Mexican American adolescents. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry* 2006; 45:11, 1329-1337.

Robins L, Helzer J, Croughan J, Williams J, Spitzer R. NIMH Diagnostic interview Schedule, version III. Washington DC. : U.S. Public Health Service. 1981.

Robins L. y cols. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 1981. 38: 381-389.

Robins L, Helzer J, Ratcliff K, Seyfried W. Validity of the diagnostic interview schedule, version II: DSM III diagnoses. *Psychol. Med.*, 1982. 12: 885-870.

Robins L, Wing J, Wittchen H, Helzer J, Barbor T, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier D, Sartorius N, Towle L The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 1982. 45: 1069-1077.

Robins L. y Regier D. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, the Free Press. 1991.

Roose S. y Glassman A. Antidepressant choice in the patient with cardiac disease: lessons from the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1994. 55(suppl A): 83-87.

Rutter M, Tizard I, Whitmore K. (Eds). Education, Health and Behaviour. Congiman. London (Repinted 1981, Krieger. Melbourse. 1970.

Salgado de Snyder VN y Díaz-Pérez MJ. Los trastornos afectivos en la población rural. Salud Ment (Mexico City), 1999. 22(Suppl): 68-74.

Schwab-Stone M, Fallon T, Briggs M, Crowther B. Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years: a test-retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. Am J Psychiatry, 1994. 151:1048-54.

Schwab-Stone M. & Shaffer D. Criterion Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3). J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 1996. 35(7): 878-888.

Semler G, Wittchen H, Joschke K, Zaudig M, Von Geiso T, Kaiser S, Von Granach M, Pfister H. Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). European Archives of Psychiatry and the Neurological Sciences, 1987. 236: 214-222.

Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P, Cohen P, Piacentini J, Davies M, Conners K, Regier D. The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, Field Testing, Interrater Reliability, and Acceptability. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, May 1993. 32:3.

Shaffer D, Fisher P, Dulcan M.K Et Ol. The NIMA Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3(DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. I am Acad. Child Adolescent Psychiatry, 1996. 35:865-877.

Shah B, Barnwell B, Bieler G. SUDAAN User's Manual, Release 7.5. Research Triangle Park, IC, Research Triangle Institute. 1997.

Shepherd M, Coper B, Brown A y Kalton G. Psychiatric illness in general practice. Oxford University Press: London. 1966.

Shrout P y Fleis J. Reliability and case detection. In Wing, JK., Bebbington, P y Robins, L. (Eds). What is a case?. Grant MacIntyre: London. 1981.

Spitzer R, Endicott J y Robins E. Research Diagnostic Criteria. New York. New York State Psychiatric Institute Biometrics Research División. 1978.

Srinath S, Girimaji Sc, Gururaj G, Seshadri S, Subbakrishna Dk, Bholá P, Kumar N. Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. Indian J Med Res, Jul 2005. 122(1):67-79.

Srole L, Langner TS, Michael ST, Oler MK y Rennie TA. Mental Health in the metropolis. New York: Mac Graw-Hill. 1962.

Stromgren E. Statistical and general populations studies within psychiatry: Methods and principal results. París: International Congress of Psychiatry, 1960. 158-188.

Tansella M. y Zimmermann-Tansella CH. Modelli epidemiologici per lo studio dei disturbi emotivi. Dalle statistiche ospedaliere alle indagini di popolazione., In del Corno F y Lang M. (Eds) La Diagnosi e suoi strumenti in Psicologia Clínica. Franco Angeli: Milano. 1988.

Torres P y Álvarez. Validación de un cuestionario para detectar desórdenes emocionales (GHQ-12) en un grupo de estudiantes universitarios. Rev. Psiquiatría, 1987. 4(4):255-64.

Torres de Galvis Y y Montoya L. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia. Ministerio de Salud, Colombia. 1997.

Trucco M, Larraín S, Campusano M y Larrain S. Un cuestionario para detectar desórdenes emocionales. Estudio de validación preliminar. Rev. Chil. Neuropsiquiatría, 1979. 17: 20-25.

Ulloa F; Funez F; Montenegro P. Prevalencia de desórdenes psiquiátricos en población de 5 a 15 años que ingresa al servicio de cirugía del hospital Roberto del Río. Revista de Psiquiatría, 1992. 9(3-4): 1204-1212.

Vásquez-Barquero J, Diez-Manrique J, Peña C, Lequerica J, Artal J, Liano A, Areval A. Depresión y ansiedad: perfiles sociodemográficos diferenciales en población general. Actas-Luso Españolas de Psiquiatría, 1987. 15(2): 95-109.

Vásquez-Barquero J, Diez-Manrique J, Samaniego C. Salud física y enfermedad mental. Un análisis epidemiológico. Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1987. 15: 151-163.

Vásquez-Barquero J, Diez J, Peña C, Aldama J, Samaniego R, Menendez J y Mirapeix C. A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. Psychological Medicine, 1987. 17: 227-242.

Vásquez-Barquero J, Peña C, Diez J, Arenal A, Quintanal R y Samaniego C. The influence of sociocultural factors on the interaction between physical and mental disturbances in a rural community. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1988. 23: 195-202.

Verhulst F, Berden G, & Sanders-Woudstra J. Mental health in Dutch children: II The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. Acta Psyquiatrica Scandinavica, 1985. 72(Suppl): 342.

Vicente B, Vielma M, Rioseco P. Un programa de epidemiología psiquiátrica para Chile. Revista de Psiquiatría, 1994. 11: 160-171.

Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (E CPP). Revista médica de Chile, 2002. 130: 527-536.

Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. British Journal of Psychiatry, 2004. 184:299-305.

Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal of Psychiatry, 2006. 163: 1362-1370.

Villalobos L. La ingestión de Alcohol en el escolar adolescente” Cuad. Méd. Soc., 1980 21(1): 53-58.

Vreugdenhil C, Doreleijers T, Vermeiren R, Wouters L, Van Den Brink W. Psychiatric Disorders in a Representative Sample of Incarcerated Boys in The Netherlands. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, January 2004.43:1.

Wang Yu-Feng, Shen Yu-Cum, Gu Bo-Mei, Jai Mei-Xiang And Zhang Ai Lin An epidemiological study of behaviour problems in school children in urban areas of Beijing. Journal of child psychology and psychiatry, 1989. 30: 907-912.

Weissman M y Myers J. Psychiatric disorders in U.S. community: The application of Research Diagnostic Criteria”. Acta Psychiatr. Scand, 1980. 62, 99-111

Welner Z., Reich W, Herjanic B, Jung K, Amado H. Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for children and Adolescent (DICA). Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1987. 26(5): 649-653.

William T. Carpenter, Jr. and Ann E. Pulver. Lifetime Psychotic Symptoms Assessed With the DIS: The Authors Reply. *Schizophr Bull*, 1984. 10: 5 - 7.

Wing J, Cooper J, Sartorius N. *The Description and Classification of psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and CATEGO System*. London, Cambridge University Press. 1974.

Wing J. A technique for studying psychiatric morbidity, in inpatient and out-patient series and in general population sample. *Psychol. Med.*, 1976. 6: 665-671.

Wing J. The use of the Present State Examination in general population surveys. *Acta Psychiat. Scand*, 1980. 285(Suppl): 230-240.

Wing J. Schedule for clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN System, PSE-10. Part I. WHO-DOC. 1989.

Wittchen Hu, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe. A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005. 15(4):357-76.

Wittchen H, Robins L, Cottler L, Semler G. et al. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry*, 1991. 159: 645-653.

Wittchen H y cols. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1992. 241: 247-258.

Wittchen H, Robins L, Cottler L, et al. Cross-Cultural feasibility reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Result of the multicentre WHO/ADAMHA field trials (Wave I) (submitted for publication). 1992.

Wittgen H, Semler G, Von Zerssen D. A comparison of two diagnostic methods: ICD diagnoses vs DSM III and Research Diagnostic Criteria using the Diagnostic interview Schedule (version II). Arch. Gen. Psychiatry, 1985. 42: 677-684.

World Health Organization. The International pilot study of schizophrenia. Geneva: who. 1973.

World Health Organization. Schizophrenia: An international follow-up study. New York: Wiley. 1979.