



INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE ENTIDADES PSIQUIATRICAS¹

Dr. Wilbur R. Grimson², Angela C. de Blanco³, Magdalena Estrugamou⁴, Dra. Emilia Lastres⁵, Silvia Necchi⁶,
Dr. Edgar Philippott⁷ y Ana María Teisaire⁸

Esta investigación realizada en Buenos Aires, Argentina, durante 1969 y 1970, en una muestra al azar que comprende 3,357 individuos, determina tasas de prevalencia de retardo mental, epilepsia y alcoholismo, y analiza su distribución según ciertas variables de la estructura social.

Introducción

El estudio del gradiente salud-enfermedad mental de una población puede ser enfocado desde el punto de vista de la epidemiología. Esto consiste en determinar tasas de desorden mental y su relación con sus posibles factores causales y concomitantes en una población delimitada.

Estudios realizados en otros países con el propósito de establecer tasas psiquiátricas en la población general, proporcionan cifras muy variables. Esto se explica por diferencias sustanciales entre los criterios aplicados para definir la enfermedad en cada caso y, también, por el interés prioritario de cada estudio. En este caso se mide la prevalencia de determinadas entidades psiquiátricas con el fin de planificar acciones sanitarias y, al mismo tiempo, analizar su distribución según ciertas variables de la estructura social.

Se han seleccionado tres entidades clínicas: alcoholismo, retardo mental y epilepsia como las que más necesitan medición específica. Este es un informe parcial que se limita a una síntesis de los primeros resul-

tados obtenidos para las tres entidades mencionadas.

Universo de estudio

Este estudio se realizó durante 1969 y 1970, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. La ciudad se continúa en una zona conurbana llamada Gran Buenos Aires, con una población de 8,352,890 habitantes, que representa más de un tercio de la población del país. La Capital Federal tiene 2,972,453 habitantes con una densidad de 15,338 habitantes/km², y es el principal centro comercial, cultural e industrial del país (1).

Desde el punto de vista demográfico, la población de Buenos Aires está formada por un gran porcentaje de migrantes del interior del país atraídos por las posibilidades de trabajo que brindan las industrias. Estos constituyen alrededor del 20% de los residentes de la Capital Federal.

La asistencia psiquiátrica pública de la ciudad de Buenos Aires está a cargo del Instituto Nacional de Salud Mental y de la Municipalidad de dicha ciudad. Del Instituto dependen dos hospitales con un total de 5,938 camas y un centro de salud mental.

En 1969 se registraron 3,130 ingresos hospitalarios, 5,677 consultas de primera vez y 42,969 ulteriores (2). La Municipalidad tiene a su cargo 18 servicios de consultorio externo en hospitales generales y un

¹ Trabajo realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental por la División de Epidemiología Psiquiátrica, Departamento de Estudios Técnicos; Jefe del Departamento, Dr. Oscar R. M. Gils Carbó.

² Jefe de la División de Epidemiología Psiquiátrica, hasta enero de 1971.

³ Psicóloga de la División.

^{4, 5, 6} Sociólogas de la División.

^{7, 8} Médicos de la División.

Asesores: Dr. Natalio Fejerman, Retardo Mental y Epilepsia y Sr. Adolfo Cherny, Metodología.

centro de salud mental. Durante 1969 hubo un total de 14,928 consultas de primera vez y 58,932 ulteriores. Cinco de los servicios hospitalarios cuentan con 79 camas para internación, que en el mismo período registraron 115 ingresos (3).

Según estos datos la ciudad de Buenos Aires cuenta con dos camas psiquiátricas por cada 1,000 habitantes. Sin embargo, esta cifra pierde relevancia ya que muchas de las camas se hallan ocupadas por no residentes de la Capital Federal, debido a la escasez de facilidades psiquiátricas en el interior del país. Con respecto a los recursos provenientes de la práctica privada, no se tienen registros confiables ni completos que permitan evaluarla.

Aspectos metodológicos

Los servicios hospitalarios estatales son utilizados, principalmente, por personas de bajos recursos económicos y no se cuenta con un registro centralizado de patología mental que pueda unificar las prestaciones de servicios de instituciones oficiales y privadas. Es imposible, por lo tanto, realizar un estudio de prevalencia de desórdenes mentales tratados utilizando como fuente de datos los registros hospitalarios.

Este trabajo plantea el estudio de prevalencia psiquiátrica a través de una metodología de uso cada vez más frecuente en el campo de la epidemiología. Esto es, la detección de casos hecha directamente sobre la población general, empleando encuestas domiciliarias aplicadas a una muestra representativa. Se obtienen dos ventajas objetivas: primero, la unificación de criterios psiquiátricos en la determinación y clasificación del caso y, segundo, el carácter de la población, que por ser ya una muestra al azar excluye la posibilidad de sesgos introducidos por factores tales como el acceso a las fuentes del tratamiento, reconocimiento de la enfermedad mental en los distintos grupos sociales, etc.

Además de determinar la prevalencia psiquiátrica, este estudio plantea un diseño de tipo descriptivo para establecer las relaciones que existen entre la aparición de casos y determinadas variables sociales que caracterizan a la población.

Detección de casos

Como punto de partida para detectar casos se utilizan cuestionarios estructurados, que emplean los encuestadores. Este instrumento permite conocer inmediatamente la existencia de casos de alcoholismo, a través de preguntas hechas directamente al sujeto que provee la información necesaria para realizar su diagnóstico.

En retardo mental y epilepsia, como es muy difícil establecer indicadores certeros y representativos únicamente de estas entidades, la encuesta sirve para determinar la presencia de "casos presuntivos", que deben ser luego confirmados o rechazados por un equipo profesional en materia de diagnóstico. En el caso de la epilepsia, este examen es realizado por neurólogos para el estudio de la población adulta y, por pediatras para el estudio de la población infantil. Si es necesario se efectúan registros encefalográficos en un hospital. Los casos presuntivos de retardo mental son entrevistados en su domicilio por pediatras, donde se realiza una historia clínica y un examen neurológico y psicológico. Cuando no se descarta la presunción diagnóstica, son citados al Hospital de Niños, de Buenos Aires, donde se completa el estudio médico iniciado en el domicilio y se los somete a una batería de pruebas e historia psicológica realizados por un psicólogo.

Esta metodología permite realizar la mayor parte de la recolección de datos con personal no profesional debidamente formado para tal fin, lo que redundará en un costo más bajo. La intervención de los profesionales se reduce, ya que se han detectado

previamente los casos presuntivos a través de la encuesta.

Para aumentar la confiabilidad de los datos recogidos en el campo, se realiza la formación de los encuestadores según dos técnicas: a) el aprendizaje de papeles, donde, a través de técnicas psicodramáticas, se elabora la forma de abordar la realización de la encuesta. Su finalidad principal es moldear eficazmente el papel del encuestador que indaga sobre temas psiquiátricos, y b) el adiestramiento directo con la encuesta, que provee un conocimiento exhaustivo del cuestionario y una información general sobre los temas específicos que cubre el estudio.

Posteriormente, se supervisa un porcentaje de las encuestas normales y la totalidad de las encuestas con problemas.

Muestra

Se utiliza una muestra de 1,500 unidades de vivienda, donde fueron encuestados todos los habitantes entre los 3 meses y los 59 años de edad. El estudio de retardo mental cubre la población infantil; la epilepsia se estudia en toda la población y el alcoholismo sólo en el grupo adulto.

El total de viviendas encuestadas es de 1,346 y comprende 2,512 adultos (de 16 a 59 años) y 845 niños (de 3 meses a 15 años).

El porcentaje de rechazos asciende a 3.38.

VARIABLES SOCIALES

La mayoría de los estudios epidemiológicos señalan tasas diferenciales de desorden mental entre distintos grupos sociales. El sexo, la raza, la edad, la ocupación, el grado de organización y desorganización de las áreas estudiadas aparecen asociadas con los trastornos mentales en distintos grados de significación. Así, se pueden mencionar los trabajos de Faris y Dunham en Chicago (4), Hollingshead y Redlich en New Haven (5)

y Dohrenwend en Washington Heighs (6) entre los más importantes realizados en los EUA.

En este trabajo se establece la relación que existe entre epilepsia, alcoholismo, retardo mental y las siguientes variables: sexo, edad, nivel socioeconómico y residencia en villas de emergencia. No se intenta dar una explicación causal de la aparición de estas enfermedades, sino describir la forma en que estas aparecen asociadas con las características de la población recién mencionadas.

Dohrenwend (6) hace una revisión crítica de distintos trabajos donde aparecen relacionados trastornos mentales con cuatro variables fundamentales: edad, sexo, origen étnico y nivel socioeconómico. Llega a la conclusión que la relación verdaderamente significativa se da entre los desórdenes mentales y los diferentes grupos socioeconómicos. En los trastornos mentales que implican una base orgánica la correlación disminuye. Este es el caso de la epilepsia y del retardo mental severo, aunque algunas variables asociadas a nivel socioeconómico, tales como acceso a las facilidades asistenciales o mayor educación en salud, permiten suponer una prevalencia mayor en los niveles socioeconómicos bajos.

Nivel económico social (NES). El NES se refiere a la posición que el individuo ocupa en la estructura social determinada, primordialmente, por el desempeño en el sistema económico a través de su ocupación, la instrumentación que le da el sistema educativo y la posibilidad de adquisición de bienes de cambio o de uso que le proporciona su ingreso. Todo esto ubica al individuo en una escala de posición social dentro de la estructura de la sociedad. Esta dimensión es la que generalmente se utiliza en los estudios de epidemiología psiquiátrica y ha sido sistematizada en la Argentina por Gino Germani, quien provee escalas estandarizadas para categorizar a los individuos (7).

Con respecto a las otras variables sociales utilizadas, sexo y edad son estados adscritos que dividen a la población según diferencias biológicas fácilmente observables. Son criterios básicos para observar la distribución diferencial de las entidades psiquiátricas estudiadas.

Residencia en villas de emergencia. Parte de los migrantes del interior y países limítrofes de escasos recursos se establecen en las llamadas "Villas Miseria", conglomerados de viviendas precarias establecidas en terrenos fiscales. Estas funcionan como lugar de residencia aisladas del vecindario, que no cuentan con servicios públicos como agua corriente, desagües cloacales, luz eléctrica, etc. La marginalidad cultural y económica de esta población determina condiciones favorables para la aparición de problemas psiquiátricos.

Epilepsia

Estimaciones estadísticas efectuadas en otros medios asignan a la epilepsia una tasa aproximada al 0.5% en la población general. Los pediatras, a su vez, señalan que cerca del 5% de la población infantil padece, en algún momento, un episodio convulsivo, aunque las cifras de epilepsia confirmada se mantiene en 0.5%.

En la bibliografía consultada no aparecen estudios epidemiológicos específicos de esta afección sobre la población no tratada, de magnitud o seriedad suficientes como para hacer generalizaciones estadísticas, siendo probable que la prevalencia real llegue a cifras mayores, especialmente si se toman en cuenta las formas clínicas menos típicas o de sintomatología reducida.

La carencia de estudios epidemiológicos en epilepsia justifica su inclusión como tema específico en esta investigación. Desde el punto de vista sanitario, esto se ve reforzado si se tiene en cuenta que un número elevado de casos (cerca del 50%) pertenecería a la forma clínica denominada orgánica, sinto-

mática o vinculada a traumatismos, daños obstétricos o perinatales, infecciones, etc., posibles de evitarse o reducidos significativamente mediante programas sanitarios preventivos (8).

Se considera a la crisis epiléptica como un "accidente", una descarga neuronal excesiva que alcanza a estructuras nerviosas más o menos extensas. Se evidencia por un paroxismo (episodio de comienzo y final brusco de duración limitada) con manifestaciones que afectan principalmente a la conciencia y, generalmente, al tono muscular del sujeto afectado.

Lennox (9) señala cinco rasgos destacables de la crisis:

- 1) Pérdida o perturbación de la conciencia y consiguiente amnesia del episodio.
- 2) Exceso o pérdida del tono muscular o movimientos.
- 3) Alteraciones de las sensaciones, incluyendo alucinaciones de sentidos espaciales.
- 4) Alteraciones del sistema nervioso autónomo, con los consiguientes disturbios vegetativos.
- 5) Otras manifestaciones psíquicas, procesos anormales del pensamiento y conducta.

Este modo de reacción biológica puede aparecer en cualquier individuo en ciertas condiciones de excitación que varían de uno a otro. Esto significa que un individuo puede tener una crisis sin ser necesariamente un enfermo de epilepsia. La enfermedad "epilepsia" podría entonces definirse como la tendencia a la repetición de las crisis anteriormente descritas, es decir, un grupo de estados que respondiendo a procesos patológicos extrínsecos o intrínsecos variados, presentan este modo de reacción: la repetición de los paroxismos epilépticos.

Se busca detectar en los individuos encuestados la aparición de síntomas básicos de las siguientes formas clínicas de epilepsia:

- 1) Gran mal
- 2) Pequeño mal
 - a. tipo ausencia
 - b. tipo akinético
 - c. tipo mioclónico

- 3) Crisis vegetativas
- 4) Crisis parciales:
 - a. motoras
 - b. psicomotoras
 - c. somatosensitivas
 - d. sensoriales
 - e. psíquicas

El cuestionario está preparado según una lista de síntomas claramente definidos, considerados característicos para las formas clínicas más importantes.

Retardo mental

Plantear una investigación sobre retardo mental no es tarea estéril, ya que lleva al conocimiento de la gran importancia social, económica y psicológica del problema y de las posibilidades de solucionarlo a corto y a largo plazo, como también a que la asistencia se adecúe a las necesidades reales de la población. Específicamente en la Argentina no existen datos aproximativos, ni estudios realizados, ni documentación fehaciente acerca del retardo mental y de las características de la población que lo sufre.

Es por esto que se considera apropiado realizar una investigación de prevalencia no tratada y tratada de retardo mental y validar un método que permita evaluar dicha prevalencia.

El concepto de retardo mental es poco preciso. Se lo confunde con enfermedad mental, o lisa y llanamente con *una* enfermedad. Sin embargo, se sabe que no constituye en sí mismo una enfermedad, sino que es más bien una expresión sintomática. Por lo demás, la etiología del retardo mental es conocida sólo en un 20 a un 25% de los casos. Dentro de este porcentaje la mayoría obedece a causas biológicas, mientras que el 75% restante puede ser debido a causas biológicas inciertas o desconocidas, psicosociales o culturales o a una combinación de todas ellas.

El retardo mental es una condición caracterizada por funcionamiento deficitario de las capacidades intelectuales, que lleva a una

desviación en el ajuste social al medio ambiente. En este trabajo se usa la definición de la Asociación Americana de Retardo Mental que dice: "Retardo mental es un funcionamiento intelectual significativamente inferior al normal, que se manifiesta durante el curso del desarrollo y que se traduce por la falta de adecuación en la conducta adaptativa" (10). Esta definición es lo suficientemente descriptiva como para poder brindar una imagen clara del enfoque propuesto.

En la clínica es común observar un gradiente que va desde el caso en que coincide el diagnóstico médico y la imagen social, hasta el caso cuya expresión es tan leve que puede ser prácticamente considerado como normal dentro de una estimación estadística.

Se hace necesario ubicar en una escala diagnóstica al individuo, para lo cual se recurre a la clasificación de grados de retardo mental por cociente intelectual que ha elaborado la OMS. Retardo mental profundo: C.I. (coeficiente intelectual) menor de 20; severo: de 21 a 35; moderado: de 36 a 51; leve: de 52 a 67 y, zona límite: de 68 a 85 (11).

Indudablemente, este último grupo es el que presenta más dificultades en cuanto a su diagnóstico, ya que no presenta sintomatología clínica específica. Es por ello que se lo llama "Subclínico". Sin embargo, se considera útil su inclusión ya que es un grupo con dificultades de aprendizaje que se ve imposibilitado de ajustarse a las normas escolares vigentes y que, en general, aparece ligado a condiciones sociales indigentes.

Las dimensiones que se estudian son las siguientes: 1) Desarrollo y crecimiento evolutivo, donde se observan disuntos aspectos: desarrollo motor, lenguaje, destreza manual, comprensión de órdenes y reconocimiento de objetos, hábitos, control de esfínteres, juego o conducta social e interacción con los otros. 2) Escolaridad, donde se averigua si existe retraso por repetición de grado, abandono de la escuela primaria,

necesidad de ayuda extraescolar permanente y tipo de escuela a la que concurre.

Para cada una de estas dimensiones se elaboran ítems distintos según los grupos de edad de los niños entrevistados.

Alcoholismo

Dentro del vasto campo de la psiquiatría, el alcoholismo tiene destacada preponderancia y prácticamente no hay población, ya sea de extracción urbana, rural o intermedia que no incluya individuos con algún tipo de problema vinculado con la ingestión excesiva o patológica de alcohol.

Este estudio se ocupa de la obtención de tasas de prevalencia de alcoholismo y discrimina categorías de bebedores de acuerdo con el consumo de alcohol: abstemios o individuos sin costumbres alcohólicas, bebedores moderados o sujetos que ingieren alcohol dentro de pautas normales y los que se llaman bebedores problema, categoría que incluye a los bebedores excesivos y a los alcohólicos. Se considera bebedores excesivos a aquellos que exceden los límites previstos para los moderados respecto a cantidad de alcohol ingerida, o bien, en cuanto al número de embriagueces por año. Son considerados alcohólicos quienes, además de las características de los excesivos, presentan algún síntoma de dependencia física hacia el alcohol.

Los datos así obtenidos se correlacionan con el nivel economicosocial, sexo y edad de la población encuestada.

Para el diseño de este estudio se siguen dos líneas de investigación: una, la realizada en Chile y Costa Rica (12), la otra es la seguida por R. Spitzer *et al.*, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Columbia, EUA, que realizan la "Psychiatric Status Schedule" (13). La misma indaga acerca de hábitos de bebida y síntomas de alcoholismo como parte de un estudio más general que abarca otras entidades patológicas. Se destaca el aporte de la en-

cuesta epidemiológica del Dr. José Horwitz *et al.*, en Chile, (14) que, además del alcoholismo, comprende datos sociológicos generales y otras entidades psiquiátricas. En términos generales este trabajo sigue los lineamientos de la investigación chilena, surgiendo divergencias en cuanto a la forma de separar los bebedores normales del grupo de bebedores problema, ya que Horwitz *et al.*, consideran bebedor excesivo a un sujeto que se embriaga más de 11 veces al año, mientras que en este trabajo se establece como límite más de cinco embriagueces por año. Se destaca, por lo demás, que la detección de bebedores problema se ajusta en este trabajo a un puntaje calificador del tipo de respuestas a la encuesta, que emana del diseño operacional usado en esta investigación.

Este estudio del alcoholismo comprende varios aspectos:

- 1) Pautas de bebida (ritmo anual de bebida de la población general).
- 2) Detección de casos.
- 3) Etiología del alcoholismo, y
- 4) Consecuencias del alcoholismo (físicas, psíquicas y sociales).

Este informe preliminar se atiene a los dos primeros aspectos, es decir: al ritmo anual de bebida de la población encuestada y la detección del caso.

Para determinar si el individuo se encuentra en las categorías de bebedor moderado o bebedor problema se utilizan dos dimensiones en un primer paso de la detección:

- 1) Ingesta diaria en los períodos en que bebe, y
- 2) Número de embriagueces por año, de acuerdo con su ritmo anual de bebida.

Para determinar si un sujeto detectado como bebedor problema es excesivo o alcohólico se agregan las siguientes dimensiones: 3) Tiempo que hace que bebe excesivamente. 4) Evidencias de dependencia física (incapacidad de abstenerse de beber, incapacidad de detenerse de beber, síntomas de

privación). 5) Síntomas del proceso patológico del beber (palimpsestos, sed de alcohol, abstinencia del alcohólico, desnutrición del alcohólico, trago en ayunas, embriaguez patológica y ausencias laborales a causa de la bebida). 6) *Delirium tremens*. La categoría residual corresponde al grupo de abstemios.

Estos objetivos determinan una línea de trabajo cuyas hipótesis intentan relacionar la prevalencia por diagnóstico y el nivel socioeconómico de los individuos.

Resultados

El objeto principal de esta investigación está centrado en la obtención de tasas de prevalencia.

Tal como se explicó, en el caso de alcoholismo el diagnóstico se efectúa directamente a través del cuestionario, lo cual no sucede con la epilepsia y retardo mental. En estas entidades clínicas los individuos sospechosos reciben *a posteriori* una confirmación diagnóstica.

En el 37.03% de los casos sospechosos de retardo mental y en el 27.67% de los de epilepsia no se llegó a realizar esta última etapa, por lo cual se los considera "presun-

tivos perdidos". La causa de estos problemas son el cambio de domicilio en el período posterior a la encuesta domiciliaria y el rechazo a toda o a una parte del proceso diagnóstico.

Teniendo en cuenta este hecho, se establecen dos tasas de prevalencia:

1) Tasa de prevalencia confirmada, o sea, el porcentaje que representan los individuos diagnosticados como casos con respecto al total de individuos con diagnóstico conocido.

2) Tasa de prevalencia estimada, en la cual los presuntivos perdidos se consideran como casos confirmados en igual proporción que los resultados obtenidos al efectuar el diagnóstico clínico (cuadro 1).

Comparando las tasas que surgen de este cuadro con las obtenidas en otros países se observa lo siguiente:

En el caso de retardo mental, la tasa general coincide con la informada por el Panel Kennedy (15), que oscila alrededor del 3%, que es mayor que la obtenida por Horwitz *et al.*, en Chile (16), presumiblemente por la aplicación de una metodología diagnóstica distinta.

Para retardo mental severo, A. Kuslick (17) en Inglaterra y E. Grucenberg (18) para EUA informan una tasa que alcanza al

CUADRO 1—Tasas de prevalencia.

Retardo mental						
	General	Profundo	Severo	Moderado	Leve	Limítrofe
Estimada	5.07%	0.23%	0.45%	—	1.71%	2.98%
Confirmada	3.35%	0.12%	0.24%	—	0.99%	1.98%

Epilepsia			
	General	Niños	Adultos
Estimada	1.2%	2.26%	0.91%
Confirmada	0.93%	1.3%	0.8%

Alcoholismo				
	Alcohólicos	Excesivos	Moderados	Abstemios
Mujeres	2.1%	9.6%	68.3%	20%
Varones	12.8%	25.5%	52.6%	9.1%
General	6.7%	16.5%	61.5%	15.3%

0.35% para severos, profundos y moderados, (CI menor de 50) que coincide con la tasa obtenida en este trabajo.

Con respecto al alcoholismo la tasa de prevalencia obtenida en la población general es de 6.7%, resultando sensiblemente más alta que la obtenida por Horwitz *et al.*, (19) en el Gran Santiago, Chile, que alcanza al 5.1% y que la hallada por A. Tarnopolsky *et al.*, (20) en el partido de Lanús (Provincia de Buenos Aires) que es de 2.72%. Se estima que esta diferencia es explicable en parte, porque esta encuesta incluye un mayor número de ítems indicadores de sintomatología de alcoholismo (se agregan los siguientes indicadores: palimpsestos, sed de alcohol, embriaguez patológica, ausencias laborales a causa de la bebida, intentos de abstinencia) y, además, la indagación de la existencia de ellos es efectuada por un encuestador lego adiestrado, no médico. Por otra parte, el hecho previsto en el diseño metodológico de este aspecto de la investigación, que excluye todo contacto posterior con el encuestado y establece un diagnóstico exclusivamente a través de la medición de las respuestas, puede ser significativo, dada la no existencia de constatación posterior de dicho diagnóstico por un equipo médico.

Respecto al ritmo anual de bebida, el más común es el consuetudinario (69.2%), luego los intermitentes (22.3%) y, los individuos que se encuentran en remisión sin especificar tiempo (8.5%). Dentro del grupo de bebedores excesivos y alcohólicos, aumenta el porcentaje de consuetudinarios (81.7%).

La bibliografía consultada sobre epilepsia coincide en informar tasas de 0.55% de epilepsia tratada. A. Tarnopolsky *et al.* (21), encuentran un 1.15% de epilepsia en la población general, lo que es similar a la tasa de 0.93% presentada en este estudio. Esta diferencia con las tasas anteriores se explica por el hecho de que la prevalencia tratada es siempre inferior a la de la población general.

Relación de retardo mental, epilepsia y alcoholismo con aspectos de la estructura social

La edad aparece asociada significativamente con retardo mental y con alcoholismo, no así con epilepsia (cuadro 2).

El mayor porcentaje de casos de retardo mental aparece en el grupo de edad escolar, entre 7 y 12 años. Este resultado ya había sido previsto, puesto que en investigaciones anteriores la escolaridad demostró ser el parámetro más confiable, de manera que al entrar el niño a la escuela recién comienzan a visualizarse las dificultades de aprendizaje, especialmente en los casos de retardo mental no severo. Esto hace pensar que el porcentaje de retardo en esta edad se ve aumentado no por diferencias reales, sino por los distintos indicadores utilizados.

El grupo de edad de 22 a 39 años es el que presenta mayor porcentaje de bebedores problema (excesivos y alcohólicos), debido, tal vez, a que este es el período de vida de mayores tensiones y frustraciones las que pueden predisponer a un consumo excesivo de alcohol para aliviarlas.

La diferencia de sexo es relevante para las tres entidades clínicas, (cuadro 3).

En la población infantil, las mujeres presentan con mayor frecuencia casos de epilepsia, mientras que los casos de retardo mental son más frecuentes entre los varones. Pese a que esto es común a otras investigaciones, hasta el presente no se han hallado explicaciones coincidentes. Se piensa que estos resultados abren posibilidades de estudio para conocer las pautas socioculturales de la población argentina con respecto al sexo.

En la población adulta el comportamiento según el sexo presenta también diferencias en epilepsia y alcoholismo, siendo los varones los que presentan mayor proporción de casos de epilepsia.

En alcoholismo se esperaba un comportamiento diferente entre varones y mujeres con respecto a sus costumbres alcohólicas. En

CUADRO 2—Número de casos según grupos de edad.

A. Edad y epilepsia

Epilepsia	Edad			Total
	3 meses a 15 años (Niños)	16 a 59 años (Adultos)		
Normales	803	2,474		3,277
Confirmados	11	20		31
Total	814	2,494		3,308

 $x^2 = 1.99$; 1 gl, $p > 0.05$

B. Edad y retardo mental

Retardo mental	Edad			Total
	3 meses a 6 años	7 a 12 años	13 a 15 años	
Normales	321	278	179	778
Confirmados	2	22	3	27
Total	223	300	182	805

 $x^2 = 32.15$; 2 gl, $p < 0.01$

C. Edad y alcoholismo

Diagnóstico	Edad			Total
	16 a 21 años	22 a 39 años	40 a 59 años	
Abstemio	72	139	172	383
Moderado	228	600	713	1,541
Excesivo	58	197	159	414
Alcoholico	17	82	70	169
Total	375	1,018	1,114	2,507

 $x^2 = 21.29$; 6 gl, $p < 0.01$

CUADRO 3—Número de casos según el sexo.

A. Sexo y epilepsia

Epilepsia	Sexo			Total	Varones	Mujeres	Total
	Varones	Mujeres	Total				
Normales	1,083	1,391	2,474	387	415	802	
Confirmados	8	12	20	10	1	11	
Total	1,091	1,403	2,494	397	416	813	

Adultos: $x^2 = 0.172$; 1 gl, $p < 0.05$
Niños: $x^2 = 7.929$; 1 gl, $p < 0.01$

B. Sexo y retardo mental

Retardo mental	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	
Normales	370	407	777
Confirmados	20	7	27
Totales	390	414	804

 $x^2 = 7.305$; 1 gl, $p < 0.01$

CUADRO 3 (Continuación)

C. Sexo y alcoholismo

Diagnóstico	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	
Abstemio	99	284	383
Moderado	573	968	1,541
Excesivo	278	136	414
Alcohólico	140	29	169
Total	1,090	1,417	2,507

$$\chi^2 = 274.22; 3 \text{ gl, } p < 0.00001$$

efecto, los varones y las mujeres difieren en cuanto al consumo de alcohol. Los varones constituyen el 82.8% del grupo de alcohólicos y el 67.1% de los excesivos, mientras que las mujeres representan el 62.8% de los moderados y el 74.1% de los abstemios. Esto confirma los resultados obtenidos en

investigaciones anteriores. Una explicación posible de este fenómeno son las distintas normas culturales con respecto a la bebida para cada sexo.

El nivel económico social (NES) es categorizado en tres niveles siendo el I el más bajo, (cuadro 4).

CUADRO 4—Número de casos según el nivel socioeconómico.

A. NES y epilepsia

Epilepsia	NES			Total
	I	II	III	
Normales	1,228	1,622	394	3,244
Confirmados	17	12	2	31
Total	1,245	1,634	396	3,275

$$\chi^2 = 3.91; 2 \text{ gl, } p > 0.05$$

B. NES y retardo mental

Retardo mental	NES			Total
	I	II	III	
Normales	264	360	146	770
Confirmados	20	7	—	27
Total	284	367	146	797

$$\chi^2 = 31.27; 2 \text{ gl, } p < 0.01$$

C. NES y alcoholismo

Diagnóstico	NES			Total
	I	II	III	
Excesivo	145 (64.4)	218 (73.9)	49 (80.3)	412
Alcohólico	80 (35.6)	77 (26.1)	12 (19.7)	169
Total	225 (100)	295 (100)	61 (100)	581

$$\chi^2 = 13.55; 2 \text{ gl, } p < 0.01$$

En el caso de epilepsia, un porcentaje elevado de casos corresponde a la forma clínica sintomática, supuestamente vinculada a otros problemas patológicos tales como complicaciones obstétricas, traumatismos e infecciones. La idea de que muchos de estos problemas pueden aquejar en mayor proporción a grupos de bajo nivel socioeconómico debido a asistencia médica deficiente, llevaba a pensar que en tales grupos la prevalencia podría ser mayor. Sin embargo, si bien los porcentajes muestran una tendencia descendente a medida que aumentan los niveles de NES, no existe asociación significativa.

Se pensaba que la aparición de casos de retardo mental, especialmente los limítrofes, sería más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos. Esto se debería a la carencia de estímulos sensoriales necesarios para un buen crecimiento y maduración. Y, por otra parte, la escuela primaria, concebida para niños de clase media, traería problemas de adaptación a los provenientes de los niveles socioeconómicos bajos. En cambio, el retardo mental severo se distribuiría en forma uniforme en los distintos niveles socioeconómicos. La primera hipótesis es verificada por los datos obtenidos, encontrándose una fuerte asociación inversa entre NES y retardo mental. Con respecto a retardo mental severo, no se puede sacar ninguna conclusión debido a la aparición de muy pocos casos.

Se pensaba que los bebedores problema se distribuirían diferencialmente de acuerdo con el nivel economicosocial concentrándose

el grupo de alcohólicos en el nivel más bajo mientras que los excesivos lo harían en el más alto. La distribución por nivel economicosocial de los bebedores problema confirma esta hipótesis, ya que existe asociación inversa entre NES y grupo de excesivos y alcohólicos. El 35.6% de los individuos de NES más bajo son alcohólicos y sólo el 19.7% pertenecen al nivel más alto. Esto significa que los alcohólicos se concentran en el NES bajo, mientras que la relación con los bebedores excesivos es inversa: constituyen el 80.3% del nivel más alto y el 64.4% del más bajo.

En las villas de emergencia se acentúan las características encontradas en los niveles socioeconómicos bajos con respecto a las entidades estudiadas. Se pensaba que las condiciones de vida de ese sector de la población, entre otras su marginalidad (en su mayoría son migrantes del interior del país o de países limítrofes), su alimentación deficiente, sus escasos recursos asistenciales o la falta de estimulación sensorial, podrían actuar como predisponentes a la aparición de casos en las tres entidades (cuadro 5).

Para retardo mental, 10 de los 20 casos confirmados en el nivel socioeconómico más bajo, o sea el 50% de los mismos, son residentes de villas de emergencia, siendo la asociación entre retardo mental y residencia en villa altamente significativa.

Para alcoholismo también se confirma la hipótesis previa, ya que existe asociación entre diagnóstico y residencia en villa de emergencia. La tasa de prevalencia de alcohólicos es de 20.8%, mientras que en la

CUADRO 5—Número de casos según residencia, o no, en villas de emergencia.

A. Residencia en villas de emergencia y retardo mental

Retardo mental	Villas		Total
	Villa	No villa	
Normales	45	725	770
Confirmados	10	17	27
Total	55	742	797

$\chi^2 = 39.6; 1 \text{ gl}, p < 0.001$

CUADRO 5 (Continuación)

B. Residencia en villas de emergencia y alcoholismo

Diagnóstico	Villas		Total
	Villa	No villa	
Abstemio	33 (19.1)	350 (14.9)	383
Moderado	84 (48.5)	1,457 (62.4)	1,541
Excesivo	20 (11.6)	394 (16.9)	414
Alcohólico	36 (20.8)	133 (5.7)	169
Total	173 (100)	2,334 (100)	2,507

$\chi^2 = 64.07$; 3 gl, $p < 0.01$

población general es de 5.7%. Llama la atención que en las villas se concentran también los abstemios, siendo la tasa de prevalencia de 19.1%, mientras que en la población general es de 14.9%.

Conclusiones

Los aportes de este trabajo son de dos tipos:

a) Desde el punto de vista metodológico, el diseño de cuestionarios administrados por encuestadores legos, que permiten la detección indirecta de casos de retardo mental y epilepsia y, el diagnóstico directo de individuos según sus costumbres alcohólicas en grandes grupos de población.

b) Desde el punto de vista de los resultados, la determinación de tasas de prevalencia de alcoholismo, epilepsia y retardo mental y su asociación con variables sociales sobre una muestra que cubre la totalidad de la población de un área urbana extensa, como es la Capital Federal.

La epilepsia aparece como una entidad fundamentalmente psicobiológica más que sociocultural, ya que no se encuentra asociación significativa con las variables sociales. Sin embargo, esta conclusión podría variar teniendo en cuenta la poca cantidad de casos hallados y la tendencia observada en el análisis de los porcentajes.

La distribución de los casos de retardo mental, especialmente en los casos limítrofes, es el principal hallazgo de esta área. El retardo mental no severo aparece con más frecuencia en los niveles socioeconómicos más bajos, especialmente en las villas de emergencia. La clara evidencia de la asociación entre retardo mental y "villa" abre amplias posibilidades de exploración sobre los factores de socialización que condicionan la aparición del retardo en los niños de villas de emergencia y las alternativas de integración que les ofrece el sistema educativo.

Es importante destacar la predominancia de hombres entre los bebedores problema. De aquí surge un campo de estudio acerca de las distintas normas culturales para cada sexo con relación al consumo de alcohol.

Con respecto al NES, los excesivos son más frecuentes en el NES más alto y los alcohólicos en el NES más bajo, aumentando la prevalencia de estos últimos en las villas de emergencia.

Esto sugiere que las características del NES, a medida que se asciende en él, protegen relativamente al sujeto de las consecuencias de la ingestión excesiva de alcohol. La contrapartida es lo que sucede con los sujetos del NES más bajo que beben excesivamente y donde, debido a sus condiciones de vida (dieta desequilibrada, alimentación

deficiente, etc.), tienen mayor probabilidad de constituirse en alcohólicos.

Resumen

En la ciudad de Buenos Aires se realizó, de 1969 a 1970, un estudio epidemiológico para determinar las tasas de prevalencia de alcoholismo, retardo mental y epilepsia, así como su distribución según el nivel socioeconómico, edad y sexo de la población.

Se empleó el método de la encuesta domiciliaria en 1,500 viviendas seleccionadas al azar, que abarcó un total de 2,512 adultos y 845 niños.

En la población infantil, el retardo mental arrojó una tasa de 3%. Entre los adultos,

el alcoholismo fue de 6.7% y, en la población general, la epilepsia alcanzó a 0.93%.

La edad parece asociarse significativamente con el retardo mental y el alcoholismo, no así con la epilepsia.

La diferencia de sexo es relevante para las tres entidades clínicas, especialmente en el alcoholismo.

El nivel socioeconómico de los individuos demuestra ser la variable de más importancia con respecto a la aparición de casos de retardo mental y alcoholismo, y esta asociación se acentúa al comparar los residentes de las "villas de emergencia" con el resto de la población. □

REFERENCIAS

- (1) Censo Nacional de Población. Dirección Nacional de Estadística y Censos, Buenos Aires, Argentina, 1970.
- (2) Síntesis Estadística Anual 1969. Instituto Nacional de Salud Mental, Buenos Aires, Argentina, 1970.
- (3) Datos proporcionados por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
- (4) Faris, R. y Dunham, W. *Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychosis*. University Press: Chicago, Illinois, 1939.
- (5) Hollingshead, A. y Redlich, F. *Social class and mental illness*. John Wiley and Sons: Nueva York, 1965.
- (6) Dohrenwend, B. *Social status and psychological disorder*. John Wiley and Sons: Nueva York, 1969.
- (7) Germani, G. "Clase social y movilidad social en la Argentina". Publicación Interna del Instituto de Sociología de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Buenos Aires, 1960.
- (8) Ervin, F. *Brain disorders associated with convulsions*. Comprehensive Text-Book of Psychiatry. H. M. Freedman y H. I. Kaplan: Baltimore, Md., EUA, 1967.
- (9) Lennox, H. G. *Epilepsy and related disorders*. Little Brown: Londres, Gran Bretaña, 1960.
- (10) "Report of the American Medical Association of Mental Retardation". *JAMA* 191:13, 1961.
- (11) OMS. *A manual on terminology and classification in mental retardation*. Suplemento del *American Journal of Mental Deficiencies*, 1961.
- (12) Mariátegui, J. y Adis Castro, G. *et al.* "Epidemiología Psiquiátrica en América Latina". *ACTA 2*. Fondo para la Salud Mental, Buenos Aires, Argentina, 1970.
- (13) Spitzer, R. *et al.* *Psychiatric status schedule*. Columbia University: Nueva York, 1966.
- (14) Horwitz, J. *et al.* Encuesta epidemiológica sobre entidades psiquiátricas (Alcoholismo). Servicio Nacional de Salud, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1968.
- (15) Kennedy, J. Message from the President of the United States relative to mental illness and mental retardation, Feb. 5, 1963. 88th Congress, 1st Session, House of Representatives, Document No. 58.
- (16) Mariátegui, J. y Adis Castro, G. *et al.* *Op. cit.*
- (17) Kushlick, A. "The prevalence of recognised mental subnormality of I.Q. among children in the South of England with reference to the demand for places for residential care". International Copenhagen Congress on the Scientific Study of Mental Retardation, Dinamarca, 1964.
- (18) Gruenberg, E. *et al.* "A prevalence study of mental retardation in a metropolitan area". *Amer J Public Health* vol. 46, junio de 1956.
- (19) Mariátegui, J. y Adis Castro, G. *op. cit.*
- (20) Mariátegui, J. y Adis Castro, G. *op. cit.*
- (21) Mariátegui, J. y Adis Castro, G. *op. cit.*

Epidemiologic Survey of psychopathological conditions (Summary)

An epidemiologic study was performed in the City of Buenos Aires during 1969 and 1970, to determine rates of occurrence of alcoholism, mental retardation, and epilepsy, as well as the distribution of these conditions in terms of the population's age, sex, and socio-economic level. A home survey method was applied in 1,500 randomly selected residences; the survey included a total of 2,512 adults and 845 children.

Among children, mental retardation reached a rate of 3 per cent; the rate of alcoholism

among adults was 6.7 per cent, and epilepsy affected 0.93% of all the persons included in the sample. Age seems to play a significant part in mental retardation and alcoholism, but not in epilepsy. Sex was a relevant factor in the incidence of all three conditions, especially alcoholism. The subjects' socioeconomic level proved to be the most important variable with respect to emergence of cases of mental retardation and alcoholism; this association becomes more pronounced when slum dwellers are compared to the rest of the population.

Estudo epidemiológico realizado por entidades psiquiátricas (Resumo)

Um estudo epidemiológico para determinar o índice de prevalência de alcoolismo, retardamento mental e epilepsia, bem como sua distribuição segundo o nível econômico, idade e sexo da população foi realizado na cidade de Buenos Aires, de 1969 a 1970.

Empregou-se o método de pesquisa domiciliar, em 1.500 moradias selecionadas ao acaso, que atingiu um total de 2.512 adultos e 845 crianças.

No que se refere à população infantil o nível de retardamento mental alcançou uma taxa de 3%. Entre os adultos, o alcoolismo foi de 6,7% e, na população geral, a epilepsia chegou a 0,93%.

A idade parece ser um fator que está significativamente associado ao retardamento mental e ao alcoolismo, o que não parece acontecer no caso da epilepsia.

A diferença de sexo é relevante no que diz respeito às três condições clínicas, especialmente o alcoolismo.

O nível socio-econômico dos indivíduos demonstra ser a variável de maior importância com relação à incidência de casos de retardamento mental e alcoolismo, e esta associação se acentua quando se compara os residentes das "cidades de emergência" com o resto da população.

Enquête épidémiologique chez les groupes psychiatriques (Résumé)

Une étude épidémiologique a été effectuée dans la ville de Buenos Aires de 1969 à 1970 afin de déterminer les taux de prévalence de l'alcoolisme, de l'arriération mentale et de l'épilepsie, ainsi que sa répartition suivant le niveau socio-économique, l'âge et le sexe de la population.

L'auteur a employé la méthode de l'enquête domiciliaire dans 1.500 habitations choisies au hasard et portant sur un total de 2.512 adultes et 845 enfants.

Parmi la population infantile, le taux de l'arriération mentale s'est élevé à 3%. Chez les adultes, le taux de l'alcoolisme s'est élevé à

6,7% et dans l'ensemble de la population le taux de l'épilepsie a été de 0,93%.

L'âge semble être lié dans une mesure appréciable à l'arriération mentale et à l'alcoolisme, mais non à l'épilepsie.

La différence de sexe est pertinente aux trois groupes cliniques, en particulier en ce qui concerne l'alcoolisme.

Le niveau socio-économique des personnes s'est révélé être la variable la plus importante en ce qui concerne l'apparition de cas d'arriération mentale et d'alcoolisme, et cette corrélation est plus fréquente lorsque l'on compare les habitants des bidonvilles avec le reste de la population.