

ENSAYO

ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS DE LA PSIQUIATRÍA SOCIAL Y LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

(Rev GU 2005; 1; 2: 191-196)

Benjamín Vicente¹, Sandra Saldivia¹, Pedro Rioseco¹

Una ilusión que debe perderse antes de que podamos realmente comprender la “enfermedad mental”, es el mito que mantiene a la psiquiatría ortodoxa en su sitio. Esto es, la creencia de que lo que necesitamos son simplemente más hallazgos y que a la vuelta de la esquina aparecerá algún hecho vital que va a resolver las interrogantes de una vez y para siempre. Es esa convicción la que ha inspirado, entre otros factores, el enorme volumen de investigación disponible, aparentemente siguiendo la ingenua visión empiricista de que el conocimiento simplemente consiste en la acumulación de hallazgos o “hechos”, pero en realidad no está claro si entendemos las cosas algo mejor ahora que en el pasado. Lo que sin duda importa son los principios que gobiernan la adquisición e interpretación de estos “hechos” o datos; estos principios, aun cuando están influenciados por los hechos, no son ellos mismos siempre posibles de descubrir empíricamente. Son tanto filosóficos como científicos (1).

Desafortunadamente en los círculos científicos y especialmente en psiquiatría, la filosofía no es vista, salvo excepciones, como una fuerza liberadora e iluminadora sino como una forma pre-científica de dogmatismo de cuya debilidad debiéramos estar felices de haber escapado. Cuando las bases conceptuales en una ciencia no han sido adecuadamente discutidas y la lógica es tratada como una “verdad dada”, esa área particular del conocimiento está condenada a fracasar, no importando la cantidad o dimensión de los hallazgos que logre acumular. Lo que necesitamos, entonces, tal

vez no son más hallazgos –probablemente tenemos todos los datos que se requieren si tan solo supiéramos qué hacer con ellos–; lo que realmente nos hace falta es re-definir o re-pensar el tipo de explicaciones que debiéramos estar buscando y el tipo de datos que van a ser relevantes para ello (2).

El “gran debate” en nuestro campo, parcialmente silenciado por la ortodoxia, debe partir con la pregunta fundamental acerca de qué tipo de personas o criaturas somos y cómo debiéramos observar y evaluar con pleno sentido nuestra conducta o comportamiento.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción.

El detallado análisis que Kuhn hace de la historia de la ciencia muestra que las razones por las cuales los paradigmas son escogidos nunca han sido exclusivamente científicas; los determinantes de tal elección están en gran medida fuera de la ciencia y se encuentran en factores sociales y psicológicos (3). La pregunta fundamental en relación a la elección de un paradigma, por tanto, debe ser resuelta por un razonamiento filosófico y moral, lo que no es lo mismo que hablar de una fuerza brutal o emocional o postular un mundo de verdades absolutas, sino que optar por la negociación, la búsqueda de ideales comunes, la complicidad, la solidaridad y el compañerismo (4).

La perspectiva que sostiene que la psiquiatría está libre de valores es una pura ilusión y sólo cuando sus pretensiones de objetividad estén adecuadamente resituadas podremos proceder a discutir cuáles de hecho son sus premisas morales y cuáles son los intereses que realmente persigue. La psiquiatría tradicional protege el funcionamiento eficiente de instituciones como el trabajo, la familia, la educación y la política, convirtiendo algunos de los conflictos y sufrimientos que surgen dentro de ellas en síntomas de 'mal funcionamiento' individual o, en el mejor de los casos, familiar, tendiendo así a sugerir o buscar soluciones tecnológicas de corto plazo e individualmente orientadas a lo que son en realidad problemas políticos que deben ser colectivamente enfrentados.

Muchos autores estarán de acuerdo que han habido al menos tres grandes revoluciones en el campo de la salud mental o de los desórdenes emocionales. La primera ocurrió cuando Pinel sacó las cadenas y liberó a los insanos de las mazmorras de París y los trajo a la luz. El movimiento humanitario se desarrolla a continuación. La segunda revolución fue iniciada por Freud y llevó a una progresiva comprensión de la dinámica y temprana estructuración de algunos desórdenes mentales o emocionales. La tercera revolución, se ha sugerido, fue el desarrollo de las intervenciones especialmente comunitarias, que implicaban tener ayuda adecuada y oportuna para las personas que lo necesitaban en centro comunitarios de salud mental, simplemente 'atravesando una puerta'. Ahora, Albee sugiere que estamos en medio de una cuarta revolución de la salud mental. Esta es una revolución que involucra un gran cambio orientado hacia la prevención. Parte con reconocer la imposibilidad de que jamás podríamos ser capaces de controlar la actual epidemia de desórdenes emocionales sólo intentando ayudar a individuos. Acepta, y así queremos nosotros creer, que la doctrina de la prevención es la única estrategia posible para reducir el estrés generalizado (5).

Tanto la tercera como la cuarta revolución, si aceptamos que esta última existe, evidencian que aquello que llamamos Psiquiatría Social no es solamente un modelo opuesto al paradigma biológico y médico sino un conjunto concreto de estrategias que buscan ofrecer una aproximación efectiva al sufrimiento psíquico.

Sheperd (6) intentó resolver el problema de definir la psiquiatría social asimilándola a la epidemiología, lo cual en nuestra opinión es un peligroso reduccionismo que podría desvalorar la contribución hecha por las ciencias sociales y conductuales a la psiquiatría social. Otros han señalado que los métodos epidemiológicos son los únicos relevantes para la investigación científica en medicina y psiquiatría. Más aún, Guze (7) postula que la epidemiología es propia de la psiquiatría biológica. La inutilidad de estas exigencias territoriales es obvia y ellas son de escaso interés para la mayoría de los investigadores. Lo importante acerca de la epidemiología es que, cualquiera sea el campo de aplicación, ella deberá ser bien entendida y las técnicas usadas correctamente para probar cualquier hipótesis interesante y potencialmente útil.

La salud es un concepto social, la enfermedad es un concepto biológico. Los psiquiatras están fundamentalmente relacionados con ambos. Ellos no están, y nunca han estado, relacionados con problemáticas únicamente biológicas. A la pregunta teórica de Samuel Guze "Psiquiatría biológica ¿existe otra?" la respuesta debería ser no, por supuesto que no. Del mismo modo toda psiquiatría es social en su naturaleza. Ambas frases son triviales a menos que den lugar a hipótesis específicas que otros puedan probar y públicamente criticar. Pero remitiéndonos nuevamente a Khun, la prueba y la crítica son hechas desde una posición moral y política.

Es desde este punto de vista que deseamos potenciar el valor de muchas herramientas y técnicas que la tercera generación de estudios epidemiológicos nos ofrece para planificar enfrentamientos colectivos que finalmente logren reducir la creciente epidemia de estrés emocional permitiéndonos crear el mejor mundo posible para el tipo de criaturas que somos.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA

A pesar de la inexistencia de consensos acerca de los límites de la psiquiatría social, un área que sin discusión forma parte de ella –y cuyo desarrollo ha ido marcando su propia definición– es la epidemiología de los trastornos mentales. Al respecto, los investigadores latinoamericanos han intentado, con más o menos éxito, dar cuenta de las particularidades propias de la región,

incorporando tanto los desarrollos del área en el nivel internacional como aquellos elementos de la realidad cultural y social a la que pertenecemos.

Almeida Filho (8) se basa en una revisión de 22 estudios epidemiológicos generados en América Latina, para concluir que los investigadores sociales del área han incluido tradicionalmente a la cultura como una variable independiente, asociada a la prevalencia de trastornos mentales. Tal inclusión, según el mismo autor, se hace desde una mirada antropológica o sociológica, enfatizando hipótesis relacionadas con el choque cultural, el estrés secundario a los procesos de aculturización y la marginalidad cultural, en el primer caso; o bajo las nociones de estrés urbano, cambios vitales o apoyo social, en la segunda vertiente. No obstante, cualquiera sea ésta, permanecen los problemas metodológicos a la hora de evaluar los resultados de la asociación entre proceso cultural y psicopatología.

A nivel regional, un área que con niveles desiguales mantiene cierta consistencia en el objeto y método usados en la investigación epidemiológica es la zona andina comprendida por Perú, Bolivia y Ecuador. Perú, con un desarrollo histórico de la psiquiatría social que ha buscado permanentemente una conjunción de los aspectos médico-occidentales y el reconocimiento de su propia identidad cultural, sin duda marcado por poseer un alto porcentaje de población indígena, presenta un desarrollo de investigaciones desde los tempranos años sesenta, que reúnen aspectos metodológicos analizados a la luz de los particulares parámetros histórico-culturales que definen a esa sociedad. Diferencias culturales y elementos de la identidad peruana que intentan ser recogidos en estudios localizados en áreas geográficas determinadas (9). Bolivia y Ecuador, con desarrollos más incipientes, y un menor número de publicaciones en revistas del área, siguen la misma línea.

A principios de los ochenta el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET), llevó a cabo un amplio Programa de Epidemiología Psiquiátrica, que buscaba conocer la prevalencia de desórdenes mentales en diferentes áreas etnográficas del país, mediante el uso del PSE (*Present State Examination*)(10-12). No obstante, los resultados publicados resultan parciales, quedando en deuda con una publicación in extenso que reúna los resultados finales, estadísticamente validados, acerca de un proyecto que pudo tener amplia repercusión internacional y transformarse en uno de los primeros intentos en América Latina por lograr conocer prevalencias comunitarias de trastornos mentales en población general (13-16).

Probablemente por su proximidad a EE.UU, el desarrollo de la epidemiología psiquiátrica en México

aparece más cercano, en los aspectos metodológicos y temáticos, a lo publicado en la literatura internacional. Al respecto, destaca un temprano interés por indagar acerca de la prevalencia tratada en grupos específicos de consultantes mediante el uso del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ) y de la Entrevista Psiquiátrica Estructurada (ESE)(17-21) y una validación del DIS llevada a cabo ya en el año 1988 (22). Además, es de los pocos países que incluyen estudios en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil (23, 24), área que aún permanece dentro de los desafíos pendientes para la epidemiología psiquiátrica en nuestra región (25).

La diversidad de la realidad brasileña impide tener una visión única, menos aún total, del nivel de desarrollo de la epidemiología psiquiátrica en ese país. No obstante, resultan ampliamente conocidos en el nivel internacional los aportes de sus investigadores en el área de alcohol y drogas y, en las últimas décadas, en prevalencia tratada y comunitaria de trastornos mentales en población adulta (26-30); todo lo cual lo ha constituido en un foco irradiador tanto de investigadores como de hallazgos hacia el resto de América Latina. Es otro país del área donde se han llevado a cabo estudios sobre la salud mental de niños y adolescentes (31).

En Chile, a partir de la década del cincuenta, el modelo de salud pública fue el marco desde el cual se desarrollaron los servicios de salud, y no sólo la atención psiquiátrica. Consistentemente, los primeros estudios de epidemiología psiquiátrica tomaron a aquél como marco de referencia y al alcoholismo como cuadro diagnóstico, a partir del cual se asientan tempranas formas comunitarias de intervención con énfasis en la prevención (32, 33). Este temprano desarrollo tiene continuidad con estudios sobre prevalencia tratada llevados a cabo en la década de los ochenta y principios de los noventa, fundamentalmente en centros urbanos de atención primaria, que buscaban conocer la prevalencia de trastornos mentales o probables casos psiquiátricos entre consultantes en estos niveles de atención (34-37). Uno de ellos, que formó parte de un amplio estudio multicéntrico llevado a cabo por la OMS, detectó una alta prevalencia de cuadros depresivos entre la población evaluada (38). El amplio desarrollo inicial de la epidemiología psiquiátrica ha sido retomado durante la última década con el desarrollo de un Programa de Epidemiología Psiquiátrica para Chile (39), llevado a cabo por investigadores que buscaron conocer la prevalencia de trastornos mentales en población general. Con un diseño metodológico que recoge los avances producidos en el área, y mediante el uso del CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), una

amplia muestra de población general fue entrevistada en cuatro provincias del territorio (40-43). Los resultados finales se encuentran ya disponibles (44, 45).

En la misma línea de investigación en grandes poblaciones, los estudios llevados a cabo en Puerto Rico durante la década del 80, que usaron el DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) como instrumento de evaluación y un diseño metodológico similar al del estudio ECA (Epidemiological Catchment Area) de EE.UU, fueron los primeros trabajos desarrollados en América Latina que incorporaron los avances metodológicos del área, permitieron analizar los hallazgos a la luz de los obtenidos en otros contextos culturales, a la vez que dieron nacimiento a una tradición investigadora que permanece hasta hoy y que se amplía a la epidemiología de trastornos mentales en niños y adolescentes (46, 47).

Uno de los pocos estudios de seguimiento sobre patologías específicas, en este caso la esquizofrenia, fue llevado a cabo en Cali, Colombia, en el marco del Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia realizado por la OMS (48, 49). Uno de los hallazgos más conocidos de este amplio estudio multicéntrico, al que colaboran los datos colombianos, es el que se refiere al mejor curso de la esquizofrenia en países en desarrollo.

Los restantes países del área reúnen aportes muy diversos. Mientras en Costa Rica destaca una rica tradición de estudios en el área del alcohol y las drogas, que tiene su contraparte institucional en un instituto nacional sobre alcoholismo y farmacodependencias (50, 51), en Cuba son más frecuentes los estudios sobre prevalencia tratada, desarrollados en el marco de un sistema de atención estatal y unificado (52, 53). A diferencia de lo anterior, la epidemiología psiquiátrica uruguaya parece entrar con retraso a los nuevos desarrollos del área, a excepción de estudios recientes orientados a la epidemiología histórica de las personas ingresadas en instituciones de cuidado (54) y a identificar factores de riesgo en población infantil (55). También con un desarrollo incipiente aparecen estudios generados en el área de Centro América, como el llevado a cabo a inicios de los noventa en Nicaragua, sobre una muestra de 201 familias y cuyo objetivo era examinar la estructura de familias con individuos aquejados de algún trastorno mental (56).

Finalmente, en los últimos años diversos autores de países con un amplio desarrollo en investigación y en las redes de servicios en salud mental, han venido planteando la necesidad de trasladar el foco de investigación desde el nivel de los individuos al de los servicios, en un intento por evaluar el costo-efectividad de las acciones llevadas a cabo en esta área. Tansella y Thornicroft (57) señalan que lo social y epidemiológico

en psiquiatría se ha focalizado más en el nivel de los individuos/pacientes usuarios de los servicios de cuidados que en el nivel de los servicios. Lesage (58) plantea que, más aún, fenómenos tales como la desinstitucionalización han sido examinados más como eventos clínicos que como eventos sociales. Lo que es consistente con la diferenciación que viene planteando la OMS entre una epidemiología de los trastornos y una de los servicios.

En tal sentido, parece claro que el desarrollo de la investigación en América Latina nos sitúa aún en un nivel que se ajusta a la primera parte de esta doble vertiente. De manera que los desafíos actuales se deberían orientar no sólo a aumentar el número de investigaciones con calidad metodológica e interés que permitan su socialización, al menos a nivel regional, sino también a responder preguntas relacionadas tanto con la organización de los servicios entregados como con la efectividad de las intervenciones propuestas. No obstante, resta mucho camino por recorrer y, probablemente, no se trate del abandono de un área y su reemplazo por la otra, sino la necesaria complementariedad entre ambas, a la luz de los procesos en curso –y aquellos que permanecen pendientes– de re-estructuración de la atención en psiquiatría y salud mental.

Así, una poderosa y esclarecedora epidemiología psiquiátrica basada tanto en los individuos/pacientes y usuarios/servicios permitirá identificar, además del rol de las conocidas variables sociodemográficas, las correlaciones y factores de riesgo ocultos en la actual estructura y funcionamiento de nuestra sociedad, los que parecen perpetuar el efecto de la creciente epidemia de trastornos mentales creando una secuencia de traumas que a su vez producirán más sufrimientos y nuevos traumas.

REFERENCIAS

1. Levi Y. *Decisions and Revisions. Philosophical essays on knowledge and value*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984
2. Kendell RE. The mental health act commission's "guidelines" a future threat to psychiatric research. *Br Med J* 1986; 292: 1249-50
3. Berstein RJ. *The reconstruction of social and political theory*. Oxford: Blackwell, 1976
4. Jenner F, Vicente B. Sociobiology. *BreakThrough* 1997; 1(3):9-16
5. Albee G. The fourth revolution. In: *Promotion of Mental Health*. Trent D. & Colin R. (Eds.) Aldershot: Asligate Publishing Limited, 1994
6. Shepherd, M. The origins and directions of social psychiatry. *Integrative Psychiatry* 1983; 1:86-88
7. Guze S. Biological psychiatry. Is there any other kind? *Psychological Med* 1989; 19:315-23
8. Almeida Filho N. Social epidemiology of mental disorders. A review of Latin American Studies. *Act Psych Scand* 1987; 75(1):1-12

9. Mariategui J. La psiquiatría peruana: presente y futuro. *Rev neuropsiquiatr* 1999; 62(1):3-13
10. Casullo MM. Programa de investigaciones sobre epidemiología psiquiátrica en la Argentina. Informe general. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1980; 26(4):327-31
11. Pagés F. Bases para un estudio de prevalencia de los trastornos mentales en la Argentina. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1982; 28(5):183-93
12. Pagés Larraya F. Teoría de la locura de las masas. Epílogo del programa de investigación sobre epidemiología psiquiátrica del CONICET. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1987; 33(3):187-208
13. Casullo MM, Philip A. Estudios sobre la prevalencia de síntomas psiquiátricos en el Partido bonaerense de Patagones. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1981; 27(1):60-71
14. Ortiz O, Casullo M, Grillo O. Epidemiología descriptiva de los desórdenes psiquiátricos en la ciudad de Trelew. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1982; 28(4):281-92
15. Di Marco G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta psiquiátr y psicol Am Lat* 1982; 28(2):93-102
16. Askenazil M, Casullo MM. Factores socioculturales y presencia de psicopatología en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta psiquiátr y psicol Am Lat* 1984; 30(1):11-20
17. Campillo-Serrano C, Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Martínez-Lanz P. Confiabilidad entre clínicos utilizando la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg en una versión mexicana. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1981; 27(1):44-53
18. Padilla GP, Ezban BM, Medina-Mora ME, Mas Condes C, Campillo-Serrano C. El médico general en la detección de trastornos emocionales. *Salud Pública de México* 1984; 26(2):138-45
19. Medina-Mora ME, Padilla GP, Mas Condes CC, Ezban BM, Caraveo J, Campillo-Serrano C, Corona J. Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1985; 31(1):53-61
20. Caraveo J, González C, Ramos L. Indicadores clínicos de alteración psiquiátrica en la práctica médica general. *Salud Pública de México* 1985; 27(2):140-48
21. Ezban BM, Padilla GP, Medina-Mora ME, Gutiérrez CE. Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica general. *Salud Pública de México* 1985; 27(5):386-90
22. González C, Caraveo J, Ramos L, Sánchez J. Confiabilidad de la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS) en pacientes psiquiátricos mexicanos. *Salud Mental* 1988; 11(1):48-54
23. Lara H. Un estudio epidemiológico de las alteraciones del sueño en niños. *Salud Pública de México* 1976; 16(5):721-28
24. Macías G, Verduzco A. Análisis de las características de un grupo de niños con trastorno por déficit de atención. *Salud Pública de México* 1986; 28(3):292-99
25. Kessler RC. Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4):464-74
26. Almeida N. Development and assessment of the QMPI: a Brazilian childrens behavior questionnaire for completion by parents. *Social Psychiatry* 1981; 16(4):205-11
27. Almeida N. Family variables and child mental disorders in a third world urban area (Bahia, Brasil). *Social Psychology* 1984; 19(1):23-30
28. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of Sao Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry* 1987; 22(3):129-38
29. Almeida N, Mari J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB, Busnello E. Estudio multicéntrico de morbilidad psiquiátrica en áreas urbanas brasileiras (Brasilia, Sao Paulo, Porto Alegre). *Rev ABP-APAL* 1992; 14(3):93-104
30. Almeida N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello E. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997; 171:524-29
31. Almeida N, Canino G. Epidemiología psiquiátrica. Definiciones, métodos, investigaciones. En Vidal G, Alarcón R y Lolas F (Eds.) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. Macropedia: 487-501*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1995
32. Horwitz J, Marconi J. Estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la salud mental en Chile. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1967; 13(1):52-58
33. Marconi J. La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1973; (19):17
34. Florezano R, Surruty JE, Jiménez K, Heerlein A, Lavados M, Jadresic E. Estudio de la confiabilidad del diagnóstico de neurosis realizado por médicos generales urbanos (MGU) en consultorio periférico. *Rev Chilena Neuro-psiquiatría* 1978; 16(3):33-36
35. Florezano R, Martínez MA. Características de la estructura de la morbilidad y del funcionamiento de un servicio psiquiátrico ambulatorio en Santiago. 1980 Cuadernos Médico-Sociales 1980; 21(3):36-43
36. Uribe M, Vicente B, Saldivia S, Retamales J, Rioseco P, Boggiano G. Prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario de atención en la comuna de Talcahuano. *Rev psiquiatría* 1992; 9(1):1018-1027
37. Araya R. Psychiatry morbidity in primary health care in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 1994; 165:530-33
38. Florezano R. Frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en salud en Santiago de Chile. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1997; 43(4):283-91
39. Vicente B, Vielma M, Rioseco P. Un programa de epidemiología psiquiátrica para Chile. *Rev Psiquiatría* 1994; 11(4):160-171
40. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Uribe M, Boggiano G, Torres S. Prevalencia de vida de algunos trastornos psiquiátricos en la provincia de Concepción. *Rev Psiquiatría* 1992; 9(1):1050-60
41. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Vielma M, Escobar B, Medina E, Cordero M, Cruzat M, Vicente M. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de seis meses. *Rev Psiquiatría* 1994; 11(4):194-202
42. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Madariaga C, Vielma M, Muñoz M, Reyes L, Tomé M. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la población de 15 años y más de la Provincia de Iquique. *Rev Psiquiatría* 1998; 15(2):59-69
43. Vicente B, Rioseco P, Vielma M, Boggiano G, Silva L, Saldivia S. Prevalencia de vida y seis meses de algunos trastornos psiquiátricos en la Provincia de Cautín-Chile. *Rev Psiquiatría* 2000; 17(2):75-86
44. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de epidemiología psiquiátrica (ECEP). *Rev Medica Chile* 2002; 130:527-536
45. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker CL, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Psychiatric Prevalence Study. British Journal of Psychiatry* 2004; 184:299-305
46. Bravo M, Canino GJ, Bird HR. El DIS en español: su traducción y adaptación en Puerto Rico. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1987; 33(1):27-42
47. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, Sesman M. y Guevara LM. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psych* 1987; 44(8):727-35

48. León CA. El Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia, sus implicaciones para América Latina. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1976; 22(3):167-183
49. León CA. Curso clínico y evaluación de la esquizofrenia en Cali. Un estudio de seguimiento de 10 años. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1986; 32(2):95-136
50. Miguez HA. Apuntes sobre la cultura del guaro. *Acta psiquiátr psicol Am Lat* 1987; 33(2):105-11
51. Miguez H. Hombres y temas en la epidemiología psiquiátrica en América Latina. En: Vidal, Alarcón y Lolas (Eds.) *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo II. Macropedia: 502-503*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1995
52. Barrientos de Llano G. Epidemiología psiquiátrica. *Revista Cubana de Epidemiología en Psiquiatría* 1975; 13(1-2)
53. Barrientos de Llano G. Epidemiología en psiquiatría. *Actualidad en Psiquiatría. Serie: Información Temática*, 1980
54. Ginés A. Desarrollo y ocaso del asilo mental en Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1998; 62(2):37-40
55. Kohn R, Levav I, Alterwain P, Ruocco G, Contera M, Grotta SD. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9(4):211-8
56. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Trastornos mentales en Nicaragua: perspectiva familiar. *Acta psiquiátr Psicol Am Lat* 1992; 38(3):213-22
57. Tansella M y Thornicroft G. *The matrix Mental Health. MATRIX, A manual to improve services*. Cambridge University Press, Cambridge, 1999
58. Lesage AD. Evaluating the closure or downsizing of psychiatric hospitals: social or clinical event? *Epidemiol Psychiatr Soc* 2000; 9(3):163-70