



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# 1

## Epidemiología y psicopatología infantil

---

A. Polaino-Lorente y E. Domènech Llaberia

### Introducción conceptual y desarrollo histórico

La epidemiología ha estado reservada durante mucho tiempo al estudio de las enfermedades infecciosas, incorporándose desde hace relativamente poco a la investigación de las enfermedades no infecto-contagiosas. Como tal disciplina fue definida por Lilienfeld (1957), como «el estudio de la distribución de las enfermedades en el tiempo y en el espacio y los factores que influyen en esta distribución». En tanto que ciencia descriptiva, la anterior definición se ha conservado, pero lejos de restringirse a ese recortado ámbito, su horizonte se ha ampliado. Por consiguiente, no se dedica únicamente a investigar la frecuencia y la distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas, a pesar de que esa finalidad sea de mucha utilidad y se enraíce con el tradicional estudio de la historia natural de las enfermedades, iniciado ya en tiempos de Hipócrates (Hamer, 1928). En esta primera perspectiva el concepto de epidemiología estuvo muy vinculado al de epidemia o aparición súbita de enfermedades infecciosas en determinadas poblaciones y momentos históricos. Como ciencia que describía la aparición de enfermedades, acuñó los términos de incidencia y prevalencia, como medidas de la frecuencia de enfermedad. La prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad que se está estudiando en un momento determinado; las medidas de incidencia, en cambio, se refieren al número de nuevos casos de enfermedad que aparecen en un período de tiempo. La incidencia mide la nueva ocu-

rrencia de la enfermedad; la prevalencia, el número de personas que sufren esa patología concreta. La prevalencia depende de la incidencia, pero sus variaciones pueden deberse no sólo a las modificaciones que sufre la incidencia, sino también a los cambios que se producen en la duración de la enfermedad. Estos últimos están en función de la esperanza de vida de los pacientes y de los cambios en la duración del período de recuperación de la enfermedad. Las medidas de incidencia sirven más para la identificación de los factores causales de la enfermedad; la prevalencia, en cambio, suele ser de mayor utilidad para estimar las necesidades asistenciales y para la planificación de los servicios sanitarios. De aquí que las medidas de prevalencia sean más utilizadas en el estudio de las enfermedades crónicas.

Así las cosas, los estudios epidemiológicos consisten, en síntesis, en un ejercicio de medida relativo a la frecuencia de una enfermedad o a la estimación del efecto de los factores a los que las personas están expuestas y por cuya virtud varía la frecuencia de la enfermedad.

Con estos conceptos ha funcionado durante muchas décadas la epidemiología descriptiva, disminuyéndose su relevancia, en la medida que se controlaba con su concurso la frecuencia de las enfermedades infecciosas. La epidemiología descriptiva llegó a convertirse casi en una ciencia esotérica que si no estaba desacreditada como tal, era al menos desconocida, incluso por los propios médicos.

El desafío de la salud se plantea en la actualidad de un modo muy distinto a como se hiciera veinte años atrás. Si entonces las enfermedades infecciosas constituyeron la primera causa de

mortalidad, hoy apenas si consiguen un décimo puesto entre las principales causas que acaban con la vida humana.

A principios de siglo, las cinco enfermedades infecciosas más frecuentes (influenza, neumonía, difteria, tuberculosis y enfermedades gastrointestinales) producían cada año en Estados Unidos 580 muertos por cada 100 000 habitantes. En la actualidad, la tasa de mortalidad para esas mismas enfermedades en aquel país, se sitúa alrededor de 30 por cada 100.000 habitantes. Hoy, las diez principales causas de muerte en Estados Unidos son: enfermedad cardíaca (37,8 %), neoplasias malignas (20,4 %), ataque fulminante (9,6 %), accidentes que no sean de tráfico (2,8 %), influenza y neumonía (2,7 %), accidentes de tráfico (2,6 %), diabetes (1,7 %), cirrosis hepática (1,6 %), arteriosclerosis (1,5 %) y suicidio (1,5 %), según Matarazzo (1984).

Los anteriores datos señalan con convicción que algo ha cambiado profundamente en la patología humana. Nuevos factores, muchos de ellos vinculados a nuestra cultura tecnológica y masificada, han hecho eclosión en la actual sociedad, constituyendo una importante amenaza para la vida del hombre. Forzada por estos cambios, la epidemiología ha tenido también que transformarse, para así adaptarse al estudio de la nueva patología. La epidemiología descriptiva se ha transformado en epidemiología analítica, estudiando no sólo la distribución de una determinada enfermedad en la población, sino también las condiciones psicológicas de esa población, así como los principales factores que influyen en determinadas distribuciones de las enfermedades (Offord, 1985). Esta evolución en la epidemiología era necesaria e inevitable. Repárese en que los principales factores de riesgo de las diez principales enfermedades que causan la muerte son las siguientes: consumo de tabaco, dieta alimentaria, ausencia de ejercicio físico, consumo de alcohol y de otras drogas, hipertensión, estrés, contaminación ambiental y ese vasto conjunto de comportamientos humanos indeseables que en muchos casos si no son la última razón que explica la aparición de una enfermedad, cuando menos hay que convenir que son la razón penúltima (Polaino-Lorente, 1987). Nada de particular tiene entonces que en torno a la epidemiología y diferenciándose de ella, pero incidiendo sobre ella de forma pertinente, hayan surgido nuevos conceptos —hoy totalmente irrenunciables— que sustituyen eficazmente a los agentes patógenos in-

fecciosos de antaño. Nos referimos a conceptos como salud conductual (*behavior health*), conducta patógena (*behavior pathogens*), inmunogénesis conductual (*behavior immunogens*), etc.

No resulta extraño que el concepto de epidemiología haya ido también evolucionando a lo largo de nuestro siglo. Jenicke y Cléroux (1983) han estudiado la reciente evolución en el concepto de epidemiología: Frost (1927) la entendió como la ciencia de las enfermedades infecciosas, poniendo un especial énfasis en las causas de su propagación; Greenwood (1934) insistió más en lo que estas enfermedades tenían en cuanto que fenómeno de masas; Maxcy (1951) añade al viejo concepto de las enfermedades infecciosas el estudio de los estados fisiológicos, en su relación con los diversos factores que los determinan; MacMahon y Pugh (1970) insisten en el estudio de los factores de los que depende, como causas determinantes, la frecuencia de la enfermedad; Morris (1975) subraya la vinculación entre la epidemiología, la medicina preventiva y la salud comunitaria; Neutra (1978) y Ernster (1979) conciben esta ciencia como un método de razonamiento; finalmente, Jenicke (1983) define la epidemiología como «un razonamiento y un método, propios del trabajo objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, que se aplican a la descripción de los fenómenos sanitarios, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los procedimientos de intervención más eficaces».

Desde la perspectiva sociológica, la antigua epidemiología se ocupaba de la salud de las poblaciones, dando lugar a la aparición del concepto de «medicina social», según la afortunada expresión creada en 1848, por el sociólogo francés Guérin. La medicina social fue entendida como la medicina de las personas peor dotadas económicamente, a las que la epidemiología debía estudiar en evitación de las epidemias. Hoy, el viejo término ha sido sustituido por el de «salud comunitaria» —término originado en Quebec—, para significar el conjunto de disciplinas científicas que sin distinción de clase social, tienen por objeto la promoción de la salud en la entera sociedad.

Paralelamente a esta evolución en el estricto ámbito de la medicina general, en psiquiatría se empleó durante muchas décadas el término de «higiene mental», para designar el conjunto de medidas —muchas de ellas, diríamos hoy que comportamentales— que era preciso incorporar para resguardar nuestra salud psíquica. En realidad, el viejo término psiquiátrico y la concepción

que implica generó una eficacia más bien escasa. En la actualidad, la higiene mental ha sido subsumida en la «salud pública comunitaria». No obstante, muchos de los trastornos psicopatológicos y de las enfermedades mentales, por una extraña razón que nadie acaba de explicar, fueron englobadas en las denominadas «enfermedades de la civilización». Acaso bajo este término se escondía subrepticamente un elemento clave: el reconocimiento explícito de que esas alteraciones dependían, en mayor o menor grado, de pautas de comportamiento indeseables muy extendidas en la cultura tecnológica, que conformaban un importante bloque de factores de riesgo, hoy conceptualizado como «estilos de vida».

Ceríamos en un reduccionismo, si limitásemos la indagación epidemiológica a sólo el recuento de la frecuencia y distribución de la patología humana. Es un dato suficientemente comprobado que la epidemiología ha florecido en el estudio de las causas de las enfermedades (Trichopoulos et al., 1985). Es decir, la epidemiología se ha transformado en un poderoso recurso de la investigación etiológica, como se observará en el siguiente epígrafe de este mismo capítulo. En realidad, la contribución de la epidemiología a la etiología se puso de manifiesto desde un principio, a propósito del estudio de las enfermedades infecciosas. De aquí que algunos autores (Trichopoulos et al., 1985) consideren injustificable, desde un punto de vista teórico, la excesiva separación que se ha hecho en lo que atañe a la epidemiología, entre enfermedades infecciosas y no infecciosas. Pues, como señalan los autores, muchos otros factores de tipo ambiental y comportamental están implicados en la etiología de las enfermedades infecciosas; como los agentes infecciosos están también presentes, junto a otros muchos factores comportamentales y ambientales, en la génesis de muchas enfermedades metabólicas, neurológicas y cancerosas. De aquí que esa distinción convenga mantenerla, pero en sus justos límites ya que no está del todo superada.

La preocupación epidemiológica por la etiología se inició después de la II Guerra Mundial, al estudiar las enfermedades agudas y crónicas de naturaleza no infecciosa. El parámetro que entonces fue más relevante consistió en el estudio del riesgo relativo (MacMahon et al., 1970; Miettinen, 1976; Rothman et al., 1979; Breslow et al., 1980). Fue precisamente este esfuerzo por apresar los factores de riesgo, lo que determinó la aparición de procedimientos más sofisticados en el

tratamiento estadístico de los datos y la realización de diseños de investigación más sutiles y rigurosos (Kleinbaum et al., 1982).

Al filo de estos esfuerzos surgió el establecimiento de casos controles (Schlesselman, 1982), para probar la validez de los factores causales en situaciones más naturales. Surgieron también entonces los criterios para la selección de las muestras (Cole, 1979), y el empleo de procedimientos estadísticos más sofisticados (modelo de regresión logística, control de sesgos en estudios retrospectivos y en los estudios de cohortes, determinación de los casos «falsos positivos» y «falsos negativos», control de «confounding», empleo de muestras randomizadas, estudios de casos y testigos emparejados, establecimiento de los intervalos de confianza, análisis multivariado, análisis multimétodo/multirrasgo, etc.), tal y como exigían, de una parte, la causalidad multifactorial de estas enfermedades y, de otra, las interacciones entre los distintos factores ambientales que en la etiología de la enfermedad se concitaban.

Con esto también la epidemiología se ha hecho comportamental (*behavioral epidemiology*), en tanto que sabe que la promoción de la salud (*health promotion*), pasa inevitablemente por el apresamiento e identificación de los factores comportamentales implicados en la etiología de la enfermedad y por la implementación de los cambios comportamentales necesarios para la prevención de la enfermedad.

De este modo, la epidemiología se ha transformado en una ciencia predictiva, ocupándose de determinar los factores de riesgo y estableciendo el control, el manejo y la prevención de las enfermedades (Orvaschel et al., 1986).

Los datos epidemiológicos nos proveen así de la necesaria información, no sólo para la prevención de las enfermedades sino también para la planificación de los servicios sanitarios indispensables. Pero aún entonces, el epidemiólogo debe continuar evaluando, en especial la utilización que el usuario hace de esos servicios, la eficacia terapéutica diferencial de los diversos procedimientos utilizados, etc. (Earls, 1980; Robins, 1978). Además de evaluar cuál es la respuesta al tratamiento empleado, la epidemiología debe valorar también la eficacia de los programas preventivos que diseñe para erradicar una determinada enfermedad. Con todo esto la epidemiología se aproxima mucho a las ciencias experimentales, hasta el punto de que Robins (1978) no tiene inconveniente en emplear el término de epidemiología ex-

perimental (*experimental epidemiology*). Esto quiere decir que, desde la epidemiología, pueden establecerse hipótesis (etiológicas, por ejemplo) y luego tratar de comprobarlas. En realidad nunca dejó de proceder así. Snow en 1855 (*Commonwealth Fund*, 1936) concibió y llevó a cabo una investigación experimental durante la epidemia de cólera, al comprobar la incidencia de la enfermedad, en función del suministro de agua a aquella zona. Eliminando algunas variables irrelevantes para confirmar su hipótesis —entonces sobrestimadas, como clase social, condiciones de hacinamiento y área geográfica—, y evaluando otras que sí eran pertinentes, logró demostrar mediante un experimento controlado que el cólera se distribuía en la población a través del contagio por el agua, treinta años antes de que Koch descubriera el «*cholera vibrio*» (Hill, 1955). Lo que separa y distingue a la actual epidemiología experimental de la de hace más de un siglo es, precisamente, la posibilidad de diseñar hipótesis más sofisticadas y menos naturales que entonces, gracias al concurso de los procedimientos de evaluación y del análisis estadístico de que hoy disponemos.

Gracias a la epidemiología hoy se tiene una concepción más individualizada e independiente de la salud personal y colectiva y menos sometida a la tutela del Estado. Es cierto que la salud, como valor, debe ser parcialmente tutelada por el Estado. Pero dada la etiología multifactorial de las principales causas de mortalidad en la actual sociedad, al Estado, a pesar de manifestarse como *Welfare State*, sólo le compete una función subsidiaria y solidaria con el comportamiento individual y comunitario. Dicho de otro modo, es el individuo el que debe ocuparse responsable y principalmente —aunque no exclusivamente— de su salud. Esto significa que es prioritaria la educación para la salud de nuestros ciudadanos, si de verdad queremos combatir las enfermedades que hoy nos aquejan. Ante la salud, lo mismo que ante la enfermedad, hay una responsabilidad que en parte es individual y en parte colectiva. Y lo que importa es que a la persona, a través de su comportamiento deseable desde un punto de vista sanitario, no se le ampute la dimensión social de su conducta (lo que significaría hacer de la salud un bien individualista), pero tampoco se le ampute (efecto que se obtiene al colectivizar la salud y hacerla depender únicamente del Estado) la dimensión personalista, biográfica y libérrima de los comportamientos que están implicados en

el mantenimiento de la salud individual. En todo esto, directa o indirectamente, están implicados los estudios epidemiológicos (para ampliar la información sobre la responsabilidad frente a la salud, confróntese Polaino-Lorente, 1987, 147-164).

En lo que hemos visto aquí, la epidemiología se nos aparece en su doble dimensión descriptiva y analítica, organizativa y científica, etiológica y clínica, predictiva y experimental, terapéutica y preventiva. La epidemiología así concebida resulta inseparable, aunque distinguible, de la medicina, y esto a pesar de que necesariamente la composición de cualquier equipo epidemiológico tenga que ser multidisciplinario. De aquí que la mejor o peor calidad de la salud pública dependa en una importante cuota de los estudios epidemiológicos. En realidad, podría afirmarse que el nivel de salud de una determinada área geográfica de un país determinado vale tanto cuanto valen los estudios epidemiológicos que en ella se han realizado.

### **Algunos hitos en el desarrollo histórico de la epidemiología**

Una vez que hemos esbozado el marco referencial de la moderna epidemiología, veamos ahora muy sucintamente algunos hitos en su desarrollo histórico.

Según Massé et al. (1976), en el prefacio del libro de Jenicek, aunque oscuro, el primer dato epidemiológico aparece en el libro del Levítico, al establecer las reglas de comportamiento respecto de los leprosos.

Hipócrates introduce los términos de *endemia* y *epidemia*, prolongándose su influencia hasta el Renacimiento, a través de la medicina árabe, y subrayando también el concepto de *constitución* y el de *medicina de la salud pública*, que se prolonga hasta nuestros días. De la Edad Media tenemos escasa información, a no ser a través de la obra de Hecker (1859). Durante el siglo XIX se inicia la investigación epidemiológica de las enfermedades infecciosas transmisibles, a través de autores como Snow (1855) y sus estudios sobre el cólera y Panum, quien hizo la primera encuesta sobre la epidemiología de la rubéola. A comienzos del siglo, Goldberger (1914) demuestra experimentalmente la vinculación entre la pelagra y las deficiencias alimentarias en la dieta (Goldberger, 1914, 1915, 1916, 1920 y 1923). Puede afir-

marse que propiamente el nacimiento de la epidemiología comienza en 1931, cuando Stallybrass sistematiza la metodología y los conocimientos de que hasta entonces se disponía sobre esta ciencia.

La epidemiología psiquiátrica no va a la zaga de la epidemiología de las enfermedades infecciosas. La etapa precientífica se inicia con un sociólogo, Durkheim, quien a finales del siglo XIX estudia la epidemiología del suicidio, revisando las historias de 26.000 suicidas franceses (1897). Otros investigadores comienzan a estudiar la epidemiología de la demencia. Así, Farr (1841), que informa sobre la mortalidad de los lunáticos; Thurnam (1845), que publica un estudio estadístico sobre la insania; Ray (1873), que informa sobre la epidemiología de los trastornos mentales. Esquirol (1838), en Francia, y Maudsley (1872), en Inglaterra, estudian la prevalencia de las enfermedades mentales, considerando que el aumento aparente de estos trastornos se debe al progreso de los tratamientos disponibles. Esquirol hace una crítica atinada de los sesgos que inciden en los procedimientos de muestreo y recomienda el análisis prudencial de los resultados estadísticos obtenidos. Tuke (1878) distingue entre prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales y se plantea el problema de su prevención. Jost (1896), discípulo de Kraepelin, estudia la morbilidad en muestras psiquiátricas, comparándolas con la población general. Naecke (1898) y Jost (1896) estudian problemas epidemiológicos relativos a la parálisis progresiva y a la psiconeurosis, respectivamente. Mientras tanto, Galton desarrollaba los métodos de muestreo y los procedimientos matemáticos para establecer las correlaciones estadísticas. Rüdín (1916) fue el primero en emplear una muestra no seleccionada de pacientes para evaluar el riesgo entre los familiares de los enfermos esquizofrénicos. Luxenberger (1928) utilizó una muestra aleatoria para elegir los sujetos control, además de ocuparse de variables demográficas, psiquiátricas y genéticas en sus estudios epidemiológicos. Klemperer (1933) fue el primero que utilizó estudios de cohortes en el cálculo de tasas de espectancia de enfermedad mental en una población urbana, además de analizar y tratar de resolver los problemas de muestreo y de detección de casos. Lewis (1929) estimó la prevalencia de retraso mental, examinando regiones de Inglaterra y Gales, cada una de ellas con una población aproximada de 100 000 habitantes.

## Perspectiva actual

En los últimos cincuenta años, las investigaciones epidemiológicas en el ámbito de la psiquiatría infantil se han multiplicado más allá de lo que cabría predecir. Basta recordar aquí los estudios descriptivos de Long, quien incorporó por primera vez a estas investigaciones la información proveniente de padres y profesores acerca del comportamiento infantil; las investigaciones de Gledwell (1957), quien a través de inventarios sintomatológicos trató de identificar el comportamiento desviado en la infancia. Otro trabajo que hoy se cita como clásico es el llevado a cabo por Rutter et al. (1970), en la isla de Wight, usando de diseños de doble fase y empleo de cohortes para la evaluación de la prevalencia de los problemas psicopatológicos en la población general. En esta misma línea se incluyen las investigaciones realizadas en el Reino Unido por *The National Child Development Study* (Pringle et al. 1966), o las investigaciones realizadas por Cederblad (1968), Leslie (1974), Richman et al. (1975), etcétera.

Una revisión, desde el punto de vista histórico, de las diversas publicaciones existentes sobre la epidemiología de la morbilidad psiquiátrica, puede encontrarse en Lin et al. (1982). La OMS ha dedicado recientemente dos *Cahiers de Santé Publique* (1983), donde recoge los resultados obtenidos en sus estudios epidemiológicos transculturales sobre la depresión y sobre la salud, en países en vías de desarrollo.

El Instituto de Salud Mental Norteamericano ha multiplicado sus esfuerzos en la última década, desarrollando costosos e importantes programas de investigación epidemiológica en psiquiatría infantil.

Una muestra del esfuerzo realizado en los últimos años se concreta en la edición de numerosas publicaciones, como la *Psychiatric Epidemiology* (Hare y Wing, 1970), la *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry I* (Graham, 1977) y la *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II* (Schmidt, 1983), que respectivamente recogen las aportaciones de los últimos congresos internacionales sobre epidemiología, así como la *Epidemiologic Field Methods in Psychiatry* (1985). Junto a ello pueden recomendarse numerosas monografías, como las de Cooper et al. (1973), Gruenberg, 1980, Beiser (1978), Earls (1980), Chanoit (1985), Jenicek (1983), etc.

Otro buen indicador del entusiasmo por los es-

tudios epidemiológicos es el aluvión de publicaciones que en el ámbito de la psicopatología infantil se está produciendo en la actualidad. Como prueba de ello sirvan las siguientes referencias bibliográficas de algunos de los autores, cuyas publicaciones parecen más pertinentes en este ámbito concreto, durante los dos últimos años: Shen Yu-Cun et al. (1985), Graham (1985), Rutter et al. (1985), Offord (1985), Kaplan et al. (1985), Steffenburg et al. (1986), Garralda et al. (1986), Beitchman et al. (1986).

En la revista *American Journal of Epidemiology*, el lector interesado podrá encontrar también muchas de las investigaciones recientes que avalan el indudable prestigio de los modernos estudios epidemiológicos.

Después de esta breve revisión del estado actual de la epidemiología en psiquiatría infantil, en ningún modo puede concluirse que este ámbito científico ha sido descuidado por los estudiosos.

Si miramos a la bibliografía disponible en castellano, fácilmente se comprenderá que los estudios epidemiológicos relativos a la psicopatología infantil, en nuestro país, son sencillamente inexistentes. Cualquiera que sea la enfermedad o la alteración comportamental que elijamos en España, nos encontraremos con la ausencia de investigación epidemiológica: se ignora por completo la incidencia y la prevalencia de estas alteraciones; se desconocen cuáles son los principales factores de riesgo; hay una ausencia total de programas preventivos desde los cuáles hacer frente a estas alteraciones; hay una carencia de sensibilidad entre los profesionales de la salud que ocupen una avanzada natural desde la que detectar precozmente la aparición de estas patologías y, lo que es peor, no se presupuestan, no se aprueba ningún presupuesto económico para financiar estudios epidemiológicos que puedan poner de manifiesto el estado de la cuestión de muchas de las enfermedades que afectan a la población infantil.

En consecuencia, el diagnóstico clínico individual —al que forzosamente están obligados los profesionales de la salud— funciona en el vacío epidemiológico, al no poder contrastarse con ningún criterio matemático o estadístico, operacional y lógico, que esté referido a la población española.

Esta penuria nacional —salvo excepciones, Pelechano (1979), Rodríguez Martos (1980 y 1986), etc.— choca frontalmente con los datos en cir-

culación en los países europeos y americanos.

Así, por ejemplo, se han establecido como objetivos prioritarios en la investigación epidemiológica para la década 1980-1990, en la población canadiense, la evaluación de la salud infantil respecto de los factores sociales y el efecto de la agresividad hacia sí mismo y hacia los demás (*Direction des programmes de recherche*, 1977, y *Conseil de la recherche en Santé* de Quebec, 1977). Las anteriores prioridades subrayan y ponen de manifiesto la importancia que tiene la enfermedad depresiva.

El Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (1978) ha calculado los años potenciales de vida perdidos que pueden atribuirse al suicidio. Por esta causa se estima en una proporción del 4,4 % el total de años potenciales perdidos de vida humana.

Más convincentes son los datos obtenidos por Shepherd (1981), quien ha demostrado que el 14 % de las personas que visitan al médico general en Inglaterra, padecen algún trastorno mental, a pesar de lo cual sólo una de cada veinte recibe atención por un especialista. En realidad, con los medios actualmente disponibles en España, nos veríamos impotentes para contestar a las siguientes preguntas propuestas por Shepherd: ¿Qué tipo de dificultad o de enfermedad mental es hoy más frecuente entre la población infantil? ¿Hasta qué punto puede hablarse de enfermedad o no? ¿Dónde y cómo podemos identificar a los pacientes infantiles que sufren estas alteraciones?

Y, sin embargo, debiéramos poder ofrecer una respuesta puntual a estos interrogantes, de haber seguido las recomendaciones que, hace ya más de cincuenta años, fueron aconsejadas por el comité de expertos de la OMS.

Ese retraso en la incorporación de la población española a los estudios epidemiológicos, ha permitido injustamente que la psicopatología infantil continúe encerrada herméticamente en el ghetto de la alineación mental, bien por ignorarse totalmente la incidencia de estas alteraciones o bien por recluirse a los pacientes en el medio hospitalario, cuando por diagnosticarse tardíamente, la hospitalización se nos ofrece como uno de los pocos recursos disponibles. La única vía para salir de este injusto ghetto forzosamente pasa por los estudios epidemiológicos extramuros del ámbito hospitalario (Chanoit, 1985).

Parece llegada la hora de relanzar estas investigaciones, en el ámbito de la psicopatología infantil, de manera que se introduzcan en las guar-

derías, en las escuelas, en las universidades. La predicción de su eficacia está asegurada por un buen elenco de indicadores que resumimos a continuación: el progreso en la identificación y clasificación de los trastornos depresivos; la posibilidad de utilizar procedimientos escalares, observacionales y clínicos para la detección y el diagnóstico precoz de estas alteraciones; la eficacia de paquetes de intervención terapéutica muy variados, como el uso de psicofármacos y de terapias cognitivas y comportamentales; etc. Hay muchos factores que auguran un prestigioso futuro en la lucha contra la depresión infantil y juvenil, patología que según parece, desgraciadamente, está tan extendida entre la población española.

Acaso por éstas y otras muchas razones, es por lo que este equipo de investigación se dedicó a poner sobre sus espaldas la pesada responsabilidad de acometer la investigación epidemiológica de la depresión infantil en España, en niños de 8 a 11 años de edad, sin ningún recurso económico, pero con todas las ilusiones que se requerían para ello.

## Epidemiología y causalidad en psicopatología

Los estudios epidemiológicos no se reducen a un mero recuento de la frecuencia de la enfermedad en una determinada población, aunque el conocimiento de esa frecuencia pueda ser útil para la investigación de la causalidad de esa enfermedad. Bastaría con comparar la frecuencia de la enfermedad de las personas que han estado expuestas a determinados factores, con la frecuencia de la enfermedad en las que no lo han estado, para determinar qué tipo de asociación puede establecerse —en cierto modo de tipo causal—, entre la exposición a esos factores y la frecuencia de la enfermedad. La comparación absoluta se establece restando la frecuencia de enfermedad en los no expuestos (*incidencia acumulada*). Para obtener la *comparación relativa* basta dividir la frecuencia de enfermedad en los expuestos y en los no expuestos. Las comparaciones relativas son más aconsejables en los estudios de investigación, puesto que a su través puede obtenerse el *riesgo relativo* o la *razón de tasas* de la enfermedad. Cuando las poblaciones sometidas a este tipo de investigación están estandarizadas o normalizadas, mejora la validez resultante en las comparaciones.

La *razón de morbilidad normalizada* expresa la razón del número de casos observados respecto de los esperados, expresándose como un porcentaje. Otro indicador vinculado con la causalidad es el denominado *fracción etiológica*, un concepto éste que puede utilizarse cuando hay indicios bien probados de que la asociación observada entre determinados fenómenos es de tipo causal. La fracción etiológica traduce la parte de frecuencia de enfermedad que desaparecería en el grupo expuesto si en éste descendiese la incidencia de dicha enfermedad al nivel que se presenta en el grupo no expuesto.

Una asociación entre fenómenos se estima que es de estirpe causal, cuando una disminución en la frecuencia de una característica específica en algunos individuos o en su medio ambiente, se sigue de una reducción en la incidencia de la enfermedad.

Se entiende por *indicador de riesgo* aquel factor (personal o ambiental) que asociado a una determinada enfermedad, hace que la presencia de la enfermedad sea más frecuente en aquellas personas que poseen ese factor, que en las que no lo poseen, siempre que la presencialidad de ese factor anteceda a la aparición de la enfermedad. Los indicadores de riesgo son de gran utilidad para identificar a las *poblaciones de alto riesgo*, que son los inmediatos destinatarios de los programas preventivos. Ahora bien un indicador de riesgo no es sinónimo de una causa etiológica. Las causas etiológicas suponen siempre una cierta determinación y la certeza de que la enfermedad es suscitada por ellas. Los indicadores de riesgo, en cambio, únicamente condicionan, en mayor o menor grado, la aparición de la enfermedad y por consiguiente no son determinantes sino condicionantes, operando al nivel de la presunción y de la probabilidad estadística. El más débil significado causal de los indicadores de riesgo no permite descalificarlos como lo que son: indicadores, siempre útiles a la explicación etiológica de las enfermedades, a pesar de que su acción final resultante esté modulada, en función de que concurren otros muchos factores en la suscitación de la enfermedad, así como dependiendo del juego de las interacciones entre todos ellos (sinergias, antagonismos, potenciación, atenuación, etc.).

En las investigaciones epidemiológicas es más riguroso y útil hablar de *redes causales* que de factores causales. Esta opción es todavía más preferencial cuando se aplica a la epidemiología psi-



quiátrica, ya que, como es sabido, estas alteraciones tienen una etiología multifactorial.

En cualquier caso, la determinación de los indicadores de riesgo es de mucha utilidad, y no debe minimizarse su eficacia sobre todo en lo que atañe al diseño de *programas preventivos*. En muchos casos podría ocurrir que aunque dos o tres indicadores de riesgo, independientemente considerados, no constituyan una causa necesaria y suficiente para la aparición de una determinada enfermedad, no obstante, su asociación concomitante hace que dejen de ser factores etiológicos complementarios para transformarse en una real y eficaz causa suficiente y necesaria para la aparición de la enfermedad.

De todas formas, en este ámbito de la etiología epidemiológica nos movemos siempre en un horizonte probabilístico. Tanto porque esos indicadores de riesgo no tienen una total *validez predictiva* (probabilidad etiológica), como porque el conocimiento de la etiología de esas alteraciones psicopatológicas no es completo (etiología probabilística).

En otras circunstancias, los indicadores de riesgo pueden estimarse como *variables moduladoras intervinientes* que amenguan o acrecen la función causal de otros factores mejor conocidos y más directamente responsables de la aparición de la enfermedad.

En última instancia, supondría un importante sesgo y un flaco servicio a la investigación etiológica en psicopatología, subestimar la relevancia de estos indicadores de riesgo.

Es un hecho admitido por la mayor parte de los autores contemporáneos, que los indicadores de riesgo funcionan como descriptores que acotan, establecen y configuran a las poblaciones de alto riesgo, cuya identificación tanta importancia tiene para los estudios epidemiológicos y para la clínica.

No será redundante recordar aquí, una vez más, que en las investigaciones epidemiológicas, más focalizadas al problema de la etiología, cabe establecer hipótesis que más tarde podrán o no confirmarse. En la formulación de *hipótesis etiológicas* deben aquí observarse los mismos criterios que para la investigación experimental, que siguiendo a Buck (1975), resumo a continuación: deben estar fundamentadas en observaciones anteriores, ser predictivas y ser continuidad de las hipótesis precedentes, anteriormente verificadas. Sólo así la investigación de un factor causal satisfará también los elementos implicados en el ra-

zonamiento causal, formulados por Evans (1978): el factor debe poder aislarse, aunque se admite en el mismo un gradiente cuantitativo; el factor debe estar constantemente presente en todos los pacientes y, en lo posible, haber sido probada su acción en el ámbito experimental; y la presencia del factor debe relacionarse también con la medida de la morbilidad, de la mortalidad y de la esperanza de vida.

Con todo ello resulta muy difícil la investigación etiológica en epidemiología, pues hay que demostrar la existencia de una relación de causa a efecto entre ciertos factores y la aparición de la enfermedad. Esto significa, siguiendo a Evans (1978), que el factor debe estar presente en el enfermo, quien debe haberse expuesto a su acción antes de la aparición de la enfermedad; que la gravedad de su enfermedad es susceptible de explicarse en función de la intensidad y duración de su exposición a ese factor; que es explicable el estado psicopatológico resultante por la acción de ese factor asociado o no a otros factores; y que la aparición de la enfermedad se ha demostrado que no depende ni del azar ni de otros factores concomitantes.

La satisfacción de estos requisitos no siempre es posible. Es necesario demostrar el lugar que ocupa el factor en la secuencia temporal anterior a la emergencia de la enfermedad; hay que evaluar la intensidad de la vinculación entre el factor y su efecto en esa relación causal, así como su constancia y, en caso de que sea posible, su replicación experimental o cuasi experimental; hay que probar la especificidad de la vinculación y su exclusividad frente a otras variables intervinientes; y, por último, los resultados a los que se llegue, han de ser coherentes con los actuales conocimientos psicobiológicos y deben ser aceptados por la comunidad científica.

A pesar de éstas y otras muchas dificultades, contamos con muchos y variados procedimientos para desenmarañar las intrincadas conexiones entre los variados factores de riesgo (procedimientos analógicos, de concordancia, de variación concomitante y diferencial, etc.), como han puesto de manifiesto MacMahon et al. (1970).

Por otra parte, el concepto de *riesgo etiológico* en epidemiología no es unívoco, pudiendo diferenciarse entre *riesgo atribuible*, *riesgo residual*, *riesgo relativo* y *riesgo individual*, lo que añade una mayor complejidad al estudio de estos problemas.

El estudio de la causalidad también se ve afectado

tado por la elección del procedimiento empleado (prospectivo o retrospectivo), por la selección de los grupos testigos y de la muestra a estudiar, por la toma de decisiones respecto de los instrumentos a emplear en la evaluación, así como por la sensibilidad de los mismos, etc.

A pesar de todo esto, es un hecho cierto, qué duda cabe, que la epidemiología puede contribuir de forma muy importante al estudio de la etiología de las alteraciones psicopatológicas, a pesar de que en éstas sea muy difícil determinar cuál es la causa mínima y suficiente que las produce. Ya se observa que el razonamiento causal que se aplicó en el estudio de las enfermedades infecciosas, tropieza aquí con dificultades sin cuento, que hacen de él un procedimiento insatisfactorio.

En la epidemiología nos encontramos siempre con modelos complejos de análisis causal, aun cuando las variables dependientes (explicables) y las independientes (explicativas) estén bien definidas y puedan ser cuantificables, tal y como han puesto de manifiesto Brown et al. (1973) y Paykel (1978). En otras circunstancias, la cuantificación de estas variables resulta más difícil, como sucede, por ejemplo, con la evaluación del estrés. Aunque el concepto de epidemia no deba aplicarse a la psicopatología con el mismo significado con que se califican las enfermedades infecciosas, no obstante, también en el ámbito que nos ocupa puede aparecer la eclosión de manifestaciones patológicas generalizadas como, por ejemplo, el consumo de drogas (De Alarcón, 1969; Hughes et al., 1973), o las manifestaciones esporádicas y excepcionales de histeria colectiva (Levine, 1977).

Otra dificultad que se añade a las anteriores en las investigaciones etiológicas está representada por la influencia de *factores predisponentes*, vinculados o no a una causalidad genética (Schull et al., 1980), *factores precipitantes* (Lilienfeld, 1980) y *factores desencadenantes*. Esta constelación multifactorial exige el empleo de procedimientos de análisis estadístico multivariado, lo que incrementa la complejidad de las investigaciones.

Los criterios diagnósticos, aunque recientemente han sido operacionalmente establecidos (DSM-III), deben ser corregidos en función de la *sensibilidad* y de la *especificidad* de los procedimientos diagnósticos que se utilizan (Copeland et al., 1977). A todo lo anterior hay que sumar la *evaluación de los contextos sociales* que tanta importancia tienen —a veces incluso son determinan-

tes— en la etiología de los trastornos psicopatológicos.

Este enjambre de variables, muy difícilmente sistematizables, probablemente pueda cuantificarse en el futuro, gracias al desarrollo de modelos matemáticos y de simulación (Fox et al., 1970), a los que tanto está contribuyendo el actual despegue tecnológico de la informática.

Es cierto que las indagaciones etiológicas pueden beneficiarse también con los resultados allegados por otras investigaciones epidemiológicas de estirpe no estrictamente causal.

Me refiero, por ejemplo, a la evaluación de programas de salud (Fleiss et al. 1976; Polaino-Lorente, 1987), a los procedimientos cuasi-experimentales aplicados en la evaluación del efecto terapéutico de determinados procedimientos (Schulz et al., 1981), a las medidas preventivas tendentes a disminuir el riesgo de suicidio (Miettinen, 1976; Polaino-Lorente, 1987), u otras todavía más complejas, pero también más importantes, encaminadas a «inmunizar» específicamente a la población contra esta o aquella alteración psicopatológica (Apolito, 1978).

Por último, nos limitaremos a señalar algunos de los errores en que con mayor frecuencia se incurre en las investigaciones etiológicas en epidemiología.

En primer lugar, el renunciar con demasiada prontitud al estudio de los *factores psicosociales* en la etiología de las enfermedades. Como hemos visto líneas atrás, resultan difíciles pero no imposibles de apresar por las investigaciones epidemiológicas. Es cierto, que no es fácil conocer bajo qué condiciones una asociación entre dos fenómenos puede establecerse como una relación causal entre ellos. Pero no es menos cierto que en relación con la psicopatología, los factores psicosociales pueden actuar directa o indirectamente como factores causales. Lo menos frecuente es que estos factores actúen por sí mismos, directa e inmediatamente, como factores causales. Sin embargo, lo usual es que los factores psicosociales sustenten entre sus redes las verdaderas causas de esas alteraciones, que resistiéndose a ser apresadas de forma inmediata, difícilmente se desvelarán a no ser tras el estudio de los factores psicosociales, en cuyas redes están enmarañadas.

Otro error proviene de los *artefactos de medida*, especialmente frecuente cuando se trabaja con procedimientos de observación y registro comportamental. Es lo que sucede cuando se toma como criterio de inclusión diagnóstica determina-

do valor en la línea base comportamental. Si la línea base no se ha establecido, tras las suficientes sesiones de observación, y el comportamiento observado es muy versátil, los datos resultantes pueden ser falseables. Algo parecido sucede cuando el establecimiento de la línea base se ha llevado a cabo sin tener en cuenta los *contextos* —que suelen ser una importante fuente de variabilidad—, en que tal conducta se produce. Esto es lo que sucede, según la experiencia de uno de nosotros, en el caso, por ejemplo, del autismo infantil (Polaino-Lorente, 1982).

Otra dificultad consiste en no confundir las posibles *variables contaminantes* con las variables elegidas para el diseño o cuando no se logra diferenciar suficientemente unas de otras, de manera que depurando éstas de aquéllas, se salve el obstáculo. La intervención de cualquier variable contaminante hace sentir su peso sobre las variables dependientes o independientes, de manera que éstas finalmente devienen en variables contaminadas. Es preciso tener en cuenta, además, las diferencias conceptuales existentes entre *hipótesis causales, inferencias, atribuciones y predicciones*. Ciertamente que entre estos cuatro conceptos existen de hecho algunas vinculaciones, pero importa mucho diferenciarlos —sobre todo en el momento de interpretar los resultados obtenidos—, de manera que no se contaminen los resultados por ese error interpretativo. Por último, en la investigación de cualquier hipótesis causal no basta con analizar si ésta se verifica o no en la investigación realizada. Es preciso, además, tratar de explicar los resultados obtenidos, confrontando el *alcance explicativo* de la hipótesis causal que se diseñó con el que pudieran ofrecer otras hipótesis alternativas explicativas. En el peor de los casos, si las hipótesis alternativas formuladas tienen mayor alcance explicativo que la hipótesis causal, inicialmente postulada, siempre cabe diseñar nuevas investigaciones, apoyándose en los resultados obtenidos de manera que permitan verificar o refutar la validez de aquellas. En el mejor de los casos, las hipótesis alternativas formuladas tendrán un menor alcance explicativo y una menor *validez predictiva* que las hipótesis inicialmente concebidas.

Finalmente, en las investigaciones causales es absolutamente imprescindible elegir de forma innovadora y originaria las variables con que se va a trabajar, distanciándose, en algunos casos, de aquellas otras que por haber sido estudiadas por otros investigadores, se nos ofrecen como supues-

tamente comprobadas. Este es el caso, por poner un ejemplo, de lo que ocurrió con el trabajo de Rutter et al. (1970), posteriormente replicado y refutado por Steinhausen et al. (1983), en lo referente a los efectos que la emigración tiene sobre el desarrollo y la prevalencia de alteraciones psiquiátricas infantiles.

En este caso, contra lo que se venía afirmando la emigración por sí sola no constituye un factor causal de las alteraciones psicopatológicas en la infancia. La emigración se presenta sólo como un marco referencial en cuyo seno anidan los auténticos factores causales determinantes de esos trastornos.

En la investigación de Steinhausen et al. (1983), las variables que demostraron ser más relevantes fueron indicadores de psicopatología familiar tales como trastornos en el comportamiento parental y en las relaciones entre los esposos, alteraciones emocionales en la madre y otros problemas familiares. Por contra, otras variables tradicionalmente investigadas y supuestamente responsables de las alteraciones psicopatológicas en los niños de familias emigrantes, como número de emigraciones y gravedad del trastorno infantil, lugar de nacimiento y amplitud de la residencia en el país al que se emigró, no fueron pertinentes para explicar esas alteraciones, dada la escasa significación estadística que arrojaron los resultados. Algo parecido sucedió respecto de otras variables que también habían sido tradicionalmente estudiadas y tal vez magnificadas en su significado, como el nivel socioeconómico de la familia emigrada, evaluado a través del tamaño del apartamento, nivel de ingresos, tamaño de la familia, etc. Por contra, fueron en cambio variables significativas otras que hasta fecha relativamente reciente habían pasado inadvertidas como, por ejemplo, las relativas al empleo o no de la madre fuera del hogar, a las relaciones conyugales y al estado emocional de la madre. Estas últimas se revelaron como factores causales respecto de los trastornos psicopatológicos infantiles; no así, en cambio, las relativas al nivel de empleo de los padres.

En síntesis, en este trabajo se prueba, contra lo que se había venido sosteniendo que, por sí misma, la emigración no constituye un particular factor estresante de la población infantil estudiada. Tal aserto sólo ha podido probarse gracias a la elección, de forma innovadora, de variables que habían pasado inadvertidas en otras investigaciones consideradas como tradicionales.

## Objetivos de la epidemiología

Las investigaciones epidemiológicas —lo hemos visto anteriormente— pueden diseñarse para tratar de satisfacer objetivos muy diferentes: frecuencia y distribución de una determinada enfermedad, determinación de poblaciones de alto riesgo, detección precoz de algunas patologías, investigación etiológica, ensayos clínicos, evaluación de programas preventivos, prevención de la salud comunitaria, etc.

En 1960, el VIII Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS especificaba los objetivos propios de la epidemiología. «La investigación epidemiológica —podía leerse en su informe— tiene por misión descubrir los indicios sobre la causalidad de las enfermedades. La comparación de la historia patológica de grupos humanos, en el tiempo y en el espacio, en función del sexo, la edad, la profesión y la situación social, debe permitir definir y enfrentar subgrupos que son entre ellos análogos en muchas de estas variables y diferentes en uno o dos variables. De esta suerte se pueden identificar las categorías sociales u otras que sean más relevantes, y desvelar los factores etiológicos capaces de explicar, para cada caso, su propia vulnerabilidad a la enfermedad o las formas bajo las cuáles se manifiesta la morbilidad» (Reid, 1960).

Cooper y Shepherd (1971) sintetizaban, a grandes rasgos, los objetivos de la epidemiología en los tres bloques siguientes: planeamiento de servicios médicos, aspectos clínicos de las enfermedades e investigación científica de la etiología.

Obviamente, el vasto espectro de los objetivos epidemiológicos se ha ido ensanchando paulatinamente, en la medida que los métodos de investigación se han ido perfeccionando, hasta el punto de aparecer hoy como un ambicioso reto en cuya conquista está intensamente implicada la salud de la comunidad.

De ahí, que los objetivos anteriormente citados constituyan en la actualidad apenas una empobrecida caricatura de lo que cabe esperar de las futuras investigaciones epidemiológicas.

La determinación rigurosa de los objetivos que se persigue alcanzar es de vital importancia, por cuanto que de ella depende el diseño y programación de los trabajos que deben realizarse. No resulta extraño que el estudio de estos objetivos se haya incorporado desde fecha reciente, con todo derecho, como una materia que es preciso in-

cluir en el *curriculum* de los estudios de medicina (Shah et al., 1980).

Las mismas encuestas epidemiológicas pueden clasificarse, en función de los objetivos, del modo siguiente: a) según la actitud del investigador: por observación y por ensayos experimentales; b) según el procedimiento lógico utilizado: estudios inductivos y deductivos; c) según la forma en que se establece la comparación: estudios de casos testigos (retrospectivos) y estudios prospectivos verdaderos e históricos; d) según la fluctuación de los sujetos en los grupos: estudios puros y mixtos; y e) según la duración, el número de cohortes y el número de exámenes consecutivos practicados: estudios transversales, longitudinales y semilongitudinales.

En los *estudios transversales* se evalúa una o varias cohortes al mismo tiempo, en un momento determinado, obteniéndose una instantánea de la situación epidemiológica. Este tipo de estudios se aplican también en las investigaciones retrospectivas. Tienen la ventaja de que son fáciles y rápidos de organizar, de que la información obtenida es inmediatamente disponible y utilizable, y que su coste suele ser reducido. Tiene, en cambio, el inconveniente que el alcance de los resultados obtenidos es de una riqueza más bien limitada.

Los *estudios longitudinales* se basan en exámenes periódicos y repetidos en una cohorte. Casi todas las investigaciones prospectivas se realizan con estudios longitudinales. Tienen la ventaja de que sus resultados son más rigurosos y precisos; pero tienen el inconveniente de ser más costosos y de exigir una organización mucho más compleja, demandándose una mayor cooperación a la población estudiada.

Los estudios longitudinales se basan en la evaluación periódica de varias cohortes, de forma longitudinal a través de un intervalo de tiempo constante. En unos casos, los sujetos que constituyen las cohortes no varían a lo largo de toda la investigación; en otras circunstancias, hay sujetos que abandonan la cohorte, que son sustituidos por otros nuevos.

La organización de un estudio epidemiológico depende, como acabamos de ver, de los objetivos que se persigan, pero también de los medios de que se disponga, de la información que sea requerida y de la urgencia de las necesidades que se pretenden satisfacer.

En líneas generales, la organización de un estudio epidemiológico abarca cuatro etapas fun-

damentales: *etapa descriptiva*, en la que se identifica un problema, se confirma la homogeneidad de los acontecimientos, se identifican todos los casos existentes describiéndose sus características específicas (descripción del caso) y se investigan las formas de aparición y su tendencia a propagarse; *etapa analítica*, en la que se formula una hipótesis, frecuentemente vinculada con la causalidad etiológica; *etapa experimental*, en la que se verifica la hipótesis por observación o por ensayo; y *etapa final interpretativa*, en la que se evalúan y discuten los resultados obtenidos y se redacta el informe y las conclusiones.

En realidad, la organización de un estudio epidemiológico difiere mucho en función de que la investigación que se pretende realizar sea descriptiva o analítica.

Sintetizamos a continuación el *organigrama de los estudios descriptivos* en epidemiología, siguiendo a Jenicek (1983):

I. Identificación de la población de alto riesgo.

II. Definición de la enfermedad objeto de estudio y establecimiento de los criterios de normalidad, de los signos y de los instrumentos a emplear.

III. Elección de las variables del estudio, de las escalas de clasificación y de la estandarización de las variables (características de las variables, posibles relaciones entre ellas, etc.).

IV. Selección de las fuentes de información y de las técnicas de medida.

V. Establecimiento de los indicadores epidemiológicos:

A. Características epidemiológicas de la enfermedad: prevalencia, incidencia, duración, mortalidad, letalidad, severidad e importancia relativa con respecto a otras enfermedades.

B. Establecimiento de un cuadro de propagación de la enfermedad, según: 1) características personales (demográficas, familiares, endógenas y/o hereditarias, ontogenéticas y estilo de vida); 2) características temporales, y 3) características especiales.

VI. Comparación con las características e indicadores ya conocidos de la enfermedad.

VII. Comprobación de que el estudio no se ha desviado del cumplimiento de los objetivos propuestos.

Los estudios epidemiológicos descriptivos tienen la ventaja de que son fáciles y rápidos de rea-

lizar, pudiéndose utilizar con facilidad los servicios disponibles, y generan abundantes hipótesis. Tienen, en cambio, los inconvenientes siguientes: la imposibilidad de establecer relaciones causales y el escaso alcance predictivo de sus resultados.

Sintetizamos a continuación, siguiendo a Jenicek (1983), el *organigrama* sumario para los *estudios epidemiológicos de tipo analítico*:

I. Formulación de hipótesis.

II. Definición rigurosa de todas las variables.

III. Elección del tipo de estudio que se va a realizar (prospectivo, retrospectivo).

IV. Previsión de los factores intervinientes y de los sesgos.

V. Identificación de los factores controlables y no controlables.

VI. Formulación del plan y de la encuesta a seguir.

VII. Establecimiento del modo de coleccionar y clasificar el material.

VIII. Reconsideración del riesgo derivado de los controles y de los sesgos.

IX. Verificar el impacto de los no-respondentes y ajustar y completar el diseño.

X. Ajuste de las estimaciones, en función de la validez del diagnóstico.

XI. Análisis estadístico de los resultados.

XII. Revisar el riesgo que producen los sesgos.

XIII. Evaluación de los resultados, según los criterios del juicio causal.

XIV. Interpretar y explicar los resultados.

XV. Completar el análisis a través de procedimientos observacionales y, si fuese posible y/o necesario, mediante un estudio experimental.

Los estudios analíticos tienen el inconveniente de que su realización lleva más tiempo y es más cara; pero tienen la ventaja de que los resultados obtenidos son más rigurosos, de que su alcance explicativo es mayor, hasta el punto de poder develar las reales razones etiológicas que causan las enfermedades, y que su validez predictiva va mucho más allá de la alcanzada por los estudios descriptivos. En este ámbito de la epidemiología analítica, los estudios prospectivos van por delante de los retrospectivos, por su fiabilidad en la estimación directa del riesgo. Sin embargo, los estudios retrospectivos, aunque suelen tener menor validez, por la economía de tiempo y de medios que suponen, continúan empleándose. En ellos, no obstante, nos encontramos con la dificultad para establecer o seleccionar los grupos testigos y los casos controles (Schlesselman, 1982).

## Dificultades y alcance de los estudios epidemiológicos en psicopatología infantil

Cualquier investigación epidemiológica está amenazada de errores y sesgos a todo lo largo de su trayectoria, desde que se concibe la intención de realizarla, hasta que se redacta el informe final con los resultados. El lector interesado por estas apasionantes cuestiones hará bien en consultar el reciente libro *Epidemiologic Field Methods in Psychiatry*, publicado en 1985, en el que 59 profesionales prestigiosos, de las disciplinas más variadas, exponen a lo largo de casi 400 páginas la metodología usada en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (*Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program*).

Como sus autores señalan en el prefacio, esta publicación no es un «libro de cocina», donde el usuario y novel aprendiz de epidemiólogo puede encontrar la oportuna receta para conducir sus estudios. El principal valor de esta adensada y útil publicación reside en ofrecer un amplísimo elenco de opciones metodológicas, útiles para hacer reflexionar a los investigadores en epidemiología, tanto o más cuanto que muestra con numerosos ejemplos las implicaciones y consecuencias que pueden generarse en los resultados de las investigaciones, en función de cuáles fueron las decisiones que se tomaron respecto del diseño, selección de la muestra, instrumentos elegidos, preparación y tratamiento de los datos, criterios diagnósticos, etcétera.

La lectura de la citada publicación deja patente en el lector la gran complejidad que comporta cualquier investigación epidemiológica.

Esta complejidad se acrecienta cuando los estudios epidemiológicos se centran en el ámbito de la psicopatología infantil.

Entre las razones que explican la magnificación de estas dificultades podemos citar las siguientes.

*En primer lugar*, el hecho de que el niño es un ser en continua evolución, con pautas de comportamiento muy versátiles que siendo normales y estando ajustadas a una determinada etapa evolutiva, sin embargo, pueden considerarse alteradas si se presentan en otra etapa de la evolución. Esta cuestión es la que ha hecho emerger recientemente el concepto de «psicopatología del desarrollo». Aunque aún es pronto para juzgar el alcance y la eficacia de lo que esta perspectiva puede traernos en el futuro —y la discusión sobre este

particular permanece abierta en la actualidad—, hemos de señalar que tal concepto es necesario considerarlo en los estudios epidemiológicos.

*En segundo lugar*, los conceptos psicopatológicos que describen las alteraciones infantiles no son tan precisos y unívocos como en la patología del adulto. Términos como trastorno, desorden, alteración, comportamiento anormal, conducta desajustada, etc., son frecuentes en la literatura científica y vienen usándose como sinónimos, a pesar de que es más que discutible que lo sean.

*En tercer lugar*, porque la nosología psicopatológica infantil está muy ambiguamente dibujada, siendo mucho más pobre, tanto en el número de los síndromes conocidos como en los criterios bien establecidos para cada diagnóstico, que la patología del adulto. Aunque sobre este punto se volverá en el último capítulo de esta publicación, repárese en que bastantes síntomas y muchos comportamientos alterados en la infancia se incluyen en una vaga categoría diagnóstica —los trastornos de conducta—, que por su significado clínico y por el desconocimiento de su etiología, pronóstico y tratamiento, muy difícilmente puede constituir una entidad nosológica específica. Es decir, la validez de los diagnósticos en psicopatología infantil es harto dudosa.

*En cuarto lugar*, por la multiplicidad de factores que, concitándose en la patología del niño, son más o menos importantemente responsables de ella. Nos referimos, por ejemplo, a la mayor o menor relevancia que los estudios epidemiológicos conceden a los factores etiológicos del medio en que el niño se desarrolla, cuestión que ha sido discutida y puesta en entredicho por Rutter et al. (1975). Algo parecido sucede en relación con los *factores familiares*, aunque la bibliografía disponible es coincidente en señalar que la presencia de conflictos familiares, divorcio, separación, muerte de uno de los progenitores y enfermedades psíquicas de los padres, son factores muy frecuentemente encontrados entre los niños con alteraciones psicopatológicas (Rutter et al., 1970; Lavik, 1977; Richman et al., 1975; Weismam et al., 1972, etc.). Ha habido también muchos trabajos que han puesto un especial énfasis en la investigación de los *factores socioeconómicos* (clase social, ingresos familiares, profesión de los padres, etc.), respecto de la psicopatología infantil. En este punto los resultados tampoco son tan claros como cabría esperar. Más bien lo que parece es que no hay una clara asociación entre clase social y psicopatología infantil (Lapouse et al.,

1964; Cullen et al., 1966; Shepherd et al., 1971; Richman et al., 1975; etc.). Mayor relevancia parece tener el estudio de *variables demográficas* como densidad de población, ámbitos rural y urbano, tamaño de la familia, etc, tal y como han puesto de manifiesto numerosos autores (Gath et al. 1977; Shen Yu-Cum et al., 1985; etc.), aunque la pertinencia o no de la influencia de estos factores varía mucho en función de cuál sea la alteración psicopatológica estudiada. Los *factores escolares* constituyen tal vez el núcleo más importante, puesto que, de un lado, muchos trastornos se manifiestan precozmente con una disminución del rendimiento escolar y, de otro, porque los niños pasan mucho tiempo en el aula, lo que permite a sus profesores observar su comportamiento y detectar precozmente en él cualquier alteración. En este ámbito se han desarrollado más del 50 % de las investigaciones realizadas y es presumible que en el futuro continúen constituyendo el escenario natural y prioritario para investigar los trastornos infantiles. Otro aspecto diferencial y específico de las investigaciones en psicopatología infantil está representado por las variables edad y sexo. La variable *edad* según ya hemos dicho es de vital importancia. En realidad no disponemos de ningún criterio fiable para establecer cualquier alteración psicopatológica, antes de los tres años de edad, a excepción del síndrome de autismo infantil (Polaino-Lorente, 1982). En el ámbito *preescolar*, no obstante, se han investigado patologías muy escasas y relativamente bien definidas, como el síndrome del niño maltratado, que aunque comenzó a investigarse en las dos últimas décadas (Light, 1973; Baldwin et al., 1975; Baldwin, 1977), en el último lustro estas investigaciones han proliferado excesivamente; la enuresis y la encopresis; las alteraciones del sueño; la irritabilidad; los trastornos emocionales y los retrasos en el desarrollo y en la conducta verbal.

En la *edad escolar* son también relativamente escasos el número de trastornos investigados, aunque alguno de ellos ha atraído la atención de los investigadores, como es el caso del retraso mental, la dislexia, la hiperactividad infantil, las fobias escolares, la angustia de separación, la timidez, los problemas de atención, el negativismo, los tics, los trastornos alimentarios, el tartamudeo, el sonambulismo, los terrores nocturnos, la depresión y los trastornos del desarrollo en la lectura, el cálculo aritmético y el lenguaje. Es curioso que en muchos de estos trastornos la varia-

ble edad es especialmente relevante. En una reciente investigación realizada por Cederblad (1987), en Suecia, con 345 niños de edades comprendidas entre los 3 y los 15 años, las alteraciones en los niños de 9 años de edad fue dos veces más frecuente que en los restantes grupos de edad. Los trastornos en que pudo encontrarse diferencias significativas entre los niños de 9 años de edad y los niños de otros grupos de edad, fueron las siguientes: problemas con la disciplina, agresividad, descenso en la autoestima, incapacidad para concentrarse e irritabilidad. La edad podría representar aquí la función de una variable crítica. Como se observa, los trastornos anteriormente citados pueden inscribirse y reagruparse bajo el diagnóstico de depresión infantil, dato este que aunque se discutirá oportunamente más adelante, justifica en cierto modo lo acertado de nuestra elección, al estudiar la epidemiología de la depresión en ese grupo de edad.

En la *adolescencia*, las alteraciones psicopatológicas emergen y se dispersan, acercándose en su distribución a lo que acontece en la psicopatología del adulto, aunque cada entidad diagnóstica, durante esa edad, tenga un perfil característico que en parte es común y en parte diferente con las manifestaciones en el adulto.

La variable *sexo* es también excepcionalmente importante en psicopatología infantil, tal y como han puesto de manifiesto, entre otros, Eme (1979) y Beitchman et al. (1986). La prevalencia de las alteraciones según el sexo se diferencia netamente de lo que acontece en el adulto, siendo más frecuentes en los niños que en las niñas, los trastornos de aprendizaje, la conducta neurótica, la psicosis, el comportamiento antisocial, las reacciones de ajuste y los trastornos de identidad. Las fobias infantiles, en cambio, los trastornos de ansiedad y las reacciones histéricas suelen ser más frecuentes en las niñas que en los niños. La hiperactividad, la enuresis, el tartamudeo, la dislexia y los trastornos del desarrollo de la lectura y de la conducta verbal suelen ser más frecuentes en los niños que en las niñas. Con la llegada de la adolescencia la prevalencia de estos trastornos cambian en función del sexo: en las chicas son más frecuentes los trastornos neuróticos y los trastornos afectivos, mientras que en los varones la prevalencia de los trastornos de personalidad y de identidad es mayor. La esquizofrenia, según parece, no altera su distribución en función de la variable sexo.

Las variables que acabamos de considerar, así

como los diversos factores que se concitan en la aparición de los trastornos psicopatológicos infantiles, incrementan la complejidad de las investigaciones epidemiológicas. Son muchos los factores (químicos, físicos, biológicos, socioculturales, familiares, pedagógicos, etc.) que aquí intervienen. Y estos actúan precisamente sobre un organismo que está sometido a un pujante y acelerado cambio. Muchos de estos factores actúan sucesivamente; otros, simultáneamente. Entre algunos de ellos puede establecerse una reacción sinérgica; entre otros, un efecto antagónico. Unos potencian e intensifican la acción de otros. Algunos, en cambio, minorizan y amenguan los efectos resultantes de otros factores. Mientras tanto, lo que el epidemiólogo infantil estudia es el dato efectorial resultante de todas estas acciones. Pero también aquí, en función del punto de vista y de los criterios e instrumentos que se elijan por parte del investigador, los resultados variarán. Es frecuente, por ejemplo, que se establezca un criterio de inclusión y de selección de la muestra, en función de lo que se denomina comportamiento desajustado (Miller et al., 1974), y sin embargo resulta muy difícil definir qué se entiende por dicho término. En otras circunstancias, se estudia el comportamiento infantil o se evalúa al niño mediante escalas, cuestionarios o inventarios, como si la patología estudiada únicamente se manifestase a través de esos procedimientos observacionales e instrumentos escalares. El isomorfismo criterial en la epidemiología infantil deja mucho que desear, puesto que una alteración psicopatológica puede manifestarse de forma diversa y con distinto peso en los distintos niveles criteriales y epistémicos, desde los cuales se estudia.

*En quinto lugar*, las investigaciones epidemiológicas en psicopatología infantil se ven forzadas a emplear criterios de evaluación que, lógicamente, se dirigen a padres y profesores. Aunque hay sobradas razones que justifican este modo de proceder, sin embargo, jamás debe renunciarse al estudio del niño. La información procedente de padres y profesores es también casi siempre irrenunciable, pero en el mejor de los casos sólo es una información adicional que debe sumarse a la información que proviene del niño. Esto es tanto más importante, cuanto que la coincidencia entre padres y profesores deja mucho que desear, tal y como lo conocemos desde el pionero trabajo realizado por Rutter et al. (1970), en la isla de Wighth. En aquella investigación, de los 271 ni-

ños seleccionados a través de cuestionarios aplicados a padres y profesores, sólo en 19 de ellos hubo coincidencia entre padres y profesores.

*En sexto lugar*, los resultados de los estudios epidemiológicos variarán en función del objetivo que persigan, adecuándose a ese objetivo el tipo de instrumentos y cuestionarios que se empleen en la evaluación. Así, por ejemplo, para los estudios epidemiológicos comportamentales están indicados la observación comportamental y el empleo de escalas y cuestionarios. Pero el empleo de estos instrumentos también comporta dificultades. Entre ellas la más conocida es la que se deriva del modo en que se establece el punto de corte (*cut-off point*) de una escala, que casi siempre es definida empíricamente, pero que a veces sesga los resultados por generar casos «falsos negativos» y «falsos positivos». Otra frecuente dificultad es el estudio de la distribución de una determinada patología en función de que los ítems comportamentales se agrupen tras un análisis «cluster», y se comparen con el promedio de la varianza explicada por una determinada dimensión comportamental. No obstante, las anteriores dificultades, el empleo de estos instrumentos es muy útil para determinar *patterns* alterados del comportamiento infantil. En otros casos, las alteraciones pueden definirse según un *criterio social* (presencia o ausencia de conductas que producen persistentemente una determinada incapacidad) o *clínico* (signos, síntomas, etc.). En esta última opción se está subrayando no tanto el aspecto desviado de un comportamiento, como una entidad clínica o una disfunción comportamental.

*En séptimo lugar*, una cuestión crucial que debe resolver el epidemiólogo es la definición de «caso», con arreglo a unos criterios centrados en el niño, independientemente de la información adicional que se tenga, proveniente de padres y profesores. No desarrollaremos aquí esta importante dificultad, por ocuparnos de ella más adelante, en otro lugar de esta publicación. Sin embargo, vaya por delante el que la definición de «caso» tiene importantes implicaciones éticas para el equipo investigador. Pues aunque un niño satisfaga los criterios que definen el «caso» de la investigación, eso no significa que se haya hecho un diagnóstico de enfermedad ni que quede por ello estigmatizado, es necesario que el equipo investigador le oriente para solucionar su problema o superar sus dificultades, si así fuese necesario. Y este modo de proceder es compatible con



el grado de confidencialidad y el respeto por el anonimato que exige cualquier investigación epidemiológica.

En octavo lugar, situaríamos los numerosos sesgos que se producen en cualquier investigación epidemiológica y que han de contrarrestarse, ajustarse y resolverse, si no deseamos contaminar los resultados a que lleguemos. Nos referimos a los sesgos relativos al diseño y definición de los objetivos de la investigación, a la selección de la muestra, a la definición de «caso», a los instrumentos empleados, al mismo modo de ejecutar el estudio y la obtención de los datos, a los criterios de medida, a los procedimientos estadísticos y de análisis de los datos y a la interpretación y redacción final de los informes (Friedman 1974; Buck, 1975; Horwitz et al., 1975; Sackett, 1979; Bauman, 1980, y Riegelman, 1981).

En lo que atañe específicamente a las dificultades de la investigación epidemiológica en psicopatología infantil, el interesado lector debería consultar los recientes artículos de los autores que a continuación se citan: Links (1983), Offord (1985), y Rutter y Sandberg (1985). Allí encontrará una amplia y detallada exposición de otras muchas dificultades metodológicas en la epidemiología infantil, así como las estrategias a seguir para obviarlas.

Después de esta apretada y sucinta exposición de algunas de las dificultades con que tropiezan estas investigaciones, acaso el lector se pregunte si realmente son eficaces los estudios epidemiológicos en este concreto ámbito de la psicopatología infantil. La respuesta a esa interrogante no puede ser otra que la siguiente: sí, la investigación epidemiológica en este ámbito, a pesar de sus numerosas dificultades, es muy eficaz para la salud.

Como manifestación de lo que acabamos de contestar, y limitándonos únicamente al tema que importa en este trabajo, el estudio de la depresión infantil, recomendamos a quien esté interesado la lectura de algunas publicaciones que gracias a los estudios epidemiológicos han arrojado abundante luz sobre este problema: Richman (1975); Kashani et al. (1979); Shepherd (1979); Rakita Leon et al. (1980); Mouren et al. (1982); Joffe (1982); Gerstlé et al. (1982); Billings et al. (1983); Kazdin et al. (1983); Shepherd (1983); Dugas et al. (1984); Geller et al. (1985); Poznanski et al. (1985); Lefkowitz et al. (1985); Robson (1985); Shepherd (1985); Kaelin (1985); Braconnier (1985); Rutter (1986); Kashani et al. (1986);

Bürgin (1986); Rosenthal et al. (1986), Domènech (1986) y Polaino-Lorente (1987).

Estamos persuadidos de que en la lectura atenta de las anteriores publicaciones el escéptico lector encontrará un importante apoyo para salir de su incertidumbre y aceptar el reto desafiante que, desde las depresiones infantiles y juveniles, hoy se nos hace a los psiquiatras, psicólogos, epidemiólogos y pediatras.

## La clínica y la epidemiología

Sin duda alguna, la epidemiología y la clínica están relacionadas aunque, a lo largo de sus respectivas trayectorias, estas relaciones hayan tenido muy diferente significado. En 1949 se organizó la primera conferencia bajo el título de *Milbank Memorial Fund*, con el fin de asentar las bases comunes entre psiquiatras y profesionales de la salud pública. respecto a la epidemiología de los trastornos mentales. Sin embargo, su relevancia para la clínica fue más bien escasa, ya que la mayoría de los psiquiatras clínicos participantes cuestionaron los criterios epidemiológicos al estar basados, según ellos, en esquemas convencionales de lo que era la enfermedad, siendo inaplicables al ámbito clínico.

Desde entonces a esta parte, no parece que haya habido la necesaria sincronía entre unos y otros profesionales, de manera que se estableciera el necesario y fecundo diálogo entre ellos. Como un matrimonio mal avenido, psiquiatras clínicos y epidemiólogos de la salud mental, han seguido caminos paralelos que sólo recientemente, abandonando ese paralelismo, parecen estar llamados a encontrarse.

En cierto modo, el concepto de enfermedad que se tenga parece ser una cuestión nuclear a la hora de salvar las discrepancias entre ellos. No es extraño que este concepto disponga de diferentes términos en el lenguaje coloquial, en función del marco de referencias desde el cuál se entiende la enfermedad. Así, cuando se afirma que un paciente tiene una enfermedad se emplea el concepto de *illness*; si la enfermedad se refiere al entorno, se designa con el término *sickness*; y si el clínico se refiere a ella, empleará el término *disease*. Sin embargo, el distanciamiento entre la epidemiología y la clínica es sólo aparente. El mismo Kraepelin (1920) manifestaba la importancia de la epidemiología para la clínica, al demostrar su interés por comparar largas series de casos, lo-

calizando su atención en la observación de la edad, sexo y factores culturales que pudieran influir el cuadro clínico, así como otros factores, como la ocupación y las circunstancias personales, puesto que estaba persuadido de que todos ellos podrían colorear el perfil clínico de los pacientes.

Por su parte, la OMS, ya en 1960, esbozó un objetivo tan ambicioso como utópico para este diálogo entre psiquiatras y epidemiólogos, al sostener que el problema del estudio de la susceptibilidad personal y de la modificación de los factores ambientales y del habitat sobre el riesgo del padecimiento de alteraciones mentales era esencialmente similar al de cualquier otra clase de enfermedad humana.

Sea porque declaraciones de intenciones como la anterior fuesen utópicas, o tal vez porque los profesionales de la epidemiología y los clínicos se ignorasen respectivamente, el hecho es que el diálogo entre ellos ha sido a lo largo de este siglo, más veces interrumpido que renovado. En realidad, los objetivos que una y otra disciplinas persiguen están bien diferenciados. La psiquiatría clínica se centra en el estudio del cliente, evaluándolo para llegar a un diagnóstico y aplicar un tratamiento. El epidemiólogo, en cambio, no se centra sobre el enfermo, sino en la enfermedad de la población y en el modo en que ésta se propaga. Compete al epidemiólogo la identificación de la enfermedad en tanto que proceso de masas, el estudio de las relaciones causales entre ciertos factores y la aparición y/o propagación de la enfermedad, para así poder controlarla y erradicarla en la colectividad.

No cabe duda que el proceso que uno y otro siguen es diferente. Acaso donde más se ponen de manifiesto estas diferencias es en el diagnóstico. El epidemiólogo aplica sus recursos a personas que, aparente y supuestamente, están sanas; el psiquiatra, en cambio, evalúa a personas que inicialmente, al menos, se encuentran con algunas dificultades. El epidemiólogo dirige su atención al grupo; el psiquiatra, a la persona individual. El epidemiólogo aspira a erradicar la enfermedad de la colectividad, pero de suyo no aplica ningún tratamiento específico para curar a *esta* persona; el psiquiatra aplica tratamientos individualizados y estrategias de intervención psicoterapéuticas que tanto se ajustan a la persona tratada que hace de ellos un proceso irrepetible.

El epidemiólogo trabaja con resultados estadísticos que sólo pueden ser indicadores de una

relativa probabilidad; por contra, al psiquiatra sólo le interesa la certeza de disminuir un determinado sufrimiento o de por lo menos aliviar al paciente, si es que no puede curarlo.

Por todas estas razones es lógico que algunos resultados epidemiológicos, aparentemente, apenas si tengan repercusiones en el ámbito clínico. Pondré un ejemplo reciente. Orvaschel et al. (1986) han estudiado la prevalencia de trastornos de la ansiedad en la infancia, comparando siete investigaciones realizadas entre los años 1958 y 1981. Cada equipo investigador utilizó diferentes instrumentos y métodos de evaluación, distintos informantes (madres, profesores, niños, parientes), distintas muestras (de 482 niños a 2.500 personas) y grupos de edad diferentes (de 6 años a adultos). La prevalencia de los trastornos de ansiedad resultante varió mucho de unos a otros equipos de investigación (del 2 % al 43 %), hasta el punto de aparecer como contradictorio este estudio comparativo. En ningún caso pudo establecerse si existía o no correspondencia entre los temores infantiles y otros síntomas o manifestaciones comportamentales, asociadas a trastornos psicopatológicos. Ni siquiera la ansiedad pudo tomarse en estas investigaciones como un indicador de riesgo psicopatológico. Ante estos resultados parece lógico concluir que la investigación epidemiológica contribuye muy escasamente al conocimiento clínico. Sin embargo, en las anteriores investigaciones hubo algunos resultados en que los diferentes equipos fueron coincidentes. Así, por ejemplo, la prevalencia de los síntomas ansiosos es mayor en las niñas que en los niños, variando de unas a otras poblaciones, en función de la edad de los probandos y del tipo específico de ansiedad que se estudiase. Fueron también coincidentes en señalar que la prevalencia de la sintomatología ansiosa era mayor en los niños negros que en los blancos y en los de nivel socioeconómico más bajo. En todos los grupos, sin embargo, la prevalencia sintomatológica ansiosa declinó con el aumento de edad.

La coincidencia de estos datos epidemiológicos sí que son de utilidad para el clínico. Por otra parte, si los diversos equipos investigadores hubieran adoptado los mismos criterios, procedimientos de evaluación, grupos de edad, tamaño de las muestras, etc., es probable que los resultados obtenidos tuvieran una significación muy distinta para la clínica, de la que generaron.

Esto que criticamos a los investigadores epidemiológicos, también puede argüirse a la psiquia-

tría clínica. De hecho, la concordancia en los diagnósticos psiquiátricos, entre los diferentes profesionales, tampoco es tan alta, posiblemente debido a las variaciones en el nivel perceptivo y observacional de los clínicos, a las inferencias que hacen de ellas y al empleo de esquemas nosológicos dispares. Un ejemplo elocuente de lo que acabamos de señalar se manifiesta en la abierta discrepancia existente en el diagnóstico de esquizofrenia en Estados Unidos e Inglaterra (Cooper et al., 1972).

Afortunadamente, desde la aparición del DSM-III (1980), estas discrepancias clínicas se han reducido. En la medida que los diagnósticos clínicos son hoy más rigurosos, el diálogo entre psiquiatras y epidemiólogos puede resultar más fluido que antaño y más eficaces las contraprestaciones entre unos y otros. Los clínicos deben incorporarse a las investigaciones epidemiológicas, pues, como afirma Shepherd (1985), tienen una importante función que desempeñar a través del uso cuidadoso de la observación clínica y del afinamiento del diagnóstico y de la nosología; a través del seguimiento de la morbilidad y de la evaluación de los tratamientos; estudiando las interconexiones entre los resultados clínicos; diseñando ensayos clínicos controlados y examinando el nexo existente entre las enfermedades orgánicas y los trastornos emocionales.

Por su parte, los epidemiólogos pueden contribuir más eficazmente a la clínica con sus investigaciones, completando el espectro de enfermedades conocidas, y a través de la evaluación actuarial del riesgo mórbido. El estudio de la evolución y seguimiento de las enfermedades, de la eficacia terapéutica diferencial entre los diversos procedimientos empleados y de las causas de las enfermedades, puede ser también muy eficaz para la clínica. Si en el futuro debe tratar de evitarse el mal entendimiento que ha producido este diálogo entre sordos, es necesario que ambos busquen lo que les une y se olviden de lo que les separa; que el clínico tenga una mínima formación de bioestadística, de manera que comprenda las relaciones causales que pueden establecerse a través de los datos estadísticos; que el epidemiólogo se acerque más a los modos de hacer del clínico, abandonando su distante torre de marfil, en la que como experto se asienta; y que unos y otros renuncien al protagonismo personal, bien reclamando las prioridades de la clínica, bien subrayando las prioridades de la salud comunitaria. Si este mutuo acercamiento se llegara a producir, la

*epidemiología psiquiátrica* estaría más cerca de la *psiquiatría epidemiológica* y una sería continuación de la otra, aunque ambas continúen distinguiéndose.

## Los estudios epidemiológicos transculturales, la prevención y la política

No cabe ninguna duda, en psicopatología, de que los factores socioculturales contribuyen a moldear y configurar la expresividad de la sintomatología psiquiátrica.

El lenguaje media todas y cada una de las informaciones que el paciente ofrece al clínico, perfilándolas, matizándolas o sesgándolas. Por eso tienen un gran interés —un interés que ha ido en crecimiento progresivo, durante los últimos años— los estudios epidemiológicos transculturales. La vieja cuestión de si determinadas enfermedades eran específicas o no de una determinada cultura, es en la actualidad una cuestión baladí y, por consiguiente, abandonada. Sin embargo, así como existen diferencias individuales innegables —a pesar de que la psicología diferencial no desempeñe un puesto relevante en los *currícula* de algunas de nuestras facultades—, también hay diferencias interculturales que tal vez pudieran explicar la patoplasticidad diferencial de un mismo proceso patológico en diferentes culturas. Este hecho ha sido pormenorizadamente estudiado en lo que se refiere a las depresiones en los adultos (Polaino-Lorente, 1985, 108-146), pero apenas existen aportaciones relativas a las depresiones en la infancia. Y en este último ámbito, por las poderosas influencias que el medio y la educación ejercen sobre el niño —también por su excesiva plasticidad—, es fácil inferir que los factores culturales han de desempeñar una importante función en el modo como se manifiestan y expresan los trastornos psicopatológicos. Por poner un ejemplo concreto, el estudio de la psicopatología infantil en función de la familia y de la educación de los niños indúes en Inglaterra, ha generado numerosas y eficaces publicaciones (Smith, 1962; Graham, 1967; Fitzherbert, 1967; Walker, 1968; Bell, 1969; Nicol, 1971; etc.).

Por otra parte, en esta aldea global que es el mundo, las diferencias interculturales —innegables e indiscutibles— cada vez dejan sentir menos intensamente su peso, sumultáneamente que son sustituidas por influencias de tipo socio-

económico, industrial y tecnológico. Hoy lo que distingue a unos países de otros no es tanto el poso cultural, en cuyo ámbito estuvo arraigada aquella comunidad, como los estilos de vida que son, por otra parte, muy fácilmente moldeables, en función del progreso tecnológico. De aquí que para marcar estas diferencias ya no se hable tanto de cultura occidental y oriental, como de países industrializados y/o desarrollados y países en vías de desarrollo.

Es justo reconocer aquí que estas diferencias pueden magnificarse en lo que hace referencia a la salud, como probablemente en el futuro lo ponga de manifiesto la investigación epidemiológica.

Paradójicamente, los países en vías de desarrollo continúan teniendo una alta mortalidad infantil, problemas de desnutrición y una alta tasa de enfermedades infectocontagiosas, patologías que afortunadamente no están presentes en los países industrializados. Pero, a la vez, los países en vías de desarrollo están sometidos a una aceleración progresiva en el cambio cultural, debido a su actitud mimética (en lo sociocultural, económico y técnico), respecto de los países desarrollados, a los que tratan de imitar. Por esta razón, en los países no desarrollados podemos encontrar paradójicamente la presencia de patologías que por virtud del desarrollo tecnológico adscribimos específicamente a los países desarrollados. De este modo, la patología tradicional y la nueva patología se solapan y superponen en los países no desarrollados. Es decir, en ellos la cuota morbosa se incrementa como efecto de la acumulación sincrónica de diversas patologías temporales. El *tem-pus* epidemiológico en estos países está intensificado, por lo que hay que hacerle frente con una diversificación en la investigación epidemiológica, de manera que se conozca la presencia y distribución no sólo de las que pudiéramos denominar «enfermedades primitivas actuales», sino también de las enfermedades contemporáneas denominadas «enfermedades de la civilización». En este punto la investigación epidemiológica resulta irrenunciable, puesto que sin los resultados que ella nos ofrezca difícilmente podrían establecerse las prioridades sanitarias, cuyos objetivos debemos alcanzar. Lo mismo acontece respecto de los programas preventivos, sobre todo cuando conviven simultáneamente la malnutrición y los accidentes de tráfico, las enfermedades contagiosas y las enfermedades cardiovasculares, la mortalidad infantil y las enfermedades crónicas y degenerativas. Esto demuestra la arbitrariedad de

los criterios para clasificar las diversas nacionalidades, en función del nivel sociocultural que se les supone han alcanzado. Por otra parte, como los cambios culturales —en el sentido de lo aquí afirmado— tienden a ser vertiginosos (por ejemplo: uso de la televisión, parque automovilístico, consumo de alcohol, etc.), es posible que la patología que afecta a esos países progrese geométricamente, sin que por ello se satisfagan las necesidades vitales de sus habitantes, ni quepa esperar un aumento en la esperanza de vida.

Desde el punto de vista de los recursos sanitarios (sectorización de la asistencia, red de hospitales y ambulatorios, etc.), la asistencia clínica forzosamente ha de ser mediocre, lo que agrava todavía más la mediocre salud comunitaria. Como, por otra parte, la tasa de natalidad suele ser allí más elevada que en los países desarrollados, el sufrimiento humano resultante necesariamente ha de estar agigantado. Sería estúpido que nos planteásemos en este horizonte el estudio de indicadores epidemiológicos como coste/eficacia, coste/beneficio, o coste/eficiencia que, obviamente, deben tenerse en cuenta en los países desarrollados. Pues se asume que todos estamos de acuerdo en que es incalculable el precio del sufrimiento humano.

Esta paradoja es tanto más elocuente cuando en la XXX Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1978, en Alma-Ata, se contrajo el compromiso de trabajar en la instauración de un nivel de salud que permita a todos los habitantes del mundo llevar una vida social y económicamente productiva.

En el ámbito psicopatológico, que es el que aquí interesa, estas diferencias transculturales son todavía mayores aunque, obviamente, hay rasgos diferenciales cualitativos entre la psicopatología de los niños procedentes de los países desarrollados y la que sufren los niños de los países no desarrollados (Cederblad, 1968; Asuni, 1970; Adomakoh, 1973; Minde, 1976).

Si a esto añadimos la carencia de estudios epidemiológicos de las alteraciones psicopatológicas infantiles en esos países, es lógico suponer la inexistencia de programas preventivos. Ciertamente, la prevención en psicopatología infantil no es una tarea fácil. Pero hay sectores psicopatológicos en que los programas de prevención y de detección precoz —como, por ejemplo, en ciertos tipos de retraso mental— hace tiempo ya que demostraron ser muy eficaces. Este tipo de patología, si que podría lograr erradicarse o al menos

aminorarse, sin un coste excesivo, en esos países. En otras circunstancias, cuando la prevención es utópica —porque no se han identificado los grupos de alto riesgo por falta de estudios epidemiológicos, o por nuestra actual ignorancia sobre esa enfermedad—, es necesario intervenir terapéuticamente. Pero aún en esas circunstancias, para que la terapia sea eficaz también se necesita del concurso de la epidemiología, puesto que debemos saber si el tratamiento de una enfermedad se presenta como algo prioritario a causa de su incidencia, prevalencia, duración, elevada tasa de hospitalización o grado de severidad e importancia de las secuelas residuales que deja. Ésta es la función de la prevención secundaria y terciaria.

Es cierto que el control de la incidencia de una alteración psicopatológica (prevención primaria) resulta muy difícil, sobre todo cuando ignoramos su etiología, el grado de propagación de la población o su asociación causal, cualitativa y cuantitativa, con los factores que pueden ser controlables. En este punto la psicopatología infantil tiene todavía mucho que realizar.

En el caso concreto de las depresiones infantiles, conocemos muy superficialmente cuáles son los factores de riesgo (Stone, 1982; Bowlby, 1982; Kashani, 1982; Weissman et al., 1984). Se sabe que la acumulación de factores estresantes, el padecimiento de depresión por parte de la madre, la pérdida de sus progenitores, el desarraigo y la pobreza extrema, pueden condicionar la aparición de una depresión en la infancia. En cualquier caso, hay muchas diferencias individuales en función de la edad, el sexo, el temperamento, el estilo cognitivo, etc., que modulan la respuesta del niño a los factores de riesgo, configurando su vulnerabilidad o resistencia frente al padecimiento del síndrome depresivo.

A pesar de que desconocemos, por el momento, la intensidad de las relaciones causales entre estos factores y la depresión, no obstante, se han realizado programas de prevención para las depresiones infantiles (para una revisión, confrontar Domènech, 1988).

Los programas preventivos no dependen únicamente de los estudios epidemiológicos. La prevención de la salud es un asunto que atañe a la política, desde la cual tendrá que estimarse las necesidades, de acuerdo con los datos epidemiológicos disponibles, establecerse los presupuestos y liberarse los recursos oportunos para llevar a cabo dichos programas y, en una palabra, optar por las metas que han de ser prioritarias en el ámbito

de la salud y cuáles son las estrategias más eficaces y menos costosas para hacerles frente. La toma de decisiones es aquí necesariamente arriesgada, tanto más arriesgada cuanto que la evaluación de los programas de educación para la salud ha producido resultados desalentadores. Por poner un ejemplo, para la lucha contra el estrés se han desarrollado modelos tendentes a explicar las relaciones existentes entre los cambios de vida y la aparición de la enfermedad (Rahe et al., 1978; Hyman et al., 1982). Pero esa relación parece estar matizada por otras muchas variables, principalmente por el *coping style* y la constitucional predisposición del sujeto a la activación psicofisiológica. A ello hemos de añadir la importancia que el *soporte social* tiene como variable modificadora de los efectos negativos producidos por los acontecimientos vitales estresantes (Miller, 1981; Norbeck et al., 1981). Que cada persona disponga de un mayor o menor número de soportes sociales, así como de la calidad de estos, es algo que excede en mucho a las decisiones políticas.

La responsabilidad sobre la mayor o menor salud de una comunidad no ha de colgarse únicamente sobre las espaldas del Estado. La responsabilidad frente a la salud personal y colectiva se reparte entre el individuo y la sociedad, el Estado y el individuo. En cierto modo, todos somos, de alguna manera, agentes de salud o de enfermedad en la comunidad en que vivimos, puesto que a través de de la dimensión social de nuestro propio comportamiento, interactuamos con los demás, ofrecemos un ejemplo de comportamiento a seguir y contagiamos un determinado estilo de vida que puede ser beneficioso o perjudicial para las personas con las que nos relacionamos (Holland et al., 1978).

Pero también el Estado tiene su cuota de responsabilidad, y no tanto en lo que frecuentemente más se le exige (la dotación de recursos económicos), sino sobre todo en la mejor gestión de los recursos de que ya dispone. Estos —sean abundantes o escasos— se emplearán mal si no se identifican precozmente los problemas y las necesidades, si no se establecen jerárquicamente los objetivos prioritarios, si no se obtiene el máximo rendimiento de los resultados disponibles y si no se evalúa la eficacia y los resultados generados a través de ellos.

Más allá de las políticas nacionales, está la salud de la población mundial, en cuyo sostenimiento todos estamos implicados. En ella, un sector

importantísimo que es necesario atender — aunque sólo sea por sus consecuencias futuras— es el de la infancia. Según los resultados obtenidos por algunos investigadores, un nivel socioeconómico insuficiente puede condicionar a través de sus consecuencias —deprivación afectiva, falta de estimulación cultural, etc.— alteraciones psicopatológicas. Pero tal conclusión no debe servirnos para profundizar todavía más la marginación ya existente. Quiere esto decir que los niños con un nivel socioeconómico insuficiente no constituyen por eso solo una población de alto riesgo. Más aún, según manifiestan los resultados de otras investigaciones (Bettschart, 1982), el estilo de vida y el medio familiar parecen realizar una acción más importante que el nivel socioeconómico. Por consiguiente, no debe crearse una patología artificial, estableciendo la equivalencia entre nivel socioeconómico insuficiente y población de alto riesgo, equivalencia que además de no haber sido demostrada, contribuiría injustamente, todavía más, a discriminar y marginar a estos niños.

## Bibliografía

- ADOMAKOH, C. C. (1973): The disturbed child in Ghana. Comunicación presentada a la Association of Psychiatrists in Africa Works Hop, 13-19 septiembre.
- APOLITO, A. (1978): Primary prevention: a breakthrough in sight. *Am. J. Psychoanal.*, 38, 121-127.
- ASUNI, T. (1970): Problems of child guidance of the Nigerian school child. *W. Afric. J. Educ.*, 14, 49-55.
- BALDWIN, J. A. (1977): Child abuse: epidemiology and prevention. En P. J. Graham (ed.), *Epidemiological approaches in child Psychiatry*. New York: Academic Press.
- BALDWIN, J. A. et al. (1975): Epidemiology and family characteristics of severely abused children. *Br. J. Prev. Soc. Med.*, 29, 205-221.
- BAUMAN, K. E. (1980): *Research Methods for Community Health and Welfare. An Introduction*. New York: Oxford University Press.
- BEISER, M. (1978): Psychiatric epidemiology, pp. 609-626. En *The Harvard Guide To Modern Psychiatry*. Editado por A. M. Nicholi Jr. Cambridge: Belknap Press.
- BEITCHMAN, J. H.; NAIR, R.; CLEGG, M.; FERGUSON, B. y PATEL, P. G. (1986): Prevalence of psychiatric disorders in children with speech and language disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 25 (4), 528-535.
- BELL, R. R. (1969): The lower class negro family in the United States and Britain. *Race*, 11, 174-179.
- BETTSCHART, W. (1982): La santé mentale dans la perspective politique. *Acta paedopsychiat.*, 48, 7-17.
- BILLINGS, A. G. y RUDOLF, H. M. (1983): Comparisons of Children of Depressed and Nondepressed Parents: A social-environmental perspective. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 11 (4), 463-486.
- BOWLBY, J. (1982): Attachment and loss; Retrospect and Prospect. *Am. J. Orthopsychiatry*, 52 (4), 664-678.
- BRACONNIER, A. (1985): Les aspects actuels de la dépression chez l'adolescent. *Neuropsychiatr. Enfance*, 33 (11-12), 517-526.
- BRESLOW, N. et al. (1980): *Statistical methods in cancer research*. Volume 1. The analysis of case-control studies. IARC Scientific Publications No. 32. Lyon: World Health Organization. International Agency for Research on Cancer.
- BROWN, G. W.; HARRIS, T. D. y PETO, J. (1973): Life events and psychiatric disorders. 2.ª parte. Nature of Causal link. *Psychol. Med.*, 3, 159-176.
- BUCK, C. (1975): Popper's philosophy for epidemiologists. *Int. J. Epidemiol.*, 4, 159-168.
- BURGIN, D. (1986): Depression in Children and Adolescents. *Psychopathology*, 19, 148-155.
- CEDERBLAD, M. (1987): The nine-year old a «Problem» of our time? Comunicación personal.
- CEDERBLAD, M. (1968): A child psychiatric study on Sudanese Arab children. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 200, 1-230.
- CHANOIT, P. F. (1985): *Epidémiologie en Psychiatrie*. Vendôme: Presses Universitaires de France.
- COLE, P. (1979): The evolving case-control study. *J. Chronic Dis.*, 32, 15-27.
- COMMONWEALTH FUND. (1936): *Snow on Cholera*. New York: The Commonwealth Fund. London: Oxford University Press.
- CONSEIL DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC (1978): Programme de subventions et de bourses 1979-1980. Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction des communications.
- COOPER, B. y SHEPHERD, M. (1971): Epidemiology abnormal psychology. En *Handbook Abnormal Psychology* (2.ª ed.). Eysenck, H. J. (ed.). London: Pitman.
- COOPER, J. E.; KENDELL, R. E.; GURLAND, B. J.; SHARPE, L.; COPELAND, J. R. M. y SIMON, R. (1972): *Psychiatric Diagnosis in New York and London*. OUP. London.
- COOPER, B. y MORGAN, H. G. (1973): *Epidemiological Psychiatry*. Springfield: Ch. C. Thomas.
- COPELAND, K. T.; CHECKDWAY, H.; McMICHAEL, A. J. y HOLBROOK, R. H. (1977): Bias due to the misclassification of relative risk. *Am. J. Epidemiol.*, 105, 488-495.
- CULLEN, K. T. (1966): Factors relating to behaviour disorders in children. *Aust. Paediatr. J.*, 2, 70-80.
- DE ALARCÓN, R. (1969): The spread of heroin abuse in a community. *Bull. Narc. (UN)*, 31, 2117-22.

- DIRECTION DES PROGRAMMES DE RECHERCHE (1977): Programme national de recherche et développement en matière de santé. Ottawa: Ministère de la santé nationale et du bien-être social.
- DOMÈNECH, E. (1988): Metodología de la investigación en Psicología clínica infantil. En A. Fierro: *Psicología Clínica. Cuestiones Actuales*. Madrid: *Pirámide*, 169-191.
- DOMÈNECH, E. (1988): Prevención de la depresión infantil. En A. Polaino-Lorente, *Depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- DUGAS, M. et al. (1984): La dépression chez l'enfant. Conception et études récentes. *Gazette Médicale*, 91, 32, 65-76.
- DURKHEIM, E. (1930): *Le suicide: étude de sociologie*. Paris: Alcon (1.ª ed. 1897).
- EARLS, F. (1980): The prevalence of behavior problems in three years old children. A cross-cultural replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 1153-1157.
- EME, R. F. (1979): Sex differences in childhood psychopathology: a review. *Psychol. Bull.*, 86 (3).
- ESQUIROL, E. (1938): *Des Maladies Mentales*, vol. 2, p. 723. Paris: J. B. Baillière. Libraire de l'Académie Royale de Médecine.
- EVANS, S. A. (1978): Causation and disease. A chronological journey. *Am. J. Epidemiol.*, 108, 247-257.
- FARR, W. (1841): Report on the Mortality of Lunatics. *Roy. Stat. Soc. J.*, 4, 17.
- FIZTHERBERT, K. (1967): *West Indian Children in London*. Occasional Papers in Social Administration N.º 19. London: G. Bell.
- FLEISS, J. L.; DUNNER, D. L.; STALLONE, F. y FIEVE, R. R. (1976): The life table. A method for analyzing longitudinal studies. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, 107-112.
- FOX, J. P.; HALL, C. E. y ELVFBACK, L. R. (1970): *Epidemiology. Man and Disease*. London: MacMillan.
- FRIEDMAN, G. D. (1974): How to carry out a study, pp. 169-186. En *Primer of Epidemiology*. New York: McGraw Hill.
- GARRALDA, M. E. y BAILEY, D. (1986): Children with psychiatric disorders in primary care. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 27(5), 611-624.
- GATH, D. et al. (1977): *Child Guidance and Delinquency in a London Borough*. London: Oxford University Press.
- GELLER, B.; CHESNUT, E. C.; MILLER, D.; PRILE, D. T. y YATES, E. (1985): Preliminary data on DSM-III associated features of major Depressive Disorder in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 142(5), 643-644.
- GERSTLE, F. et al. (1982): La dépression de l'enfant. *Soins Psychiatrie*, 23.
- GLIDEWELL, J. C. et al. (1959): Behaviours symptoms in children and adjustment in public school. *Hum. Organization*, 17, 123.
- GOLDBERGER, J. (1914): The etiology pellagra. The significance of certain epidemiological observations with respect thereto. *Public Health Rep.*, 29(26), 1983.
- GOLDBERGER, J. et al. (1915): The prevention of pellagra. A test of diet among institutional inmates. *Public Health Rep.*, 30(43), 3117.
- GOLDBERGER, J. (1916): The transmissibility of pellagra. Experimental attempt at transmission to the human subject. *Public Health Rep.*, 31(46), 3159.
- GOLDBERGER, J. et al. (1920): The experimental production of pellagra in human subjects by means of diet. *Hyg. Lab. Bulletin*, 120, 7.
- GOLDBERGER, J. et al. (1923): Pellagra prevention by diet among institutional inmates. *Public Health Rep.*, 38(41), 2361.
- GRAHAM, P. (ed.) (1977): *Epidemiological approaches in child psychiatry*. London: Academic Press.
- GRAHAM, P. (1985): Psychology and the Health of Children. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 26(3), 333-347.
- GRAHAM, P. J. y MEADOWS, C. E. (1967): Psychiatric disorder in the children of West Indian immigrants. *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 8, 105-116.
- GRUENBERG, E. M. (1980): Epidemiology, pp. 531-546. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. Editado por A. M. Friedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock, vol. II, 2.ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- HAMER, Sir W. H. (1928): *Epidemiology Old and New*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Co. Ltd.
- HARE, E. K. y WING, J. K. (eds.) (1970): *Psychiatric Epidemiology*. London, Oxford: University Press.
- HECKER, J. F. C. (1859): *The Epidemics of the Middle Ages*. Trans. Babington. B. C. (3.ª ed.). New York and London: Trubner.
- HILL, Sir A. B. (1955): Snow-an appreciation. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 48, 1008.
- HOLLAND, W. W. et al. (1978): Prevention-Everybody's responsibility. *Méd. Soc. et Prév.*, 23, 313-326.
- HORWITZ, O. et al. (1975): Medical observations and bias. *Am. J. Epidemiol.*, 101, 391-399.
- HUGHES, P. H. y JAFFE, J. H. (1973): Heroin epidemic inset: a review of crucial variables. *Res. Nurs. ceedings of the V. World Congress of Psychiatry*. Mexico D. F., 1971. Editado por R. de la Fuente y M. N. Weisman. Amsterdam: Excerpta Médica.
- HYMAN, R. B. et al. (1982): Stressfull life events and illness inset: a review of crucial variables. *Res. Nurs. Health*, 5, 155-163.
- JENICEK, M. y CLÉROUX, R. (1983): *Epidémiologie* (2è tirage): Paris: Maloine.
- JOFFE, J. (1982): Quelques réflexions sur la dépression de l'adolescent. *Neuropsychiatr. Enfance*, 30 (10-11), 571-577.
- JOST, H. (1896): Quoted in Diem, O. (1905). Die psychoneurotische erbliche belastung der geistesgesunden und geisteskranken. *Arch. Rassenbiol.*, 2, 215.
- KAELIN, C. (1985): Etats dépressifs et symptômes phy-

- siques à l'adolescence. *Méd. et Hyg.*, 43, 2760-2762.
- KAPLAN, R. M. et al. (1985): *Behavioral Epidemiology and Disease Prevention*. London: Plenum Press.
- KASHANI, J. (1982): Epidemiology of childhood depression. En Lester-Grinspoon, *Psychiatry 1982, annual review*. Am. Psychiatr. Press.
- KASHANI, J. y SIMONDS, J. F. (1979): The incidence of depression in children. *Am. J. Psychiatry*, 139(9), 1203.
- KASHANI, J. H.; HOLCOMB, W. R. y ORVASCHEL, H. (1986): Depression and depressive symptoms in pre-school children from the general population. *Am. J. Psychiatry*, 143(9), 1138.
- KAZDIN, A. E.; FRENCH, N. H.; UNIS, A. S. y ESVELDT-DAWSON, K. (1983): Assessment of childhood depression: Correspondence of child and parent ratings. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 22(2), 157-164.
- KLEINBAUM, D. et al. (1982): *Epidemiologic Research. Principles and quantitative methods*. London: Lifetime Learning Publications.
- KLEMPERER, J. (1933): Zur belastungsstatistik der durchschnittsbevölkerung. Psycho soenhäufigkeit unter 1,000 stickprobenmassig ausgesehenen probanden. *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 146, 277.
- KRAEPELIN, E. (1920): *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 62, 1.
- LAPOUSE, R. y MONK, M. (1964): Behaviors deviations in a representative sample of children: Variations by sex, age, race, social class and family size. *Am. J. Orthopsychiatry*, 34, 436-446.
- LAVIK, N. (1977): Urban-rural differences in rates of disorder: A comparative psychiatric population study of Norwegian adolescents. En P. Graham (ed.), *Epidemiological approaches in child psychiatry*. New York: Academic Press.
- LEFKOWITZ, M. M. y TESINY, E. P. (1985): Depression in Children: Prevalence and correlates. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 53(5), 647-656.
- LEON, R.; KENDALL, P. y GARBER, J. (1980): Depression in children: parent, teacher, and child perspectives. *J. Abnorm. Child. Psychol.*, 8(2), 221-235.
- LESLIE, S. A. (1974): Psychiatric disorder in the young adolescents of an industrial town. *Br. J. Psychiatry*, 125, 113-124.
- LEVINE, R. J. (1977): Epidemic faintness and syncope in a school marching band. *JAMA*, 238, 2373-2376.
- LEWIS, E. O. (1929): Report on an investigation into the incidence of mental deficiency in six areas, 1925-1927. Report of the Mental Deficiency Committee of the Board of Education and Board of Control, 4.ª parte. London: H.M.S.O.
- LIGHT, R. J. (1973): Abused and neglected children in America: A study of alternative policies. *Harvard Educational Review*, 43, 556.
- LILIENTHAL, A. M. (1957): Epidemiological methods and influences in studies of non-infectious diseases. *Public Health Rep.*, 72, 51.
- LILIENTHAL, A. M. (1980): Advances in quantitative methods in epidemiology. *Public Health Rep.*, 95, 462-469.
- LIN, T. Y. et al. (1982): *The scope of epidemiology in psychiatry*. Public Health Papers, 16, W. H. O., Genève.
- LINKS, P. S. (1983): Community survey of the prevalence of childhood psychiatric disorders: A review. *Child Den.*, 54, 531-548.
- LUXENBERGER, H. (1928): Demographische und psychiatrische Untersuchungen in der engeren biologischen Familie von Paralytikerehegatten. *Z. Neur.*, 112, 331.
- MACMAHON, B. y PUGH, T. F. (1970): *Epidemiology: Principles and Methods*. Boston: Little, Brown, pp. 218-220.
- MASSE, L. y C. (1976): Préface. En M. Jenicek. *Introduction à l'épidémiologie*, Saint-Hyacinthe et Paris: Edisem et Maloine.
- MATARAZZO, J. D. et al. (1984): *Behavioral Health*. New York: John Wiley and Sons.
- MAUDSLEY, H. (1872): Is insanity on the increase? *Br. Med. J.*, 1, 36.
- MILLER, T. W. (1981): Life events scaling: clinical methodological issues. *Nurs. Res.* 30, 316-321.
- MILLER, M. J.; COURT, S. D.; KNOX, E. G. y BRANDON, S. (1974): *The school years in Newcastle-Upon-Tyne*. London: Oxford University Press.
- MIETTINEN, O. (1976): Estimability and estimation in case-referent studies. *Am. J. Epidemiol.* 103, 226-235.
- MOUREN, M. C. y DUGAS, M. (1982): Aspects cliniques et évolutifs de la dépression de l'enfant. *Neuropsychiatry. Enfance*, 30(10-11), 521-535.
- MINDE, K. (1976): Child Psychiatry in developing countries. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 17, 79-83.
- NAECKE, P. (1989): Die Sogenannten Husseren degenerationszeichen bei der progressiven paralyse v.s.w. *Allg. z. Psychiat.*, 55, 557.
- NICOL, A. R. (1971): Psychiatric disorders in the children of caribbean immigrants. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 12, 273-287.
- NORBECK, J. S.; LINDSEY, A. M., y CARRIERI, V. L. (1981): The development of an instrument to measure social support. *Nurs. Res.* 30, 264-296.
- OFFORD, D. R. (1985): Child Psychiatry Disorders: Prevalence and Perspectives. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 8, 4, 637-652.
- OMS (1983): Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels. Genève.
- OMS (1985): Plice de l'épidémiologie dans l'action de santé. L'expérience d'un groupe en pays de développement. Publication offset n.º 70, Genève.
- ORVASCHEL, H. y WEISSMAN, M. M. (1986): Epidemiology of anxiety disorders in children: a review. En R. Gittelman (ed.) *Anxiety Disorders of Childhood*. Chichester: John Wiley and Sons.
- PAYKEL, E. S. (1978): Contribution of life events to



- causation of psychiatric illness. *Psychol. Med.*, 8, 245-253.
- PELECHANO, V. (1979): Una nota sobre estrategias, criterios y principales resultados de un estudio epidemiológico sobre la incidencia de la deficiencia mental. *Análisis y modificación de conducta*, 5, 9, 169-189.
- POLAINO-LORENTE, A. (1982): *Introducción al estudio científico del Autismo Infantil*. Madrid: Alhambra.
- POLAINO-LORENTE, A. (1985): *Entrenamiento de profesores en modificación de comportamiento autista: una revisión crítica en II symposium nacional de autismo*. Diputación Provincial de Castellón, pp. 247-265.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987): *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- POLAINO-LORENTE, A. (1988): *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- POZNANSKI, E.; MOKROS, H. B.; GROSSMAN, J. y FREEMAN (1985): Diagnostic criteria in child-hood depression. *Am. J. Psychiatry*, 142(10), 1168.
- PRINGLE, M. L. K.; BUTLER, N. R. y DAVIE, R. (1966): *11,000 Seven-year-olds*. London: Longmans.
- PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY (1970): Proceedings of the International Symposium held at Aberdeen University, 22-25 julio 1969. Editado por E. H. Hare y J. K. Wing. London: Oxford University Press.
- RAHE, R. H. y ARTHUR, R. J. (1978): Life change illness studies: past history and future direction. *J. Human Stress*, 4(1), 3-13.
- RAY, I. (1873): *Contribution to Mental Pathology*. Boston: Little Brown and Co.
- REID, D. D. (1960): La méthode épidémiologique dans l'étude des troubles mentaux. *Cahiers de Santé Publique*, 2. Genève: OMS.
- RICHMAN, N. (1976): Depression in mothers of preschool children. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 17, 75-78.
- RICHMAN, N.; STEVENSON, J. E. y GRAHAM, P. J. (1975): Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: An epidemiological study in a London borough. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 16, 272-287.
- RIEGLMAN, R. K. (1981): *Studying a study and Testing a Test*. How to read medical literature. Boston: Little Brown.
- ROBINS, L. N. (1978): Study predictors of adult outcomes: replications from longitudinal studies. Presented at Paul Hoch Award Lecture, American Psychopathological Association Meeting. Boston, Massachusetts.
- ROBSON, B. E. (1985): Children of parental divorce: Vulnerable or invulnerable? *Can. J. Psychiatry*, 30(4), 239.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1980): *Estudio epidemiológico del consumo de alcohol en la población infantil de Barcelona y provincia*. Resumen de tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Sección de publicaciones.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (1986): Epidemiología del uso de droga en la población pediátrica: extensión del problema. *But. Soc. Cat. Pediatr.*, 46, 33-47.
- ROSENTHAL, N.; CARPENTER, C.; JAMES, S.; PARRY, B.; ROGERS, S. y WEHR, T. (1986): Seasonal affective disorder in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 143(3), 356.
- ROTHMAN, K. Y. BOICE, J. D. (1979): *Epidemiologic analysis with a programmable calculator*. Washington D.C. U.S. Government Printing Office.
- RÜDIN, E. (1916): *Zur vererbung und neuentstehung der dementis praecox*. Berlin: Springer.
- RUTTER, M.; TIZARD, J. y WHITMORE, K. (eds.) (1970): *Education. Health and behaviour*. London: Longman.
- RUTTER, M.; YULE, B.; QUINTON, D.; ROWLANDS O.; YULE, W. y BERGER, C. (1974): Attainment and Adjustment in two geographical areas. III. Some factors accounting for area differences. *Br. J. Psychiatry*, 125, 520-533.
- RUTTER, M. y SANDBERG, S. (1985): Epidemiology of Child Psychiatric disorder: Methodological issues and some substantive findings. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 15, 209-233.
- RUTTER, M. (1986): The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. En Rutter, M.; Izard, C. E. y Read, P. B. (eds.) *Depression in young people*. New York: Guilford Press, pp. 3-30.
- SACKETT, D. L. (1979): Bias in analytic research. *J. Chronic Dis.*, 32, 51-63.
- SCHMIDT, M. H. y REMSCHMIDT (1983): *Epidemiological approaches in child psychiatry II*. Stuttgart: Georg. Thieme Verlag.
- SCHLESSELMAN, J. (1982): *Case-control studies. Design, conduct, analysis*. New York: Oxford University Press.
- SCHULL, W. J. y WEISS (1980): Genetic epidemiology: four strategies. *Epidemiol. Rev.*, 2, 1-18.
- SCHULZ, S. C.; VAN JAMMEN, D. P.; BALOW, J. E. et al. (1981): Dialysis in schizophrenia: a double blind evaluation. *Science*, 211, 1066-1068.
- SHAH, C. P.; JENICEK, M.; MUNAN, L. y SPASOFF, R. (1980): Objectives of teaching community health to medical undergraduates. Report of the Subcommittee on Undergraduate Medical Education, Canadian Association of Teachers of Social and Preventive Medicine (pp. 371-375). Les objectifs de l'enseignement de la santé communautaire aux étudiants en médecine (pp. 376-380). *Can. J. Public Health*, 71 371-380.
- SHAMSTE, T. (1985): Family breakdown and its effects on emotional disorders in children. *Can. J. Psychiatry*, 30(4), 281-287.
- SHEN, Y. C.; WANG, Y. F. y YANG, X. L. (1985): An epidemiological investigation of minimal brain dysfunction in six elementary schools in Beijing, J. *Child Psychol. Psychiatry*, 26(5), 777-787.

- SHEPHERD, M. (1979): Approche épidémiologique de la dépression. *L'Encéphale*, 5, 419-426.
- SHEPHERD, M. (1983): Social psychiatry and epidemiology. *Practitioner*, 227, 148-150.
- SHEPHERD, M. (1985): Psychiatric epidemiology and epidemiological Psychiatry. *AJPH*, 75(3), 275-276.
- SHEPHERD, M.; OPPENHEIM, B. y MITCHELL, S. (1971): *Childhood behavior and mental health*. London: University of London Press.
- SHEPHERD, M. y CLARE (1981): *Psychiatric illness in general practice*. 2.<sup>a</sup> ed. Oxford: Oxford University Press.
- SMITH, M. G. (1962): *West Indian Family Structure*. Seattle: University of Washington Press.
- SNOW, J. (1855): On the mode of communication of cholera. En *Snow on cholera*, Commonwealth Found. 1936; reimpresión en Hafner Press, 1965.
- STEFFENBURG, S. y GILBERT, C. (1986): Autism and autistic-like conditions in Swedish Rural and Urban areas: a population study. *Br. J. Psychiatry*, 149, 81-87.
- STEINHAUSEN, H. C. et al. (1983): Child and family psychopathology of migrants. En M. H. Schmidt y H. Resmchmidt (eds.) *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry II*. New York: Thieme-Stratton Inc.
- STONE, A. (1982): The objectivity and subjectivity of life-events. *J. Clin. Psychol.*, 38, 2.
- THURNAM, J. (1845): *Observations and Essays on the Statistics of Insanity*. London: Simkin, Marshall.
- TRICHOPOULOS, D. y SPAROS, L. (1985): Reflections on epidemiologic methodology in the study of disease etiology and health services. En R. M. Kaplan y M. H. Criqui, *Behavioral Epidemiology and Disease Prevention*. London: Plenum Press.
- TUKE, D. H. (1878): *Insanity in ancient and modern life, with chapter on its prevention*. London: Mac Millan.
- WALKER, M. (1968): *West Indian Children in School*. No publicado.
- WEISSMAN, M. M.; PAYKEL, E. S. y KLERMAN, G. L. (1972): The depressed woman as a mother. *Soc. Psychiatry*, 7, 98-108.
- WEISSMAN, M.; PRUSOFF, B. A.; GAMMON, P. D.; MERIKANGAS, K. K.; LECKMAN, J. F. y KIDD, K. K. (1984): Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 23(1), 78-84.