

# SALUD MENTAL PARA TODOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. BASES EPIDEMIOLÓGICAS PARA LA ACCIÓN

*Itzhak Levav,<sup>1</sup> Bruno R. Lima,<sup>2</sup> Marcela Somoza Lennon,<sup>3</sup>  
Morton Kramer<sup>4</sup> y Roxane González<sup>5</sup>*

*En el presente estudio se estimaron las necesidades de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe en el año 2000. Para ello se emplearon dos tipos de datos: estadísticas de mortalidad debida a causas psicosociales y psicopatológicas de defunción y datos sobre morbilidad psiquiátrica extrapolados de un estudio sobre prevalencia de los trastornos psiquiátricos realizado en Puerto Rico. Como resultado del incremento de la prevalencia de ciertos trastornos psiquiátricos que llevan a la muerte, en particular los que entrañan violencia, se prevé que la tasa bruta de mortalidad por dichas causas aumentará 11,2% entre 1985 y el año 2000. Paralelamente crecerá el número de años de vida potencial perdidos.*

*Asimismo, se estima que 88,3 millones de personas sufrirán determinados trastornos psiquiátricos, cifra que representa un aumento de 48,1% respecto a 1985; también se incrementarán las tasas brutas de prevalencia de ese grupo de trastornos.*

*En definitiva, el crecimiento demográfico diferencial previsto tendrá importantes repercusiones en las necesidades de servicios de salud mental. El deterioro de las condiciones socioeconómicas en América Latina y el Caribe y otros factores sociales pueden determinar que los aumentos sean aun mayores. Las autoridades, los administradores, los planificadores y los profesionales de la salud deben tener en cuenta el aumento de la demanda de servicios si se ha de alcanzar la meta de salud mental para todos en el año 2000.*

Tres tipos de factores —conceptuales, políticos y epidemiológicos— ponen de relieve la importancia de la salud mental en la formulación y ejecución de políticas de salud pública en la Región de las Américas:

1 La importancia de la salud mental está reconocida en la célebre definición de la OMS que dice: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1). Si bien este concepto ha sido aceptado en mayor o menor grado durante varios decenios, la Declaración de Alma-Ata que establece como objetivo programático la salud para todos en el año 2000, al fijar un plazo definido imprimió un sentido de urgencia a la consecución de la meta (2).

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud del Adulto, Salud Mental. Dirección postal: 525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037, EUA.

<sup>2</sup> Universidad Johns Hopkins, Facultad de Higiene y Salud Pública, Departamento de Higiene Mental y Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Baltimore, Maryland, EUA.

<sup>3</sup> Universidad Johns Hopkins, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría.

<sup>4</sup> Universidad Johns Hopkins, Facultad de Higiene y Salud Pública, Departamento de Higiene Mental.

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud, Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias.

2 Esta definición biopsicosocial de la salud junto con el establecimiento de un objetivo a plazo fijo llevó a la formulación de diversas políticas sanitarias para hacer frente a los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales y reducir su riesgo. En la 39ª Asamblea Mundial de la Salud se formularon recomendaciones que fueron aceptadas por los Estados Miembros de la OMS. En la Región de las Américas las políticas pertinentes fueron incorporadas al Plan de Acción, que subraya las medidas que surgen específicamente del contexto regional (3).

3 Sin embargo, es necesaria una evaluación epidemiológica de los trastornos mentales actuales y futuros para tomar decisiones racionales en cuanto a la asignación de los recursos, habitualmente limitados (4-5). En efecto, en los estudios realizados en América Latina y en otros países en desarrollo se ha observado una prevalencia elevada de trastornos mentales, uso indebido de drogas y alcoholismo tanto en la población general (6-43) como entre los pacientes de los centros de atención primaria (44-47). Para preparar programas adecuados de prevención y control de estos problemas en la Región, es necesario conocer la prevalencia actual de los distintos trastornos mentales y prever la que se alcanzará en el año 2000. Estos datos son esenciales para formular estrategias de prevención y control apropiadas para la magnitud y gravedad del problema (48).

Se ha señalado que tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo hay una "pandemia creciente de trastornos mentales" (49). Sin embargo, aún no se ha hecho ningún estudio sobre los efectos que el crecimiento demográfico y los cambios que se producirán en la estratificación de la población por edades entre 1985 y el año 2000 tendrán sobre la prevalencia de los trastornos mentales, entre ellos el alcoholismo y el uso indebido de drogas. Dichas modificaciones revisten especial importancia si se prevé un crecimiento diferencial de los grupos de distintas edades. Como se sabe, las tasas brutas de prevalencia son el resultado de la combinación de las tasas de prevalencia

específicas por edad y la distribución de la población por edades. Aunque la prevalencia específica por edad no cambie durante un período determinado, el crecimiento de ciertos grupos de edad redundará en un aumento del número total de casos y, por consiguiente, de la tasa de prevalencia bruta. Si el crecimiento de los grupos que presentan una prevalencia relativamente elevada de ciertos trastornos psiquiátricos fuese superior al de la población total, se produciría un aumento desproporcionado del número total de casos previstos sobre la base del crecimiento demográfico; es decir, se incrementaría la tasa de prevalencia bruta.

El propósito del estudio fue estimar, a partir del crecimiento demográfico, la magnitud de la morbilidad psiquiátrica en América Latina y el Caribe en el año 2000. Los datos se presentan a título de indicadores del pronóstico. Aunque es posible que la magnitud de los trastornos mentales difiera de la prevista, los resultados podrán servir igualmente de marco epidemiológico de referencia para adoptar respuestas apropiadas a fin de satisfacer las necesidades crecientes.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron tres tipos de datos para calcular el aumento del número de casos de determinados trastornos psiquiátricos entre 1985 y el año 2000: a) estimaciones demográficas oficiales correspondientes a esos dos años; b) estadísticas sobre mortalidad; y c) estudios comunitarios sobre trastornos mentales realizados en América Latina. También se tuvieron en cuenta ciertos indicadores del grado de desorganización de la comunidad, que están estrechamente relacionados

INDEXED

con problemas psicosociales y pueden exacerbar los efectos de los cambios demográficos.

## Datos demográficos

Para calcular la población que habrá en el año 2000 se utilizó la variación media del crecimiento demográfico previsto para las Américas (50). Como los distintos grupos de edad experimentarán tasas de crecimiento diferentes durante el período considerado en el estudio, se calcularon los cambios demográficos correspondientes a la población total y a cada grupo. Se presentan los datos referentes a algunos países y varias subregiones.<sup>6</sup> La subregión de América del Norte no se incluyó en el estudio.

## Estadísticas sobre mortalidad

Los datos sobre mortalidad se usaron como indicadores de problemas relacionados con la salud mental. Las tasas de mortalidad por trastornos con componentes psicosociales y psicopatológicos bien definidos constituyen indicadores claros de la morbilidad subyacente (49).

La OMS ha definido en términos generales los componentes psicosociales y psicopatológicos de las principales causas de defunción prematura (cuadro 1) (52). Así, las enfermedades cerebrovasculares son una causa frecuente de síndromes mentales de origen orgánico (53); la cirrosis está estrechamente relacionada con el consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo; el suicidio es el

punto final de diversos trastornos psiquiátricos (54-56); los accidentes automovilísticos en una proporción importante se deben al uso indebido de alcohol y drogas (57-61) o pueden llevar a trastornos emocionales secundarios causados por traumatismos encefálicos (62); los homicidios son en parte resultado de dificultades en las relaciones interpersonales y de problemas emocionales. Se decidió considerar también las deficiencias nutricionales y las avitaminosis, ya que son factores de riesgo conocidos en relación a la subnormalidad mental y los trastornos mentales de origen orgánico (63-66).

Se emplearon dos tipos de estadísticas de mortalidad para estimar el impacto de los trastornos psiquiátricos: las tasas de mortalidad específica por edad y los años de vida potencial perdidos por fallecimiento prematuro.

**Tasas de mortalidad específica por edades.** En la mayoría de los países de la Región se conocen las tasas de mortalidad específica por edad correspondientes al grupo de trastornos seleccionados (51). A partir de estas tasas se estimó el número de defunciones que se producirían en los distintos grupos de edad en 1985 y en el año 2000. Seguidamente se computó el número de defunciones previsto para los distintos grupos de edad en cada país y subregión. Los totales subregionales se dividieron por el número respectivo de habitantes para calcular la tasa bruta total correspondiente a cada causa de muerte. Mediante estas estimaciones se intentó demostrar el efecto que los cambios en la estratificación por edades de la población de cada zona ejercerían sobre el número de defunciones en cada grupo y en el total, siempre que no se produjera modificación alguna en las tasas de defunción correspondientes a los distintos grupos.

La magnitud y el sentido de los cambios en la tasa bruta de mortalidad para cada causa dependen de la razón entre el aumento relativo del total de defunciones y el incremento correspondiente de la población total durante el plazo de 15 años. Si el porcentaje de aumento de las defunciones

<sup>6</sup> La Organización Panamericana de la Salud agrupa a los países del Hemisferio en las siguientes subregiones (51):

*América Latina*, que incluye a) Zona Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; b) Cono Sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay; c) Brasil; d) América Central: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; e) México; y f) Caribe latinoamericano: Cuba, Haití, Puerto Rico y República Dominicana.

*Caribe* (en este informe se incluyen solo los países que en 1985 tenían más de 250 000 habitantes: Barbados, Guyana, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago).

*América del Norte*: Bermuda, Canadá y Estados Unidos.

**CUADRO 1. Principales causas de defunción con componentes psicosociales o psicopatológicos importantes**

Causa de defunción	Componente psicosocial o psicopatológico
Suicidio	Falta de apoyo psicosocial, depresión
Homicidio y otros actos violentos	Desorganización social, hacinamiento, consumo excesivo de alcohol y uso indebido de otras drogas
Accidentes	Consumo excesivo de alcohol y uso indebido de otras drogas, comportamiento arriesgado
Trastornos originados durante el período perinatal	Ignorancia de los padres, falta de adaptación, no utilización de los servicios de salud, pobreza
Enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías isquémicas	Hábito de fumar, alimentación desequilibrada, falta de ejercicio físico, estrés
Enfermedades infecciosas y parasitosis	Ignorancia de medidas de higiene, exposición a un medio peligroso (agua contaminada o infectada), rechazo de la vacunación
Hepatopatías crónicas y cirrosis	Consumo excesivo de alcohol
Enfermedades del aparato respiratorio	Hábito de fumar, exposición a un ambiente contaminado, pobreza
Trastornos de la circulación pulmonar y otras cardiopatías	
Neoplasias malignas	Hábito de fumar, alimentación inadecuada
Anomalías congénitas	Consumo de alcohol y hábito de fumar durante el embarazo, rechazo de la inmunización, edad avanzada de la madre
Enfermedades endocrinas y metabólicas, trastornos inmunitarios	Dieta inadecuada

Fuente: *World Health Statistics Annuary*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986.

excede el porcentaje de crecimiento demográfico, la tasa bruta de mortalidad aumentará. A la inversa, si el primero es inferior al segundo, dicha tasa disminuirá. Al calcular las tasas de mortalidad correspondientes a las distintas causas de defunción, fue necesario ajustar los datos demográficos de las subregiones, ya que en varios países no se dispone de los datos sobre mortalidad necesarios para este estudio.

A fin de estimar la verdadera importancia de estas muertes como indicadores de trastornos de la salud mental, se supuso en primer lugar que a cada uno de esos fallecimientos corresponde cierto número de personas con algún problema psiquiátrico claramente relacionado con la causa de defunción correspondiente y, en segundo lugar, que la relación entre el número de defun-

ciones y la morbilidad conexas permanecerá esencialmente invariable durante el período de estudio. Por consiguiente, los cambios que se produzcan en la tasa bruta de mortalidad reflejarán las variaciones ocurridas en las tasas brutas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos conexos.

**Años de vida potencial perdidos.** Se analizó también la contribución relativa de los trastornos con componentes psicosociales y psicopatológicos al total de defunciones y de años de vida potencial perdidos por todas las causas de defunción. Los años de vida potencial perdidos se calcularon multiplicando

el total de defunciones en cada grupo de edad por la diferencia entre la edad promedio del grupo y una edad constante de 65 años. Se excluyeron las defunciones de los menores de un año y de los de 65 o más, a fin de evitar la influencia excesiva de las causas perinatales y naturales de defunción.

## Estudios epidemiológicos comunitarios

Se analizó una amplia muestra de estudios epidemiológicos (6-43) realizados por distintos investigadores en comunidades de varios países de América Latina, sobre los trastornos psiquiátricos siguientes: alcoholismo y consumo excesivo de alcohol, retraso mental, epilepsia, síndromes cerebrales orgánicos y deterioros cognoscitivos, psicosis funcionales, neurosis, trastornos de la personalidad, desmoralización y farmacodependencia. En el cuadro 2 figuran las tasas de prevalencia mediana, mínima y máxima de dichos trastornos obtenidas en los estudios citados.

Los datos de prevalencia procedentes de esas investigaciones muestran grandes diferencias. Por ejemplo, en ciertos estudios la tasa de prevalencia de las neurosis era ocho veces más elevada que en otros, mientras que la del alcoholismo variaba entre 4,4 y 24,4%. Esas diferencias obedecen a varios factores, entre ellos los criterios diagnósticos empleados, los métodos utilizados para la identificación de los casos, las diferencias en la edad y el sexo de los grupos estudiados y las técnicas de muestreo. Otro problema fue que en ningún caso se indicó el período al que correspondían los cálculos de prevalencia. Además, en la mayoría de los estudios no se suministraron tasas de prevalencia por edad. La aplicación de esas tasas brutas de prevalencia a la población total en 1985 y en

el año 2000 reflejaría solamente el cambio demográfico general, y no se podría demostrar el efecto que los cambios en la estratificación de la población por edades tendrán sobre los trastornos estudiados.

Para superar esos problemas se tomó, como mejor aproximación a las características de morbilidad mental por edad en América Latina y el Caribe, un estudio epidemiológico efectuado en Puerto Rico (14), en el que se investigó una muestra aleatoria de adultos de 17 a 64 años de toda la isla, mediante una entrevista psiquiátrica estandarizada (*Diagnostic Interview Schedule*) (67) que permite efectuar diagnósticos conforme a la clasificación DSM-III (68).<sup>7</sup>

En ese estudio se emplearon dos tipos de prevalencia: de toda la vida y semestral. Conforme a la primera, se consideró "caso" a la persona que tenía o que en algún momento de su vida había tenido un trastorno específico. De los trastornos investigados en Puerto Rico, se incluyeron en el presente estudio los trastornos esquizofrénicos (esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme), los afectivos (episodio maniaco, episodio depresivo mayor y distimia), el abuso o la dependencia del alcohol, los deterioros cognoscitivos graves [severe cognitive impairments] (69) y los trastornos por ansiedad [anxiety disorders] (fobias, trastornos por angustia [panic disorders] y trastornos obsesivo-compulsivos). Las características clínicas de estos cuadros, ya sea por su gravedad, evolución, discapacidad que generan o naturaleza de los síntomas, suelen llevar a buscar atención psiquiátrica. En los cálculos ante-

<sup>7</sup> Para la traducción de los términos ingleses de la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders* (DSM-III) que constaban en la versión original de este artículo, se ha tomado como referencia la edición española de ese manual: American Psychiatric Association. *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 3a. ed., Barcelona, Masson, 1984 (versión castellana de M. Valdés, C. Udina, J. Masara y T. de Flores, dirigida por Pierre Pichot, coordinador general de las versiones española, francesa e italiana). En algún caso en que la denominación castellana de ciertos trastornos no tiene una correspondencia evidente con el término inglés original, se ha añadido este entre corchetes. (Nota de la redacción.)

**CUADRO 2. Prevalencia (mediana, mínima y máxima) de ciertos trastornos psiquiátricos según varios estudios epidemiológicos realizados en América Latina**

Trastorno	Países	Prevalencia			Referencia bibliográfica
		Mediana	Mínima	Máxima	
Alcoholismo <sup>a</sup>	Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Perú, Puerto Rico	10,0	4,4	24,4	6, 10-12, 14, 19, 21, 24, 26-30, 32-42
Consumo excesivo de alcohol <sup>a</sup>	Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, México, Puerto Rico	17,0	7,0	28,3	10-14, 21, 24, 26, 27, 29, 30, 32-36, 42
Retraso mental	Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú	1,3	0,8	3,4	7, 21, 27, 30, 36, 38, 40, 41
Epilepsia	Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú	1,2	0,9	2,3	6, 21, 27, 30, 36, 38, 41
Síndrome cerebral orgánico	Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile	1,1	0,5	1,5	6, 36, 38, 40, 41
Deterioro cognoscitivo	Perú, Puerto Rico	3,0	2,9	3,0	14, 22
Psicosis funcionales	Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú, Puerto Rico	1,1	0,2	8,6	6, 14, 22, 26, 30, 36, 38, 40, 41
Neurosis	Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, Perú, Puerto Rico	14,5	5,5	40,2	6, 14, 21, 36, 38, 40, 41
Trastornos de la personalidad	Costa Rica, Perú	4,7	3,4	10,7	6, 30
Desmoralización	Colombia	33,3	...	...	20
Farmacodependencia	Colombia, Costa Rica, México, Perú	1,2	1,1	7,7	25, 31, 35

<sup>a</sup> Varones solamente.

rios no se incluyen las disfunciones psico-sexuales ni los trastornos por somatización.

La prevalencia de toda la vida y semestral de la investigación puertorriqueña (cuadro 3) sirvió de base para estimar la correspondiente a cada grupo de edad en los distintos países o subregiones, en 1985 y en el año 2000. Teniendo en cuenta las variaciones demográficas, se sumaron los números de casos previstos en cada grupo de edad y se calcularon las tasas brutas de prevalencia correspondientes. Esas cifras no son recuentos excluyentes, ya que en algunas personas pudo haberse diagnosticado más de un trastorno.

## Factores socioeconómicos

Los aumentos previstos de las tasas brutas de mortalidad correspondientes a causas de defunción con componentes psicosociales y psicopatológicos y las tasas brutas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos escogidos se basan en la hipótesis de que los demás factores permanecerán invariables entre 1985 y el año 2000. Sin embargo, los problemas socioeconómicos actuales y previsibles en América Latina y el Caribe pueden modificar en gran medida la tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos (70-78). Por esta razón, se usaron diversos datos sobre urbanización y desempleo así como otros indicadores económicos para determinar el

**CUADRO 3. Prevalencia de ciertos trastornos psiquiátricos por grupo de edad en un estudio epidemiológico realizado en Puerto Rico**

Edad (años)	Trastornos esquizofrénicos (%)	Trastornos afectivos <sup>a</sup> (%)	Consumo excesivo o dependencia del alcohol (%)	Deterioros cognoscitivos <sup>b</sup> (%)	Trastornos por ansiedad <sup>a</sup> (%)
17-24	0,4	5,8	4,8	0,4	10,3
25-34	1,9	5,6	12,1	2,8	10,5
35-44	3,1	9,7	14,9	4,7	14,2
45-64	1,8	9,8	17,2	4,0	18,3
Total	1,7	7,6	12,2	2,9	14,4

Fuente: Referencia 14

<sup>a</sup> Prevalencia correspondiente a toda la vida de los individuos.

<sup>b</sup> Prevalencia correspondiente a un período de seis meses.

riesgo potencial de aumento de la desorganización social que esas situaciones podrían generar.

## RESULTADOS

### Cambios demográficos

Se estima que en América Latina y el Caribe la población total pasará de 402,7 millones en 1985 a 543,9 millones en el año 2000 (cuadro 4). En América Latina, la población aumentará de 397,6 a 537,6 millones, lo cual representa una tasa de crecimiento demográfico de 35,2%. El crecimiento será inferior a esta cifra en los menores de 15 años (18,8%), en tanto que ascenderá a 44,2% en el grupo de 15 a 64 años y llegará hasta 58,7% en el grupo de personas mayores de 65 años. La población de los otros países del Caribe aumentará 23,5%, pasando de 5,1 a 6,3 millones. El incremento del grupo de menores de 15 años será insignificante; en cambio llegará a 36,9 y a 28,6% en los grupos de 15 a 64 años y de personas mayores de 65, respectivamente.

En las demás zonas de América Latina, el máximo incremento se producirá en el grupo de personas mayores de 65 años, en tanto que el grupo de menores de 15 años experimentará un aumento inferior al de la población en conjunto. En todas las subregiones se observan las mismas características. Cabe destacar el crecimiento previsto de 83,1% de la población de personas mayores de 65 años en América Central, que contrasta con el aumento mínimo (0,5%) del grupo de menores de 15 años en los países no latinos del Caribe.

### Datos sobre mortalidad

De 1985 al año 2000, el número de defunciones por causas con componentes psicosociales y psicopatológicos pasará de 234 209 a 352 265 en América Latina, lo cual representa un aumento de 50,4% (cuadro 5). Si esta cifra se desglosa por causas de defunción, se observa que el mayor aumento relativo corresponde a los trastornos cerebrovasculares (51,8%), los homicidios (52,9%) y la cirrosis (59,2%). La población de cada subregión (véase el cuadro 5) comprende únicamente los países para los cuales se disponía de estadísticas de mortalidad debida a los trastornos escogidos.

El crecimiento demográfico de los países comprendidos en el estudio será de 35,4%. En cambio, el porcentaje de aumento de las defunciones por cada causa, excepto la

**CUADRO 4. Variaciones demográficas en América Latina y el Caribe, por subregión y por grupo de edad, en el período de 1985 al año 2000**

Subregión	Población (miles de habitantes)		Variación por grupos de edad (%)			Variación total	
	1985	2000	< 15 años	15-64 años	≥ 65 años	No.	%
América Latina	397 589	537 582	18,8	44,2	58,7	139 993	35,2
Zona Andina	81 478	114 329	25,7	48,9	65,7	32 851	40,3
Cono Sur	49 295	60 758	13,2	26,5	39,0	11 463	23,3
Brasil	135 564	179 487	15,4	40,3	66,7	43 923	32,4
América Central	25 939	39 658	39,9	62,0	83,1	13 719	52,9
México	78 996	109 180	11,7	57,1	64,7	30 184	38,2
Caribe latinoamericano	26 317	34 170	21,5	33,8	38,7	7 853	29,8
Otros países del Caribe <sup>a</sup>	5 102	6 302	0,5	36,9	28,6	1 200	23,5
<b>Total: América Latina y el Caribe</b>	<b>402 691</b>	<b>543 884</b>	<b>18,6</b>	<b>44,1</b>	<b>58,3</b>	<b>141 193</b>	<b>35,1</b>

Fuente: Organización de las Naciones Unidas. *World Population Prospects. Estimates and Projections as Assessed in 1984* Nueva York, 1986

<sup>a</sup> Barbados, Guyana, Jamaica, Suiname, Trinidad y Tabago.

deficiencia nutricional, será superior al de crecimiento demográfico, especialmente en lo que atañe a cirrosis (59,2%), homicidios (52,9%) y trastornos cerebrovasculares (51,8%). El aumento de las defunciones por esas causas en toda América Latina y el Caribe será de 50,4%, o sea, un 42,4% superior al crecimiento demográfico. Esta diferencia se debe al mayor crecimiento previsto de los grupos en los que son más frecuentes los trastornos señalados. Los patrones de mortalidad son similares en todas las subregiones. Así, previéndose un aumento de 39,3% de la población andina, se estima que el porcentaje de aumento de las defunciones por enfermedades cerebrovasculares será casi el doble de esa cifra (65,9%), debido a que el grupo de personas mayores de 65 años, que presenta la tasa más elevada de mortalidad por estas enfermedades, aumentará en 65,7%. En cambio, en el Cono Sur se prevé un aumento de 16,9% en las defunciones ocasionadas por deficiencias nutricionales, en tanto que el cre-

cimiento demográfico será del 23,3%. Esto es resultado del mismo fenómeno, que en este caso surte el efecto opuesto. El mayor incremento del número de defunciones por todas las causas señaladas se producirá en América Central (63,5%) y en México (60,2%).

Como ya se apuntó, el aumento porcentual del número de defunciones es mayor que el crecimiento demográfico, lo cual conduce a un incremento de las tasas brutas de mortalidad por la mayor parte de dichas causas de defunción. La tasa bruta de defunción por los trastornos señalados aumentará 11,2% en toda América Latina y el Caribe. Sin embargo, esa cifra global oculta las diferencias entre subregiones y la importancia que cada una de esas causas de defunción tiene en cada subregión. Por ejemplo, la tasa bruta de defunción por las causas indicadas ascenderá a 15,8% en México, pero solo a 7,9% en la Zona Andina. En los países no latinos del Caribe, la tasa bruta de defunción por cirrosis aumentará en 19,6%, en tanto que la tasa correspondiente a accidentes de tránsito aumentará en 5,3%.

La importancia de las causas de defunción con componente psicosocial o psicopatológico se refleja no solo en el incre-

**CUADRO 5. Datos para 1985 y proyecciones para el año 2000 de población, número de defunciones y tasa bruta de mortalidad por causas con componentes psicosociales o psicopatológicos en América Latina y el Caribe. Cifras correspondientes únicamente a los países en los que se conocen dichos datos de mortalidad**

Población y causas de defunción	Número de defunciones			Tasa bruta de mortalidad		
	1985	2000	Variación (%)	1985 (por 100 000)	2000 (por 100 000)	Variación (%)
<b>América Latina</b>	(245 797) <sup>a</sup>	(333 250) <sup>a</sup>	(35,6)			
Deficiencias nutricionales	19 092	25 722	34,7	7,8	7,7	- 1,3
Enfermedades cerebrovasculares	88 305	134 367	52,2	35,9	40,3	12,3
Cirrosis <sup>b</sup>	33 482	53 329	59,3	13,6	16,0	17,6
Suicidio <sup>b</sup>	8 212	11 630	41,6	3,9	4,1	5,1
Accidentes de tránsito <sup>b</sup>	39 520	58 069	46,9	18,7	20,3	8,6
Homicidio <sup>b</sup>	41 993	64 203	52,9	19,8	22,4	13,1
Total debido a las causas anteriores	230 604	347 320	50,6	99,7	110,8	11,1
<b>Zona Andina</b>	(75 107) <sup>a</sup>	(104 605) <sup>a</sup>	(39,3)			
Deficiencias nutricionales	8 239	10 366	25,8	11,0	9,9	- 10,0
Enfermedades cerebrovasculares	21 399	35 494	65,9	28,5	33,9	18,9
Cirrosis	3 762	6 248	66,1	5,0	6,0	20,0
Suicidio <sup>b</sup>	2 156	3 201	48,5	3,9	4,2	7,7
Accidentes de tránsito <sup>b</sup>	13 224	19 418	46,8	23,9	25,3	5,9
Homicidios <sup>b</sup>	13 966	19 834	42,0	25,2	25,9	2,8
Total debido a las causas anteriores	62 746	94 561	50,7	97,5	105,2	7,9
<b>Cono Sur</b>	(49 295) <sup>a</sup>	(60 758) <sup>a</sup>	(23,3)			
Deficiencias nutricionales	2 062	2 410	16,9	4,2	4,0	- 4,8
Enfermedades cerebrovasculares	36 667	50 832	38,6	74,4	83,7	12,5
Cirrosis	8 607	11 876	38,0	17,5	19,5	11,4
Suicidio <sup>b</sup>	3 376	4 276	26,7	6,8	7,0	2,9
Accidentes de tránsito <sup>b</sup>	5 469	6 940	26,9	11,1	11,4	2,7
Homicidios <sup>b</sup>	1 923	2 502	30,1	3,9	4,1	5,1
Total debido a las causas anteriores	58 104	78 836	35,7	117,9	129,8	10,1
<b>América Central</b>	(22 667) <sup>a</sup>	(34 397) <sup>a</sup>	(51,7)			
Deficiencias nutricionales	3 397	5 306	56,2	15,0	15,4	2,7
Enfermedades cerebrovasculares	3 946	6 864	73,9	17,4	20,0	14,9
Cirrosis	1 350	2 266	67,9	6,0	6,6	10,0
Suicidio <sup>b</sup>	865	1 404	62,3	4,7	5,1	8,5
Accidentes de tránsito <sup>b</sup>	2 373	3 750	58,0	13,0	13,7	5,4
Homicidios	10 749	17 497	62,8	58,8	63,8	8,5
Total debido a las causas anteriores	22 680	37 087	63,5	114,9	124,6	8,4

<b>México</b>	(78 996) <sup>a</sup>	(109 180) <sup>a</sup>	(38,2)			
Deficiencias nutricionales	4 699	6 792	44,5	5,9	6,2	5,1
Enfermedades cerebrovasculares	17 410	28 506	63,7	22,0	26,1	18,6
Cirrosis	17 596	29 779	69,2	22,3	27,3	22,4
Suicidio	1 325	2 062	55,6	1,7	1,9	11,8
Accidentes de tránsito	17 318	26 387	52,4	21,9	24,2	10,5
Homicidios	14 614	23 344	59,7	18,5	21,4	15,7
Total debido a las causas anteriores	72 962	116 870	60,2	92,4	107,0	15,8
<b>Caribe latinoamericano</b>	(19 732) <sup>a</sup>	(24 310) <sup>a</sup>	(23,2)			
Desnutrición	695	848	22,0	3,5	3,5	0,0
Enfermedades cerebrovasculares	8 883	12 671	42,6	45,0	52,1	15,8
Cirrosis	2 167	3 160	45,8	11,0	13,0	18,2
Suicidio <sup>b</sup>	490	687	40,2	5,1	5,5	7,8
Accidentes de tránsito	1 136	1 574	38,8	11,7	12,5	6,8
Homicidios <sup>b</sup>	741	1 026	38,5	7,6	8,1	6,6
Total debido a las causas anteriores	14 112	19 966	41,5	83,9	94,7	12,9
<b>Otros países del Caribe</b>	(2 766) <sup>a</sup>	(3 422) <sup>a</sup>	(23,7)			
Deficiencias nutricionales	257	294	14,4	9,3	8,6	- 7,5
Enfermedades cerebrovasculares	2 517	3 520	39,8	91,0	102,9	13,1
Cirrosis <sup>b</sup>	251	366	45,8	13,8	16,5	19,6
Suicidio <sup>b</sup>	152	206	35,5	8,4	9,2	9,5
Accidentes de tránsito	344	444	29,1	19,0	20,0	5,3
Homicidios	84	115	36,9	3,0	3,4	13,3
Total debido a las causas anteriores	3 605	4 945	37,2	144,5	160,6	11,1
<b>Total: América Latina y el Caribe</b>	(248 563) <sup>a</sup>	(336 672) <sup>a</sup>	(35,4)			
Deficiencias nutricionales	19 349	26 016	34,5	7,8	7,7	- 1,3
Enfermedades cerebrovasculares	90 822	137 887	51,8	36,5	41,0	12,3
Cirrosis <sup>b</sup>	33 733	53 695	59,2	13,6	16,0	17,6
Suicidio <sup>b</sup>	8 364	11 836	41,5	3,9	4,1	5,1
Accidentes de tránsito <sup>b</sup>	39 864	58 513	46,8	18,7	20,3	8,6
Homicidios <sup>b</sup>	42 077	64 318	52,9	19,6	22,2	13,3
Total debido a las causas anteriores	234 209	352 265	50,4	100,1	111,3	11,2

Fuentes: Organización de las Naciones Unidas. *World Population Prospects Estimates and Projections as Assessed in 1984*. Nueva York, 1986, y Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington, DC, 1986, Publicación Científica 500

<sup>a</sup> Población en miles de habitantes.

<sup>b</sup> Debido a la falta de datos sobre mortalidad en ciertos países fue necesario ajustar el denominador utilizado para calcular las tasas correspondientes

**CUADRO 6. Número y porcentaje de defunciones por causas con un componente psicosocial o psicopatológico<sup>a</sup> en relación a las defunciones por todas las causas, en ambos sexos y en varones, en varios países latinoamericanos**

País	Defunciones por causas con componentes psiquiátricos (No.)				Defunciones por todas las causas (No.)	
	Ambos sexos		Varones		Ambos sexos	Varones
	No.	%	No.	%		
Brasil	165 336	21,5	111 755	24,9	768 608	449 054
Colombia	40 535	24,2	28 524	30,1	167 293	94 646
Cuba	12 841	22,0	7 541	22,7	58 348	33 161
Chile	20 384	27,4	13 529	32,1	74 428	42 135
Guatemala	17 860	24,9	14 422	33,6	71 748	42 929
México	104 559	25,4	77 316	32,7	412 345	236 592

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington DC, 1986, Publicación Científica 500.  
<sup>a</sup> Homicidios, suicidios, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis, accidentes y deficiencias nutricionales.

mento previsto para el año 2000, sino también en el porcentaje que representan en relación con todas las causas de defunción. En varios países latinoamericanos los trastornos mencionados serán la causa de aproximadamente 25% de las defunciones de personas de ambos sexos, cifra que aumenta a 33% si se tienen en cuenta únicamente los varones (cuadro 6). Cabe destacar que, en la mayoría de los países, dichas causas representan casi la mitad de los años de vida potencial perdidos por todas las causas de defunción (cuadro 7).

La importancia de los factores psicopatológicos y psicosociales y su influencia sobre la mortalidad son aun más evidentes cuando se comparan las muertes violentas con el total de defunciones, tanto en valores absolutos de fallecimientos como en número de años de vida potencial perdidos (cuadro 8). Las tasas mínimas y máximas de muertes violentas corresponden a Barbados y El Salvador, con 1,0 y 8,7%, respectivamente, si se tienen en cuenta ambos sexos y 1,5 y 12,6% si se consideran únicamente los varones.

**CUADRO 7. Porcentaje por países de años de vida potencial perdidos por causas de defunción con componentes psicosociales o psicopatológicos<sup>a</sup> en varios países de América Latina y el Caribe**

País	Años de vida potencial perdidos (%)	Año
Brasil <sup>b</sup>	43,1	1983
Costa Rica	41,1	1984
Cuba	46,8	1985
México	47,2	1982
Trinidad y Tabago	41,8	1983
Uruguay	34,5	1985
Venezuela	45,3	1983

Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS, 1988.

<sup>a</sup> Incluye deficiencias nutricionales, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, suicidios, cirrosis y otras hepatopatías crónicas, homicidios, ejecuciones legales, operaciones de guerra y trastornos mentales.

<sup>b</sup> No se dispone de datos sobre años de vida perdidos por deficiencias nutricionales y trastornos mentales.

Cabe señalar que las muertes violentas representan un porcentaje aun mayor del total de años de vida potencial perdidos por todas las causas de defunción. En El Salvador esa cifra asciende a 21,4% para ambos sexos y a 26,3% para los varones. Algunos países en los que no hay una guerra declarada pero sí enfrentamientos armados frecuentes, como Colombia, muestran un porcentaje de muertes violentas también considerablemente ele-

**CUADRO 8. Porcentaje de defunciones y de años de vida potencial perdidos por muertes violentas en relación al total de defunciones en ambos sexos y en varones solamente en varios países de las Américas<sup>a</sup>**

País (Año)	Muertes violentas (%)		Años de vida potencial perdidos (%)	
	Ambos sexos	Varones	Ambos sexos	Varones
Barbados (1984)	1,0	1,5	6,9	9,4
Brasil (1983)	2,9	4,2	9,8	13,2
Colombia (1981)	6,5	10,6	14,3	21,2
Estados Unidos de América (1985)	2,4	3,4	13,8	16,2
México (1982)	3,5	5,5	8,1	11,2
Paraguay (1985)	1,8	3,0	5,9	8,5
Puerto Rico (1985)	3,5	5,4	16,8	20,9
El Salvador (1984)	8,7	12,6	21,4	26,3

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington, DC, 1986. Publicación Científica 500 y Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS, 1988.

<sup>a</sup> Incluye suicidios, homicidios y defunciones por ejecución legal y operaciones bélicas

vado (6,5% en ambos sexos y 10,6% en varones).

El porcentaje de años de vida potencial perdidos por muertes violentas llega en otros países a cifras también muy elevadas, especialmente en el sexo masculino (por ej., Puerto Rico, 20,9%; el Brasil, 13,2%; México, 11,2%). Este porcentaje por lo general es superior al de los años de vida potencial perdidos por neoplasias malignas e infecciones

intestinales (cuadro 9). En el Brasil, por ejemplo, el porcentaje de años de vida potencial perdidos por muertes violentas (13,2%) es el cuádruplo del porcentaje correspondiente a defunciones por infecciones intestinales (2,8%).

**CUADRO 9. Porcentaje de años de vida potencial perdidos por muerte violenta, tumores malignos e infecciones intestinales, en relación con las diez causas principales de mortalidad en varones de varios países de la Región**

País	Años de vida potencial perdidos (%)				
	Por muerte violenta			Por otras causas	
	Suicidios	Homicidios <sup>a</sup>	Total	Tumores malignos	Infecciones intestinales
Brasil	2,0	11,2	13,2	7,3	2,8
Colombia	1,5	19,7	21,2	4,7	6,1
República Dominicana	1,4	3,8	5,2	3,9	10,6
México	0,8	10,4	11,2	3,7	6,9
Paraguay	1,3	7,2	8,5	5,6	11,7
Puerto Rico	4,6	16,3	20,9	9,1	b
El Salvador	4,4	21,9	26,3	1,8	6,4
Trinidad y Tabago	5,3	3,8	9,1	6,7	b

Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS, 1988

<sup>a</sup> Incluye defunciones por ejecuciones legales y operaciones de guerra.

<sup>b</sup> No se encuentran entre las diez causas principales de defunción.

## Morbilidad psiquiátrica

Si las tasas de prevalencia específica por edad de los trastornos psiquiátricos comprendidos en este estudio se aplican a la población estimada para el año 2000, se obtiene un total de 88,3 millones de personas en las que se podrán diagnosticar trastornos esquizofrénicos, problemas afectivos, trastornos por ansiedad, abuso o dependencia del alcohol o deterioro cognoscitivo grave (cuadro 10). Ello representa un aumento de 48,1% durante los 15 años comprendidos en el estudio, o sea, 28,7 millones de casos nuevos, de los cuales 9,4 millones se producirán en el Brasil.

El aumento de casos de los cinco trastornos psiquiátricos mencionados (48,1%) es superior al crecimiento demográfico de América Latina y el Caribe (44,1%). En todas las subregiones se observan diferencias similares. Si se consideran todos los trastornos del grupo seleccionado en una subregión determinada o un trastorno en todas las subregiones, el número global de casos correspondiente a toda la región considerada en el estudio oculta diferencias importantes. Así, el aumento del número de casos de trastornos esquizofrénicos en América Latina y el Caribe será de 53,1%, pero el incremento previsto para México (69,8%) será más del doble del aumento estimado para el Cono Sur (27,8%). El aumento porcentual del número de casos de los distintos trastornos en cada subregión será relativamente similar. Las diferencias más notables se verán entre los aumentos de los deterioros cognoscitivos y los trastornos por ansiedad. Por ejemplo, en México el número de personas con deterioros cognoscitivos aumentará 70,8%, mientras que el incremento de los casos de trastornos por ansiedad será de 59,8%. En los países no latinos del Caribe, esas cifras serán 63,3 y 41,6%, respectivamente.

El análisis de los cambios de las tasas brutas de prevalencia correspondientes a toda América Latina y el Caribe y a las distintas subregiones también revela un incremento porcentual de todos los trastornos considerados en todas las subregiones du-

rante el período del estudio. Resulta, entonces, que el aumento del número de casos será proporcionalmente mayor que el crecimiento demográfico. Existe una diferencia importante entre los valores absolutos de las tasas brutas de prevalencia correspondientes a 1985 y al año 2000, por una parte, y la variación porcentual durante ese período, por la otra. Por ejemplo, aunque las tasas brutas de prevalencia de los trastornos esquizofrénicos son solo un quinto de las tasas de trastornos afectivos de todas las subregiones, su aumento entre 1985 y el año 2000 doblará o triplicará el de las tasas de trastornos afectivos. También hay que destacar que en los países latinos y no latinos del Caribe las prevalencias aumentarán más que en las demás subregiones.

La variación porcentual global de las tasas de prevalencia también oculta diferencias importantes en el aumento de la prevalencia de cada trastorno en las distintas subregiones. La región considerada en el estudio experimentará un incremento de 2,8% en la prevalencia bruta de los cinco trastornos combinados. Sin embargo, dicha prevalencia será casi el doble de esa cifra en los países no latinos del Caribe (6,1%) y un quinto en el Cono Sur (0,5%). Si se analiza cada trastorno en particular, se observan diferencias de este tipo entre las distintas subregiones. Por ejemplo, el aumento relativo de la prevalencia de los trastornos esquizofrénicos alcanzará hasta 19,2% en los países no latinos del Caribe, pero se mantendrá relativamente estable en el Cono Sur (0,6%). Por otra parte, si se examina cada subregión, se observa que cada trastorno influirá de distinta manera en los aumentos previstos. En el Brasil, los deterioros cognoscitivos (8,2%) aumentarán dos veces y media más que los trastornos afectivos (3,4%) y tres veces más que los trastornos por ansiedad (2,7%).

Si se combina la prevalencia bruta de los trastornos específicos correspondientes a todas las subregiones y la de todos los trastornos en subregiones específicas, se observa una tendencia importante. La prevalencia bruta de los deterioros cognoscitivos es la que más aumenta en casi todas las subregiones, a excepción de América Central y los países no latinos del Caribe, donde los trastornos esquizofrénicos experimentarán un aumento ligeramente superior. Por otra parte, la prevalencia de todos los trastornos aumentará mucho más en los países no latinos del Caribe. Dicho aumento alcanzará grandes proporciones en lo que concierne a ciertos trastornos; por ejemplo, el aumento porcentual de la tasa bruta de prevalencia de los deterioros cognoscitivos será de 19%, cifra que representa una diferencia de 1 257% comparada con el aumento de 1,4% en el Cono Sur.

## DISCUSIÓN

El aumento considerable de la morbilidad psiquiátrica que tendrá lugar durante los próximos 15 años y que queda de manifiesto en este estudio tendrá importantes repercusiones en el desarrollo social de los países latinoamericanos y en la planificación y prestación de servicios de psiquiatría y salud mental. El alza se deberá, en parte, al marcado crecimiento demográfico y al incremento diferencial en ciertos grupos de edad. Estos dos factores explican el aumento del número total de casos de los cinco trastornos psiquiátricos seleccionados, a pesar del aumento moderado de sus tasas brutas de prevalencia.

En América Latina y el Caribe, desde 1985 al año 2000 se producirán 352 265 defunciones por causas con componentes psicosociales o psicopatológicos importantes.

Suponemos que por cada defunción que se produzca habrá cierto número de personas afectadas por los trastornos psicosociales o psicopatológicos vinculados a las causas de dichas muertes. El aumento diferencial que se prevé en los distintos grupos de edad inducirá un incremento de 11% en la tasa bruta de defunción por trastornos con componentes psicosociales o psicopatológicos. Sin embargo, es necesario examinar cada tasa a fin de determinar sus repercusiones en la demanda de servicios. Por ejemplo, el gran aumento de la tasa bruta de defunción por cirrosis en toda América Latina y el Caribe (17,6%) y en todas las subregiones indica la necesidad de fortalecer los servicios preventivos, de tratamiento y de rehabilitación del alcoholismo. Asimismo, el gran aumento de la tasa bruta de defunción por enfermedades cerebrovasculares en toda la región considerada en el estudio (12,3%) revela un incremento notable del número de personas con demencia causada por infartos cerebrales múltiples u otros síndromes mentales de origen orgánico que necesitarán atención apropiada.

También es necesario evaluar en detalle el impacto en los servicios de las distintas formas de violencia, que se revela como causa importante de muerte prematura que influye considerablemente en el número total de años de vida potencial perdidos. A pesar de su importancia, la capacitación de los profesionales de la salud mental por lo general aún no tiene en cuenta los factores que determinan la violencia, las distintas maneras en que se expresa y sus efectos psicopatológicos en las víctimas. Por ello los profesionales de la salud mental deben comprender los factores de riesgo de la violencia y sus consecuencias y aportar sus conocimientos y técnicas a los esfuerzos multidisciplinarios.

La morbilidad psiquiátrica en el año 2000 ha sido estimada sobre la base de las tasas de prevalencia correspondientes a toda la vida de los individuos. Se prefirió usar esta tasa, en vez de la prevalencia semestral, por varias razones. En primer lugar, se deseaba saber cuántas personas necesitarán atención psiquiátrica o será muy probable que la necesiten en el año 2000. Una tasa de pre-

**CUADRO 10. Población de 15 a 64 años de edad, número de personas con ciertos trastornos mentales, tasa de prevalencia bruta de esos trastornos y porcentaje de variación en distintas subregiones y en toda América Latina y el Caribe, durante el período 1985-2000**

Región geográfica, población y trastornos mentales	Casos			Tasa de prevalencia bruta (%)		
	1985 (No.)	2000 (No.)	Variación (%)	1985	2000	Variación (%)
<b>América Latina</b>						
(Población)	(229 064 000)	(330 328 000)	(44,2)			
Trastornos esquizofrénicos	3 582 013	5 480 366	53,0	1,56	1,65	5,8
Trastornos afectivos	16 682 989	24 645 331	47,7	7,28	7,46	2,5
Trastornos por ansiedad	29 177 877	42 868 999	46,9	12,73	12,97	1,9
Abuso o dependencia del alcohol	25 465 361	38 256 170	50,2	11,11	11,58	4,2
Deterioros cognoscitivos	5 835 617	8 988 581	54,0	2,54	2,72	7,1
Cualquiera de los trastornos precedentes	58 863 073	87 183 443	48,1	25,69	26,39	2,7
<b>Zona Andina</b>						
(Población)	(46 361 000)	(69 015 000)	(48,9)			
Trastornos esquizofrénicos	714 485	1 134 098	58,7	1,54	1,64	6,5
Trastornos afectivos	3 342 606	5 119 709	53,2	7,20	7,41	2,9
Trastornos por ansiedad	5 842 423	8 902 132	52,4	12,60	12,89	2,3
Abuso o dependencia del alcohol	5 064 397	7 907 682	56,1	10,92	11,45	4,9
Deterioros cognoscitivos	1 154 210	1 851 965	60,5	2,48	2,68	8,1
Cualquiera de los trastornos precedentes	11 764 721	18 079 576	53,7	25,37	26,16	3,2
<b>Cono Sur</b>						
(Población)	(30 090 000)	(38 060 000)	(26,5)			
Trastornos esquizofrénicos	506 264	646 818	27,8	1,68	1,69	0,6
Trastornos afectivos	2 293 882	2 925 739	27,5	7,62	7,68	0,8
Trastornos por ansiedad	4 013 924	5 104 803	27,2	13,33	13,41	0,6
Abuso o dependencia del alcohol	3 615 236	4 598 092	27,2	12,01	12,08	0,6
Deterioros cognoscitivos	851 018	1 088 541	27,9	2,82	2,86	1,4
Cualquiera de los trastornos precedentes	8 173 086	10 394 064	27,2	27,16	27,30	0,5
<b>Brasil</b>						
(Población)	(80 372 000)	(112 782 000)	(40,3)			
Trastornos esquizofrénicos	1 267 620	1 901 389	50,0	1,57	1,68	7,0
Trastornos afectivos	5 854 630	8 500 012	45,2	7,28	7,53	3,4
Trastornos por ansiedad	10 237 794	14 758 934	44,2	12,73	13,08	2,7
Abuso o dependencia del alcohol	8 979 112	13 231 963	47,4	11,17	11,73	5,0
Deterioros cognoscitivos	2 063 730	3 130 914	51,7	2,56	2,77	8,2
Cualquiera de los trastornos precedentes	20 693 680	30 059 577	45,3	25,74	26,65	3,5

<b>América Central</b>							
(Población)	(13 630 000)	(22 077 000)	(62,0)				
Trastornos esquizofrénicos	205 404	345 594	68,3	1,50	1,56	4,0	
Trastornos afectivos	976 416	1 599 976	63,9	7,16	7,24	1,1	
Trastornos por ansiedad	1 709 654	2 787 281	63,0	12,54	12,62	0,6	
Abuso o dependencia del alcohol	1 467 990	2 425 372	65,2	10,77	10,98	1,9	
Deterioros cognoscitivos	331 404	557 202	68,1	2,43	2,52	3,7	
Cualquiera de los trastornos precedentes	3 430 521	5 622 304	63,9	25,16	25,46	1,2	
<b>México</b>							
(Población)	(42 868 000)	(67 328 000)	(57,1)				
Trastornos esquizofrénicos	642 675	1 091 237	69,8	1,49	1,62	8,7	
Trastornos afectivos	3 057 976	4 911 551	60,6	7,13	7,29	2,2	
Trastornos por ansiedad	5 351 896	8 551 127	59,8	12,48	12,70	1,8	
Abuso o dependencia del alcohol	4 583 439	7 581 261	65,4	10,69	11,26	5,3	
Deterioros cognoscitivos	1 032 694	1 763 543	70,8	2,40	2,61	8,8	
Cualquiera de los trastornos precedentes	10 732 200	17 369 617	61,8	25,03	25,79	3,0	
<b>Caribe latinoamericano</b>							
(Población)	(15 743 000)	(21 066 000)	(33,8)				
Trastornos esquizofrénicos	245 565	361 230	47,1	1,55	1,71	10,3	
Trastornos afectivos	1 157 479	1 588 344	37,2	7,35	7,53	2,4	
Trastornos por ansiedad	2 022 186	2 764 722	36,7	12,84	13,12	2,2	
Abuso o dependencia del alcohol	1 755 187	2 511 800	43,1	11,14	11,92	7,0	
Deterioros cognoscitivos	402 561	596 416	48,2	2,55	2,83	11,0	
Cualquiera de los trastornos precedentes	4 068 865	5 658 305	39,1	25,84	26,85	3,9	
<b>Caribe no latino</b>							
(Población)	(3 007 000)	(4 117 000)	(36,9)				
Trastornos esquizofrénicos	44 071	71 979	63,3	1,46	1,74	19,2	
Trastornos afectivos	213 659	309 367	44,8	7,10	7,51	5,8	
Trastornos por ansiedad	376 038	532 576	41,6	12,50	12,93	3,4	
Abuso o dependencia del alcohol	320 407	483 973	51,0	10,65	11,75	10,3	
Deterioros cognoscitivos	71 329	116 481	63,3	2,37	2,82	19,0	
Cualquiera de los trastornos precedentes	752 052	1 092 409	45,3	25,01	26,53	6,1	
<b>Total: América Latina y el Caribe</b>							
(Población)	(232 071 000)	(334 445 000)	(44,1)				
Trastornos esquizofrénicos	3 626 084	5 552 345	53,1	1,56	1,66	6,4	
Trastornos afectivos	16 896 648	24 954 698	47,7	7,28	7,46	2,5	
Trastornos por ansiedad	29 553 915	43 401 575	46,9	12,73	12,97	1,9	
Abuso o dependencia del alcohol	25 785 768	36 740 143	50,2	11,11	11,58	4,2	
Deterioros cognoscitivos	5 906 946	9 105 062	54,1	2,54	2,72	7,1	
Cualquiera de los trastornos precedentes	59 615 125	88 275 852	48,1	22,68	26,39	2,8	

Fuente: Referencia 14 y Organización de las Naciones Unidas *World Population Prospects. Estimates and Projections as Assessed in 1984*. Nueva York, 1986.

valencia basada en un período de seis meses indica solamente las personas que tal vez necesiten atención psiquiátrica para un trastorno que sufran durante ese período, pero no incluye las que tuvieron problemas antes y que, debido a la índole del trastorno, posiblemente sufran otros episodios que requieran nuevamente atención de salud mental. Un ejemplo lo constituyen los pacientes con trastornos afectivos, por su habitual naturaleza episódica. Al incluir todos estos casos, la tasa de prevalencia correspondiente a toda la vida de los individuos permite estimar con más exactitud los servicios que se necesitarán, especialmente cuando la planificación abarca políticas regionales o nacionales y es a largo plazo. La esquizofrenia y el alcoholismo con frecuencia no son susceptibles de remisión total. En consecuencia, es importante saber qué personas tienen antecedentes de episodios de esquizofrenia o alcoholismo, ya que podrán necesitar diversos servicios a lo largo del tiempo. Sin embargo, en relación con los deterioros cognoscitivos tuvimos que usar tasas de prevalencia correspondientes a períodos de seis meses porque, por definición, no hay datos de prevalencia correspondiente a toda la vida de los individuos.

En segundo lugar, si las tasas de prevalencia correspondientes a toda la vida de los individuos obtenidas en el estudio de Puerto Rico se comparan con los valores medios obtenidos en los estudios epidemiológicos latinoamericanos examinados (véase el cuadro 2), se observa que son cifras muy similares, pese a las notorias diferencias sociopolíticas. Por ejemplo, la tasa de prevalencia media de alcoholismo obtenida en diversos estudios realizados en América Latina fue de 10%, en tanto que la de Puerto Rico fue de 12,2%; en cuanto a las neurosis, la tasa ascendió a 14,5% en América Latina, mientras que los trastornos por ansiedad representaron el 13,4% en Puerto Rico. Así pues, la comparación de la magnitud de las prevalencias obtenidas en los estudios epidemiológicos realizados en varios países latinoamericanos y las correspondientes a toda la vida de los individuos obtenidas en el estudio de Puerto Rico respalda la decisión de usar estas últimas

para estimar la morbilidad psiquiátrica capaz de generar un aumento de la demanda de servicios en el año 2000. Indirectamente, esta comparación respalda también la posibilidad de aplicar las tasas de prevalencia específicas por edad del estudio de Puerto Rico a los otros países latinoamericanos, ya que las tasas brutas de morbilidad obtenidas en los estudios epidemiológicos de dichos países por lo general son de la misma magnitud.

Se prevé que, en el año 2000, alrededor de 83,3 millones de personas en América Latina y el Caribe sufrirán alguno de los cinco trastornos psiquiátricos señalados (trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, abuso o dependencia del alcohol y deterioros cognoscitivos). Esta cifra es muy aproximada a la población de la Zona Andina en 1985. El aumento del número de casos entre 1985 y el año 2000 será de unos 28,7 millones, cifra equivalente a la población de América Central en 1985. El incremento porcentual de las tasas brutas de prevalencia de dichos trastornos también será relativamente grande, lo cual reflejará el aumento desproporcionado del número de personas comprendidas en los grupos de edad que presentan las tasas de prevalencia específica por edad más elevadas.

Cabe destacar que los trastornos que presentan tasas brutas de prevalencia más elevadas (por ej., los trastornos afectivos) experimentarán un aumento menor que los que son menos frecuentes (por ej., los esquizofrénicos). El alcoholismo presenta la tasa de prevalencia bruta más alta de la región, pero su aumento global será inferior al de los trastornos esquizofrénicos y deterioros cognoscitivos. Las magnitudes diferenciales de los cambios previstos deberán tomarse en cuenta al planificar los servicios.

Para proporcionar atención apropiada a todos los nuevos casos previstos durante los próximos 15 años, habrá que ampliar

considerablemente los servicios comunitarios destinados a prevenir, tratar y rehabilitar estos trastornos. La ampliación de los servicios no puede basarse únicamente en el crecimiento demográfico, sino que debe tener en cuenta el incremento de la tasa bruta de prevalencia. No obstante, estas cifras globales tal vez no reflejen las grandes diferencias que existen entre las cifras subregionales y entre las correspondientes a los distintos trastornos. Por ejemplo, el aumento del número absoluto de casos que se producirá en el Brasil es casi el séxtuplo del previsto para los países latinos del Caribe. Evidentemente, esta diferencia guarda relación con el tamaño de la población y su aumento diferencial en cada subregión.

Los incrementos de las tasas brutas de prevalencia de los cinco trastornos psiquiátricos escogidos conducirán a un aumento del número de pacientes con distintas enfermedades que requerirán distintos métodos de prevención, tratamiento y rehabilitación. La ansiedad y el alcoholismo son los trastornos que más aumentarán en América Latina y el Caribe (13,8 y 12,9 millones de casos, respectivamente), en tanto que los trastornos esquizofrénicos son los que experimentarán el aumento más leve (1,9 millones), lo cual tendrá distintas repercusiones en los servicios.

Sin embargo, en cuanto a los trastornos psiquiátricos en sí, el aumento más notable corresponderá a los deterioros cognoscitivos. Si bien los ancianos continuarán representando un pequeño porcentaje de la población total en el año 2000 (5,2%), el crecimiento demográfico que este grupo experimentará entre 1985 y el fin de siglo será el mayor para América Latina y el Caribe y todas las subregiones consideradas (véase el cuadro 4), lo cual conducirá a un gran aumento de los deterioros cognoscitivos. Ello pone de relieve la necesidad de ampliar los servicios psicogerítricos, campo todavía poco desarrollado en los países considerados. El aumento de los trastornos esquizofrénicos también será considerable. En cuanto al alcoholismo, aunque su incremento será menor, permanecerá como problema prioritario.

A pesar de las diferencias importantes entre las subregiones, las características más llamativas y uniformes válidas para toda América Latina y el Caribe, son las siguientes:

1 El número de defunciones por causas con componentes psicosociales y psicopatológicos importantes aumentará considerablemente, al igual que el número de personas afectadas por trastornos psiquiátricos graves.

2 Entre dichas causas de defunción, la que más aumentará en importancia son las enfermedades cerebrovasculares, en tanto que el mayor aumento de morbilidad psiquiátrica corresponderá a los deterioros cognoscitivos.

3 La combinación de los anteriores resultados refleja el envejecimiento de la población latinoamericana y la consiguiente necesidad de ampliar la gama de servicios para los ancianos que padecen trastornos mentales (79).

4 En todo el Caribe, los trastornos psiquiátricos en conjunto experimentarán el aumento relativo más alto de toda la región considerada. En vista de la escasez relativa de recursos de salud mental en la mayor parte de esos países, estos resultados indican la urgencia de una respuesta apropiada.

5 La violencia en todas sus formas es una causa importante de defunción. Como sus efectos se hacen sentir más entre varones jóvenes, el porcentaje de años de vida potencial perdidos por esa causa es sumamente elevado. La violencia es por ello un problema sanitario de primera prioridad que requiere más atención de los profesionales de la salud mental.

Se podría argüir que la estimación de los servicios de salud mental es exagerada porque no tiene en cuenta los adelantos científicos que tal vez se produzcan. Sin embargo,

nuestras previsiones en realidad son moderadas, por las cuatro razones siguientes:

□ El aumento de los deterioros cognoscitivos graves será aun mayor, dado que los datos de prevalencia de dichos trastornos, tomados del estudio realizado en Puerto Rico, no incluían a las personas mayores de 65 años. Por lo tanto, nuestras cifras no tienen en cuenta a los ancianos, que corren un riesgo mayor de sufrir distintas formas de demencia (80).

□ De las previsiones de morbilidad psiquiátrica se han excluido varios trastornos que a menudo reciben atención única o compartida de otros profesionales; por ejemplo, trastornos somatoformes, disfunciones psicosexuales, trastornos de la personalidad, uso indebido de drogas, retraso mental y trastornos del desarrollo. Tampoco se ha incluido la epilepsia, de cuyo tratamiento en América Latina se ocupan los psiquiatras. Si se hubieran incluido todos estos trastornos, la morbilidad psiquiátrica prevista habría sido aun mayor.

□ Se ha tenido en cuenta únicamente a las personas enfermas. Sin embargo, las enfermedades mentales tienen importantes repercusiones sobre los familiares del paciente y causan sufrimiento y problemas a toda la familia. En consecuencia, para que un programa de salud mental sea adecuado, debe tener en cuenta las necesidades de todas las personas que viven con el enfermo.

□ Los resultados se basan en la hipótesis de que las tasas de prevalencia por grupos de edad permanecerán invariables a lo largo del período de 1985 al 2000. Por lo tanto, los aumentos previstos se deben únicamente a las modificaciones de la pirámide demográfica. Sin embargo, no todo permanecerá invariable. Es más, la crisis socioeconómica actual permite vislumbrar un aumento aun mayor de la prevalencia específica por edades de los trastornos señalados, debido a la agudización de la conocida relación inversa entre salud mental y situación socioeconómica (81-87). En el cuadro 11 se describen ciertos indicadores socioeconómicos que probablemente tengan repercusiones

negativas en la salud mental de la población latinoamericana: 11 de los 17 países más endeudados del mundo son latinoamericanos (76); de 1980 a 1986 el producto interno bruto per cápita experimentó un crecimiento negativo en casi todos los países considerados (76); el desempleo urbano ha aumentado notablemente (72); durante el período de 1970 a 1985, la deuda externa, expresada como porcentaje del producto interno bruto, también aumentó mucho (77), en algunos casos (por ej., Chile, Bolivia y Nicaragua) más de 100%; y el proceso de urbanización desordenado que ha caracterizado a los últimos 15 años continuará hasta el año 2000 (50).

Los resultados ilustran la magnitud potencial del problema. Se basan en los mejores datos disponibles y representan las previsiones más aproximadas que se pueden formular por el momento. Asimismo, subrayan la necesidad de asignar prioridad a los servicios de salud mental y tomar sin demora las medidas apropiadas para hacer frente a estos desafíos formidables y cumplir con el mandato de salud para todos suscrito por los Gobiernos Miembros.

## AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen a la Dra. Glorisa Canino y a las licenciadas Maritza Rubio-Stipec y Milagros Bravo, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, los datos sobre morbilidad psiquiátrica que proporcionaron.

## CUADRO 11. Algunos indicadores socioeconómicos de países latinoamericanos y del Caribe

### A. Clasificación de algunos países latinoamericanos entre los 17 países más endeudados del mundo, 1985<sup>a</sup>

País	Clasificación entre los demás países	Clasificación por el % del PIB que representa la deuda
Brasil	1	1
México	2	2
Argentina	3	5
Venezuela	4	9
Chile	8	7
Perú	10	6
Colombia	11	9
Ecuador	13	12
Bolivia	14	11
Costa Rica	15	14
Uruguay	16	15

### B. Variación en el producto interno bruto per cápita de algunos países latinoamericanos y del Caribe entre 1980 y 1986<sup>b</sup>

País	Producto interno bruto per cápita (\$US)		Variación (%)
	1980	1986	
Argentina	2 752	2 361	-14,2
Bolivia	1 268	926	-27,0
Guatemala	1 613	1 282	-20,5
Haití	387	342	-11,5
México	2 734	2 407	-11,9

### C. Tasa de desempleo rural como porcentaje de la población económicamente activa, 1978 y 1985<sup>c</sup>

País	Tasa de desempleo rural	
	1978	1985
Bolivia	6,5	15,0
Chile	12,8	17,0
Panamá	10,3	15,2

### D. Deuda externa total (pública y privada) como porcentaje del producto interno bruto (PIB), 1970-1985<sup>d</sup>

País	Deuda externa total (% del PIB)	
Bolivia	47,3	136,8
Chile	32,2	123,9
Nicaragua	19,5	185,2
Panamá	17,0	52,8

### E. Porcentaje de población urbana y de aumento demográfico urbano entre 1970 y el año 2000<sup>e</sup>

Subregión	Población urbana (%)			Aumento (%)	
	1970	1985	2000	1970-1985	1985-2000
América Latina	57,8	69,3	77,1	11,5	7,8
Zona Andina	57,7	68,2	75,9	10,5	7,7
Cono Sur	75,4	81,3	85,6	5,9	4,3
Brasil	55,8	72,7	82,7	16,9	10,0
América Central	38,4	44,0	52,0	5,6	8,0
México	59,0	69,6	77,4	10,6	7,8
Caribe latino	46,5	56,7	64,6	10,2	7,9
Caribe no latino	42,9	55,1	64,9	12,2	9,8

Fuentes: <sup>a</sup> *The Washington Post*, Business Section 8 de enero de 1988; <sup>b</sup> *Economic and Social Progress in Latin America, 1987 Report*. Special Section Labor Force and Employment. Washington, DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 1987, p 2; <sup>c</sup> *Ibid*, p 120; <sup>d</sup> Banco Mundial *World Development Report 1987* Nueva York, Oxford University Press, 1987, pp. 236-237; <sup>e</sup> *World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984* Nueva York, Naciones Unidas, 1986

# REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. *Atención de salud mental en los países en desarrollo. Análisis crítico de los resultados de las investigaciones. Informe de un grupo de Estudio de la OMS.* Ginebra, 1984. Serie de Informes Técnicos 698.
- 2 Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.* Ginebra, 1978.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales.* Washington, DC, 1982. Documento Oficial 179.
- 4 Harding, T. W., Climent, C. E., Diop, M. *et al.* The WHO collaborative study for extending mental health care. II: The development of new research methods. *Am J Psychiatr* 140(11):1474-1478, 1983.
- 5 Morley, D. *Paediatric Priorities in the Developing World.* Londres, Butterworths, 1973.
- 6 Adis Castro, G., Hernández U., R., Viquez C., C. y Alvarenga, B. F. Prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica. In: Mariátegui, J. y Adis Castro, G., eds. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina.* Buenos Aires, Fundación Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970, pp. 89-114.
- 7 Almeida Filho, N. *Epidemiologia das desordens mentais na infancia no Brasil.* Salvador, Centro Editorial e Didático, Universidade Federal de Bahia, 1985.
- 8 Aszkenazi, M. Area etnográfica de los valles preandinos de Cuyo. Investigación sobre la prevalencia de patologías mentales en la localidad de Calingasta. Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 1983. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica, Documenta Laboris, Año III, No. 5.
- 9 Aszkenazi, M. y Casullo, M. C. Factores socio-culturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 30(1):11-20, 1984.
- 10 Azoubel Neto, D. Estado actual de la epidemiología del alcoholismo y problemas del alcohol en algunos países de América Latina: Brasil. In: Horwitz, J., Marconi, J. y Adis Castro, G., eds. *Epidemiología del alcoholismo en América Latina.* Buenos Aires, Fundación Acta, Fondo para la Salud Mental, 1967, pp. 72-76.
- 11 Cabildo, H. M., Silva, M. y Juarez, M. Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. *Salud Publica Mex* 11(6):759-769, 1969.
- 12 Caetano, R. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en América Latina. Revisión bibliográfica. *Bol Of Sanit Panam* 97(6):947-525, 1984.
- 13 Campillo, C. El consumo de alcohol en México desde una perspectiva de salud pública. *Salud Ment* 5(4):80-83, 1982.
- 14 Canino, G., Bird, H. R., Schrouf, P. E. *et al.* The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatr* 44(8):727-735, 1987.
- 15 Casullo, M. y Grillo, O. Area etnográfica del sistema de los patagónides. Prevalencia de patologías mentales en la ciudad de San Carlos de Bariloche. Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 1983. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica, Documenta Laboris, Año III, No. 34.
- 16 Casullo, M. y Aszkenazi, M. Prevalencia de patologías mentales en la Argentina, 1979-1983. Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 1985. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica, Documenta Laboris, Año V, No. 78.
- 17 Coutinho, D. Prevalencia de doenças mentais em uma comunidade marginal: Um estudo do Maciel. Universidade de Bahia, Brasil, 1976. Tesis de Magister.
- 18 Di Marco, G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 28(1):93-102, 1982.
- 19 Franca, J. M. F. y Pereira, M. G. Alcoholismo no Distrito Federal: Revisão epidemiológica. *Rev Bras Saude Mental* 1:41-42, 1987.
- 20 González V. M., Yamhure, A., García, R., Pardo, F. y Betancourt, E. Epidemiología de los trastornos mentales en Bogotá. Primera etapa. Resultados de la encuesta de sintomatología psiquiátrica. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 24(2):93-99, 1978.
- 21 Grimson, R. W., Blanco, A. C., Estrugamou, M., *et al.* Investigación epidemiológica de entidades psiquiátricas. *Bol Of Sanit Panam* 73(6):572-585, 1972.

- 22 Instituto de Salud Mental Honorario Delgado-Hideyo Noguchi. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *An Salud Ment* 1(1-2):206-222, 1985.
- 23 Hernández, C. y Aszkenazi, M. Area etnográfica del hinterland de Misiones. Investigación sobre la prevalencia de las patologías mentales en la localidad de Aristóbulo del Valle. Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 1983. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica, Documenta Laboris, Año III, No. 38.
- 24 Horwitz, J., Muñoz, L. C., Alvarez, M., et al. Investigaciones epidemiológicas acerca de morbilidad mental en Chile. *Rev Serv Nac Salud* 3:277-309, 1958.
- 25 Jutkowitz, J., Arellano, R., Castro de la Mata, R. et al. *Drug Use and Abuse in Peru. An Epidemiological Investigation of Drugs in Urban Peru*. Lima, Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO), 1987.
- 26 León, C. y Climent, C. Evaluación de instrumentos para el estudio de la prevalencia de trastornos mentales (Ensayo metodológico en una población semirural). In: Mariátegui, J. y Adis Castro, G., eds. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires, Fundación Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970, pp. 64-88.
- 27 Luz, E. J. Estudio de prevalencia do alcoholismo em uma vila marginal de Porto Alegre. *Rev Med Assoc Turma Med* 9:407-432, 1974.
- 28 Mackenzie, R. y Osorio, J. Hábito de ingestión de bebidas alcohólicas en una comunidad rural de Antioquia, Colombia. *Bol Of Sanit Panam* 83(2):148-162, 1977.
- 29 Marconi, J., Varela, A., Rosenblat, E. et al. A survey on the prevalence of alcoholism among the adult population of a suburb of Santiago. *Q J Stud Alcohol* 16(3):438-446, 1955.
- 30 Mariátegui, J., Alva, V. y De León, O. *Epidemiología psiquiátrica en un distrito urbano de Lima*. Lima, Ediciones de la Revista de Neuro-Psiquiatría, 1969.
- 31 Campillo, C., Medina Mora, M. E. y Castro, M. E. La epidemiología del uso de las drogas en México. *Salud Ment* 2(1):10-17, 1979.
- 32 Medina Mora, M. E., de la Parra, A. y Terroba, G. El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. *Salud Publica Mex* 22(3):281-288, 1980.
- 33 Miguez, H. El alcoholismo en el área Caribe de Costa Rica. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 28(3):225-229, 1982.
- 34 Miguez, H. Prevalencia de niveles de ingestión de alcohol en Costa Rica. *Bol Of Sanit Panam* 95(5):451-460, 1983.
- 35 Miguez, H. Farmacodependencia de la pobreza: Su prevalencia en Costa Rica. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 30(4):255-263, 1984.
- 36 Moya, L., Marconi, J., Horwitz, J., Muñoz, L., Bahamonde, A. y Saint Jean, H. Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área norte de Santiago de Chile. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 15(2):137-148, 1969.
- 37 Marconi, J. y Muñoz, L. Visión general de la investigación epidemiológica en salud mental en Chile. In: Mariátegui, J. y Adis Castro, G., eds. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires, Fundación Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970, pp. 115-125.
- 38 Pagés, L. F., Casullo, M. y Paso, F. Prevalencia de la patología mental en la megalópolis de Buenos Aires. Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 1982. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica, Documenta Laboris, Año II, No. 32.
- 39 Santana, V. S. Estudio epidemiológico das doenças mentais num bairro de Salvador. Universidade de Bahia, Brasil, 1978. Tesis de Magister.
- 40 Santana, V. S. y Almeida Filho, N. Prevalência de alcoholismo e consumo de alcohol num bairro de Salvador. I. Variáveis demográficas. *Rev Bras Saude Ment* 1:7-17, 1987.
- 41 Tarnopolsky, A., Del Olmo, G. y Valdemarín, D. Prevalencia de enfermedades mentales en el partido de Lanús. Informe preliminar. In: Mariátegui, J. y Adis Castro, G., eds. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires, Fundación Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970, pp. 54-63.
- 42 Tarnopolsky, A., Del Olmo, G. y Levav, I. Survey of alcoholism and excessive drinking in a suburb of Buenos Aires. *Psychol Med* 5(2):193-205, 1975.
- 43 Tarnopolsky, A., Caetano, R., Levav, I. y Del Olmo, G. Prevalence of psychiatric morbidity in an industrial suburb of Buenos Aires. *Soc Psychiatry* 12(2):75-88, 1977.
- 44 Climent, C. E., Diop, M., Harding, T. W., Ibrahim, H. H. A., Ladrado Ignacio, L. y Wig, N. N. Mental health in primary health care. *WHO Chron* 34:231-236, 1980.

- 45 Harding, T. W., de Arango, M. V., Baltazar, J. *et al.* Mental disorders in primary health care: A study of their frequency in four developing countries. *Psychol Med* 10(2):231-241, 1980.
- 46 Mari, J. J. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in the city of São Paulo. (Issues on the mental health of the poor). *Soc Psychiatr* 22(3):129-138, 1987.
- 47 Mari, J. J. Morbilidad psiquiátrica en centros de atención primaria. *Bol Of Sanit Panam* 104(2):171-181, 1988.
- 48 Baasher, T. A., Carstairs, G. M., Giel, R. y Hassler, F. R. *Mental Health Services in Developing Countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
- 49 Kramer, M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatr Scand* 62(supl.):285, 1980.
- 50 Organización de las Naciones Unidas. *World Population Prospects. Estimates and Projections as Assessed in 1984*. Nueva York, 1986.
- 51 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de Salud en las Américas, 1981-1984*. Washington, DC, 1986. Publicación Científica 500.
- 52 Organización Mundial de la Salud. *World Health Statistics Annual*. Ginebra, 1986.
- 53 Robinson, R. G., Lipsey, J. R., Rao, K. y Price, T. R. Two-year longitudinal study of post-stroke mental disorders: Comparison of acute-onset with delayed-onset depression. *Am J Psychiatr* 143(1): 1238-1244, 1986.
- 54 Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *JAMA* 234(11):1146-1149, 1975.
- 55 Saltijeral, M. T. y Terroba, G. Epidemiología del suicidio y parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Publica Mex* 29(4):345-360, 1987.
- 56 Terroba, G., Saltijeral, M. T. y Del Corral, R. El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Ment* 10(4):92-97, 1987.
- 57 Chafetz, M. E. El alcohol y los accidentes de tránsito. *Bol Of Sanit Panam* 75(5):406-411, 1973.
- 58 Klatsky, A., Friedman, G. y Sieglaub, A. Alcohol and mortality: A ten-year Kaiser Permanent experience. *Ann Intern Med* 95(2):139-145, 1981.
- 59 Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Convenio Hipólito Unanue y Organización Panamericana de la Salud. *II Reunión Subregional Andina del Grupo Consultivo sobre Farmacodependencia*. Quito, 1986.
- 60 Moreno, R. y Jiménez, R. *Ebriedad y hechos de tránsito. Estudio del fenómeno durante 1973*. México, DF, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, 1975.
- 61 Vilchis, L. H. e Iturriz, R. P. Alcohol y otros factores humanos condicionantes de accidentes de tránsito. *Salud Publica Mex* 29(4):322-330, 1987.
- 62 Goldstein, K. The effect of brain damage on the personality. *Psychiatry* 15(3):245-260, 1952.
- 63 Kaplan, B. J. Malnutrition and mental deficiency. *Psychol Bull* 78(5):321-334, 1972.
- 64 Solomon, S. Clinical neurology and neuropathology. In: Kaplan, H. I. y Sadock, B. S., eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Maryland, Williams and Wilkins, 1985, pp. 104-130.
- 65 Stoch, M. B. y Smythe, P. M. Undernutrition during infancy and subsequent brain growth and intellectual development. In: Scrimshaw, N. S. y Gordon, J. E., eds. *Malnutrition, Learning and Behavior*. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology, 1968, p. 278.
- 66 Organización Mundial de la Salud. Malnutrition and mental development. *WHO Chron* 28:95-102, 1974.
- 67 Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., y Ratcliff, K. S. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archiv Gen Psychiatr* 38(4):381-389, 1981.
- 68 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3a edición Washington, DC, 1980.
- 69 Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. "Minimal state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12(3):189-198, 1975.
- 70 Almeida Filho, N. Urbanização e doença mental. *Rev Assoc Psiquiatr Bahia* 1(1):61-78, 1980.
- 71 Almeida Filho, N. Social epidemiology of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 75(1):1-10, 1987.
- 72 Banco Interamericano de Desarrollo. *Progreso económico y social en América Latina. Informe 1987. Tema especial: Fuerza de trabajo y empleo*. Washington, DC, 1987.
- 73 Organización de las Naciones Unidas. *La pobreza en América Latina. Dimensiones y políticas*. Nueva York, 1985. Estudios e Informes de la CEPAL, No. 54.

- 74 Organización de las Naciones Unidas. *Buscando la equidad. Planificación para la satisfacción de las necesidades básicas*. Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), 1986.
- 75 Organización Panamericana de la Salud. La crisis económica y su repercusión en la salud [Crónica]. *Bol Of Sanit Panam* 100(6):648-659, 1986.
- 76 *The Washington Post, Business Section*. 8 de enero de 1988.
- 77 Banco Mundial. *World Development Report 1987*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- 78 Organización de las Naciones Unidas. *Adjustment and Social Debt, a Structural Approach*. Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), 1987.
- 79 Beck, J. C., Benson, F., Scheibel, A. B., Spar, J. E. y Rubenstein, L. Z. Dementia in the elderly: The silent epidemic. *Ann Intern Med* 97(2):231-241, 1982.
- 80 Gruenberg, E. M. Epidemiology of senile dementia. In: Schoenberg, B. S., ed. *Advances in Neurology*, vol. 19. Nueva York, Raven Press, 1988, pp. 437-457.
- 81 Dohrenwend, B. P. y Dohrenwend, B. S. *Social Status and Psychological Disorder*. Nueva York, Wiley, 1969.
- 82 Feldman, S. Enfermedad mental y economía. *Bol Of Sanit Panam* 98(3):203-210, 1985.
- 83 Langner, T. y Michael, S. *Life Stress and Mental Health*. Nueva York, The Free Press, 1963.
- 84 Montoya, A., Perales, A. y Sogi, C. La estructura social y los recursos en la explicación de las tasas de morbilidad y mortalidad. *An Salud Ment* 2(1-2):82-99, 1986.
- 85 Valdivia, P. O. El impacto de algunos factores sociales determinantes de patología mental. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 18(3):143-153, 1972.
- 86 Williamson, R. Socialization, mental health and social class: A Santiago sample. *Soc Psychiatr* 11:69-74, 1976.

## SUMMARY

### MENTAL HEALTH FOR ALL IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN. EPIDEMIOLOGICAL BASES FOR ACTION

The aim of this study was to estimate the needs for mental health services in Latin America and the Caribbean by the year 2000. Two types of data were used: statistics on mortality due to psychosocial and psychopathological causes, and data on psychiatric morbidity which were extrapolated from a study on the prevalence of psychiatric disorders in Puerto Rico. As a result of a rise in the prevalence of certain psychiatric disorders that lead to death, particularly those that involve violence, it is predicted that gross mortality from these causes will increase by 11.2% between 1985 and the year 2000. Parallel to this trend will be an increase in the number of years of potential life lost.

In addition, it is estimated that 88.3 million people in Latin America and the Caribbean will suffer specific psychiatric disorders. This figure represents an increase of 48.1% over 1985. There will also be a rise in the gross prevalence figures for this group of disorders.

There is no question that the predicted population growth differential will have a serious impact on the demand for mental health services. The worsening of socioeconomic conditions in Latin America and the Caribbean, coupled with other social factors, may cause the increases to be even greater. Health authorities, administrators, planners, and professionals will need to allow for this increased demand for services if the goal of mental health for all is to be attained by the year 2000.