

Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

Editores:

**Jorge J. Rodríguez,
Robert Kohn y
Sergio Aguilar-Gaxiola**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

Editores

Jorge J. Rodríguez

Asesor Principal de Salud Mental
Coordinador del Proyecto de
Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, EUA

Robert Kohn

Associate Professor
Department of Psychiatry and Human Behavior
Warren Alpert Medical School of Brown University
Director
Geriatric Psychiatry, The Miriam Hospital Department of Psychiatry
Providence, Rhode Island, USA

Sergio Aguilar-Gaxiola

Professor of Internal Medicine and Director
Center for Reducing Health Disparities
School of Medicine, University of California at Davis
Sacramento, California, USA



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23rd St. NW
Washington, DC 20037
www.paho.org

Biblioteca Sede OPS — Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina
y el Caribe
Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-31632-0

I. Título

1. TRASTORNOS MENTALES — epidemiología
2. SERVICIOS DE SALUD MENTAL
3. SALUD MENTAL — estadísticas y datos numéricos
4. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA
5. ESTUDIOS POBLACIONALES EN SALUD PÚBLICA
6. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS
7. AMÉRICA LATINA
8. REGIÓN DEL CARIBE

NLM-WM140

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Proyecto de Información Científica y Técnica, Área de Gestión del Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2009

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Las opiniones vertidas por los autores son de su responsabilidad y no representan necesariamente el punto de vista oficial de la Organización Panamericana de la Salud.

CONTENIDO

Prólogo	vii
Introducción	ix

SECCIÓN I. PANORAMA GENERAL

Breve historia de la epidemiología psiquiátrica en América Latina y el Caribe	3
<i>Jair de Jesus Mari, Bernardo Garcia de Oliveira Soares, Maurício Silva de Lima e Itzhak Levav</i>	
Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe	19
<i>Robert Kohn y Jorge Rodríguez</i>	

SECCIÓN II. LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD MENTAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La investigación en epidemiología psiquiátrica y la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud en América Latina y el Caribe	35
<i>Sergio Aguilar-Gaxiola y Natalia Deeb-Sossa</i>	
La Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity, Brasil	54
<i>Laura Helena Andrade y Maria Carmen Viana</i>	
La patología psiquiátrica en Colombia: resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003	64
<i>José Posada-Villa, Sergio Aguilar-Gaxiola y Natalia Deeb-Sossa</i>	
Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental	79
<i>María Elena Medina-Mora, Guilherme Borges, Corina Benjet, María del Carmen Lara, Estela Rojas, Clara Fleiz, Joaquín Zambrano, Jorge Villatoro, Jerónimo Blanco y Sergio Aguilar-Gaxiola</i>	

La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México	90
<i>Corina Benjet, Guilherme Borges, María Elena Medina-Mora, Jerónimo Blanco, Estela Rojas, Clara Fleiz, Enrique Méndez, Joaquín Zambrano y Sergio Aguilar-Gaxiola</i>	

SECCIÓN III. ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS COMUNITARIOS

La epidemiología de las enfermedades mentales en Brasil.	101
<i>Marcelo Feijó Mello, Robert Kohn, Jair de Jesus Mari, Laura Helena Andrade, Naomar Almeida-Filho, Sergio Luís Blay, María Carmen Viana y Andrea Feijó Mello</i>	

Las contribuciones de Chile a la investigación en epidemiología psiquiátrica	118
<i>Benjamín Vicente, Robert Kohn, Sandra Saldivia y Pedro Rioseco</i>	

Epidemiología psiquiátrica en México: 1977–2000.	132
<i>Jorge Javier Caraveo-Anduaga</i>	

Estudios de epidemiología psiquiátrica en niños y adultos de Puerto Rico: lo que hemos aprendido y lo que falta por aprender	145
<i>Glorisa Canino</i>	

La epidemiología de la esquizofrenia en el Caribe.	162
<i>Frederick W. Hickling, Hilary Robertson-Hickling y Gerard Hutchinson</i>	

SECCIÓN IV. CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD MENTAL

Epidemiología del uso del alcohol y otras sustancias psicoactivas en América Latina y el Caribe	177
<i>Maristela G. Monteiro, Paulo Telles-Dias y Aline Inglês-Dias</i>	

La epidemiología del suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas en América Latina y el Caribe	193
<i>Robert Kohn y Harry Friedmann</i>	

Discapacidad intelectual: situación en la Región de las Américas. . .	208
<i>Armando J. Vásquez Barrios</i>	

SECCIÓN V. ESTUDIOS EN POBLACIONES ESPECIALES

La salud mental de las poblaciones indígenas <i>Robert Kohn y Jorge Rodríguez</i>	223
La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe <i>Corina Benjet</i>	234
Trastornos mentales en los adultos mayores <i>Enrique Vega García, Josefa González Picos, Juan de Jesús Llibre Rodríguez y Magaly Ojeda Hernández</i>	243
La repercusión de los desastres y la violencia política sobre la salud mental en América Latina. <i>Fran H. Norris y Robert Kohn</i>	256

SECCIÓN VI. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Evaluación de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana. <i>Víctor Aparicio, Shekhar Saxena y Jorge Rodríguez</i>	289
La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe <i>Robert Kohn e Itzhak Levav</i>	300
La epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la atención primaria de salud. <i>Sandra Saldívia, Benjamín Vicente, Robert Kohn e Itzhak Levav</i>	316

SECCIÓN VII. CONCLUSIONES

Algunas consideraciones finales <i>Jorge Rodríguez, Robert Kohn y Sergio Aguilar-Gaxiola</i>	329
Lista de autores	332

PRÓLOGO

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, aunque muchas veces sea subestimada frente a la salud física. Como se destaca en este libro, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida.

A pesar de lo anterior, los recursos para afrontar esta enorme carga son muchas veces insuficientes, no están distribuidos apropiadamente y en muchos países todavía subsiste un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico. Esto ha determinado la existencia de una brecha importante de tratamiento, es decir, una elevada proporción de personas enfermas que requieren atención, no la reciben. A esto se une el estigma y la discriminación que siempre ha rodeado a la enfermedad mental y que aún constituye un poderoso obstáculo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja con sus Estados Miembros para fortalecer las capacidades nacionales e implementar políticas y planes nacionales de salud mental. Una especial atención se le ha dedicado a la reorientación de los servicios: la salud mental debe estar integrada en los sistemas sanitarios y la mayoría de los trastornos mentales pueden y deben abordarse en el ámbito de la atención primaria.

En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Programa Global de Acción en Salud Mental, que tiene como meta disminuir la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así como los relacionados con el consumo de sustancias, en todo el mundo. El Programa dirige sus esfuerzos especialmente a los países con ingresos bajos y medio-bajos, con carga elevada y carencia de recursos. La OPS ha apoyado esta iniciativa y participa activamente en la misma.

Me siento particularmente optimista, ya que los avances científicos en las últimas décadas nos han permitido comprender mucho mejor los trastornos mentales, y porque disponemos de tratamientos apropiados así como de datos probatorios sobre la factibilidad de intervenciones efectivas y de bajo costo mediante la atención primaria. En los países de América Latina y el Caribe, la salud mental avanza cada vez más hacia posiciones de mayor visibilidad en la agenda de los gobiernos y la sociedad civil. Se cuenta con experiencias locales y nacionales innovadoras y exitosas, se han fortalecido las asociaciones de usuarios y se ha incrementado la participación social. Sin em-

bargo, hay enormes desafíos por delante, en especial la reducción de la brecha de tratamiento, la mejora del uso de los recursos disponibles, la reestructuración de los servicios de salud mental basados en un modelo de tipo comunitario y la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

La investigación en el campo de la salud mental ha tenido muchas limitaciones en los países de América Latina y el Caribe, especialmente si se la compara con la producción científica alcanzada en los Estados Unidos de América y el Canadá. No obstante, al revisar los estudios desarrollados en las últimas décadas, se observa con satisfacción que existen trabajos muy serios y con resultados relevantes, algunos de los cuales se presentan en este libro. Es decir, en la actualidad se dispone en América Latina y el Caribe de estudios epidemiológicos de los trastornos mentales, que unidos a otros trabajos publicados en todo el mundo, arrojan información suficiente para demostrar el alcance de la carga de los trastornos mentales en nuestro medio.

Otro problema es la diseminación del conocimiento y el uso de la investigación como herramienta para el cambio. Se hace imprescindible difundir los datos obtenidos a través de distintos estudios, ya que pueden servir de base para la defensa de la causa, la planificación y la gerencia de los servicios. La presente obra nos muestra un cuadro actualizado de la investigación epidemiológica en salud mental en la Región; el reto es pasar de los números y tasas hacia la acción concreta para modificar la situación desfavorable actual.

La Organización Panamericana de la Salud presenta este libro como parte de los esfuerzos que se realizan en pos de la divulgación de la información científico-técnica. Espero resulte de interés y utilidad a los lectores, no solo a profesionales e investigadores, sino también a los miembros activos de la sociedad que defienden y trabajan por la causa de millones de personas que padecen trastornos mentales. Nuestro firme propósito es continuar contribuyendo para impulsar el cambio que requieren los programas y servicios de salud mental en las Américas.

Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

INTRODUCCIÓN

En América Latina y el Caribe, al igual que en muchos países de otras regiones del mundo, el progreso económico, las transformaciones sociales y el incremento de la longevidad han estado acompañados de un aumento en la problemática psicosocial.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2% (1, 2).

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada. La resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento de los trastornos mentales.

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la Región durante los últimos 20 años, se estimó la prevalencia media de este tipo de trastornos durante el año anterior. Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9% y el abuso o la dependencia de alcohol, de 5,7% (1).

Los estudios realizados en algunos países expresan claramente las brechas en la proporción de personas que requerían tratamiento y no lo recibieron. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.

En conclusión, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, a pesar del sufrimiento que los trastornos causan, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y en la comunidad. A esta situación debe agregarse que generalmente los trastornos mentales afectan en mayor grado a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos, para quienes los servicios son más escasos.

También existen necesidades psicosociales particularmente altas en los grupos con mayor vulnerabilidad, como las poblaciones indígenas y las víctimas

de conflictos armados, violencia política o desplazamiento. En muchos países, la violencia política y las guerras civiles no solo han provocado muertes, heridas y mutilaciones, sino que también han contribuido al movimiento de grupos poblacionales y al incremento de los refugiados, profundizando así la pobreza y el sufrimiento. No cabe duda que, aunque menos visibles que las heridas de bala, los efectos psicosociales pueden tener un impacto profundo y duradero en la vida de las personas (2, 3).

EL INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2001 SALUD MENTAL: NUEVOS CONOCIMIENTOS, NUEVAS ESPERANZAS

El Informe sobre la salud en el mundo 2001, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), marcó un hito histórico en el campo de la salud mental en el contexto global, y señaló claramente las puertas de esperanza que se abren para un mejor entendimiento, respeto y tratamiento de los enfermos mentales. En él se presenta la carga actual y futura que suponen los trastornos mentales y los principales factores que contribuyen a ella, el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, así como las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios. Por último, ofrece un conjunto de diez recomendaciones que pueden ser adoptadas y adaptadas por todos los países de acuerdo con sus características específicas (4). Ellas son: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar los recursos humanos necesarios; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; y apoyar nuevas investigaciones.

El Informe enfatizó que los trastornos mentales son universales, es decir que afectan a personas de todos los países y están presentes en todas las etapas de la vida, tanto de hombres como de mujeres, ya sean ricos o pobres, o que residan en zonas urbanas o rurales. La idea de que los trastornos mentales son un problema de las regiones industrializadas y más ricas del mundo es completamente errónea, así como también es incorrecta la creencia de que las comunidades rurales, relativamente al margen del ritmo acelerado de la vida moderna, no padecen trastornos mentales (4).

A continuación se presentan algunos datos sobre la carga de la enfermedad mental publicados en el Informe sobre la salud en el mundo 2001:

- A principios de este siglo la cantidad estimada de personas que padecían enfermedades neuropsiquiátricas era de alrededor de 450 millones. Más de 25% de la población que habita tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida.
- Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes en los pacientes que acuden a los centros de atención primaria. Resulta útil evaluar su magnitud y sus características por la posibilidad de identificar a los individuos que presentan esos problemas y dispensarles la asistencia necesaria a ese nivel. Los diagnósticos más frecuentes en los servicios de atención primaria son

los trastornos de depresión y de ansiedad, así como los relacionados con el consumo y abuso de sustancias.

- Los trastornos mentales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Aproximadamente una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias se ven obligadas no solo a brindar apoyo, sino también a soportar las consecuencias perjudiciales de la estigmatización y la discriminación. Aunque no se ha estudiado suficientemente la carga que representa cuidar a un familiar con un trastorno mental, los datos disponibles indican que la misma es importante.

La doctora Gro Harlem Brundtlan, Directora de la OMS cuando se lanzó el Informe sobre la salud en el mundo 2001, señaló acertadamente: “El mensaje de la OMS es muy sencillo: la salud mental —a la que durante demasiado tiempo no se ha prestado la atención que merece— es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva”.

El Informe de la OMS es de lectura obligada para los que trabajan en el campo de la salud mental y para quienes pretenden avanzar en el terreno de la epidemiología y la respuesta de los sistemas de salud ante la carga que significan las enfermedades mentales.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DOS DÉCADAS DESPUÉS DE LA DECLARACIÓN DE CARACAS

El desarrollo de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe ha enfrentado serias limitaciones y dificultades debido a que, por lo general, el tema de la salud mental no ha sido siempre considerado prioritario en las agendas gubernamentales. Como respuesta a esta situación, en 1990 se gestó un movimiento denominado “Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica”, al cual se sumaron la casi totalidad de los países de la Región (5).

La Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de 1990, culminó con la adopción de la “Declaración de Caracas”, documento que marcó un hito histórico en la Región y que ha servido en diversos países como base para la acción. La Declaración de Caracas (5) enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

Posteriormente, en 1997 y en 2001, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud OMS reiteró el apoyo a la citada iniciativa (6). Las resoluciones emitidas en las sesiones de los respectivos Consejos Directivos instaron a los Estados Miembros a desarrollar programas nacionales de salud mental; reorientar los servicios de salud mental (de institucionales a comunitarios); desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis; fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez; aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental, y mejorar la legislación y las regulaciones para la protección de los derechos humanos.

Más recientemente, en noviembre de 2005, se celebró en Brasilia una Conferencia Regional de Reforma de los Servicios de Salud Mental bajo el lema “15 años después de Caracas”, la cual fue auspiciada por la OPS/OMS y el Gobierno del Brasil. El evento constituyó un acontecimiento importante, que permitió reflexionar sobre los logros, avances y obstáculos ocurridos en ese lapso, y se trabajó en una visión de futuro.

En los Principios de Brasilia, documento final de la Conferencia Regional, se destacó “que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales”, que se habían hecho más evidentes en esos quince años, tales como la vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis; el aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia; el aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y el aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas (7). Por su impacto social y sanitario, estos cuatro problemas deberán convertirse en los próximos años en centro de atención y prioridad en el campo de la salud mental en las Américas.

El 48.º Consejo Directivo de la OPS/OMS, celebrado en Washington, DC entre el 29 de septiembre y el 3 de octubre del 2008, aprobó el Plan Estratégico 2008–2012. Uno de los objetivos del documento se centra en la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y las lesiones. El Plan destaca la situación epidemiológica existente y la necesidad de reducir las brechas en el tratamiento de las enfermedades mentales en la Región; también pone énfasis en la falta de datos e información adecuados sobre los trastornos mentales en la mayoría de los países, hecho que impide la formulación de políticas y planes apropiados.

Otro documento programático de referencia obligada, aprobado por los ministros de salud, es la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017. La intención de este documento es orientar la acción colectiva de los actores nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos. La salud mental se destaca de manera explícita e implícita dentro de las áreas de acción de esta Agenda.

Es indudable que pueden observarse avances notables en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe si se evalúa la evolución de los servicios de salud mental desde una perspectiva histórica, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas. No obstante, aún existe un largo trecho por recorrer.

LANZAMIENTO DE UN NUEVO MOVIMIENTO POR LA SALUD MENTAL: THE LANCET

En el año 2007, la Revista The Lancet realizó un nuevo llamado a la acción en el campo de la salud mental, con el objetivo de establecer compromisos entre los diferentes actores y monitorear el progreso medido en indicadores.

The Lancet emitió los siguientes mensajes clave (8):

- La salud mental es un aspecto del bienestar humano rechazado o no reconocido suficientemente, el cual está interconectado con otras muchas condiciones de importancia en la salud a nivel global;
- Los recursos dedicados a la salud mental son inadecuados, insuficientes y están distribuidos de manera no equitativa;
- La existencia de una fuerte evidencia sobre la cual se puede avanzar para elevar el nivel de los servicios de salud mental;
- La existencia de críticas del pasado que nos permiten aprender de los éxitos y de los fracasos. Son elementos clave: el liderazgo político, el incremento del apoyo financiero, la descentralización de los servicios de salud mental, la integración de la salud mental en la atención primaria, el adiestramiento en salud mental de los trabajadores de salud y el fortalecimiento del enfoque de la salud pública en el campo de la salud mental;
- Cualquier llamado a la acción demanda la existencia de indicadores que permitan medir el progreso a nivel de los países.

The Lancet también destacó la contribución de los trastornos mentales a la discapacidad y la mortalidad al afirmar lo siguiente (8):

- Los trastornos mentales son una importante causa de discapacidad de largo plazo y dependencia. Según datos de la OMS del 2005, 31,7% de todos los años vividos con discapacidad se atribuyen a condiciones neuropsiquiátricas; las cinco mayores contribuciones fueron depresión unipolar (11,8%), trastornos relacionados con el uso de alcohol (3,3%), esquizofrenia (2,8%), depresión bipolar (2,4%) y demencia (1,6%). Sin embargo, The Lancet señala que la interacción entre los trastornos mentales y la discapacidad es más compleja y extensa que lo que el Informe de la OMS sugiere.
- Los trastornos mentales también contribuyen a la mortalidad. Las estimaciones de la OMS del 2005 muestran que los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de 1,2 millones de muertes cada año y de 1,4% de todos los años de vida perdidos (la mayoría por demencia, enfermedad de Parkinson y epilepsia). Cuatrocientas mil muertes fueron atribuidas a los trastornos mentales propiamente dichos y 182.000 a problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas, aunque estas cifras pueden estar ciertamente subestimadas.

PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL. MEJORA Y AMPLIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES, NEUROLÓGICOS Y POR ABUSO DE SUSTANCIAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en octubre del 2008 el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (*mhiGAP*, por sus siglas en inglés). Este programa, basado en los mejores datos científicos disponibles, está destinado a mejorar la capacidad de respuesta de los Estados Miembros a los retos crecientes que deben enfrentar.

Dado que la mayor parte de la carga mundial por trastornos mentales corresponde a los países con ingresos bajos y medio-bajos, una estrategia cen-

trada en los mismos permitirá lograr un impacto mayor. El *mhGAP* proporciona criterios para identificar cuáles países sufren la mayor parte de la carga por estos trastornos y cuáles presentan un mayor déficit de recursos.

El programa reconoce algunas condiciones prioritarias, teniendo en cuenta que representan una carga significativamente elevada (en lo que se refiere a mortalidad, morbilidad y discapacidad), que implican grandes costos económicos o que se asocian a violaciones de los derechos humanos. Entre esas condiciones se hallan la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos por consumo de alcohol, los trastornos debidos al consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles. El *mhGAP* proporciona un conjunto de intervenciones clave para la prevención y el tratamiento de estas enfermedades, y considera además los obstáculos, limitaciones y oportunidades que pueden dificultar o facilitar su ejecución en los distintos países.

El éxito en la aplicación del programa se basa principalmente en alcanzar un compromiso político al más alto nivel en los países. El programa hace hincapié en la realización de una evaluación apropiada de las necesidades y los recursos, en la formulación de una política y en la creación de una infraestructura legislativa.

Otro aspecto importante del *mhGAP* consiste en reforzar las alianzas existentes así como atraer nuevos socios. La mejora de la atención de los trastornos mentales es responsabilidad conjunta de los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, las comunidades y las familias, con el apoyo de la comunidad internacional. Como conclusión, el *mhGAP* señala que “Ahora es el momento de actuar”.

SOBRE EL CONTENIDO DEL LIBRO

La primera sección es introductoria y aborda los antecedentes de la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental en América Latina y el Caribe. Uno de los capítulos describe, en términos generales, la significación de los trastornos mentales en el contexto de la carga global de las enfermedades.

En los capítulos de la sección II se describe la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS, quien ha estimado que los trastornos mentales se encuentran entre los más onerosos del mundo, y que su carga aumentará durante los próximos decenios. Sin embargo, muchos de estos cálculos y proyecciones se basan en revisiones bibliográficas y estudios nacionales o locales limitados y no en encuestas epidemiológicas validadas internacionalmente y aplicadas en distintos países. Esta iniciativa trata de salvar esa deficiencia al evaluar la prevalencia de los trastornos mentales a nivel nacional y en un contexto interpaíses. En esta sección se pueden revisar los principales resultados de los estudios realizados en Brasil, Colombia y México.

La sección III contiene importantes estudios de epidemiología de los trastornos mentales realizados en algunos países de América Latina y el Caribe (Brasil, Chile, Jamaica, México y Puerto Rico), expuestos por los propios investigadores.

En la sección IV se tratan problemas específicos de especial importancia, como son el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el suicidio y la

discapacidad intelectual, y se revisan las principales y más recientes investigaciones epidemiológicas de la Región.

La epidemiología de los trastornos mentales en grupos poblacionales de riesgo o con mayor vulnerabilidad es un asunto de particular importancia. En las Américas es especialmente necesario referirse a comunidades indígenas, niñez y adolescencia, adultos mayores y grupos poblacionales afectados por los desastres. Estos temas son tratados en los capítulos que se presentan en la sección V.

Un ángulo importante de la investigación en salud mental es la utilización de los servicios, incluida la atención primaria en salud. En la sección VI, uno de los capítulos describe los resultados de la aplicación del “Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental” de la OMS (WHO-AIMS, por sus siglas en inglés) en los países de Centroamérica. Otro aspecto abordado es la brecha de tratamiento, es decir la proporción de personas con trastornos mentales que no reciben ningún tipo de atención.

Este libro es el producto del esfuerzo de un grupo de investigadores y profesionales de gran valía y reconocimiento en el campo de la salud mental en el Continente Americano. Algunos de los radicados en los Estados Unidos de América han dedicado muchos años de su vida al estudio de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe.

La presente publicación trata de mostrar una visión general y actualizada de la investigación epidemiológica en salud mental en la Región. Esperamos que pueda ser útil en el trabajo docente universitario, en las escuelas de formación técnica y en los cursos de postgrado, para los profesionales e investigadores del campo de la salud mental, así como también para todos aquellos interesados en el tema.

La Organización Panamericana de la Salud ha auspiciado esta obra como parte de los esfuerzos que se realizan para generar evidencias, promover la causa e impulsar políticas y planes nacionales de salud mental en los países de las Américas. Los editores y autores nos sentiremos muy satisfechos si resulta de interés y utilidad a los lectores.

Jorge J. Rodríguez
Asesor Principal/Coordinador
Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación
Organización Panamericana de la Salud

REFERENCIAS

1. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5):229–240.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*, Vol. I. Washington, DC: OPS; 2007; pp. 142–143. *Publicación Científica y Técnica* No. 622.
3. Rodríguez J. La salud mental en América Latina y el Caribe: desafíos y perspectivas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007. Documento técnico de la Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación.
4. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS; 2001.
5. González R, Levav I, eds. *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991 (HPA/MND1.91).
6. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD43.R10: Salud mental. Washington, DC; 2001.
7. Rodríguez J, González R, eds. *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
8. The Lancet. *The Lancet Global Mental Health Series*; 2007. London: The Lancet. www.thelancet.com

SECCIÓN I

PANORAMA GENERAL

BREVE HISTORIA DE LA EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Jair de Jesus Mari,¹ Bernardo Garcia de Oliveira Soares,²
Maurício Silva de Lima³ e Itzhak Levav⁴*

INTRODUCCIÓN

La epidemiología psiquiátrica es una rama de las ciencias de la salud que se dedica al estudio de la frecuencia de los trastornos mentales en las comunidades y a la descripción de cómo los diversos contextos sociodemográficos y culturales pueden afectar o proteger la salud mental y el comportamiento de los individuos a lo largo del tiempo. La epidemiología interviene de manera precisa en la identificación de los casos (diagnóstico y prevalencia), el recuento de casos nuevos a través del tiempo (incidencia), la búsqueda de la causa de la afección (estudio de casos y testigos), el pronóstico (estudio de cohortes) y la determinación de lo que es eficaz en la evolución de un trastorno determinado (ensayos clínicos). La información epidemiológica es fundamental para la salud pública y la salud mental pública, así como para orientar la planificación de las acciones a seguir.

La epidemiología tuvo sus comienzos en el siglo XIX, en 1837, con la introducción por parte de William Farr de las estadísticas de na-

cimientos y defunciones en la Oficina Británica de Registros Generales. En 1850, John Snow planteó la hipótesis de que la epidemia de cólera en Londres había sido causada por beber agua del río Támesis y demostró que los casos tendían a agruparse en ciertas zonas. En esa época, el río estaba contaminado por aguas residuales y el agua potable se extraía de lugares cercanos a la ciudad. Snow observó que quienes compartían la misma habitación no necesariamente contraían el cólera, y que el mayor número de casos se había registrado en las personas que habían bebido agua de la bomba de Broad Street, en la región central de Londres. La petición de Snow de retirar la palanca de la bomba marcó un hito trascendental en la historia de la epidemiología. Aunque para entonces el brote había disminuido, este acto simbólico se convirtió en un acontecimiento sin precedentes en la intervención preventiva.

En 1897, Durkheim (1) recogió las estadísticas de suicidios en los países europeos y observó que las tasas de suicidio eran relativamente estables en determinados países. Durkheim señaló que en los países católicos las tasas eran sistemáticamente inferiores que en los protestantes, y planteó la hipótesis de que la cohesión en la sociedad era un componente importante en la prevención del suicidio; es decir, demostró cómo la cultura y el ambiente social podían modificar la conducta del indivi-

¹ Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de São Paulo, SP, Brasil.

² Departamento de Medicina de Urgencia, Universidad Federal de São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

⁴ Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel.

duo en una sociedad en particular (1). A principios de los años veinte se produjeron dos grandes e importantes adelantos en el estudio de la pelagra y la parálisis general progresiva de los enfermos mentales. Goldberger observó que la pelagra era provocada por una carencia alimentaria y posteriormente se demostró que era causada por la falta de ácido nicotínico. Mattauschek y Pilcz realizaron un estudio de seguimiento de los oficiales del ejército austríaco infectados por sífilis para demostrar la relación de esta enfermedad con la parálisis general progresiva.

La historia de la epidemiología psiquiátrica ha sido dividida por muchos autores en dos fases diferenciadas (2-4). La primera fase abarca de 1930 a 1960, cuando se realizaban estudios epidemiológicos con entrevistas clínicas no estandarizadas y cuestionarios como el uso de escalas generales de discapacidades. La mayoría de los estudios realizados en los Estados Unidos no generaron cálculos de los trastornos psiquiátricos, sino más bien tasas de discapacidades. Srole y colaboradores (5) entrevistaron a más de 1.000 adultos en la zona central de Manhattan, Nueva York, con el objetivo de estudiar la influencia del estrés en la vida moderna. Leighton y colaboradores realizaron un estudio basado en una muestra de 1.600 residentes del condado de Stirling⁵ en Nueva Escocia, Canadá (6) para evaluar la repercusión del estrés en el cambio social. Ambos estudios hicieron que los psiquiatras examinaran y evaluaran los protocolos y juzgaran el grado de discapacidad y la gravedad de los síntomas de los sujetos, a fin de determinar si se trataba de un caso, sin la utilización de procedimientos clínicos estandarizados. El Tamizaje Neuropsiquiátrico Adjunto, el Índice Médico de Cornell y el Inventario de Personalidad Polifacética de Minnesota constaban de una lista de síntomas que permitía clasificar a los sujetos dentro de un proceso continuo que va desde la salud a la enfermedad (7).

⁵ El nombre "condado de Stirling" es un lugar ficticio, así llamado para proteger la confidencialidad de los sujetos.

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Primera fase

En los años cincuenta, investigadores de Perú describieron el "síndrome psicossomático de desadaptación" (8), que consistía principalmente en síntomas somáticos (taquicardia, digestión difícil, dificultad para respirar, cefaleas, cansancio), y fue atribuido a la inadaptación social, la nostalgia y la añoranza. Se observó el "salto hacia la enfermedad" en las personas indígenas que abandonaron los altiplanos de los Andes y emigraron hacia los centros urbanos industrializados que estaban surgiendo en la costa. Se trataba principalmente de personas de escasa alfabetización y de un ambiente rural de técnicas rudimentarias, que debieron enfrentar la pobreza y las barreras culturales. La mayoría de los primeros estudios de epidemiología psiquiátrica en los países de América Latina y el Caribe se realizaron en Perú, para demostrar principalmente las observaciones descritas por Seguin (8).

En Mendocita, una barriada del distrito de La Victoria, en Lima, se realizó un estudio en el que se aplicó el Índice Médico de Cornell a una muestra estratificada de 239 residentes. Mendocita, con 4.914 habitantes y 1.016 hogares, fue descrita como una zona muy pobre, habitada por trabajadores no calificados, en barrios pobres de alta densidad, sin drenaje ni agua potable. Solo 35 individuos obtuvieron una puntuación de menos de 4 síntomas (umbral = 3/4): 17,1% presentaba un probable síntoma depresivo (sensación de tristeza en una fiesta); 44,2% respondió positivamente cuando se les preguntó si se sentían nerviosos; 10,4% presentaba un problema relacionado con el alcohol y 7,8% tenía antecedentes de crisis convulsivas. Los altos niveles de morbilidad fueron atribuidos a la urbanidad y a las deficientes condiciones ambientales. Sobre la base del cuestionario de tamizaje, 102 sujetos (53 mujeres y 49 hombres) fueron considerados como casos psiquiátricos (42,6% de la muestra) (9).

En Pachacamac, zona rural de 1.224 habitantes ubicada sobre la costa, cerca de Lima, se realizó otra encuesta. Pachacamac fue descrita como una comunidad estable, formada principalmente por núcleos de familias, sobre todo nativos, que trabajaban en la agricultura y la ganadería en las haciendas de las cercanías. El cuestionario se aplicó a una muestra aleatoria de sujetos mayores de 18 años ($n = 125$). La prevalencia de problemas relacionados con la bebida era de 7,3%, cifra inferior a la notificada en Mendocita. Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en las mujeres e inferiores a los observados en la comunidad urbana. Con base en los informes policiales se notificó ausencia de suicidios en los últimos tres años y episodios muy bajos de problemas en la conducta social (10).

Otros estudios epidemiológicos realizados en Perú (11–13) revelaron una morbilidad psiquiátrica general de 18,7%. Asimismo, durante esta primera fase se efectuaron estudios en Colombia (14, 15), Costa Rica (16), Uruguay (17) y México (18). Existen además publicaciones en las cuales se puede hallar mayor información sobre la historia de la epidemiología psiquiátrica en América Latina y el Caribe (3, 19–21).

Los estudios realizados en Chile (22) y Argentina (23, 24), pueden ser clasificados como pertenecientes a un estado intermedio entre la primera fase, en la cual los estudios se basaron en una lista de síntomas no validados, y la segunda fase, en la que se aplicaron cuestionarios y criterios operativos validados para los trastornos psiquiátricos. En estos estudios, por primera vez en América Latina y el Caribe, la investigación epidemiológica psiquiátrica utilizó métodos más complejos, donde se tuvo en cuenta la confiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos y en la que el muestreo tuvo la finalidad de ser representativo de una población determinada. Por ejemplo, en el estudio realizado en Argentina, se capacitó a 22 psiquiatras residentes para hacer diagnósticos psiquiátricos a partir de una entrevista psiquiátrica semiestructurada, empleada anteriormente en la encuesta chilena. Se realizaron entrevistas psi-

quiátricas domiciliarias en Lanús, una zona de bajos recursos ubicada en el cinturón industrial de Buenos Aires. Las mediciones combinaron evaluaciones psiquiátricas con una clasificación razonable del funcionamiento social, que abarcó ocupación, relaciones interpersonales y deficiencia física y sensorial. Los casos se definieron como “centrales” o “periféricos”. La prevalencia de los diagnósticos centrales fue de 15,7% y cuando se sumaron los casos periféricos, la prevalencia ascendió a 35,2%. Con la aplicación de un método similar, el estudio chileno (22) notificó una tasa psiquiátrica total de 15,3%. En resumen, estos estudios empezaron a revelar la magnitud de los casos psiquiátricos sin tratar existentes en la comunidad, principalmente la neurosis y los problemas relacionados con el consumo de alcohol, con un exceso de morbilidad en las mujeres, los pobres y los inmigrantes.

Segunda fase

La segunda fase de los estudios epidemiológicos se basó en la elaboración de instrumentos estandarizados, entrevistas psiquiátricas y cuestionarios de tamizaje validados. Los primeros criterios operativos para diagnósticos psiquiátricos fueron elaborados por Feigner (25) en la Universidad de Washington, St. Louis, seguidos de los criterios de diagnósticos de investigación (26, 27) elaborados por el grupo de Estudio Colaborativo de Psicobiología del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Poco después, aparecieron el protocolo diagnóstico para trastornos afectivos y esquizofrenia (28) y el protocolo de entrevista diagnóstica (29). La manera particular en que se hacían los diagnósticos en los años setenta hizo que Inglaterra fuera identificada como la isla de la depresión y los Estados Unidos, el país de la esquizofrenia, ya que las tasas de depresión eran mayores en Europa y la esquizofrenia era más frecuente en los Estados Unidos. Un grupo de investigadores aplicó una entrevista psiquiátrica estandarizada, el examen del estado actual, a una muestra de pacientes ingresados en

hospitales psiquiátricos de Londres y Nueva York (30). Este importante estudio fue fundamental para demostrar que las anteriores diferencias notificadas en los dos continentes eran atribuibles no a una discrepancia real en las tasas de prevalencia, sino a las prácticas de diagnóstico clínico utilizadas en Inglaterra y en los Estados Unidos. La introducción del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*), la clasificación diagnóstica de la Sociedad Psiquiátrica Americana por la cual los trastornos psiquiátricos se definen operacionalmente, es considerada como un cambio paradigmático de la psiquiatría general, un renacimiento del paradigma kraepeliniano (31).

En las últimas décadas, América Latina y el Caribe han llevado a cabo, de forma sistemática, tareas de investigación epidemiológica de la salud mental junto con estudios poblacionales que aumentaron después del advenimiento del DSM-III y las entrevistas psiquiátricas estandarizadas. Los datos derivados de estos estudios proporcionan un conocimiento más amplio acerca de la distribución y los factores de riesgo de los trastornos mentales en la Región. Se trata de una información relevante, ya que los factores regionales, como las variables étnicas, socioculturales y políticas, pueden ser únicos e influir en la prevalencia y en los factores de riesgo y el pronóstico correspondientes. Además, la información recopilada localmente puede constituir una base más aceptable y válida para la toma de decisiones, que incluye el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos mentales en una población determinada.

En este capítulo se presenta un resumen de los principales estudios epidemiológicos realizados en la Región en los últimos 10 años, dando prioridad a aquellas investigaciones donde se adoptaron los métodos de investigación más rigurosos y que fueron publicadas localmente. El objetivo es también difundir los resultados de estos estudios, que a menudo son menos accesibles para la comunidad internacional.

MÉTODOS EMPLEADOS PARA LA BÚSQUEDA DE ESTUDIOS EN LA BASE DE DATOS LILACS

Se realizó una búsqueda electrónica en la base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), que indexa bibliografía regional de más de 640 revistas, contiene alrededor de 300.000 citas bibliográficas publicadas desde 1982 y proporciona resúmenes en inglés, portugués y español. LILACS es administrada por BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), con sede en São Paulo, Brasil. BIREME es un organismo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. En el recuadro 1 se muestra la estrategia empleada para la búsqueda de artículos en LILACS desde 1999 hasta 2008.

Estaba previsto que los estudios controlados de cohortes y aleatorios más relevantes solo serían publicados en revistas internacionales. Para examinar esta hipótesis se les pidió a expertos locales en la disciplina de la salud mental que proporcionaran ejemplos de este ha-

RECUADRO 1. Términos de búsqueda en la base de datos LILACS.

(epidemiol OR case-control OR randomised controlled trial OR cohort OR cross-sectional OR prevalence OR incidence) and (depression OR anxiety OR mood disorder OR affective disorder OR schizphrenia OR drug abuse OR drug dependence OR alcohol OR phobic disorder OR post traumatic stress disorder OR obsessive compulsive disorder OR bipolar disorder OR psychiatr) and (south america OR latin america OR brazil OR argentina OR uruguay OR paraguay OR colombia OR chile OR ecuador OR venezuela OR bolivia OR peru OR guyana OR suriname OR french guiana OR mexico OR cuba OR caribbean OR panama OR costa rica OR nicaragua OR el salvador OR honduras OR guatemala OR belize)

llazgo. La búsqueda se limitó a los 10 últimos años, a fin de asegurar la relevancia contemporánea de la revisión, con énfasis en los estudios basados en la población y los ensayos clínicos con un método adecuado de asignación aleatoria. No se tuvieron en cuenta los estudios multicéntricos internacionales que incluían también centros latinoamericanos. Aunque estos estudios eran pertinentes como fuente de información y permitían comparaciones transculturales, no habían sido originalmente diseñados ni aplicados en la Región.

En todos los informes se examinó y evaluó lo siguiente:

1. En los estudios de observación, los métodos aleatorios para la selección de la muestra, con el objetivo de potenciar al máximo la representatividad;
2. En el cálculo de los tamaños de la muestra, los niveles predefinidos de significación y poder estadísticos;
3. En los estudios de intervención, la descripción adecuada de los procedimientos de asignación y aleatorización;
4. La explicitación de criterios claros de inclusión y exclusión, y
5. La descripción adecuada de las tasas de deserción en las comunicaciones.

En el cuadro 1 se presentan los resúmenes de los estudios que cumplieron la mayoría de los criterios anteriores. Esta estrategia de búsqueda, aplicada al período comprendido entre 1999 y 2008, llevó a la selección de 32 estudios, la mayoría de ellos de prevalencia. En esta revisión se incluyeron únicamente las encuestas basadas en la población. En términos generales, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos menores era de 20% a 25%, aunque en un estudio chileno se observó una prevalencia superior a 36%. La prevalencia del abuso y de la dependencia de alcohol era de 4% a 12%. Los principales factores de riesgo encontrados en estas encuestas fueron el bajo nivel educativo, los bajos ingresos, la vejez y el sexo femenino. Ningún estudio epidemiológico psiquiá-

trico controlado de cohortes o aleatorio ha sido publicado en las revistas indizadas en LILACS.

ESTUDIOS TRANSVERSALES

Existen muchas semejanzas en cuanto al diseño, los procedimientos de muestreo y los resultados entre los estudios. Tres encuestas (dos del Brasil y una de Chile) fueron estudios multicéntricos nacionales que tuvieron la finalidad de proporcionar información sobre los trastornos psiquiátricos en poblaciones representativas. Sus resultados indicaron que los trastornos más prevalentes identificados fueron la depresión, la ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias. Estos estudios despertaron una preocupación con respecto al uso de drogas psicotrópicas entre adolescentes y adultos. La encuesta chilena también destacó la frecuencia de la violencia contra los niños.

Un estudio realizado en el nordeste del Brasil investigó la repercusión psíquica de las jornadas laborales extensas, una situación común en los países en desarrollo, en 460 mujeres de 18 a 70 años de edad (37). En las mujeres que tenían un trabajo asalariado además de las tareas domésticas, trabajar más de 10 horas diarias era un factor de riesgo de trastorno psíquico menor.

En otro estudio centrado en la salud mental de las mujeres, se observó que 27% de una muestra de mujeres adultas de Santiago de Chile padecía un trastorno depresivo y que los principales factores relacionados eran ser mujer a cargo de las tareas domésticas (en particular la atención de los niños, la cocina y la limpieza), tener un nivel educativo bajo o estar separada (38).

En los últimos años ha habido un aumento de los estudios que examinan los problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas. En un estudio realizado en Chile se observó una prevalencia de vida elevada (77%) con respecto al consumo de tabaco (60). En el Brasil se investigó a mujeres después del parto y se observó una prevalencia de 40,6% de consumo de alcohol durante el embarazo (55). Se

CUADRO 1. Estudios epidemiológicos latinoamericanos seleccionados publicados en la base de datos LILACS, 1999–2008.

Estudio	País/Año	Población/Métodos	Resultados principales
Estudio multicéntrico brasileño de morbilidad psiquiátrica (32)	Brasil (1997)	Adultos residentes en Brasilia, São Paulo y Porto Alegre (N = 6.476) <ul style="list-style-type: none"> • Primer paso: se evaluó una muestra de población representativa mediante el Cuestionario sobre morbilidad psiquiátrica en adultos^a • Segundo paso: se volvió a entrevistar a una submuestra con una lista de verificación según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales^b 	Las tasas de prevalencia ajustadas respecto a la edad de los casos que potencialmente necesitaban atención oscilaron entre 19% (São Paulo) y 34% (Brasilia y Porto Alegre). Los trastornos más prevalentes fueron los de ansiedad (hasta 18%); alcoholismo (cerca de 8% en todos los sitios); depresión (de <3% en São Paulo y Brasilia y 10% en Porto Alegre).
Trastornos psiquiátricos menores y uso de drogas legales en Pelotas, sur del Brasil (33, 34)	Brasil (1996)	Población urbana adulta de Pelotas (población: 300.000 habitantes), sur del Brasil <ul style="list-style-type: none"> • Primer paso: se evaluó una muestra de población representativa obtenida mediante muestreo en varias fases (N = 1.277) • Instrumentos: Cuestionario de autonotificación^c y Cuestionario sobre temas sociodemográficos CAGE^d 	La prevalencia de los trastornos psiquiátricos menores fue de 22,3% (más elevada en la clase social más baja, los ancianos y las mujeres). La prevalencia de uso de drogas psicotrópicas en las dos últimas semanas fue de 11,9% (más elevada en las mujeres y en las personas con mayor nivel educativo). La prevalencia de dependencia de alcohol fue de 4,2% (más elevada en los hombres).
Trastornos psiquiátricos menores en Pelotas, sur del Brasil (35)	Brasil (2002)	Muestra representativa de la población urbana adulta de Pelotas (población: 300.000 habitantes) (N = 1.967) <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos: Cuestionario de autonotificación y Cuestionario sobre temas sociodemográficos CAGE 	La prevalencia de los trastornos psiquiátricos menores fue mayor en el estrato social más bajo y en personas con menores ingresos, de ≥40 años y en mujeres.
Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (36)	Chile (2002)	Muestra representativa de individuos de cuatro provincias chilenas (N = 2.978) <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento: Entrevista diagnóstica internacional compuesta^e 	La tasa general de prevalencia de vida de los trastornos psiquiátricos fue de 36% (agorafobia, 11%; trastornos depresivos mayores, 9%; distimia, 8% y dependencia de alcohol, 6%). La tasa general de prevalencia en los últimos seis meses fue de 23%. Solo 49% de las personas con un trastorno psiquiátrico buscaron atención médica, mientras que 4% de los individuos que no padecían trastornos psiquiátricos consultaron en establecimientos de salud mental.
Tareas domésticas y trabajo remunerado de las mujeres como riesgo de padecer síntomas psiquiátricos (37)	Brasil (2001)	Muestra aleatoria de mujeres de 18 a 70 años de edad en Salvador, nordeste del Brasil (N = 460) <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos: Cuestionario de morbilidad psiquiátrica en adultos y Cuestionario sobre actividades laborales 	En un análisis ajustado, las puntuaciones altas en el QMIPA (>7 síntomas) se asociaban al trabajo y la atención del hogar.

Prevalencia de depresión y factores relacionados en la mujer (38)	Chile (1999)	<p>Muestra representativa de mujeres adultas de Santiago, de 15 a 65 años (N = 1.188)</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos: Entrevista clínica estructurada revisada con diagnóstico CIE-10 	<p>El 27% padecía un trastorno depresivo (grave: 1,9%; moderado: 12,5%).</p> <p>Las variables asociadas a un mayor riesgo de episodio depresivo fueron el nivel educativo bajo, la separación matrimonial y las tareas domésticas.</p>
Depresión en adolescentes tratados en centros de atención primaria (39)	Brasil (2001)	<p>Personas de 13 a 19 años, atendidas en 10 unidades de atención primaria en el sur del Brasil (N = 463)</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos: Cuestionario estructural tetradimensional-Depresión (CET-DE), Cuestionario sociodemográfico, información sobre consultas 	<p>La prevalencia fue de 26,5%. El 99,2% de los casos de depresión no habían sido identificados. Los problemas se distribuyeron en el campo somático (61,1%), o se relacionaron con el sexo (49,5%), principalmente con el embarazo (31,7%), en especial en los casos de depresión. Hubo pocas manifestaciones socio-psiquiátricas (1,5%).</p> <p>Los diagnósticos a menudo coincidían con lo manifestado: somáticos, 59,9%; relacionados con el sexo, 38,4% (embarazos 21,6%); y socio-psiquiátricos, 1,7%.</p>
Estrés psicológico y características psicosociales de los padres y trastornos psicológicos infantiles (40)	Uruguay (2001)	<p>Se evaluaron dos muestras de población urbana y rural de niños de 5 a 15 años elegidas aleatoriamente (N = 115)</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos: Cuestionario de morbilidad psiquiátrica infantil; Escala de desmoralización para la investigación epidemiológica en psiquiatría⁸ e Inventario de la Red de Apoyo Social 	<p>El 53% de los niños tenían algún problema conductual o emocional.</p> <p>El trastorno psicológico de la madre se relacionó con un riesgo mayor de problemas en el niño.</p>
Prevalencia de maltrato de menores y factores asociados (41)	Chile (2001)	<p>Encuesta poblacional de mujeres en sus hogares, Temuco, Chile (N = 422)</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos: Cuestionario estandarizado sobre prácticas disciplinarias por parte de cuidadores, salud mental, riesgo y factores protectores relacionados con la violencia 	<p>La prevalencia de agresión psicológica por parte de las madres y los padres fue de 17,5% y 6,8%, respectivamente. El 3% de las madres y el 1,2% de los padres reconocieron haber sometido a sus hijos a maltratos físicos severos.</p> <p>Los factores asociados fueron la alteración de la salud mental materna, los antecedentes de maltrato infantil en los padres, el consumo abusivo de alcohol de los padres y los problemas emocionales o conductuales de los niños.</p>
Violencia y conductas relacionadas (42)	Perú (1999)	<p>Muestra aleatoria de población de la zona metropolitana de Lima (3.590 unidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos: Cuestionario sobre actos de violencia cometidos por los padres y la familia; depresión y consumo de sustancias (incluidos el alcohol y el tabaco) por parte de los padres 	<p>El 35,4% de los participantes había sufrido violencia psíquica por parte de sus parejas y el 17,4%, violencia física. El 36,2% de los padres informaron que habían maltratado psicológicamente a sus hijos. El 18,6% de las madres habían sufrido depresión durante el embarazo.</p>

(continúa)

CUADRO 1. Estudios epidemiológicos latinoamericanos seleccionados publicados en la base de datos LILACS, 1999–2008 (continuación).

Estudio	País/Año	Población/Métodos	Resultados principales
Encuesta de hogares sobre el uso de drogas psicotrópicas en el Brasil (43–45)	Brasil (2002)	Encuesta poblacional, con muestreo multietápico, que incluyó 107 ciudades brasileñas con una población de ≥ 200.000 habitantes (41,3% de la población total) (N = 8.589); intervalo de edad: 12–65 años <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos: Cuestionario estandarizado de la Dirección de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental de los Estados Unidos,^h adaptado para el Brasil 	La tasa de prevalencia de alcoholismo fue de 11,2%, más elevada en los hombres y entre los de 18 a 29 años. El 19,4% de los sujetos había consumido drogas ilícitas en algún momento de su vida: marihuana, 9%, inhalantes, 5,8%; ansiolíticos, 5,8%; cocaína o crack, 3,3%.
Encuesta de hogares sobre el uso de drogas ilícitas en Chile (46)	Chile (2001)	Muestra representativa de la población de Santiago, de 15 a 64 años de edad	Las tasas de prevalencia de vida eran de 19% para marihuana, 4,5% para cocaína y 2,2% para crack. Las tasas de prevalencia anual fueron de 5,4%, 1,8% y 0,8%, y en el último mes, de 3,2%, 0,7% y 0,3%, respectivamente.
Características sociales y de morbilidad de enfermos psiquiátricos hospitalizados (47)	Brasil (1998)	Estudio transversal de todos los pacientes psiquiátricos hospitalizados en instituciones públicas (representa el 97% de las salas psiquiátricas) en el Estado de Bahía, de diciembre de 1997 a julio de 1998. (N = 2.069)	El 93,7% de los pacientes fueron tratados en instituciones psiquiátricas especializadas. Solo 6,3% recibió tratamiento en hospitales generales.
Prevalencia de depresión en Colombia (48)	Colombia (2000)	Encuesta nacional de la población de ≥ 18 años, estratificada según el grado de urbanización (N = 1.116)	Las tasas de prevalencia de depresión en los últimos 12 meses eran de 10% y en el último mes, de 8,5%. La mayoría de los episodios fueron de intensidad moderada y los individuos afectados eran de >45 años. Los factores de riesgo fueron el sexo femenino, los padecimientos de enfermedades o dolor, el uso de cannabis o sustancias psicoactivas, la dependencia de alcohol y el desempleo con discapacidad.
Depresión de aparición temprana (49)	México (2000)	Encuesta nacional psiquiátrica de una muestra representativa de la población urbana de adultos (18–65 años) <ul style="list-style-type: none"> Instrumento: Entrevista diagnóstica internacional compuesta 	La depresión de aparición en la niñez o la adolescencia era de 2%. La cantidad promedio de episodios durante la vida era de siete (por comparación con tres en aquellas enfermedades que comenzaron en la edad adulta).
Inicio del consumo de alcohol y de tabaco y transición al consumo de otras drogas en estudiantes (50)	México (2004)	Muestra probabilística de estudiantes de 11 a 24 años (N = 13.293)	El 60% de los varones comenzaron a consumir alcohol a los 17 años de edad y tabaco a los 18 años; las mujeres comenzaron más tarde. El consumo de otras drogas era de 13% para los varones y 5% para las mujeres. Los estudiantes usuarios de alcohol o tabaco, o ambos, presentaron mayor riesgo de iniciar el uso de otras drogas que los no usuarios.

Modelos de consumo de alcohol y prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo (51)	Brasil (2004)	Encuesta de hogares (N = 2.302 adultos) Casos de consumo de alcohol de alto riesgo: consumo excesivo ocasional (borrachera), diario o semanal, más episodios de embriaguez	El 56% de la muestra reconoció que consumía bebidas alcohólicas. El consumo total se relacionó con el sexo (varones), el estado civil (solteros), la migración (no migrantes), el mejor nivel educativo (nivel universitario) y la clase social (superior). La prevalencia de consumo de alcohol de alto riesgo en los últimos 12 meses era de 7%, con una prevalencia seis veces mayor en los varones que en las mujeres (13%, frente a 2,4%).
Consumo de alcohol en estudiantes (52)	Brasil (2002)	Estudio aleatorio, estratificado; muestreo por conglomerados de escuelas (N = 10) y estudiantes de 14 a 19 años de edad (1.409)	El consumo de alcohol era de 57%, con tasas mayores en los hombres y en jóvenes de 17 a 19 años. La primera experiencia fue entre los 10 y 14 años con los amigos o los padres, en fiestas o en el hogar de los amigos.
Violencia durante el noviazgo en mujeres estudiantes (53)	México (1998)	Muestra aleatoria de mujeres estudiantes de 252 escuelas y una universidad (N = 4.587)	La prevalencia de violencia durante el noviazgo en las mujeres era de 28%. Los factores de riesgo eran la depresión, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el bajo rendimiento escolar y las relaciones sexuales previas.
Trastornos depresivos y de ansiedad en estudiantes de bachillerato (54)	Chile (2007)	Muestra representativa de estudiantes de la región de Concepción (N = 700) • Instrumentos: Inventario de depresión de Beck e Inventario de ansiedad de Beck	La tasa para los síntomas depresivos era de 22,6% y para los síntomas de ansiedad, de 42,3%. Los autores comentan que estas tasas son mayores que en otros países, pero compatibles con otros estudios chilenos.
Consumo de alcohol por mujeres embarazadas (55)	Brasil (2000)	Muestra aleatoria de mujeres en el posparto de tres principales maternidades de Río de Janeiro (N = 537) Análisis de la muestra de control de un estudio de casos y controles	La prevalencia del consumo de alcohol durante el embarazo era de 40,6%. La bebida consumida con mayor frecuencia era la cerveza (83,9%). Los presuntos casos de abuso de alcohol fueron más frecuentes en mujeres que no eran de raza blanca; en mujeres de mayor edad y de menor nivel educativo; en mujeres que no convivían con una pareja; cuando uno o ambos miembros de una pareja consumía tabaco y drogas ilícitas; y con escaso apoyo social.

(continúa)

CUADRO 1. Estudios epidemiológicos latinoamericanos seleccionados publicados en la base de datos LILACS, 1999–2008 (continuación).

Estudio	País/Año	Población/Métodos	Resultados principales
Uso de drogas durante la adolescencia (56)	Brasil (2007)	Muestra aleatoria, estratificada según unidades de conglomerados (escuelas y estudiantes) (N = 1.409 adolescentes de 14 a 19 años de edad, de 10 escuelas públicas), 30% del total de escuelas del municipio de 500.000 habitantes	La tasa de prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas era de 57%; la de cigarrillos, 23,3%; otras sustancias, como la marihuana, 5,2%; solventes y cocaína, 29,3%. El consumo de alcohol entre una y tres veces al mes era de 29,3%; cada fin de semana, de 13%. El consumo era significativamente mayor en los varones de 17 a 19 años de edad.
Estudio nacional mexicano sobre salud y envejecimiento (57)	México (2001)	Personas mayores de 65 años (N = 4.872) • Instrumento: Cuestionario CAGE—consumo de alcohol, consumo de cigarrillos y funciones cognitivas	La tasa de prevalencia de alcoholismo era de 2,8% y la de consumo de cigarrillos, de 14%. Los factores asociados con el consumo de alcohol eran la edad (entre 65 y 69 años), el sexo masculino y el nivel educativo alto. Existía también una asociación entre el consumo de alcohol y la deficiencia cognoscitiva.
Consumo de drogas en estudiantes adolescentes trabajadores y que no trabajaban (58)	Brasil (2007)	Muestra probabilística poblacional de estudiantes de educación primaria en la zona urbana de Cuiabá, Brasil (N = 798 estudiantes adolescentes trabajadores y 1.493 que no trabajaban)	La tasa de prevalencia del consumo reciente de alcohol era de 37,4%; la de tabaco, de 9,5% y la de otras drogas, de 8,4%. El consumo fue mayor en los trabajadores que en aquellos que no trabajaban.
Prevalencia de consumo abusivo de alcohol y factores asociados (59)	Brasil (2003)	Encuesta de hogares (muestreo estratificado por conglomerados) en la zona urbana de Campinas, Brasil, en sujetos mayores de 14 años (N = 515) • Instrumento: Cuestionario de autnotificación y Cuestionario de identificación de los trastornos por el consumo de alcohol ¹	Los principales factores de riesgo eran los relacionados con ser adolescentes trabajadores, entre 15 y 20 años de edad y varones e individuos de las clases sociales C, D y E (nivel más bajo). La prevalencia del abuso o la dependencia de alcohol era de 13,1% en los hombres y de 4,1% en las mujeres. Los factores de riesgo ajustados eran tener <12 años de escolaridad; no tener ninguna religión; tener una religión que no era la evangélica y consumir drogas ilícitas a lo largo de la vida.

Consumo temprano de tabaco y alcohol como factores de riesgo modificadores del uso de marihuana (60)	Chile (2001)	Cuarto estudio nacional sobre el consumo de drogas en la población escolar chilena de 8 a 20 años (N = 54.001)	La prevalencia de vida del consumo de tabaco era de 77%; la de alcohol, de 79% y la de marihuana, de 23%. El consumo de tabaco aumentó el riesgo de consumo de marihuana.
Relación entre el género y el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes (61)	Brasil (2002)	Muestreo en varias fases en la zona urbana de Pelotas, Brasil, en adolescentes de 15 a 18 años (N = 960) • Instrumento: Cuestionario de autnotificación	El inicio más tardío del consumo de tabaco y alcohol redujo la probabilidad de consumo de marihuana. El uso de marihuana fue mayor en fumadores excesivos que en fumadores con consumo leve de tabaco. El tabaquismo fue más prevalente en las mujeres: 19,5% frente a 13%. El consumo de alcohol fue más común en los hombres: 49% frente a 37,9%. El uso reciente de drogas ilícitas era de 9%, sin diferencias entre los sexos.
Síntomas de depresión en estudiantes de bachillerato (62)	Brasil (2001)	Muestra representativa de estudiantes de bachillerato de 14 a 18 años en la ciudad de São Paulo (N = 724)	La tasa de prevalencia de depresión era de 7,5% (10,3% en mujeres y 4,3% en hombres). Los factores de riesgo eran la percepción personal de mala salud, el sexo femenino y el consumo de alcohol.

Nota: Las siglas que aparecen a continuación son el equivalente en inglés o portugués de los instrumentos de estudio mencionados en el cuadro.

^a QMIPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto).

^b DSM-III (Diagnostic Statistical Manual).

^c SRQ-10 (Self-Report Questionnaire).

^d Attempts to cut down on drinking, annoyance with criticisms about drinking, guilt about drinking, and using alcohol as an eye-opener/intentos para reducir el consumo de alcohol, malestar por las críticas recibidas y sentimiento de culpa por el consumo de alcohol, necesidad de uso matutino de alcohol.

^e CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

^f QMPI (Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil).

^g PERI-D (Psychiatric Epidemiology Research Interview Demoralization Scale).

^h SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration/United States Department of Health & Human Services).

ⁱ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

han investigado las pautas del consumo de drogas en la población adolescente de América Latina: el tabaquismo fue más prevalente en las mujeres, mientras que el consumo de alcohol fue más frecuente en los varones (61). Los índices de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas resultaron ser superiores en los adolescentes trabajadores que en los económicamente inactivos (58).

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

Un estudio de casos y controles publicado en una revista local brasileña (63) evaluó la función de los trastornos psiquiátricos como posibles factores de riesgo de abuso y dependencia de la cocaína. Los antecedentes de alcoholismo fueron el único diagnóstico asociado a un mayor riesgo de abuso y dependencia de la cocaína (riesgo relativo de hasta 15). Este resultado es importante para la planificación de programas dirigidos al tratamiento y la prevención del abuso de cocaína, los cuales deben también abordar temas relacionados con la comorbilidad de los trastornos por consumo de alcohol.

PRUEBAS CONTROLADAS ALEATORIAS

Aunque existe un número razonable de pruebas controladas aleatorias en el campo de la salud mental realizadas en América Latina y el Caribe, en particular en la última década, la búsqueda en LILACS no encontró ninguna prueba de este tipo ni ningún estudio de cohortes publicado en el período de búsqueda. A través del contacto con expertos locales se seleccionaron tres ejemplos de estudios controlados aleatorios, diseñados y realizados adecuadamente. Estos estudios se centraron en temas relevantes para los países en desarrollo, como la dependencia de drogas y alcohol, el tratamiento de la esquizofrenia y el tratamiento de la depresión en mujeres de bajos ingresos que recibieron servicios de atención primaria.

En tres ciudades brasileñas se llevó a cabo una prueba aleatoria, naturalística y controlada para evaluar la eficacia de la olanzapina en re-

lación con antipsicóticos de primera generación en pacientes esquizofrénicos (64). La asignación aleatoria fue localizada centralmente a fin de garantizar el encubrimiento de la asignación; tanto los pacientes como los médicos conocían el antipsicótico recetado. Se permitieron asociaciones con otros medicamentos, más que con antipsicóticos de segunda generación, con la finalidad de reproducir condiciones de la "vida real". Sin embargo, los evaluadores de los resultados desconocían el tipo de tratamiento ofrecido. Los pacientes fueron incluidos en el estudio durante la fase aguda de la psicosis y hospitalizados, y se hizo un seguimiento durante nueve meses después del alta. En general, la olanzapina fue superior a los antipsicóticos de primera generación en cuanto a los síntomas negativos, la psicopatología general y la puntuación total de la escala de los síndromes positivo y negativo. Las mediciones sobre la calidad de vida en relación con la salud (por medio de la encuesta SF-36) también favorecieron a los antipsicóticos de segunda generación en la mayoría de los dominios de la escala. La olanzapina produjo menos efectos colaterales extrapiramidales y más aumento de peso que los antipsicóticos de primera generación (65).

Por medio de otra prueba controlada aleatoria en 155 pacientes ambulatorios alcohólicos o drogodependientes (66), se evaluó la psicoterapia cognitiva-conductual aplicada en un entorno grupal, contrastándola con la psicoterapia individual. En general, no hubo ninguna diferencia significativa entre las intervenciones, pero sí una superioridad discreta en cuanto a la intervención en grupos. Si se tiene en cuenta que los métodos grupales pueden ser menos costosos, se trata de un resultado importante para enfrentar estos trastornos de alta prevalencia, ya que los recursos para el tratamiento de las enfermedades mentales son limitados en los países de América Latina y el Caribe.

Un estudio chileno (67) demostró la superioridad de un programa de atención escalonada para el tratamiento de la depresión en mujeres de bajos ingresos, mediante una inter-

vencción con varios componentes que incluía terapia grupal psicoeducativa e intervención psicofarmacológica realizada por un trabajador de salud paramédico, frente al tratamiento convencional. Es notable que 70% de los pacientes del programa lograra la remisión de sus síntomas depresivos (puntuación del criterio de valoración HAM-D⁶ inferior a 8), mientras que solo 30% tuvo tal grado de mejoría con el tratamiento convencional.

CONCLUSIONES

Existen varios estudios transversales que han abordado la prevalencia y los factores de riesgo de los trastornos mentales más frecuentes, y en muchos de ellos se han empleado métodos complejos de selección y análisis de la muestra. Durante el período en que se elaboró esta revisión no se publicó, de manera exclusivamente local, ningún estudio de cohorte ni de casos y controles, ni el resultado de pruebas controladas aleatorias realizadas en países de América Latina y el Caribe, lo cual demuestra que los investigadores seleccionan sus artículos de mayor calidad para presentarlos en revistas internacionales. Se observa también la falta de estudios longitudinales (de cohortes) que pueden generar datos sobre la evolución natural de la enfermedad y también sobre los factores pronósticos. Lo mismo ocurre en el caso de las pruebas controladas aleatorias, en particular aquellas que abordan preguntas sobre eficacia, sobre todo de las intervenciones que pueden ser adoptadas por el sistema de salud mental de un país.

Las encuestas poblacionales proporcionan cálculos sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, que son útiles tanto para la planificación de acciones sanitarias como para el proceso de toma de decisiones. Durante los 10 años de esta revisión, parte de los estudios efectuados en América Latina y el Caribe fueron de población; sin embargo, la mayoría de ellos fueron realizados en entornos de tratamiento, con

muestras no representativas. Tales datos son difíciles de extrapolar a la población en su totalidad y no son de demasiada utilidad para evaluar los factores de riesgo y de pronóstico, ni para diseñar intervenciones poblacionales.

En los últimos años, en América Latina y el Caribe ha habido un crecimiento significativo de las publicaciones científicas sobre salud mental (68, 69). Es notable que algunas revistas latinoamericanas importantes, como la Revista Brasileira de Psiquiatria y Cadernos de Saúde Pública (también brasileña), han publicado con regularidad artículos en inglés y son indizados en MEDLINE⁷ y en el ISI (*International Scientific Indicators*). Cabe mencionar que es preciso mejorar la calidad de las revistas existentes además de aumentar la distribución y el acceso a los datos originados en América Latina y el Caribe.

Los resultados de los estudios transversales llevan a la conclusión de que el médico general (o un médico no especialista) es el profesional más activo en la salud mental. Esta evidencia epidemiológica hasta ahora no se ha visto traducida en cambios curriculares sustanciales en la educación de posgrado. Es fundamental que la capacitación en medicina general de la Región permita a los médicos generales identificar y tratar las enfermedades mentales que se presentan más frecuentemente en la práctica general y en las unidades de atención primaria, como los trastornos mentales más comunes y los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

El cambio de los perfiles demográficos en los últimos decenios, en especial la emigración del entorno rural a los medios urbanos, con la mayor parte de la población viviendo en ciudades de más de medio millón de habitantes, podría guardar relación con este exceso de trastornos psiquiátricos frecuentes (principalmente estados de ansiedad) que se observa en los estudios poblacionales. Esta emigración ha dado lugar a un empeoramiento de las condiciones de vida precarias, a la inseguridad labo-

⁶ Escala de valoración Hamilton para evaluar la depresión.

⁷ Base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América.

ral, a la falta de ocio y a un aumento de la violencia que surge de las desigualdades sociales. Es más, los cambios de la estructura demográfica de la población promueven una mayor repercusión en la carga (70), que se combina con la brecha de tratamiento existente en América Latina y el Caribe en cuanto a la atención de la salud mental (71). Es alarmante que esta brecha pueda ampliarse aún más si el financiamiento no aumenta y los servicios de salud mental no se incrementan.

En conclusión, la investigación epidemiológica psiquiátrica de adultos, aunque limitada, ha experimentado una mejora considerable en la Región, tanto en cuanto a la cantidad de artículos publicados como a la calidad del trabajo realizado. Asimismo, se dispone de directrices para elaborar políticas adecuadas de salud mental. Sin embargo, queda mucho por hacer, si se tienen en cuenta las necesidades locales, las características culturales y étnicas de la población y los problemas sociales actuales más relevantes, como la delincuencia, la violencia y la salud mental de los grupos vulnerables, en particular los lactantes, los pueblos indígenas y otras minorías étnicas y los presos. Los estudios realizados hasta la fecha son importantes para determinar la magnitud de las necesidades de salud mental no atendidas. El reto para el futuro estriba en elaborar estrategias apropiadas para planificar los servicios de salud mental integrados a la atención primaria que puedan reducir al mínimo y de manera genuina la brecha de tratamiento existente en América Latina y el Caribe.

REFERENCIAS

1. Durkheim, E. *Suicide: A Study in Sociology*. Glencoe, Illinois: Free Press; 1951.
2. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. *Am J Public Health* 1982;72:1271-9.
3. Almeida-Filho N. Social epidemiology of mental disorders. A review of Latin-American studies. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:1-10.
4. Klerman GL. Paradigm shifts in USA psychiatric epidemiology since World War II. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:27-32.
5. Srole L, Langner TS, Michaels ST, Opler MD, Rennie TC. *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*, vol 1. Nueva York: McGraw-Hill; 1962.
6. Leighton DC, Harding JS, Macklin DB, MacMillan AM, Leighton AH. *The Character of Danger: Stirling County Study*, vol. 3. Nueva York: Basic Books; 1963.
7. Gurin GJ, Veroff J, Feld S. *American View Their Mental Health*. Nueva York: Basic Books; 1960.
8. Seguin CA. Migration and psychosomatic disadaptation. *Psychosom Med* 1956;18:404-9.
9. Rotondo H, Mariátegui J, Bambaren C. Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. *Rev Psiquiatr Peruana* 1959; 2:242-74.
10. Caravedo B, Rotondo H, Mariátegui J. Problemas de salud mental en el área urbana de Mendocita. En: Caravedo B, Rotondo H, Mariátegui J, eds. *Estudios de Psiquiatría Social en Perú*. Lima: Ediciones del Sol; 1963; pp. 13-18.
11. Ponce O. *Migración interna a la metrópolis*. Lima: Imprenta de la Universidad de San Marcos; 1970.
12. Mariátegui J, Alva V, De León O. Epidemiología psiquiátrica en un distrito urbano de Lima. Ediciones de la Revista de Neuro-Psiquiatría. Lima; 1969.
13. Mariátegui J. Epidemiology of drug dependence in Peru. *Rev Neuropsiquiatr* 1978;41:28-43.
14. León C. Prevalencia de trastornos mentales en un sector urbano de Cali. *Rev Colombiana Psiquiatr* 1967;2:24-36.
15. Micklin M, León CA. Life change and psychiatric disturbance in a South American city: the effects of geographic and social mobility. *J Health Soc Behav* 1978;19:92-107.
16. Adis-Castro G, Urena HR, Carbajal VC, Bianco AF. Prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica. Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica; 1967.
17. Bachini O, Zabala D, Murguía D, Tobes C, Pupo H, Vaghi D et al. Estudios epidemiológicos en psiquiatría en Uruguay. En: Roselli H, ed. *Psiquiatría en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo; 1970.
18. Cabildo HA. Investigación epidemiológica en México. En: Mariátegui J, Adis-Castro G, eds. *Estudios sobre epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires: Acta; 1970.
19. León CA. Psychiatry in Latin America. *Br J Psychiatry* 1972;121:121-36.
20. Mariátegui J, Alva V. Psychiatric epidemiology in Peru: balance and perspectives. *Rev Neuropsiquiatr* 1977;40:9-28.
21. Lima MS, Soares BG, Mari JJ. Mental health epidemiological research in South America: recent findings. *World Psychiatry* 2004;3:120-2.

22. Moya L, Marconi J, Horwitz J, Munoz L, Bahamondes A, Saint-Jean H. Estudios de prevalencia de desórdenes mentales en el área Norte de Santiago de Chile. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1969;15:137-48.
23. Tarnopolsky A, Caetano R, Levav I, Del Olmo G, Campillo C, Pinheiro H. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en un suburbio industrial de Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1977;23:296-306.
24. Tarnopolsky A, Caetano R, Levav I. Prevalence of psychiatric morbidity in an industrial suburb of Buenos Aires. *Soc Psychiatry* 1977;12:75-88.
25. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 26:57-63.
26. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-44.
27. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-82.
28. Endicott J, Spitzer RL. Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. *Am J Psychiatry* 1979;136:52-6.
29. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-77.
30. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JR, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1971;25:123-30.
31. Klerman GL. Paradigm shifts in USA psychiatric epidemiology since World War II. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:27-32.
32. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
33. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based Study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26: 211-22.
34. Lima MS, Hotopf M, Mari JJ, Beria JU, De Bastos AB, Mann A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:316-22.
35. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, Fuchs SC. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002;5: 164-73.
36. Vicente B, Rioseco P, Saldivia BS, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica: DSM-III-R/CIDI, ECPP. *Rev Med Chile* 2002;130:527-36.
37. Santana VS, Loomis DP, Newman B. Household, paid work and psychiatric symptoms. *Rev Saúde Pública* 2001;35:16-22.
38. Rojas G, Araya R, Fritsch R, Acuña J, González I. Mujer y depresión en Santiago de Chile: resultados preliminares. *Psiquiatría Clínica (Santiago de Chile)* 1999;36:11-7.
39. Palazzo LS, Beria JU, Alonso-Fernandez F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Atención Primaria* 2001;28:543-9.
40. Kohn R, Levav I, Alterwain P, Ruocco G, Contera M, Della Grotta S. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. *Rev Panam Salud Pública* 2001;9:211-8.
41. Vizcarra LMB, Cortés MJ, Busto L, Alarcón M, Muñoz S. Maltrato infantil en la ciudad de Temuco: estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Med Chile* 2001;129:1425-1432.
42. Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Lima: MINSAL;1999.
43. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo 107 Maiores Cidades do País—2001. São Paulo: SENAD—Secretaria Nacional Antidrogas; 2002.
44. Carlini, Elisaldo A. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Arq Med ABC* 2006;31(supl.2):4-7.
45. Galduróz JCF, Carlini EA. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil—2001. *Braz J Med Biol Res* 2007;40:367-75.
46. González MI, Rojas G, Fritsch R, Araya R. Chile: magnitud del consumo de drogas ilegales en Santiago. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2001;39: 195-202.
47. Rabelo AR, Modesto TN, Rabelo MM, Rodrigues BM. Características sociais e de morbidade dos portadores de transtornos mentais internados em hospitais psiquiátricos e gerais da rede pública do Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2003;27:38-49.
48. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16:378-86.

49. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004;46:417-24.
50. Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Velasco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública Mex* 2004;46:132-40.
51. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, Kawachi I et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004;38:45-54.
52. Alves MVQM, Costa MCO, Nascimento Sobrinho CL, Santos CAST, Gomes WA, Assis DR. Uso de bebidas alcohólicas entre adolescentes: perfil de experimentação, uso regular e fatores de riesgo. Feira de Santana, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2005;29:91-104.
53. Rivera-Rivera L, Allen B, Rodríguez-Ortega G, Chávez-Ayala R, Lazcano-Ponce E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública Mex* 2006;48(supl.2):s288-96.
54. Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Rev Chil Pediatr* 2007;78:151-9.
55. Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2007;41:695-703.
56. Costa COM, Alves MVQM, Santos CAST, Carvalho RCS, Karine EP, Sousa HL. Experimentação e uso regular de bebidas alcohólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. *Cienc Saúde Coletiva* 2007;12:1143-54.
57. Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública Mex* 2007;49(supl.4):s467-74.
58. Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabajadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10:276-87.
59. Barros MB A, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2007;41:502-9.
60. Iglesias V, Cavada G, Silva C, Cáceres D. Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. *Rev Saúde Pública* 2007;41:517-22.
61. Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT, Morales B, Strey MN. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cad Saúde Pública* 2007;23:775-83.
62. Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, Fischer FM. Factors associated with depression symptoms in high school students in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008;42:34-40.
63. Lopes CS, Coutinho ES. Transtornos mentais como fatores de riesgo para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controlado. *Rev Saúde Pública* 1999;33:477-86.
64. Silva de Lima M, de Jesus Mari J, Breier A, Maria Costa A, Pondé de Sena E, Hotopf M. Quality of life in schizophrenia: a multicenter, randomized, naturalistic, controlled trial comparing olanzapine to first-generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2005;66:831-8.
65. Mari JJ, Lima MS, Costa AN, Alexandrino N, Rodrigues-Filho S, de Oliveira IR, Tollefson GD. The prevalence of tardive dyskinesia after a nine month naturalistic randomized trial comparing olanzapine with conventional treatment for schizophrenia and related disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:356-61.
66. Marques AC, Formigoni ML. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction* 2001;96:835-46.
67. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G, Peters TJ. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361:995-1000.
68. Bressan RA, Gerolin J, Mari JJ. The modest but growing presence in psychiatric, psychobiological and mental health research: Assessment of the 1998-2002 period. *Braz J Med Biol Res* 2005; 38:649-59.
69. Razzouk D, Zorzetto R, Dubugras MT, Gerolin J, Mari JJ. Leading countries in mental health research in Latin America and the Caribbean. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:118-22.
70. Hyman S, Chisholm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental Disorders. En: Jamison DT et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington, DC: Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud; 2006.
71. Kohn R, Levav I, de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18:229-40.

PREVALENCIA Y CARGA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN ADULTA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Robert Kohn¹ y Jorge Rodríguez²

INTRODUCCIÓN

La prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales constituyen un problema cada vez mayor para la salud pública en América Latina y el Caribe (1). Las Naciones Unidas calcula que entre 2005 y 2025, la población total de América Latina y el Caribe aumentará 23% (de 558 a 688 millones de personas) (2). Esas proyecciones indican que el crecimiento poblacional más rápido se registrará en las personas de edad más avanzada: la población de 50 a 64 años aumentará 76% y la de 65 años y más, 100%. La población entre 15 y 49 años de edad, que corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, aumentará 19%.

Para hacer frente a la creciente carga sanitaria que representan los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, es menester comprender tanto su prevalencia como las discapacidades asociadas con estos trastornos. Los estudios epidemiológicos de tipo comunitario sobre trastornos psiquiátricos publicados desde los años ochenta permiten apreciar la magnitud del problema.

LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La prevalencia de algunos trastornos mentales específicos en diversos países de América Latina y el Caribe se ha calculado mediante entrevistas estructuradas o semiestructuradas vinculadas con los criterios de diagnóstico actuales. Entre ellas figuran el Examen del Estado Actual (*Present State Examination*, PSE) (3), la Entrevista Diagnóstica Programada (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS) (4) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) (5). Uno de los primeros estudios de prevalencia realizados en América Latina y el Caribe, donde se utilizó el PSE con diagnósticos ajustados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) 6–8 fue llevado a cabo en varios distritos estratificados de la región de Buenos Aires y mostró una tasa de prevalencia de esquizofrenia sumamente alta (3,0%). La psicosis afectiva presentaba una tasa de 4,0%; la paranoia, de 0,2%; la depresión neurótica, de 3,5% y la neurosis, de 14,5%.

El advenimiento de criterios explícitos para el diagnóstico de los trastornos mentales, según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) y del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos men-

¹ Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

² Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

tales, de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV) (10–12), ha mejorado la fiabilidad y la validez de los diagnósticos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos realizados en Brasil (13–18), Chile (19–25), Colombia (26–29), México (30–45), Perú (46–49) y Puerto Rico (50–52) establecieron tasas de prevalencia basadas en estos sistemas de diagnóstico. En el cuadro 1 se presenta un resumen de algunos estudios seleccionados que fueron llevados a cabo en América Latina y el Caribe y los métodos empleados.

Uno de los estudios realizados en el Brasil tuvo lugar en Bambuí, un pueblo en el estado de Minas Gerais, en el que se utilizó la CIDI limitado solo al diagnóstico de la depresión (13). También se llevó a cabo un estudio en São Paulo, en una zona de captación de estratos socioeconómicos medio y alto, en el que también se utilizó la CIDI (16, 17). Otro de los estudios consistió en encuestas realizadas en tres gran-

CUADRO 1. Estudios epidemiológicos seleccionados de prevalencia de los trastornos mentales, América Latina y el Caribe.

Estudio	Referencias	Fechas del estudio	Tamaño y características de la muestra	Edad	Instrumento	Diagnóstico
Buenos Aires (Argentina)	6–8	1979	3.410 ^a	17+	PSE	CATEGO/CIE-9
Bambuí (Brasil)	13	1996–1997	1.041 ^b	18+	CIDI	DSM-III-R
Multicéntrico (Brasil)	14, 15	1991	6.476 ^c	15+	QMPA/DSM	DSM-III
São Paulo CIDI (Brasil)	16, 17	1994–1996	1.464 ^d	18+	CIDI 1.1	DSM-III-R
Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity (Brasil)	18	2004–2007	2.519 ^e	18+	WMH-CIDI	CIDI
Santiago (Chile)	19	1996–1998	3.870 ^f	16–64	CIS-R	CIE-10
Chile	20–25	1992–1999	2.978 ^g	15+	CIDI 1.1	DSM-III-R
Colombia	26	1997	15.048 ^h	12+	CIDI 2.0	DSM-IV
Depresión (Colombia)	27	2000–2001	6.610 ⁱ	18+	CIDI 2.1	CIE-10
Encuesta Mundial de Salud Mental (Colombia)	28, 29	2003	4.544 ^j	18–65	CIDI-CAPI	DSM-IV
Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (México)	29–34	2001–2002	5.826 ^k	18–65	CIDI-CAPI	DSM-IV
Cuatro ciudades (México)	35, 36	1999–2001	2.509 ^l	18+	CIDI 2.1	DSM-IV
Examen del Estado Actual (México)	37	1988	1.984 ^m	18–64	PSE	CIE-9
Ciudad de México (México)	38–44	1995	1.937 ⁿ	18–64	CIDI 1.1	DSM-III-R
México rural	45	1996–1997	945 ^o	15–89	CIDI 1.1	CIE-10
Lima (Perú)	46–49	1983	815 ^p	18+	DIS	DSM-III
Puerto Rico	50–52	1984	1.513 ^q	18–64	DIS	DSM-III

^a Características de la muestra de Buenos Aires: muestra de hogares estratificada por distritos. El estudio consistió en una serie de pequeñas encuestas comunitarias estratificadas por distritos de los alrededores de Buenos Aires. Se observó una tasa de prevalencia puntual excepcionalmente elevada para la esquizofrenia (3,0%); la psicosis afectiva (4,0%); la paranoia (0,2%); la depresión neurótica (3,5%) y los trastornos neuróticos (14,5%).

^b Características de la muestra de Bambuí (Brasil): muestra probabilística de hogares que abarcó a todos los habitantes de una población en el estado de Minas Gerais. Solamente se estudió la depresión, omitiendo el trastorno bipolar. Se aplicó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta.

^c Características de la muestra del estudio multicéntrico (Brasil): se llevaron a cabo estudios individuales en tres zonas urbanas importantes: Brasilia, São Paulo y Porto Alegre. Se aplicó un diseño transversal en dos etapas. La primera etapa consistió en una entrevista de tamizaje mediante el Questionario de Morbilidad Psiquiátrica do Adulto (QMPA) (Questionario de Morbilidad Psiquiátrica en Adultos), al que respondió cada miembro de la familia mayor de 14 años. En la segunda etapa se llevó a cabo una entrevista diagnóstica estructurada elaborada por el equipo brasileño, basada en el DSM-III y realizada en 30% de las personas que tuvieron resultados positivos y en 10% de las que tuvieron resultados negativos en la prueba de tamizaje.

(continúa)

CUADRO 1. Estudios epidemiológicos seleccionados de prevalencia de los trastornos mentales, América Latina y el Caribe (*continuación*).

^d Características de la muestra del estudio de São Paulo mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI): muestra probabilística estratificada de una zona de captación del Centro Médico de la Universidad de São Paulo, integrada por personas de los estratos socioeconómicos medio y alto. Hubo un submuestreo de personas de 18 a 24 años y mayores de 59 años. Los autores proporcionaron datos adicionales en cuadros posteriores.

^e Características de la muestra de la Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity (SPMMHS): muestra estratificada, polietápica, de conglomerados y probabilística. El instrumento empleado fue la CIDI de la Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI). Se entrevistó a aproximadamente 5.000 personas. Los datos de que se dispone se basan en un informe preliminar de una submuestra de 2.519 personas.

^f Características de la muestra de Santiago de Chile: muestra probabilística de la población de Santiago. El instrumento empleado fue el Formulario de Entrevista Clínica Revisado (CIS-R).

^g Características de la muestra de Chile: muestreo polietápico de hogares. El estudio se llevó a cabo en cuatro zonas de captación, representativas de cada una de las principales regiones geográficas. Los autores proporcionaron datos adicionales en cuadros posteriores.

^h Características de la muestra de Colombia: muestreo multietápico de hogares de todo el país.

ⁱ Características de la muestra de Colombia para el estudio de la depresión: muestreo polietápico de hogares de todo el país. El estudio se centró en la prevalencia de la depresión.

^j Características de la muestra de la Iniciativa de WMH (Salud Mental Mundial) de Colombia: muestreo polietápico de hogares en zonas urbanas de todo el país (Encuesta Mundial de Salud Mental). El instrumento empleado fue la CIDI Computer Assisted Personal Interview (Encuesta CIDI por Computadora, CIDI-CAP).

^k Características de la muestra de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) de México: muestreo polietápico de hogares en zonas urbanas de todo el país (Encuesta Mundial de Salud Mental).

^l Características de la muestra de cuatro ciudades de México: muestreo probabilístico polietápico de las poblaciones de Oaxaca, Guadalajara, Hermosillo y Mérida. Se seleccionó una persona en cada uno de los hogares seleccionados aleatoriamente de zonas censales también seleccionadas aleatoriamente.

^m Características de la muestra de México estudiada mediante el PSE: muestreo de zonas urbanas mediante el PSE/CATEGO y algunas preguntas tomadas de otras encuestas.

ⁿ Características de la muestra de la ciudad de México: muestreo polietápico de hogares en 16 divisiones administrativas de la ciudad de México.

^o Características de la muestra de zonas rurales de México: muestreo polietápico y estratificado de 33 comunidades en dos estados mexicanos.

^p Características de la muestra de Lima: muestreo polietápico del distrito de Independencia, al norte de Lima, habitado por personas de escasos recursos.

^q Características de la muestra de Puerto Rico: muestreo polietápico de hogares de Puerto Rico. En algunos de los informes se incluyó en la muestra a jóvenes de 17 años de edad.

des zonas urbanas: Brasilia, São Paulo y Porto Alegre, en el que se aplicó un diseño transversal en dos etapas. La primera etapa consistió en una entrevista de tamizaje por medio del Cuestionario de Morbilidad Psiquiátrica en Adultos (53), en la que participaron todos los miembros de la familia mayores de 14 años. En la segunda etapa se realizó una entrevista diagnóstica estructurada elaborada por el equipo brasileño basada en el DSM-III. El 30% de las personas que tuvieron resultados positivos y 10% de las que tuvieron resultados negativos participaron en la entrevista de tamizaje (14, 15). Posteriormente, se llevó a cabo una encuesta general de población basada en la CIDI en toda el área metropolitana de São Paulo (18).

En el primero de los dos estudios realizados en Chile se utilizó la versión revisada del instrumento de entrevista clínica (*Clinical Inter-*

view Schedule, CIS-R) (54) y en el segundo, la CIDI. El primer estudio se limitó a la zona metropolitana de Santiago (19) y el segundo fue un muestreo polietápico en cuatro zonas de captación, representativas de las principales zonas geográficas del país (20–25).

Los dos primeros estudios realizados en Colombia, representativos de todo el país, investigaron la prevalencia de los trastornos mentales (26, 28, 29). Un tercer estudio nacional se limitó a los trastornos afectivos (27). En los tres estudios se utilizó la CIDI.

En México se llevaron a cabo cinco estudios. Dos de ellos se basaron en muestras representativas de todo el país (uno de ellos limitado a las zonas urbanas), en los cuales se utilizaron el PSE complementado por el DIS (37) y la CIDI (29–34). El tercer estudio fue realizado en las ciudades de Oaxaca, Guadalajara, Hermosillo y Mérida (35, 36). El cuarto se circunscribió a la

ciudad de México (38–44) y el quinto estudio se llevó a cabo en una zona rural que abarca dos estados mexicanos (45). En los tres últimos estudios mencionados se utilizó la CIDI. En el Perú se realizó un estudio en el distrito de Independencia, situado al norte de Lima y habitado por personas de escasos recursos (46–49), en el cual se utilizó el DIS. Los únicos estudios que han permitido examinar las tasas de trastornos mentales en el Caribe son los que se han llevado a cabo en Puerto Rico. Estos estudios están basados en una muestra representativa de la isla y en todos ellos se empleó el DIS (50–52). En el cuadro 2 se presentan los estudios seleccionados de prevalencia realizados en América Latina y el Caribe que proporcionaron datos sobre diagnósticos específicos.

Resulta difícil comparar las tasas entre los distintos países debido a que se utilizaron métodos muy dispares, y distintos criterios, instrumentos de diagnóstico y marcos de muestreo. Sin embargo, en su conjunto, estos estudios permiten tener una visión de los índices de prevalencia de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Se calcularon las tasas

CUADRO 2. Número de estudios de la prevalencia de los trastornos mentales, por diagnóstico, América Latina y el Caribe.

Diagnóstico	Prevalencia		
	Toda la vida	Último año	Actual
Psicosis no afectiva	8	8	4
Depresión mayor	15	14	10
Distimia	9	6	5
Trastorno bipolar	13	10	6
Ansiedad generalizada	10	9	6
Trastorno de pánico	9	8	6
Agorafobia	6	5	4
Trastorno de estrés posttraumático	5	4	4
Trastorno obsesivo-compulsivo	8	8	4
Abuso o dependencia de alcohol	12	11	5
Abuso o dependencia de drogas	8	5	... ^a

^a No hubo observaciones.

media y mediana para obtener las tasas estimadas de cada trastorno psiquiátrico en la Región. La mediana, es decir el valor medio en la distribución, tiene ventaja sobre la media por estar menos influida por estudios cuyos datos puedan tener desviaciones. En los cuadros 3 y 4, respectivamente, se presentan las tasas de prevalencia mediana y media según cada trastorno observadas en los diferentes estudios.

El estado nervioso “nervios” es un síndrome que ha sido descrito por los mexicanos, salvadoreños, costarricenses, ecuatorianos y guatemaltecos. Se considera como una condición generalizada de malestar y angustia que se expresa por medio de síntomas tanto somáticos como psíquicos. Un solo estudio, basado en una zona rural de México, consideró específicamente la prevalencia de “nervios” en la comunidad y mostró que estaba presente en 15,5% de los habitantes. Este trastorno es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (45).

Se calcula que en 2005, la población adulta total de 15 años y más en América Latina y el Caribe era de 392 millones (191 millones de hombres y 201 millones de mujeres) (2). Los cuadros 5 y 6 proporcionan el número de adultos afectados por cada uno de los trastornos para ambos sexos y durante cada uno de los tres períodos de prevalencia, calculados mediante el método de la mediana y de la media. Entre los trastornos que afectan al mayor número de adultos están la depresión mayor, la distimia, la ansiedad generalizada y el abuso o la dependencia de alcohol. El trastorno de depresión y por abuso o dependencia de alcohol afectaron, cada uno, en algún momento de la vida a aproximadamente 38 millones de adultos.

LA CARGA DE LOS TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Si bien las enfermedades neuropsiquiátricas no causan un gran número de muertes directas, representan una carga de morbilidad importante. Para calcular la carga de morbilidad se han utilizado dos métodos de medición basados en el tiempo: los años de vida perdidos por muerte

CUADRO 3. Tasas medias observadas en los estudios epidemiológicos seleccionados sobre salud mental, América Latina y el Caribe.

Trastorno	Prevalencia								
	Toda la vida			Último año					
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres			
Psicosis no afectiva	1,6	1,5	1,4	0,7	0,7	1,1	0,6	0,6	0,8
Depresión mayor	9,7	6,1	13,5	5,4	3,5	7,1	3,7	2,4	4,7
Distimia	3,4	1,0	5,2	1,2	0,8	1,4	0,2	0,2	0,3
Trastorno bipolar	1,4	1,5	1,5	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4
Ansiedad generalizada	2,9	2,2	3,8	1,3	0,9	1,3	0,6	0,4	0,7
Trastorno de pánico	1,6	2,1	2,1	1,2	0,4	1	0,5	0,2	0,8
Agorafobia	2,6	1,1	3,5	1,2	0,4	1,7	0,6	0,4	0,9
Trastorno de estrés postraumático	4,3	2,5	2,5	1,5	0,8	1,0	0,2	0,2	0,3
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,8	1,3	2,1	1,2	1,0	1,4	1,3	1,0	1,4
Abuso o dependencia de alcohol	9,6	18,7	2,0	5,6	9,8	1,4	2,6	5,7	0,3
Abuso o dependencia de drogas	1,6	2,3	0,6	0,6	0,9	0,2	...	...	...

^a No hubo observaciones.

CUADRO 4. Tasas medias observadas en los estudios epidemiológicos seleccionados sobre salud mental, América Latina y el Caribe.

Trastorno	Prevalencia								
	Toda la vida			Último año					
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres			
Psicosis no afectiva	1,4	1,2	1,5	1,0	0,9	1,1	1,5	1,2	1,7
Depresión mayor	9,8	6,7	12,6	5	3,2	6,6	4,4	3	5,6
Distimia	3,2	1,6	4,6	1,7	0,9	2,6	1	0,7	1,3
Trastorno bipolar	1,3	1,4	1,4	0,7	0,7	0,7	0,5	0,4	0,5
Ansiedad generalizada	5,3	3,7	6,8	3,3	2,5	4,2	1,3	0,8	1,7
Trastorno de pánico	1,5	0,9	2,1	0,9	0,6	1,2	0,6	0,3	0,8
Agorafobia	3,7	1,8	5,3	2,2	0,8	3,4	1,5	0,5	2,4
Trastorno de estrés postraumático	4,6	3,6	5,5	1,8	1,9	1,6	0,6	0,3	0,9
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,9	1,6	2,1	1,4	1,2	1,5	1,5	1,0	1,9
Abuso o dependencia de alcohol	11,3	20,4	3,1	5,7	9,8	1,9	3,4	6	1,3
Abuso o dependencia de drogas	2,1	3,2	1,2	0,7	0,9	0,5	...	...	...

^a No hubo observaciones.

CUADRO 5. Número (en millones) de adultos de 15 años y más afectados por trastornos mentales, con base en las tasas medianas, América Latina y el Caribe.

Trastorno	Prevalencia								
	Toda la vida			Último año					
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres			
Psicosis no afectiva	6,3	2,9	2,8	2,7	1,3	2,2	2,7	1,1	1,6
Depresión mayor	38,0	11,6	27,1	21,1	6,7	14,3	14,5	4,6	9,4
Distimia	13,3	1,9	10,4	4,7	1,5	2,8	0,8	0,4	0,6
Trastorno bipolar	5,5	2,9	3,0	2,7	1,1	0,8	1,6	0,8	0,8
Ansiedad generalizada	11,4	4,2	7,6	5,1	1,7	2,6	2,3	0,8	1,4
Trastorno de pánico	6,3	1,3	4,2	3,9	0,8	2,4	2,0	0,4	1,6
Agorafobia	10,2	4,3	13,7	4,7	1,6	6,7	2,3	1,6	3,5
Trastorno de estrés posttraumático	16,8	9,8	9,8	5,9	3,1	3,9	0,8	0,8	1,2
Trastorno obsesivo-compulsivo	7,0	2,5	4,2	4,7	1,9	2,8	5,1	1,9	2,8
Abuso o dependencia de alcohol	37,6	35,7	4,0	21,9	18,7	2,8	10,2	10,9	0,6
Abuso o dependencia de drogas	6,3	4,4	1,2	2,3	1,7	0,4	...	...	...

^a No hubo observaciones.

CUADRO 6. Número (en millones) de adultos de 15 años y más afectados por trastornos mentales, con base en las tasas medias, América Latina y el Caribe.

Trastorno	Prevalencia								
	Toda la vida			Último año					
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres			
Psicosis no afectiva	5,5	2,3	3,0	3,9	1,7	2,2	5,9	2,3	3,4
Depresión mayor	38,4	12,8	25,3	19,6	6,1	13,3	17,2	5,7	11,2
Distimia	12,5	3,1	9,2	6,7	1,7	5,2	3,9	1,3	2,6
Trastorno bipolar	5,1	2,7	2,8	2,7	1,3	1,4	2,0	0,8	1,0
Ansiedad generalizada	20,7	7,1	13,7	12,9	4,8	8,4	5,1	1,5	3,4
Trastorno de pánico	5,9	1,7	4,2	3,5	1,1	2,4	2,3	0,6	1,6
Agorafobia	14,5	7,0	20,7	8,6	3,1	13,3	5,9	2,0	9,4
Trastorno de estrés posttraumático	18,0	14,1	21,5	7,0	7,4	6,3	2,3	1,2	3,5
Trastorno obsesivo-compulsivo	7,4	3,1	4,2	5,5	2,3	3,0	5,9	1,9	3,8
Abuso o dependencia de alcohol	44,2	38,9	6,2	22,3	18,7	3,8	13,3	11,4	2,6
Abuso o dependencia de drogas	8,2	6,1	2,4	2,7	1,7	1,0	...	...	...

^a No hubo observaciones.

prematura (APP) y los años de vida sana perdidos por discapacidad (APD). El APD además se pondera por la gravedad de la discapacidad. La suma de los APP y los APD brinda los años que se esperaba vivir en plena salud y que se perdieron como resultado de la incidencia de lesiones y enfermedades específicas, o sea, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). El AVAD, según la definición de Murray (55), es una medida de la brecha sanitaria y amplía el concepto de los años de vida potencial perdidos por muerte prematura para incluir los años equivalentes de vida sana perdidos porque las personas padecen mala salud o discapacidades. Un AVAD representa un año de vida sana perdido. El AVAD también permite medir la brecha entre el estado actual y la situación ideal en la que todas las personas viven hasta la vejez sin padecer enfermedades ni discapacidades.

Se calcula que en 1990, los trastornos neuropsiquiátricos representaban 8,8% de los AVAD en América Latina y el Caribe (56). En 2002, la proporción de las discapacidades causadas por enfermedades neuropsiquiátricas aumentó a 22,2% (57). El número de APD atribuibles a los trastornos neuropsiquiátricos es aún más notable (40,4%). Los trastornos depresivos representaban 13,2% de los APD. Entre los adultos con mayor riesgo (15–59 años), los trastornos depresivos unipolares representaban 17,3% de los APD y en las mujeres de 15 a 59 años de edad, 23,1%. Los trastornos por consumo de alcohol eran responsables de un porcentaje alto de APD (6,9%); la esquizofrenia, de 2,9%; el trastorno bipolar, de 2,4% y los trastornos debidos al uso de drogas en las personas entre 15 y 29 años, de 2,9%. En los niños de 0 a 4 años de edad, el porcentaje de APD para el retraso mental debido al plomo era de 23,0%. El Alzheimer y otras demencias representaban 5,5% de APD en las personas de 60 a 69 años de edad y 31,2% en los mayores de 80 años. La violencia también era una causa importante de APD (4,6%); en las personas de 15 a 59 años de edad, el porcentaje era de 6,5%. En los hombres de 15 a 59 años, la violencia dio lugar a 11,5% de APD.

Los trastornos depresivos unipolares representaban 6,9% de todos los AVAD. Entre los adultos en riesgo (15–59 años), este tipo de trastornos representaba 10,3% de los AVAD, y en las mujeres de ese grupo de edad, 15,8%. Los trastornos debidos al consumo de alcohol también eran responsables de una proporción importante de AVAD en América Latina y el Caribe (3,9%); en las personas de 15 a 59 años de edad, el porcentaje era de 6,5%. En los hombres, los trastornos debidos al consumo de alcohol eran responsables de 5,7% de AVAD y de 9,1% entre los de 15 a 59 años. En los hombres, la violencia representaba un factor más importante de AVAD que los trastornos depresivos unipolares (6,0%), y en las personas de 15 a 59 años de edad, el porcentaje era de 9,8%.

Entre todos los trastornos, el porcentaje mayor de APD correspondía a los trastornos depresivos unipolares. En los hombres, este tipo de trastorno ocupaba el segundo lugar entre todas las enfermedades, después de los trastornos por consumo de alcohol; en las mujeres, los trastornos por el consumo de alcohol ocupaban el octavo lugar entre las veinte enfermedades que causan el mayor número de APD y el tercero entre las de 15 a 59 años de edad (Cuadro 7). Si bien la violencia no es un trastorno psiquiátrico, representa una gran preocupación para la salud mental. En América Latina y el Caribe la violencia ocupa el tercer lugar a nivel general y entre los hombres. Otras lesiones no intencionales, que pueden indicar un problema de salud mental subyacente, ocupaban el cuarto lugar para ambos sexos combinados. Otros trastornos psiquiátricos que se encontraban entre las 20 causas principales de APD eran el retraso mental debido al plomo (sexto lugar), la esquizofrenia (séptimo), el trastorno bipolar (duodécimo) y los trastornos por el consumo de drogas (decimocuarto). En las personas de 15 a 59 años de edad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de pánico estaban también entre las 20 causas principales de APD.

Asimismo, los trastornos psiquiátricos y otras condiciones de interés para la salud mental representaban algunas de las 20 causas más

CUADRO 7. Las 20 causas principales de años de vida sana perdidos por discapacidad (APD), según su orden de importancia, América Latina y el Caribe, 2002 (revisado en 2004).

Causa	Edad					
	15-59 años			Todas las edades		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Trastornos depresivos unipolares	2	1	1	2	1	1
Trastornos por consumo de alcohol	1	3	2	1	8	2
Violencia	3	...	3	3	...	3
Otras lesiones no intencionales	4	17	5	4	17	4
Asma	8	18	12	5	4	5
Retraso mental causado por plomo	...	...	...	6	2	6
Esquizofrenia	6	2	4	9	6	7
Cataratas	11	8	9	10	3	8
Otras enfermedades digestivas	13	6	8	12	5	9
Hipoacusia en la edad adulta	9	12	10	8	12	10
Trastorno de visión por la edad	12	14	13	13	7	11
Trastorno bipolar	7	5	6	11	11	12
Asfixia perinatal y parto traumático	...	...	...	14	14	13
Trastornos por consumo de drogas	5	...	7	7	...	14
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	14	7	11	16	15	15
Artrosis	17	16	17	19	13	16
Trastornos endocrinos	...	20	...	17	16	17
Migraña	...	...	...	...	9	18
Otros trastornos neuropsiquiátricos	...	...	...	...	19	19
Caries dental	...	...	...	18	...	20
Otras enfermedades maternas	...	4	14	...	10	...
Artritis reumatoide	...	10	19	...	18	...
Septicemia materna	...	9	...	...	20	...
Accidentes de tránsito	10	...	16	15	...	...
Enfermedades cerebrovasculares	...	...	...	20	...	...
Trastorno obsesivo-compulsivo	15	13	15	...	...	...
Trastorno de pánico	...	11	18	...	...	...
Migraña	...	15	20	...	...	...
Diabetes	...	19	...	...	...	...
Infección por el VIH/SIDA	16	...	...	...	...	...
Enfermedad de Chagas	18	...	...	...	...	...
Caídas	19	...	...	...	...	...
Epilepsia	20	...	...	...	...	...

^a No está entre las 20 primeras causas de APD.

importantes de AVAD en América Latina y el Caribe (Cuadro 8). Los trastornos depresivos unipolares eran la principal causa de AVAD con respecto a todas las enfermedades y entre las mujeres. En los hombres, los trastornos depresivos unipolares eran la cuarta causa principal después de la violencia, los trastornos por el uso de alcohol y las lesiones no intencionales. En general, la violencia ocupaba el segundo lugar; los trastornos por consumo de alcohol el cuarto y otras lesiones no intencionales, el quinto. El retraso mental y la esquizofrenia se encontraban entre las 20 causas principales; en los hombres, los trastornos debidos

al consumo de drogas ocupaban el vigésimo lugar. El trastorno bipolar y el trastorno de pánico también se encontraban entre las 20 causas principales más importantes de AVAD entre la población de 15 a 59 años de edad.

Los AVAD varían enormemente en los países de América Latina y el Caribe. En Haití, los trastornos neuropsiquiátricos daban cuenta de 9,1% de los AVAD, mientras que en Chile, representaban 30,5% (Cuadro 9a). Chile también presentaba el porcentaje más alto de AVAD por trastornos depresivos unipolares (9,9%). El número más alto de AVAD debido a trastornos causados por el consumo de alcohol se

CUADRO 8. Las 20 causas principales de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), según su orden de importancia, América Latina y el Caribe, 2002 (revisado en 2004).

Causa	Edad					
	15-59 años			Todas las edades		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Trastornos depresivos unipolares	3	1	1	4	1	1
Violencia	1	13	2	1	... ^a	2
Asfixia perinatal y parto traumático	...	...	...	6	2	3
Trastornos por consumo de alcohol	2	7	3	2	...	4
Otras lesiones no intencionales	5	14	5	3	10	5
Cardiopatía isquémica	7	12	9	7	7	6
Accidentes de tránsito	4	11	4	5	20	7
Enfermedades cerebrovasculares	10	6	8	10	3	8
Infección por el VIH/sida	6	2	6	8	9	9
Infección de las vías respiratorias inferiores	...	...	...	9	4	10
Otras enfermedades digestivas	11	4	7	11	5	11
Enfermedades diarreicas	...	...	...	12	8	12
Diabetes	14	8	12	17	6	13
Asma	15	...	17	16	11	14
Otros trastornos perinatales	...	...	...	14	15	15
Otras enfermedades infecciosas	18	...	...	13	19	16
Retraso mental causado por plomo	...	...	...	18	12	17
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	19	10	15	19	13	18
Esquizofrenia	12	5	10	...	17	19
Cataratas	...	16	16	...	14	20
Cirrosis hepática	8	...	14	15	...	...
Trastornos por consumo de drogas	9	...	13	20	...	...
Otras enfermedades maternas	...	3	19	...	16	...
Trastornos endocrinos	...	19	...	...	18	...
Trastorno bipolar	13	9	11	...	...	...
Hipoacusia en la edad adulta	17	...	18	...	...	...
Trastornos de visión por la edad	...	...	20	...	...	...
Septicemia materna	...	15	...	...	...	...
Artritis reumatoide	...	17	...	...	...	...
Trastorno de pánico	...	18	...	...	...	...
Cáncer de mama	...	20	...	...	...	...
Lesiones autoinfligidas	16	...	...	...	...	...
Tuberculosis	20	...	...	...	...	...

^a No está entre las 20 primeras causas de APD.

registró en Argentina y en Saint Kitts y Nevis (7,3% y 7,4%, respectivamente). La violencia causó más de 10% de todos los AVAD; en Venezuela alcanzó 10,4% y en Colombia, 18,1% (Cuadro 9b).

Los problemas conductuales explican una proporción considerable de los AVAD de muchos trastornos o enfermedades. La contribución de un factor de riesgo a una enfermedad o a la mortalidad se expresa por medio de la fracción o el porcentaje de riesgo atribuible a la población (FAP) (58). El FAP permite calcular la reducción proporcional de las enfermedades o las muertes que ocurrirían si se disminuyera

la exposición al riesgo y puede comprender de 0% a 100%. El consumo de alcohol era un factor contribuyente importante en muchos trastornos. El FAP por todo tipo de causas era de 9% y en los hombres, de 13%. En el caso de la violencia, una de las causas más importantes de AVAD en América Latina y el Caribe, el FAP de alcohol era de 33%. En cuanto a la infección por VIH/sida, el FAP relacionado con el uso de drogas ilícitas era de 9%. El abuso sexual de niños era un importante factor contribuyente de los trastornos postraumáticos (FAP de 18%) y de los trastornos debidos al consumo de alcohol (FAP de 5%).

CUADRO 9a. Porcentaje de contribución al total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de todos los trastornos neuropsiquiátricos, algunos trastornos psiquiátricos, las lesiones autoinfligidas y la violencia, por países, 2002.

País	Trastornos neuropsiquiátricos	Trastornos depresivos unipolares	Trastorno bipolar	Esquizofrenia	Trastorno de pánico	Trastorno obsesivo-compulsivo
Antigua y Barbuda	22,1	6,8	1,2	1,5	0,6	0,7
Argentina	27,5	7,3	1,3	1,6	0,6	0,7
Bahamas	22,5	7,2	1,3	1,6	0,6	0,7
Barbados	23,9	8,0	1,3	1,5	0,6	0,8
Belice	21,1	6,2	1,4	1,6	0,7	0,6
Bolivia	15,1	4,4	0,8	1,0	0,4	0,4
Brasil	22,0	7,8	1,2	1,4	0,6	0,6
Chile	30,5	9,9	1,5	1,8	0,7	0,8
Colombia	21,7	6,4	1,2	1,4	0,6	0,6
Costa Rica	27,9	9,1	1,7	2,1	0,8	0,9
Cuba	25,1	9,3	1,4	1,7	0,6	0,9
Dominica	24,8	7,1	1,3	1,5	0,6	0,7
Ecuador	22,5	6,8	1,3	1,6	0,6	0,7
El Salvador	19,9	5,8	1,2	1,4	0,6	0,6
Granada	18,5	5,7	1,0	1,2	0,5	0,6
Guatemala	16,1	4,8	1,0	1,2	0,5	0,5
Guyana	16,6	4,6	0,9	1,1	0,4	0,5
Haití	9,1	2,8	0,6	0,7	0,3	0,3
Honduras	17,8	5,4	1,2	1,4	0,6	0,6
Jamaica	26,4	8,3	1,6	1,9	0,8	0,8
México	24,5	5,8	1,6	1,9	0,8	0,8
Nicaragua	20,8	6,5	1,4	1,6	0,7	0,6
Panamá	25,6	8,3	1,6	1,9	0,7	0,8
Paraguay	22,6	6,4	1,3	1,6	0,6	0,7
Perú	20,9	6,5	1,2	1,5	0,6	0,6
República Dominicana	19,3	6,3	1,2	1,5	0,6	0,6
Saint Kitts y Nevis	24,8	6,4	1,2	1,4	0,6	0,6
Santa Lucía	24,8	7,6	1,5	1,8	0,7	0,8
San Vicente y las Granadinas	21,7	6,4	1,3	1,6	0,6	0,7
Suriname	19,2	6,0	1,2	1,4	0,6	0,6
Trinidad y Tabago	17,5	6,4	1,2	1,4	0,6	0,6
Uruguay	24,7	7,3	1,2	1,5	0,6	0,7
Venezuela	23,8	7,4	1,4	1,7	0,7	0,7

En América Latina y el Caribe se pierden 21.361.776 de años de vida como consecuencia de las discapacidades neuropsiquiátricas. La depresión unipolar causa 6.952.231 de APD (1,7% más en las mujeres). El pánico y el estrés postraumático dieron lugar a que las mujeres registraran el doble de casos de discapacidades que los hombres. El consumo de alcohol representó 3.630.822 de APD. Los trastornos debidos al consumo de alcohol causaron 4,1 veces más discapacidades en los hombres que en las mujeres, y los trastornos debidos al consumo de drogas, 2,9 veces más. El número de APD a causa de

la violencia era de 2.450.858 (9,4 veces mayor en los hombres).

En todo el mundo, los trastornos neuropsiquiátricos representan 13% de la carga de morbilidad. En América Latina y el Caribe, la carga de morbilidad en AVAD es de 22,2%, cifra similar a la carga de morbilidad de los países desarrollados. Sin embargo, es muy amplia la disparidad que existe entre estos países, lo que refleja su situación económica y sus tasas de mortalidad (Cuadros 9a y 9b). La baja contribución (9,1%) de los trastornos neuropsiquiátricos a los AVAD totales en Haití, la nación más pobre de la Región de las Américas, es si-

CUADRO 9b. Porcentaje de contribución al total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de todos los trastornos neuropsiquiátricos, algunos trastornos psiquiátricos, las lesiones autoinfligidas y la violencia, por países, 2002.

País	Trastorno de estrés postraumático	Trastornos por consumo de alcohol	Trastornos por consumo de drogas	Alzheimer y otras demencias	Lesiones autoinfligidas	Violencia
Antigua y Barbuda	0,2	4,3	0,6	0,9	0,1	2,4
Argentina	0,3	7,3	1,5	1,4	1,3	3,0
Bahamas	0,3	3,9	0,6	0,9	0,5	5,5
Barbados	0,3	3,9	0,6	1,6	0,7	2,5
Belice	0,2	3,1	0,6	0,6	0,3	3,0
Bolivia	0,2	1,6	1,5	0,4	0,2	0,5
Brasil	0,2	4,0	0,9	0,7	0,6	7,2
Chile	0,3	5,1	2,1	1,4	1,8	2,7
Colombia	0,2	3,6	2,0	0,6	1,0	18,1
Costa Rica	0,3	4,3	0,2	1,1	1,5	2,8
Cuba	0,3	3,2	0,0	1,9	2,0	2,8
Dominica	0,3	3,8	2,5	1,0	0,0	1,4
Ecuador	0,2	2,7	2,4	0,6	1,0	4,4
El Salvador	0,2	3,4	0,5	0,6	1,3	8,6
Granada	0,2	3,1	0,1	0,8	0,3	1,3
Guatemala	0,2	1,8	0,6	0,4	0,4	5,5
Guyana	0,2	3,9	0,4	0,5	2,0	2,6
Haití	0,1	1,1	0,4	0,3	0,0	0,7
Honduras	0,2	2,3	0,1	0,5	1,2	3,4
Jamaica	0,3	2,5	2,1	1,2	0,0	0,2
México	0,3	5,0	0,5	0,8	0,7	3,2
Nicaragua	0,2	2,1	0,8	0,5	2,1	2,8
Panamá	0,3	3,9	0,2	1,0	0,8	3,4
Paraguay	0,2	4,5	0,6	0,6	0,6	4,4
Perú	0,2	2,3	2,0	0,6	0,3	0,6
República Dominicana	0,2	2,6	0,6	0,6	0,3	2,4
Saint Kitts y Nevis	0,2	7,4	0,5	0,9	0,0	2,8
Santa Lucía	0,3	4,2	0,2	1,0	0,9	2,8
San Vicente y las Granadinas	0,2	3,6	0,6	0,8	0,8	3,3
Suriname	0,2	2,7	0,4	0,6	2,5	2,1
Trinidad y Tabago	0,2	1,1	0,6	0,8	1,7	2,7
Uruguay	0,3	4,6	0,5	2,4	1,9	2,6
Venezuela	0,3	2,7	1,7	0,7	1,0	10,4

milar a la de otros países, con una alta mortalidad (8,4%). En parte, la mayor discapacidad por trastornos neuropsiquiátricos es a causa de su alta prevalencia y de su aparición a una edad más temprana en comparación con otras afecciones crónicas (59). La carga de los trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe está en aumento, lo que puede ser el resultado de la transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas, de un mayor énfasis en los trastornos emergentes, como la violencia y la infección por el VIH/sida, y de la estructura poblacional cambiante, que cada vez tiene un porcentaje menor de jóvenes, lo que lleva a que aumenten tanto la

edad de la población como las probabilidades de que se presenten trastornos mentales (60).

LIMITACIONES

Hay limitaciones en los datos presentados y gran variedad en la calidad y metodología de los estudios. Además, se utilizaron los datos de un número reducido de países para representar las tasas de prevalencia y el número de personas afectadas en toda América Latina y el Caribe. Asimismo, aunque muchos de los estudios no fueron realizados a nivel nacional, se dio por sentado que la población era representativa del país en su totalidad. A ello se

suman las disparidades que existen entre países y dentro de muchos de los países de la Región en términos económicos, sociales y culturales, y en la organización, disponibilidad y cobertura de los servicios de salud. Además, no se incluyeron trastornos que podrían constituir una carga sustancial, como las demencias y los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, y las consecuencias de estos trastornos para quienes cuidan a las personas afectadas.

CONCLUSIONES

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en América Latina y el Caribe y la carga que representan en estas subregiones se aproxima a la de los países más desarrollados. La carga de las enfermedades mentales de la población refleja no solamente la prevalencia de los estados psicopatológicos, sino el resultado de un conjunto de estados y problemas en los cuales el comportamiento desempeña un papel preponderante. Los servicios de salud mental tradicionalmente se han dedicado fundamentalmente a la atención de los trastornos mentales y a los que están bajo la categoría más amplia de trastornos neuropsiquiátricos, como la epilepsia. Algunos países, dependiendo de sus recursos y de su forma habitual de llevar a cabo la planificación, limitan los programas de salud mental al tratamiento exclusivo de los trastornos mentales más graves. Una visión tan estrecha de lo que constituye la atención de la salud mental podría no ser suficiente dadas las cambiantes estructuras poblacionales. Se espera que la atención de la salud mental desempeñe un papel cada vez más importante en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y los trastornos emergentes con componentes conductuales.

En los países industrializados se está dando un cambio en cuanto a la importancia del papel que debe desempeñar la atención de salud mental, haciendo hincapié en la detección de los problemas en los servicios de atención primaria, la creación de programas de medicina conductual y la salud de las perso-

nas de edad avanzada. El rol de la conducta en la salud general es igualmente importante en los países en vías de industrialización, pero pasa inadvertido como resultado de la excesiva dependencia del modelo médico y de la escasez de recursos.

REFERENCIAS

1. Levav I, Lima BR, Somoza LM, Kramer M, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Bol Oficina Sanit Panam 1989;107:196-219.
2. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World population prospects: the 2006 revision and world urbanization prospects: the 2005 revision. Available from: <http://esa.un.org/unpp>
3. Wing JH, Nixon J, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. Psychol Med 1977;7:505-16.
4. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. Arch Gen Psychiatry 1981;38:381-9.
5. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1069-77.
6. Larraya FP, Casullo MM, Viola FP. Prevalencia de la patología mental en la megalópolis de Buenos Aires. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; 1982.
7. Di Marco G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1982;28:93-102.
8. Aszkenazi M, Casullo MM. Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat 1984;30:11-20.
9. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington, DC: APA; 1980.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., revised. Washington, DC: APA; 1987.

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
13. Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:257–63.
14. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Estudio multicéntrico de morbilidad psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev ABPAPAL* 1992;14:93–104.
15. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997;171:524–9.
16. Andrade LH, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:257–62.
17. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316–25.
18. Viana MC, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey—a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo metropolitan area: rationale and methods. Submitted to *Rev Brasileira Psiquiatr*; 2008.
19. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228–33.
20. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:71–6.
21. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004;184:299–305.
22. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI). *Rev Med Chil* 2002;130:527–36.
23. Bjil RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003;22:122–33.
24. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006;163:1362–70.
25. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Navarrete G, Veloso P et al. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:935–42.
26. Torres de Galvis Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
27. Gómez-Restrepo C, Bohóquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16:378–86.
28. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr* 2004;33:241–62.
29. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581–90.
30. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003;26:1–16.
31. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006;163:1371–8.
32. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005;35:1773–83.
33. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry* 2007;190:521–8.
34. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. In: Kessler R, Ustun B, eds. *World Health Organization World Mental Health Survey Series. Volume One—Patterns of Mental Illness in the WMH Surveys*. New York: Cambridge University Press. (In press).
35. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodríguez FG, Gutiérrez Rodríguez J de J. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol* 2003;112:646–56.
36. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Díaz D et al. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress Anxiety* 2006;23:158–67.

37. Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, Martínez-Vélez A, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Ment* 1996;19(3):14–21.
38. Caraveo-Anduaga JJ. Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1995.
39. Caraveo-Anduaga JJ, Martínez Vélez NA, Rivera Guevara BE, Dayan AP. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Ment* 1997;20 (Supl 2):15–23.
40. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E, Saldívar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Ment* 1999;22(número especial):62–7.
41. Merikangas KR, Mehta RL, Mohar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaxiola, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998;23:893–907.
42. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:3–21.
43. Caraveo-Anduaga JJ, Bermúdez EC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico City. *Salud Ment* 2004;27(2):1–6.
44. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Ment* 2000;23(5):10–19.
45. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez M. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Ment* 1999;22(número especial):68–74.
46. Hayashi S, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Novara J. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *An Salud Ment* 1985;1:206–22.
47. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *An Salud Ment* 1990;6:9–20.
48. Yamamoto J, Silva JA, Sasao T, Wang C, Nguyen L. Alcoholism in Peru. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1059–62.
49. Perales A, Sogi C. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anuario Salud Mental* 1995;11:9–29.
50. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727–35.
51. Canino G, Anthony JC, Freeman DH, Shrout P, Rubio-Stipec M. Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico. *Am J Public Health* 1993;83: 194–200.
52. Alegría M, Kessler RC, Bijl R, Lin E, Heeringa SG, Takeuchi DT et al. Comparing data on mental health service use between countries. En: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet Need in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press; 2000.
53. Santana V. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de Estudos em Saúde (Secretaria de Saúde da Bahia)* 1982;2:122.
54. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465–86.
55. Murray CJL, López AD, eds. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
56. Murray CJL, López AD. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
57. World Health Organization. Global burden of disease estimate. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>
58. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Oxford University Press; 2006.
59. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;78(4): 413–25.
60. Pan American Health Organization. *La salud en las Américas 2007*. Washington, DC: OPS; 2007. (Publicación Científica y Técnica No. 622).

SECCIÓN II

**LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD MENTAL
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

LA INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD MENTAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Sergio Aguilar-Gaxiola¹ y Natalia Deeb-Sossa²

INTRODUCCIÓN

La epidemiología puede definirse como el estudio de la distribución de enfermedades o trastornos en poblaciones y los factores que influyen en tal distribución. La epidemiología describe la existencia de enfermedades o trastornos, identifica los factores de riesgo y los factores protectores relacionados con el inicio de la enfermedad e interviene en los factores de riesgo que producen las enfermedades a fin de reducir la incidencia o la prevalencia. El objetivo principal de la epidemiología es entender y controlar las enfermedades epidémicas mediante la investigación, con métodos empíricos, de las relaciones entre medios externos que se ponen en contacto con individuos y causan enfermedad. El estudio de la epidemiología comprende al menos dos etapas. En la primera etapa se estudian las relaciones entre *niveles de exposición* de agentes externos hacia individuos portadores de la enfermedad, la variación en la *resistencia* de los individuos expuestos a los agentes que causan la enfer-

medad y la variación en las *fuentes de resistencia* en el medio ambiente de individuos expuestos (1). Los pasos típicos en esta etapa son identificar la enfermedad como un problema de salud de importancia mayor por el número de casos que se notifican, por la gravedad de la enfermedad, por el riesgo de contagio a otros individuos y por el gasto público necesario para la provisión de tratamiento o el control de la enfermedad. La segunda etapa consiste en recolectar información descriptiva, que en la mayoría de los casos se hace en forma retrospectiva, ya sea a través de los casos ya conocidos o bien de estudios retrospectivos con un diseño de casos-control. La información obtenida es analizada y las hipótesis basadas en estos análisis se prueban en forma provisional en situaciones cuasi-experimentales naturales, utilizando sujetos compatibles o controles estadísticos para aproximarse a las condiciones del experimento. Si las hipótesis superan estos estudios preliminares, se valoran las intervenciones dirigidas a prevenir el inicio de las enfermedades o alterar su curso.

Las dos etapas de las investigaciones epidemiológicas antes descritas por lo general se agrupan en tres categorías: descriptiva, analítica y experimental. La epidemiología descriptiva se encarga de la *distribución de la enferme-*

¹ Centro para la Reducción de las Disparidades en Salud, Escuela de Medicina, Universidad de California, Davis, EUA.

² Departamento de Sociología, Universidad de California, Davis, EUA.

dad, su inicio y evolución, en tanto que la epidemiología analítica se encarga del *uso de datos no experimentales para aclarar los procesos causales* que están involucrados en el inicio y evolución de la enfermedad. La epidemiología experimental se dirige al *desarrollo y valoración de las intervenciones*, con el propósito de modificar los factores de riesgo a fin de evitar el inicio de la enfermedad o modificar su curso (2).

La epidemiología psiquiátrica estudia cómo están distribuidas las condiciones de salud entre la población y cómo influyen los factores ambientales, genéticos o los estilos de vida en la presencia o ausencia de enfermedad mental (3, 4). Esta rama de la epidemiología se define por su objeto de estudio y es ecléctica con respecto a las teorías sobre la causa de la enfermedad (5). Históricamente, la epidemiología psiquiátrica no ha tenido los mismos avances que otras ramas de la epidemiología, debido a que es más difícil conceptualizar y cuantificar los trastornos mentales y a que los factores de riesgo para los trastornos mentales son más variados y complejos que para la mayoría de las enfermedades físicas. En consecuencia, gran parte de la epidemiología psiquiátrica contemporánea continúa siendo de tipo descriptivo, y se dirige principalmente a la estimación de la prevalencia del trastorno y de sus subtipos (1), al mismo tiempo que otras ramas de la epidemiología hacen avances para documentar los factores de riesgo, sobre todo los modificables, y desarrollar medidas preventivas. Los epidemiólogos que estudian los factores de riesgo en el campo de la salud mental tienden a centrarse en los marcadores de riesgos amplios, no específicos, como son el género y la clase social, más que en factores de riesgo modificables, lo cual limita el desarrollo de medidas de intervención y su implementación y evaluación subsecuente.

No obstante, dicha situación está cambiando a medida que se van solucionando los aspectos descriptivos, valorando un mayor número de cuestiones analíticas y desarrollando e implementando intervenciones preventivas. El cometido final de la epidemiología es fungir como una fuerza preventiva para di-

lucidar la etiología de las enfermedades o los trastornos e identificar tanto los posibles factores de riesgo como los protectores, en especial aquellos que son modificables para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades y los trastornos y evitar complicaciones costosas.

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DESCRIPTIVA

Final de la Segunda Guerra Mundial: entrevistas directas

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial se llevaron a cabo encuestas epidemiológicas comunitarias de los trastornos mentales en varias partes del mundo (6); sin embargo, no era posible comparar los resultados de dichas encuestas a nivel transnacional por la ausencia de una metodología (por ejemplo, diseño de muestras) e instrumentación (por ejemplo, entrevistas diagnósticas estructuradas) comunes.

En aquel momento se observó una mayor apreciación de los problemas metodológicos y una mayor preocupación con respecto a la prevalencia de las enfermedades mentales. Una respuesta a estos problemas metodológicos en los Estados Unidos fue el inicio de varias encuestas sobre trastornos psiquiátricos basadas en entrevistas directas con muestras aleatorias representativas de la comunidad.

Las primeras de estas encuestas durante la posguerra fueron realizadas por profesionales clínicos o por personas legas, sin entrenamiento clínico, quienes analizaron datos de archivos clínicos para determinar el número de casos con trastornos mentales. En estudios posteriores se abandonó el juicio clínico, que tiende a ser costoso, a favor de escalas de calificación de síntomas notificadas por el propio sujeto, las cuales eran menos costosas y asignaban una calificación que correspondía, por ejemplo, a ansiedad psicológica no específica. Desde el inicio se produjeron controversias con respecto al uso de estas escalas, centrándose en aspectos como sesgos, insensibilidad, bajas propiedades psicométricas, restricción de los síntomas analizados y desacuerdo con

respecto al umbral necesario para la determinación de casos clínicos (7). Gran parte de esta controversia estuvo asociada con la falta de criterios diagnósticos claros en las taxonomías entonces existentes. Sin embargo, tales medidas continuaron siendo la piedra angular de la epidemiología psiquiátrica comunitaria hasta inicios de los años setenta.

El decenio de 1970: establecimiento de criterios diagnósticos claros

Hasta finales del decenio de 1970, este campo no fue capaz de superar dicha limitación. Fue entonces cuando se establecieron criterios diagnósticos claros y de uso amplio en investigación (8) y se desarrollaron entrevistas sistematizadas para la investigación diagnóstica dirigidas a la operatividad de tales criterios (9) que debían ser administradas por profesionales clínicos. Las entrevistas proporcionaron una gran cantidad de datos, aunque resultaron de utilidad limitada en las encuestas epidemiológicas a gran escala debido al alto costo relacionado con el empleo de profesionales clínicos como entrevistadores. Surgieron así dos respuestas a este problema.

La primera respuesta fue el refinamiento de los métodos de detección, que comprendía dos pasos. El primer paso consistía en la aplicación de una escala breve de detección, poco costosa, administrada a una muestra comunitaria grande por un entrevistador sin entrenamiento clínico. El segundo paso resultaba más costoso, porque implicaba que los profesionales clínicos administraran entrevistas a una submuestra de individuos que habían respondido y que habían sido clasificados con síntomas positivos en la prueba de detección, y a una pequeña muestra de aquellos con resultados negativos en la misma prueba (10). La esperanza era que estos estudios de detección en dos pasos redujeran en forma sustancial los costos de las encuestas epidemiológicas comunitarias con profesionales clínicos. Sin embargo, la reducción observada en las tasas de respuesta a causa de la necesidad de que los participantes asistieran a dos entrevistas, ade-

más del aumento de los costos administrativos relacionados con las complicaciones logísticas del diseño, impidieron que este método fuera utilizado en forma amplia en las encuestas comunitarias.

La segunda respuesta fue el desarrollo de entrevistas diagnósticas de investigación que podían ser administradas por entrevistadores legos, sin entrenamiento clínico. El primer instrumento de este tipo creado fue la Entrevista Diagnóstica Programada (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*) (11) que se desarrolló con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos para su uso en la Encuesta de Captación Epidemiológica por Áreas (*Epidemiologic Catchment Area, ECA*) (6). Más tarde se elaboraron muchas otras entrevistas diagnósticas, la mayor parte basadas en la DIS, entre ellas, la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (12), y la de mayor empleo actualmente en el mundo.

ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS COMUNITARIAS EN ADULTOS

Durante los últimos 30 años, desde la elaboración de las entrevistas diagnósticas estructuradas de investigación como la DIS y la CIDI, la epidemiología psiquiátrica descriptiva ha vivido un período de crecimiento sin precedentes. Después del estudio ECA (6) realizado por investigadores de los Estados Unidos, en varios países del mundo se han llevado a cabo otras encuestas mayores de trastornos mentales en adultos en la población general. Una innovación y contribución importante del estudio ECA fue el uso de la DIS (11).

Los estudios metodológicos demostraron que la DIS proporciona diagnósticos confiables, y como resultado se realizó una importante promoción de la metodología ECA-DIS en las encuestas de población general subsiguientes realizadas en el mundo.

La primera expansión de la metodología ECA-DIS fue llevada a cabo por la OMS en colaboración con la Administración de Salud

Mental y Abuso de Sustancias (*Substance Abuse and Mental Health Service Administration, SAMHSA*) con el objeto de incluir los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para la investigación y producir versiones de los instrumentos en varios idiomas. El instrumento resultante, la CIDI (13), estuvo disponible por primera vez en 1990. El apoyo técnico proporcionado por la OMS condujo a un número sin precedentes de encuestas epidemiológicas importantes en las que se utilizó esta entrevista en países tan diversos como Alemania, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Holanda, México y Turquía (14, 15).

ENCUESTAS EPIDEMIOLÓGICAS COMUNITARIAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los resultados de las encuestas epidemiológicas en adultos, las cuales demuestran que los trastornos mentales tienen edades de inicio más tempranas, han despertado gran interés en el estudio de la salud mental de los niños y adolescentes. La investigación de los factores de riesgo está mucho más avanzada en los estudios de psicopatología de niños y adolescentes que en los estudios de adultos, pero el progreso en la epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de niños y adolescentes ha sido afectado por dificultades más severas que las que afectan a los estudios de adultos (2). Hay dos razones que dificultan ese tipo de estudio: 1) los trastornos en la infancia están mucho menos "cristalizados" o establecidos que en los adultos, lo que impone retos especiales a su valoración, y 2) es imposible llevar a cabo entrevistas directas con niños pequeños, lo que obliga a depender de los padres y profesores para obtener información.

Aun cuando los adolescentes tienen edad suficiente para ser entrevistados, surgen dudas con respecto a su capacidad para comprender todas las preguntas, por lo que resulta útil poder conservar los datos de los informantes clave. Sin embargo, a menudo se observan divergencias, lo cual crea problemas en cuanto a saber cómo combinar la información para la estimación de la prevalencia global. Existe la

preocupación de que la estimación de la prevalencia sea engañosamente elevada cuando los algoritmos diagnósticos utilizan una regla de "o" (o esto, o lo otro) al combinar los informes de padres, profesores y niños o adolescentes; mientras que los algoritmos diagnósticos, que requieren que haya acuerdo entre las respuestas de todos los informantes, proporcionan estimaciones de prevalencia que son engañosamente bajas (2).

Al igual que en las encuestas de trastornos en adultos, esta preocupación parece relacionarse más con dudas fundamentales presentes en los criterios diagnósticos actuales que con cualquier dato objetivo que sugiera que dichas estimaciones son erróneas. Sin embargo, la situación se complica más porque los años de la infancia y adolescencia se caracterizan por una turbulencia emocional intensa, mucha de la cual se resuelve en la edad adulta. Esto significa que pueden surgir dudas legítimas con respecto a la importancia clínica de los síntomas en la infancia y adolescencia y su impacto en las alteraciones o discapacidades funcionales graves, a menos que se argumente fuertemente que estos síntomas presentes en la infancia y adolescencia se asocian con el riesgo de trastornos clínicos significativos en el futuro. La dificultad estriba en que se necesitan datos longitudinales a largo plazo para confirmar los diagnósticos actuales. En comparación, es mucho más fácil lograr acuerdos en la clasificación de trastornos emocionales severos entre niños y adolescentes, ya que el nivel de acuerdo entre los informantes es mucho mayor cuando los síntomas son graves (16).

INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS PSIQUIÁTRICAS EN POBLACIONES HISPANOAMERICANAS

No existen estudios a gran escala realizados con anterioridad al decenio de 1980 que valoren la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población hispanoamericana. Los datos disponibles sobre salud mental de poblaciones latinoamericanas se limitan, con unas pocas excepciones, a encuestas epidemiológicas relativamente pequeñas, de circulación li-

mitada, cuya generalización se restringe al nivel nacional o regional, con mínima atención a los factores modificantes y, en su mayoría, anticuadas. Aún más, los estudios realizados carecen de rigor científico y de apoyo financiero para obtener un impacto significativo sobre el desarrollo de políticas de salud mental.

La fiabilidad y validez de los diagnósticos psiquiátricos mejoró con el arribo de criterios diagnósticos explícitos para trastornos mentales, como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (17) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV) (18). Se calcula que solo en unos pocos países de América Latina se han llevado a cabo estudios de prevalencia de enfermedades mentales específicas que han utilizado esquemas de entrevistas estructuradas o semiestructuradas funcionales a los criterios diagnósticos, como el Examen del Estado Actual (*Present State Examination*, PSE) (19), la DIS (11) y la CIDI (12). Antes del advenimiento de estos instrumentos, los cálculos de las tasas de los trastornos psiquiátricos se apoyaban en "informes de casos", basados en los diagnósticos hechos por profesionales clínicos expertos y en estudios que medían trastornos no específicos.

En los Estados Unidos, Robins y colaboradores (11) contribuyeron de manera significativa al avance de la epidemiología psiquiátrica al diseñar la DIS basada en los criterios del DSM-III para llevar a cabo el estudio ECA; este fue el primer estudio epidemiológico a gran escala dirigido a calcular las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre la población general (6). Al utilizar criterios diagnósticos explícitos en un instrumento completamente estructurado, Robins y colaboradores mejoraron en gran medida la capacidad diagnóstica y la comparabilidad de los estudios epidemiológicos. Fundamentalmente, la DIS fue el prototipo a partir del cual se desarrollaron las entrevistas de investigación diagnóstica estructurada subsiguientes, a fin de incluir las revisiones hechas en la nomenclatura DSM y los criterios diagnósticos de la CIE-10.

Hasta la fecha, el instrumento diagnóstico más conocido y utilizado en investigación es la CIDI (12), basada en la DIS, que fue desarrollada por el grupo internacional de investigadores antes mencionado, a fin de contar con una herramienta de investigación que pudiera utilizarse en estudios epidemiológicos transnacionales y a gran escala. Muchos de los estudios que se resumen en este trabajo emplearon la CIDI como herramienta diagnóstica de investigación e instrumento para la medición de casos. La CIDI ha pasado por varias revisiones a fin de corregir errores metodológicos (20) y también para mejorar su sensibilidad cultural y comparabilidad. En este capítulo se presenta una revisión selectiva de estudios epidemiológicos psiquiátricos descriptivos que se han llevado a cabo en poblaciones hispanoamericanas a través del continente americano. Solo se han incluido los estudios que han utilizado criterios diagnósticos explícitos, que han sido aplicados a muestras aleatorias de sujetos hispanos de la población general (denominados por Bruce Dohrenwend estudios de "tercera generación") y que han sido publicados en revistas científicas (21). Al final del capítulo se presentan varios estudios epidemiológicos de salud mental realizados en los Estados Unidos y Puerto Rico.

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN AMÉRICA LATINA

Argentina

Estudio de prevalencia de los trastornos mentales en la megalópolis de Buenos Aires

El primer estudio de prevalencia realizado en América Latina que utilizó un instrumento diagnóstico estructurado se llevó a cabo en Argentina (22–24). El estudio fue realizado en distintos distritos de la megalópolis de Buenos Aires y abarcó una muestra de 3.410 personas de 17 años de edad y más. Las entrevistas se realizaron por medio del PSE y se empleó el programa CATEGO para obtener diagnósticos según la CIE-9 (22–24). La esquizofrenia presentaba una tasa de prevalencia de 2,96%;

la psicosis afectiva, de 4,01%; la paranoia, de 0,18%; la depresión neurótica, de 3,47% y los trastornos neuróticos, de 14,45%. Por la metodología utilizada en este estudio es difícil comparar sus resultados con los de estudios más recientes. Sin embargo, es una contribución importante porque hasta esa fecha no se habían llevado a cabo estudios epidemiológicos nacionales en Argentina.

Perú

Estudio de prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida en Independencia, Lima

Un año después de elaborada la DIS, fue utilizada en Perú para llevar a cabo un estudio epidemiológico regional. Por medio de un diseño muestral probabilístico aleatorio, fueron entrevistados 816 peruanos mayores de 18 años de edad en el distrito de Independencia, en Lima (25). Los trastornos depresivos mayores presentaban tasas de prevalencia a lo largo de la vida, según los criterios DSM-III, de 9,7%; la distimia, de 3,4%; los episodios maníacos, de 0,9%; la esquizofrenia, de 0,6%; los trastornos obsesivo-compulsivos, de 2,5%; la fobia, de 8,5%; el pánico, de 2,1%; el abuso o dependencia de alcohol, de 18,6%; el trastorno antisocial de la personalidad, de 7,1% y la alteración cognitiva, de 1,5%. Un total de 32,1% de la población tenía antecedentes, en algún momento de la vida, de cualquier enfermedad mental; 19,1%, de trastornos por abuso de sustancias; 13,2%, de trastornos afectivos y 11%, de trastornos de ansiedad (entre ellos la somatización). Lamentablemente, el tamaño pequeño de la muestra no permitió examinar los posibles factores de riesgo.

Chile

Estudios regionales en Concepción, Santiago e Iquique

Vicente y colaboradores han realizado contribuciones significativas a la epidemiología psi-

quiátrica chilena. A inicios de 1992, publicaron los resultados de tres estudios epidemiológicos regionales llevados a cabo en Concepción (N = 800), Santiago (N = 1.363) e Iquique (N = 306) (26). Se reclutaron participantes de 15 años de edad y más, quienes fueron entrevistados utilizando los criterios del DSM-III con base en la CIDI. Los resultados obtenidos demostraron que las tasas de prevalencia de vida para cualquier trastorno psiquiátrico eran más elevadas en Iquique (42,2%) que en Concepción (36,5%) o Santiago (33,7%). Las tasas de prevalencia de vida de los trastornos afectivos y de los trastornos por abuso de sustancias también eran más altas en Iquique (20,6% y 20,6%, respectivamente) que en Santiago (16,3% y 11%) y Concepción (16,4% y 11,6%). Concepción informó las tasas más altas de prevalencia para trastornos de ansiedad (16,6%) por comparación con Santiago (12,6%) e Iquique (14,4%). Estos estudios regionales sirvieron de ejemplo para los estudios nacionales que se llevaron a cabo en años subsiguientes.

Estudio chileno de prevalencia psiquiátrica

Entre 1992 y 1999, Vicente y colaboradores realizaron el primer estudio epidemiológico representativo a nivel nacional sobre el estado psiquiátrico de la población chilena (27). Por medio de la CIDI, como herramienta diagnóstica, fueron entrevistados 2.978 chilenos de 15 años de edad y más. Se observó que las tasas de prevalencia en Chile eran comparables con las de otras poblaciones hispanoamericanas. Los resultados indicaron que 36% de los encuestados tuvieron trastornos psiquiátricos en algún momento de la vida. Las tasas de prevalencia de vida eran de 16,2% para la ansiedad, de 15% para los trastornos afectivos y de 14,4% para el abuso de sustancias.

Los resultados de los estudios regionales chilenos fueron apoyados por los resultados de un estudio nacional que se llevó a cabo más tarde. Además, pese a las metodologías diferentes, las tasas de prevalencia no difieren en gran medida de las alcanzadas en Perú y los Estados Unidos.

México

Estudio epidemiológico de comorbilidad psiquiátrica

Después de realizada la Encuesta Nacional de Comorbilidad, se inició en el país un estudio epidemiológico a gran escala en adultos mexicanos que residían en la ciudad de México (28, 29). Los investigadores mexicanos colaboraron estrechamente con los investigadores de la Encuesta de Mexicano-Americanos sobre Prevalencia y Servicios (*Mexican American Prevalence and Services Survey*, MAPSS) y en 1995 llevaron a cabo 1.932 entrevistas a personas de 18 a 65 años de edad, utilizando un diseño probabilístico, multietápico, estratificado, en una submuestra de 16 divisiones políticas de la ciudad. Por medio de una versión revisada y adaptada de la Fresno-CIDI, basada en los criterios diagnósticos de la CIE-10, Caraveo y colaboradores informaron las siguientes tasas de prevalencia de vida: cualquier trastorno psiquiátrico, 23,4%; cualquier trastorno de ansiedad, 8,3%; cualquier trastorno afectivo, 9,1% y cualquier trastorno por abuso de sustancias, 11,8%. La agorafobia presentaba una tasa de prevalencia de vida de 2,6%; la fobia social, de 2,6%; los trastornos de pánico, de 1,9%; la ansiedad generalizada, de 3,2%; los trastornos obsesivo-compulsivos, de 1,3%; la distimia, de 4,3%; la manía, de 1,2%; la hipomanía, de 0,9% y el abuso o dependencia de alcohol, de 3,6%.

El análisis de los datos se llevó a cabo casi al mismo tiempo que el estudio MAPSS y se utilizó metodología similar. Lo más sorprendente con respecto a estos resultados es que las tasas de trastornos psiquiátricos de la muestra de la ciudad de México eran similares a las de la muestra de inmigrantes del estudio MAPSS. De forma más específica, se encontró que los datos de aquellos inmigrantes que residían en los Estados Unidos desde hacía 13 años o menos (un subgrupo al que se le denominó inmigrantes "de corta estancia") eran similares a los de la muestra de la ciudad de México en términos de tasas de prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos (30).

EL CONSORCIO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

En 1996, la OMS creó el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (*International Consortium in Psychiatric Epidemiology*, ICPE) para coordinar el análisis comparativo de estos datos (31). El ICPE proporcionó ayuda técnica a los investigadores para la planificación de nuevas encuestas mediante el empleo de la CIDI, y agregó preguntas específicas para reducir al mínimo el sesgo de recuerdo y preguntas detalladas sobre los factores de riesgo, la gravedad del trastorno, la discapacidad y el uso de los servicios de salud. El ICPE además estableció grupos de trabajo para el desarrollo de módulos que complementarían las secciones clínicas de la CIDI, tales como el uso de los servicios de salud y la sensibilidad cultural, al evaluar psicopatología que permitiera comparar los datos entre los países participantes, y estableció grupos de trabajo para el desarrollo de versiones computarizadas de la CIDI (12) (para más información véase <http://www.hcp.med.harvard.edu/icpe/>).

De las encuestas que emplearon la DIS y la CIDI surgieron consecuentemente varios resultados importantes:

- Los trastornos mentales se encuentran entre las clases más prevalentes de enfermedades crónicas en la población general, con prevalencias de vida que a menudo se aproximan al 50% de la población y con prevalencias anuales que por lo general oscilan entre 15% y 25% (6).
- Los trastornos mentales por lo común tienen edades de inicio mucho más tempranas que otras enfermedades crónicas. En la mayor parte de dichas encuestas, los trastornos de ansiedad tienen un promedio de edad de inicio desde etapas tempranas hasta tardías de la adolescencia, en tanto que los trastornos del estado de ánimo y la farmacodependencia tienen edades promedio de inicio entre los 20 y 25 años (14).
- Los trastornos mentales se encuentran entre las enfermedades crónicas que causan

mayor discapacidad (problemas en el funcionamiento de la vida diaria) (32).

- Los individuos con los trastornos mentales más graves y discapacitantes por lo general llenan criterios de por vida para varios síndromes diferentes según las clasificaciones del CIE y del DSM (33). Es decir, existe una coexistencia o comorbilidad de trastornos mentales y farmacodependencia importante.
- Solo una minoría de los individuos que respondieron a estas encuestas y que satisficieron los criterios para trastornos mentales notificaron que recibieron tratamiento en el último año (34).
- Se encontró una asociación significativa entre la gravedad de los trastornos y la probabilidad de que la persona acceda a los servicios de salud especializados para tratar estos trastornos (por ejemplo, servicios psiquiátricos) y la intensidad del tratamiento, documentándose que existen razones que influyen tanto en el acceso a los servicios de salud como en la selección del tratamiento. Sin embargo, las encuestas también mostraron que solo una minoría de pacientes describieron una evolución del tratamiento que se consideraría apenas adecuada en términos de las pautas terapéuticas disponibles actualmente (35).

Los estudios de revaloración clínica muestran claramente que la prevalencia estimada con las encuestas CIDI no es superior a la obtenida en entrevistas clínicas ciegas (12), por lo cual las preocupaciones con respecto a las estimaciones de prevalencia elevada están dirigidas, en gran medida, a la validez subyacente de los sistemas CIE y DSM.

EL CONSORCIO DE LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD MENTAL DE LA OMS

De las actividades de colaboración y asistencia técnica realizadas por el ICPE se derivó el Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental (*World Mental Health Survey Consortium*, WMH) auspiciado por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) (para más información véase <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). El Consorcio WMH es una iniciativa de la OMS cuyos objetivos son llevar a cabo estudios comparativos transnacionales y coordinar la implementación y el análisis de encuestas epidemiológicas en poblaciones generales sobre trastornos mentales, trastornos por abuso de sustancias y trastornos conductuales en diversos países que forman parte de las regiones de la OMS. Desde el año 2000, el Consorcio WMH ha coordinado encuestas representativas en la población general, a nivel nacional o regional, utilizando la CIDI, en más de 30 países de todas las regiones del mundo, las cuales se han distribuido en forma global en Norteamérica (Canadá y los Estados Unidos), Latinoamérica (Brasil, Colombia, México y Perú), Europa (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda, Italia, Irlanda, Portugal, Ucrania), Medio Oriente (Israel y Líbano), África (Nigeria y Sudáfrica), Asia (China, India, Japón), el Pacífico (Nueva Zelanda), y en otros países como Bulgaria, Irak, Portugal y Rumania.

La iniciativa WMH está dirigida en general a la obtención de datos empíricos que ayuden a los países participantes a decidir cómo pueden enfrentar mejor la creciente carga pública de los trastornos mentales. Una meta más específica de estas encuestas es obtener una estimación objetiva de la prevalencia de los trastornos mentales, la discapacidad asociada y los patrones de tratamiento mediante la valoración del costo global de los trastornos mentales; el establecimiento de los factores de riesgo psicosocial y su correlación con los trastornos mentales, prestando especial atención a los efectos del estado social desventajoso; el establecimiento de patrones de utilización de servicios de salud mental y la identificación de barreras modificables para la búsqueda de ayuda. Además de intentar cuantificar las prevalencias y correlacionar los trastornos mentales por abuso de sustancias y conductuales, se recolectarán datos detallados sobre la persistencia reciente y alteración de los trastornos, sus consecuencias sociales, los patrones de utilización de

servicios y las barreras para la atención médica, lo que permitirá a los investigadores valorar la importancia clínica de los trastornos en casos individuales. Es de esperar que la ampliación de este aspecto central mejore en forma notable la capacidad para obtener información práctica de las encuestas, a fin de que ayude a los analistas y planificadores de programas a mejorar las políticas de salud mental.

El Consorcio de encuestas WMH constituye la primera serie de estudios nacionales que han utilizado los mismos métodos, en diferentes países y en forma simultánea, con diseños rigurosos de muestras basadas en la población y con ejecución rigurosa. Todos los países participantes utilizan la CIDI como instrumento central para generar los diagnósticos de salud mental y comparar los datos nacionales por medio de métodos de medición comunes. Esto significa que las encuestas proporcionarán información sin precedentes sobre la salud general y mental de un alto número de poblaciones a nivel nacional, regional o local. Se espera que estos datos permitan a los planificadores de las políticas de salud estimar los costos sociales que implica el tratar o dejar de tratar diversos trastornos mentales, y que sirvan de guía para el diseño e implementación de intervenciones dirigidas a incrementar el acceso a la atención mental.

En las encuestas auspiciadas por la OMS, como parte del Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental, se añadió la Escala de Discapacidad de Sheehan a los criterios para medir la importancia y relevancia de los síntomas clínicos. Esta escala evalúa el deterioro funcional relacionado con cada trastorno psiquiátrico específico de casi la mitad de los diagnósticos del DSM-IV, en respuesta a preocupaciones en cuanto a que los criterios diagnósticos previos conducían a diagnosticar en forma excesiva aquellos trastornos cuyos síntomas tenían poca importancia clínica. Se añadió también la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (36), que evalúa la discapacidad en relación con la salud general. Sin embargo, esto ha resultado en controversias con respecto a si la inclusión de estos nue-

vos criterios es legítima. La variabilidad en las tasas de prevalencia de los trastornos mentales que se han encontrado en estas encuestas ha llevado a que se cuestione la verosimilitud de las prevalencias estimadas, lo cual alude más a problemas de validez que a confiabilidad (37). Esta controversia ilustra lo señalado al inicio de este capítulo: los problemas para conceptualizar y cuantificar las enfermedades mentales han retrasado el progreso de la epidemiología psiquiátrica mucho más que en otras ramas de la epidemiología.

Sin importar la resolución final de dichos aspectos de conceptualización y medición, la preocupación sobre la prevalencia elevada de los trastornos mentales y las preguntas sobre la validez de los datos han despertado un nuevo interés en la valoración de la gravedad y los cambios en el funcionamiento o discapacidad en encuestas epidemiológicas psiquiátricas, así como la percepción de que la valoración dimensional de los trastornos mentales y la valoración global del "nivel de morbilidad psiquiátrica por caso" son más útiles que las valoraciones detalladas de muchos trastornos de DSM o CIE separados. Con el fin de desarrollar mediciones globales de dimensión y gravedad, las nuevas encuestas WMH incluyen versiones estructuradas de mediciones dimensionales de gravedad clínica para trastornos específicos y valoraciones de la alteración funcional y discapacidad relacionadas con trastornos mentales actuales. Es importante resaltar que las encuestas también realizarán valoraciones idénticas de las alteraciones y discapacidades funcionales relacionadas con muestras representativas de enfermedades físicas, tales como la hipertensión, la diabetes y la artritis, a fin de proporcionar información comparativa con los trastornos mentales.

Cabe destacar que México es el primer país latinoamericano en participar en la iniciativa WMH, seguido de Colombia, Perú y Brasil. Los resultados del estudio de Perú están aún en proceso de análisis.

En esta sección del libro se presentan los resultados de los estudios realizados en México, Colombia y Brasil. Medina Mora y colaborado-

res presentan datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del estudio epidemiológico WMH en población adulta mexicana sobre la prevalencia de los trastornos mentales evaluados, la edad de inicio de los trastornos, la exposición a la violencia y el trastorno por estrés postraumático, los intentos suicidas, el uso de los servicios y los problemas de discapacidad. Benjet expone datos de la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México sobre la prevalencia de vida de los trastornos psiquiátricos evaluados, la discapacidad en actividades habituales debido a los trastornos y las edades de inicio de los trastornos mentales. Posada Villa y colaboradores presentan datos del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, sobre la prevalencia de vida y de 12 meses de los trastornos mentales y la severidad de los mismos, los correlatos con los factores de riesgo y el uso de los servicios de atención en salud mental. Finalmente, Andrade y Viana notifican los resultados de la Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity realizada en la zona metropolitana de São Paulo, una de las zonas metropolitanas más pobladas del mundo, sobre la prevalencia de vida de los trastornos mentales evaluados

CONCLUSIONES

Hasta hace muy poco la información con respecto a las tasas de prevalencia de los trastornos mentales en América Latina o sobre las necesidades en cuanto a la salud mental de la población era limitada. Sin tal información ha sido difícil planificar políticas nacionales de salud de manera más racional y apropiada, en especial en sociedades con grandes poblaciones, mal atendidas y que se encuentran en transición epidemiológica, poblacional y económica.

La capacidad para hacer diagnósticos psiquiátricos en la comunidad que sean representativos de las poblaciones estudiadas y el desarrollo de instrumentos diagnósticos estructurados aplicados por personal no médico, como DIS y CIDI, sentaron las bases para una nueva generación de estudios epidemiológicos.

La investigación epidemiológica ha mejorado en gran medida su enfoque y las técnicas en los últimos 30 años. Los estudios epidemiológicos psiquiátricos mencionados en este trabajo, sobre todo los realizados bajo la rúbrica del Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental, son una muestra de tales mejoras.

Hasta fechas recientes, ha existido un vacío importante de información debido a la limitada comparabilidad de encuestas específicas en países; este vacío es más evidente si consideramos que la globalización se torna más aparente y los estudios transnacionales parecen ser la regla. La iniciativa del Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental ha comenzado a cerrar la brecha. Este esfuerzo sin precedentes, bien coordinado, para obtener datos epidemiológicos está proporcionando por primera vez datos comparables con respecto a las tasas de prevalencia, los factores de riesgo y de protección, las discapacidades asociadas a los trastornos, la estimación de los costos de la carga global de la enfermedad mental, los patrones de comorbilidad y la utilización de servicios en contextos socioeconómicos y políticos, étnicos y culturales de diferentes países. Esto representa una oportunidad y una promesa para comprender mejor las relaciones entre los factores económicos, culturales y psicosociales y los trastornos mentales, y la forma en que los primeros afectan y modifican a los segundos.

Desde una perspectiva de políticas de salud, las encuestas WMH prometen contribuir en forma importante al menos de tres maneras. En primer lugar, proporcionan datos de base que pueden utilizar los planificadores de políticas de salud con respecto a la prevalencia y el costo de los trastornos mentales en América Latina. En segundo lugar, las encuestas proporcionan datos sobre el estado mental de la población y los costos económicos relacionados con los trastornos mentales, es decir los costos directos del tratamiento y los costos indirectos por no recibir tratamiento, el desempleo, la reducción de la productividad en el trabajo y el mayor número de accidentes. En tercer lugar, las encuestas proporcionan datos

sobre la identificación de barreras modificables que impiden buscar y utilizar los tratamientos. Estos datos serán útiles en el diseño, la implementación y el resultado de las intervenciones dirigidas a incrementar el acceso a la atención y mejorar su calidad y cumplir los objetivos finales de la epidemiología psiquiátrica, un área de estudio que avanza de manera significativa. La contribución más relevante de la WMH es que quizás, a través de los análisis e informes publicados hasta la fecha y los que están por publicarse, nos lleve más allá de lo que Kessler llamó una mera "fijación en la descripción", que es lo que ha caracterizado a la epidemiología psiquiátrica hasta la fecha, y nos acerque cada vez más al desarrollo, la implementación y evaluación de intervenciones efectivas que podrán hacer posible mejorar la salud mental y la calidad de vida de las personas. Estos avances en la epidemiología psiquiátrica nos permitirán colocar a la salud mental en un nivel similar al que gozan otras áreas de la medicina en cuanto al importante y fundamental papel que juegan en las políticas y las prácticas de salud pública.

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS

Encuesta de Captación Epidemiológica por Áreas

La Encuesta de Captación Epidemiológica por Áreas (*Epidemiological Catchment Area, ECA*) se llevó a cabo en 1984 y fue la primera entre varias investigaciones a gran escala dirigidas a obtener las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los Estados Unidos (6). Por medio de la DIS, el estudio ECA captó a casi 20.000 personas de cinco ciudades de los Estados Unidos (New Haven, Connecticut; Baltimore, Maryland; St Louis, Missouri; Durham, North Carolina y Los Ángeles, California). Los Ángeles (LA) era la ciudad con más concentración de población hispanoamericana (en su mayoría de origen mexicano). Los resultados que se presentarán están basados en el estudio LA-ECA (38), en el que fueron entrevistados 1.243

adultos hispanoamericanos por medio del DIS, con el objetivo de valorar los trastornos psiquiátricos más comunes (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, por abuso de sustancias, trastorno esquizofreniforme, somatización y trastornos antisociales de la personalidad).

La muestra hispanoamericana notificó una tasa de vida de 34,6% para cualquier trastorno psiquiátrico, de 7,8% para cualquier trastorno afectivo, de 14,5% para cualquier trastorno de ansiedad y de 18,4% para cualquier trastorno de abuso de sustancias. En general, se observó que los hispanoamericanos tenían tasas similares de trastornos psiquiátricos que la muestra general del ECA. Sin embargo, cuando se analizó la muestra hispanoamericana por lugar de nacimiento, la tasa para cada uno de los trastornos estudiados era más elevada en los hispanoamericanos nacidos en los Estados Unidos que en la muestra de hispanos inmigrantes (39). Se encontraron diferencias adicionales cuando se valoró la muestra de acuerdo con el nivel de aculturación. El término aculturación se refiere al proceso de cambio, ya sea de actitud, conductual, social y psicológico que experimenta una persona cuando se pone en contacto con otra cultura. Por ejemplo, la tasa de depresión mayor entre la muestra de inmigrantes varió de 3% a 3,7% de acuerdo al nivel de aculturación con los Estados Unidos. En la muestra de hispanoamericanos nacidos en los Estados Unidos se observaron tasas de 5,5% a 6,9%, casi el doble de las tasas de prevalencia de vida comparadas con la muestra de inmigrantes. Este dato común será revisado en estudios subsiguientes y tiene implicaciones importantes en la asociación de la migración y la salud y en el desarrollo de las políticas de salud.

Uno de los legados más importantes del estudio ECA es que fue el primer estudio que describió en forma sistemática el estado psiquiátrico de la población estudiada al emplear entrevistas estructuradas de investigación diagnóstica basadas en los criterios DSM, y el primero también en identificar subgrupos (por ejemplo, hispanoamericanos nacidos en los Estados Unidos, estadounidenses de raza negra), que se encontraban en mayor riesgo de desa-

rollar trastornos psiquiátricos, abriendo así la puerta para investigaciones futuras sobre la población hispanoamericana.

Encuesta Nacional de Comorbilidad

La Encuesta Nacional de Comorbilidad (*National Comorbidity Survey*, NCS) evaluó una muestra nacional representativa de la población general de los Estados Unidos, por medio de un diseño probabilístico de múltiples etapas (33). La totalidad de la muestra NCS incluyó a 8.098 personas de 15 a 54 años de edad que vivían en los Estados Unidos. Este fue el primer estudio nacional probabilístico epidemiológico que valoró la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de los Estados Unidos mediante el empleo de una versión revisada de la CIDI (*University of Michigan CIDI*; UM-CIDI) basada en los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Una de las modificaciones importantes del UM-CIDI fue la inclusión de preguntas de detección para mejorar la evocación de síntomas. Este estudio fue diferente al ECA por tener una muestra nacional representativa de la población de los Estados Unidos. Cerca de 10% de las personas incluidas en la muestra del NCS (9,7%) se identificaron a sí mismas como hispanoamericanos. Una de las limitaciones del NCS fue que todas las entrevistas se llevaron a cabo en inglés, lo cual excluyó a los hispanoamericanos que solo hablaban español.

Se han publicado pocos estudios que detallen las tasas de prevalencia para hispanoamericanos mediante datos del NCS. En un estudio (39) se notificaron tasas de vida sobre la submuestra de hispanoamericanos en la NCS (N = 305), la cual se ajustó por distribución, edad y sexo. La tasa de vida para cualquier trastorno psiquiátrico en la muestra de hispanoamericanos era de 51,4%. Al igual que la muestra de LA-ECA, las tasas de vida para los trastornos de ansiedad eran de 28%, de 24,7% para los trastornos por abuso de sustancias y de 20,4% para los trastornos afectivos. Los americanos no-hispanos notificaron una menor prevalencia que los hispanoamericanos inmi-

grantes, los cuales tenían las menores tasas de prevalencia por comparación con las otras muestras. Ortega y colaboradores (40) examinaron la aculturación y el riesgo de vida para los trastornos psiquiátricos y de abuso de sustancias entre la muestra de hispanoamericanos del NCS y encontraron que la aculturación es el principal factor pronóstico para tener cualquier trastorno clasificado en el DSM-III-R.

Encuesta de Mexicano-Americanos sobre Prevalencia y Servicios

La Encuesta de Mexicano-Americanos sobre Prevalencia y Servicios (MAPSS, por sus siglas en inglés) realizada por Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola y colaboradores (30) es un estudio regional dirigido a valorar la prevalencia de los trastornos mentales y el uso de los servicios por parte de la población de origen mexicano que vivía en el Valle Central de California, Estados Unidos, debido a que los resultados de los dos estudios anteriores documentaban diferencias importantes en las tasas de prevalencia por lugar de nacimiento en los hispanoamericanos. Se seleccionaron personas adultas de origen mexicano que residían en los Estados Unidos por ser el mayor grupo de hispanoamericanos en ese país y por el flujo continuo de inmigrantes de México, sobre todo a California, en general, y al Valle Central, en particular. Este estudio es importante por ser la encuesta de salud mental más grande realizada a personas de origen mexicano en los Estados Unidos hasta esa fecha, con una muestra comunitaria probabilística multietápica que usó una entrevista diagnóstica completamente estructurada como es la CIDI. Fueron entrevistados 3.012 adultos de origen mexicano que vivían en el condado de Fresno, California, un condado con predominio de actividad agrícola cuya población en 1995, al momento de la recolección de datos, estaba constituida por 38% de hispanoamericanos, la gran mayoría provenientes de México. También se entrevistó a 1.001 trabajadores agrícolas adultos, de origen mexicano, que residían temporalmente en el condado de Fresno. Estas personas normalmente viajan largas distancias si-

guiendo las cosechas agrícolas en los Estados Unidos. Debido a la movilidad de este subgrupo, los procedimientos de muestreo difirieron y los resultados aquí presentados solo incluyen a los 3.012 participantes. La muestra (N = 3.012) se estratificó por sexo y lugar de residencia (urbana, suburbana y rural) y el rango de edad seleccionado era de 18 a 59 años.

Para este estudio se utilizó una versión modificada de la CIDI que se basó en los criterios diagnósticos del DSM-III-R (Fresno-CIDI). Los investigadores utilizaron la versión de la CIDI que se aplicó en el estudio NCS (UM-CIDI), pero hicieron modificaciones adicionales tomando en cuenta factores culturales y lingüísticos propios de la población estudiada. Por ejemplo, se incluyeron variables para permitir que los participantes utilizaran sus propias expresiones mientras respondían a las preguntas con respecto a sus antecedentes psiquiátricos. El instrumento fue traducido al español y luego nuevamente al inglés por un panel de expertos en California y la Ciudad de México. La versión en español fue lingüísticamente adaptada para la población estudiada y se llevó a cabo una prueba piloto con una población similar a la que se intentaba estudiar (30). Se aplicaron entrevistas en inglés o español, según la preferencia del participante.

En términos generales, se notificaron tasas de prevalencia de vida para cualquier trastorno psiquiátrico de 33,8%. Las tasas de prevalencia de vida más elevadas se encontraron en los trastornos por abuso de sustancias (17,1%) y los trastornos de ansiedad (16,8%). La tasa de prevalencia de vida para cualquier trastorno afectivo era de 12,1%. Debido a los resultados iniciales de las diferencias por lugar de nacimiento del estudio ECA, el estudio MAPSS analizó la muestra según el lugar de nacimiento y mostró que la tasa de prevalencia de vida para cualquier trastorno mental era de 24,9% para los inmigrantes y de 48,1% para los estadounidenses de origen mexicano nacidos en los Estados Unidos. La comparación adicional entre adultos inmigrantes y estadounidenses de origen mexicano nacidos en los Estados Unidos mostró que las tasas de preva-

lencia de vida de los inmigrantes eran significativamente menores para el uso de sustancias (10,5% frente a 27,7%), los trastornos afectivos (8% frente a 18,7%) y los trastornos de ansiedad (13% frente a 23,2%). Se observó que los individuos nacidos en los Estados Unidos tenían tasas de prevalencia (48,7%) muy similares a las de la población general de los Estados Unidos (48,6%). El 23% de los nacidos en los Estados Unidos padecían trastornos de ansiedad, 19%, trastornos afectivos y 28%, trastornos por uso de sustancias. Las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos mayores de los inmigrantes mexicanos eran casi la mitad de las de los estadounidenses de origen mexicano u otros americanos, y los niveles de trastornos psiquiátricos (24,9%) eran similares a los de los residentes de la ciudad de México (23,4%).

Se hizo un análisis más amplio de la muestra de inmigrantes para determinar si el tiempo de estancia en los Estados Unidos guardaba relación con la tasa de prevalencia de los trastornos psiquiátricos. Los investigadores encontraron que entre los individuos que habían vivido en los Estados Unidos menos de 13 años, las tasas de prevalencia eran menores que entre aquellos inmigrantes que habían vivido en los Estados Unidos 13 años o más (30). Una conclusión muy sólida, basada en el estudio MAPSS y apoyada por otros estudios empíricos previos, es que los factores protectores de la cultura hispanoamericana disminuyen con la estancia prolongada en los Estados Unidos. En otras palabras, hay factores relacionados con el hecho de vivir en los Estados Unidos, tal vez vinculados con la aculturación, que conducen a un incremento en el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos. Los datos del estudio MAPSS son coherentes con los datos de los estudios ECA y NCS y con los datos de estudios más recientes, como el NLAAS, el NCS-R y el NESARC (cuya descripción se encuentra más adelante) con respecto a las diferencias de los trastornos psiquiátricos según la etnicidad y el lugar de nacimiento.

En conclusión, los estudios llevados a cabo en los Estados Unidos sobre población hispa-

noamericana analizaron un hallazgo que ha despertado interés en la comunidad científica: mientras más tiempo viven los inmigrantes en los Estados Unidos mayor es el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos. Los estudios subsiguientes realizados han informado sobre hallazgos similares en poblaciones de inmigrantes en el Canadá (41). Estos resultados imponen un reto a los investigadores en salud pública: la identificación de factores protectores y, en consecuencia, el desarrollo de intervenciones para reforzarlos.

Estudio epidemiológico de adultos en Puerto Rico

En 1984 se inició en Puerto Rico el primer estudio para valorar en forma sistemática la prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre adultos puertorriqueños que residían en la isla (42). Se tradujo y adaptó el estudio DIS, a fin de aplicarlo a una muestra de individuos hispanoparlantes. Se entrevistó a individuos de 17 a 64 años de edad, pero solo se incluyó en el análisis a aquellos mayores de 18 años. Este estudio de 1.513 individuos fue comparable con el censo de población de 1980 en cuanto a edad, sexo y tamaño de la familia.

Canino y colaboradores (42) notificaron tasas de prevalencia de vida para los trastornos afectivos, de ansiedad, somatización, trastornos esquizofrénicos y abuso y dependencia de alcohol. Las tasas de prevalencia de vida para cualquier trastorno afectivo, con base en los criterios DSM-III, eran de 28,1%, de 13,6% para cualquier trastorno de ansiedad y de 12,6% para abuso y dependencia de alcohol. Los episodios depresivos mayores mostraron tasas de prevalencia de vida de 4,6%; la distimia, de 4,7%; los episodios maníacos, de 0,5%; la esquizofrenia, de 1,8%; el trastorno obsesivo-compulsivo, de 3,2%; las fobias, de 12,2%; el trastorno por pánico, de 1,7%; el abuso y dependencia de alcohol, de 12,6% y los trastornos cognitivos, de 3,0%. Al momento de este estudio, el único otro estudio comparable era el ECA.

Los resultados del estudio de Puerto Rico eran similares a los de la muestra general del

ECA y se observó que las tasas de prevalencia de los puertorriqueños no eran tan bajas como las de la muestra de inmigrantes del ECA. Este es un dato importante dado que en el estudio ECA se observó que los hispanoamericanos inmigrantes tenían una tasa de prevalencia menor por comparación con la muestra general. Como Canino llevó a cabo su estudio en Puerto Rico, era de esperarse que los resultados fueran comparables con los del estudio ECA en inmigrantes. Sin embargo, al tratar de determinar estas diferencias, se observaron varias diferencias metodológicas y de muestreo que deben tomarse en consideración y que podrían explicar la discrepancia en los resultados (42).

Estudios de epidemiología psiquiátrica recientes

En la última década se han realizado tres estudios de prevalencia de los trastornos mentales, utilización de los servicios de salud mental y de los factores de riesgo y protectores a nivel nacional en los Estados Unidos que son importantes para las poblaciones hispanoamericanas. A continuación se presenta una descripción breve de cada uno de estos estudios y algunos resultados importantes.

Estudio Nacional Latino y Asiático Americano

El Estudio Nacional Latino y Asiático Americano (*National Latino and Asian American Study*, NLAAS) realizado por Alegría, Takeuchi y colaboradores (43) es una encuesta de hogares para poblaciones hispanoamericanas y asiáticas-americanas dirigida a una muestra representativa a escala nacional de estos dos grupos poblacionales en los Estados Unidos. Los objetivos del NLAAS son estimar las tasas de prevalencia a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses de los trastornos psiquiátricos y del uso de los servicios médicos de salud mental; evaluar la relación de las variables sociales, el contexto ambiental y los factores psicosociales con la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y la utilización de los servicios médicos menta-

les; y comparar las tasas de prevalencia y de utilización de los servicios por parte de los hispanoamericanos y asiaticoamericanos con muestras representativas nacionales de blancos no-hispanos, del NCS-R, y de afroamericanos, del NSAL (*National Survey of American Life*).

El diseño de la muestra de la encuesta NLAAS tiene representación de ocho grupos étnicos secundarios (mexicanos, puertorriqueños, cubanos, otros hispanoamericanos, chinos, vietnamitas, filipinos, y otros subgrupos de origen asiático) para realizar comparaciones intra-étnicas entre hispanoamericanos (y sus subgrupos) y asiaticoamericanos (y sus subgrupos) con varios niveles de aculturación. Se espera que el NLAAS proporcione conocimientos empíricos que permitan mejorar los servicios de salud mental para los hispanoamericanos y los asiaticoamericanos en los Estados Unidos y que contribuya de manera significativa a la revisión crítica de las diferencias culturales y de contexto que deben ser tomadas en cuenta tanto al planificar los servicios mentales como al diseñar políticas de salud que afectan a estas poblaciones (43).

Los resultados del NLAAS demuestran que los hispanoamericanos nacidos en los Estados Unidos tienen una probabilidad considerablemente mayor que los inmigrantes de origen hispanoamericano de satisfacer los criterios para uno o más de los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida. En la muestra total de hispanoamericanos se observó que una estancia más prolongada en los Estados Unidos estaba asociada a una mayor tasa de prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida y durante los últimos 12 meses. Sin embargo, una vez que se controló estadísticamente la edad (como parte de un análisis de sensibilidad), no se observaba una diferencia significativa según los años de residencia en los Estados Unidos.

En general, las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos resultaron más altas entre las personas que habían inmigrado antes de los 13 años o después de los 34, que entre los que habían inmigrado en otras edades. Las comparaciones generacionales demostraron que las tasas de trastornos psiquiátricos a lo

largo de la vida y durante los últimos 12 meses eran más altas en la tercera generación que en la primera o en la segunda. En varias categorías diagnósticas, las tasas de prevalencia fueron más bajas entre cubanos y mexicanos que entre puertorriqueños. Los hombres y las mujeres mexicanas tenían menor probabilidad de tener una historia de trastornos depresivos que los hombres y las mujeres puertorriqueñas y los hombres cubanos tenían una probabilidad menor de tener una historia de trastornos de ansiedad o por uso de sustancias que los hombres puertorriqueños. Las mujeres cubanas y mexicanas tenían tasas de prevalencia más bajas de trastornos por uso de sustancias que las mujeres de Puerto Rico. Los hombres cubanos y mexicanos y las mujeres en el grupo de "otras latinas" tenían menor probabilidad de satisfacer los criterios de trastornos psiquiátricos que sus contrapartes puertorriqueñas (44).

El uso de servicios médicos y de servicios mentales era más alto entre puertorriqueños que entre el resto de los subgrupos hispanoamericanos. Uno de cada cinco puertorriqueños había utilizado un servicio médico mental durante el último año, por comparación con uno de cada 10 mexicanos. Los hispanoamericanos nacidos en el extranjero y los que indicaron que hablaban principalmente el idioma español notificaron un uso menor de servicios especializados en salud mental por comparación con los hispanoamericanos nacidos en los Estados Unidos y con los que indicaron que hablaban principalmente el idioma inglés; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a los servicios médicos generales. Entre los nacidos fuera de los Estados Unidos, un porcentaje más alto de los que habían inmigrado al país a la edad de 12 años o menos y 35 años o más, por comparación con los que habían inmigrado entre los 18 y los 34 años de edad, informó utilizar cualquier servicio médico mental y servicios médicos generales.

Las tasas de utilización de servicios eran más bajas en las personas que habían residido en los Estados Unidos menos de cinco años que en las que habían residido en el país por 21 años o más. Las tasas eran también más bajas

en aquellos que habían residido en el país entre seis y 10 años que en los que habían residido en el país 21 años o más (45).

Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad

La Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (*National Comorbidity Survey-Replication*, NCS-R) realizada por Kessler y colaboradores (46) es una encuesta representativa a nivel nacional sobre la prevalencia y los correlatos de los trastornos mentales. La encuesta se llevó a cabo entre febrero de 2001 y abril de 2003 y fueron entrevistadas personas adultas de habla inglesa mayores de 18 años pertenecientes a 9.282 hogares de los Estados Unidos. La NCS-R fue realizada una década después de la NCS original. La NCS-R repite muchas de las preguntas de la NCS, pero también la amplía para incluir diagnósticos más recientes basados en el DSM-IV mediante la CIDI. La NCS-R fue diseñada para investigar tendencias de tiempo y sus correlatos durante la década de 1990 y para ampliar los diagnósticos prevalentes y los correlatos de trastornos mentales con el fin de abordar un número de cuestiones substantivas y metodológicas importantes que fueron planteadas por el estudio original NCS realizado a principios de los años noventa.

Este estudio epidemiológico encontró prevalencias más bajas de trastornos psiquiátricos entre los grupos minoritarios en los Estados Unidos. Los datos de 5.424 hispanos, negros no-hispanos y blancos no-hispanos de la NCS-R demostraron que entre los hispanos y negros la prevalencia de los trastornos de depresión, del trastorno de ansiedad generalizada y de la fobia social era más baja. Además, entre los hispanos la prevalencia de la distimia, el trastorno opositor-desafiante y el trastorno de la hiperactividad del déficit de atención era más baja. Entre los negros no-hispanos la prevalencia del trastorno de pánico, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de control del impulso de inicio temprano era más baja. La especificación de

diferencias raciales-étnicas con respecto a características clínicas y sociales puede ayudar a identificar los factores protectores que disminuyen el riesgo de los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida entre los grupos minoritarios. El patrón de diferencias raciales-étnicas en cuanto al riesgo para los trastornos psiquiátricos sugiere la presencia de factores protectores que se originan en la niñez y que han generalizado sus efectos sobre los trastornos afectivos, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social (47).

La NCS-R también notificó que los grupos con mayor necesidad de tratamiento eran los grupos tradicionalmente no-tratados o “*underserved*”, en particular las personas mayores, las minorías raciales-étnicas, los grupos con sueldos bajos, sin seguro y los residentes de zonas rurales. De los entrevistados con trastornos mentales que estaban recibiendo servicios médicos, solamente 32,7% recibieron servicios calificados como “tratamiento mínimo adecuado.” Las probabilidades de tratamiento calificado como adecuado (es decir, haber realizado dos o más consultas en un sector apropiado o el llegar al tratamiento a la hora de la entrevista) eran más altas en los sectores especializados en salud mental (*Mental Health Specialty*, MHS) y más bajas en el sector médico general, que incluye el médico de atención primaria, otro médico general, o personal de enfermería (*General Medical*, GM) (48).

Encuesta Nacional Epidemiológica sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas

La Encuesta Nacional Epidemiológica sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, NESARC) realizada por Grant y colaboradores (49) consistió en un estudio nacional de 43.093 personas adultas de 18 años de edad y más. La muestra incluyó a 7.995 hispano-americanos, de los cuales 4.558 eran de origen mexicano. Los participantes contestaron preguntas sobre trastornos por uso de alcohol y drogas, y trastornos depresivos y de ansiedad por medio de la entrevista diagnóstica

AUDADIS-IV (*Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV*) (50).

Aproximadamente 15% de la muestra fue entrevistada en español. Este estudio es el primero en comparar cuatro grupos tomando en cuenta el lugar de nacimiento (nacidos en los Estados Unidos o inmigrantes) y el origen (mexicano o caucásico). En concordancia con resultados de estudios anteriores, que han mostrado el papel importante que juega la cultura en la protección de la salud mental de los inmigrantes (30), este estudio encontró que los mexicano-americanos y los caucásicos nacidos en los Estados Unidos tenían mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos que los inmigrantes nacidos en México u algún otro país. Este patrón se encontró tanto en la depresión mayor y la distimia como en los trastornos por abuso de alcohol y drogas y la ansiedad generalizada.

REFERENCIAS

1. Susser M. Causal thinking in the health sciences: concepts and strategies of epidemiology. New York: Oxford University Press; 1973.
2. Aguilar-Gaxiola S, Kessler RC, Magaña CG. Metodología de la investigación epidemiológica en salud mental. En: Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H, eds. *Psiquiatría*, 2.^a edición. México, DF: Editorial El Manual Moderno y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (coedición); 2005.
3. Alzate M. Epidemiología psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2003;32(1):85–92.
4. González de Rivera JL, Rodríguez Pulido F. El método epidemiológico en salud mental. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
5. Kessler RC. Psychiatric epidemiology: select recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(4): 464–74.
6. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: The Free Press; 1991.
7. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. The problem of validity in field studies of psychological disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1965;70: 52–69.
8. Feighner JP, Robins E, Guze SB. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry* 1972;26:57–63.
9. Endicott J, Spitzer RA. Diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1978; 137:837–844.
10. Newman SC, Shrout PE, Bland RC. The efficiency of two-phase designs in prevalence surveys of mental disorders. *Psychological Medicine* 1990;20:183–193.
11. Robins LN, Helzer JE, Croughan JL, Ratchliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry* 1981;38:381–389.
12. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004;13(2):93–121.
13. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0. Geneva: WHO; 1990.
14. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:413–426.
15. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:299–305.
16. Costello EJ, Messer SC, Bird HR, Cohen P, Reinherz HZ. The prevalence of serious emotional disturbance: a re-analysis of community studies. *Journal of Child and Family Studies* 1998;7: 411–432.
17. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (WHO.ICD 10). Version for 2007. Geneva: WHO; 2007.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
19. Wing JH, Nixon J, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. *Psychological Medicine* 1977;7:505–516.
20. Kessler RC, Wittchen HU, Abelson J, Zhao S. Methodological issues in assessing psychiatric disorders with self-reports. En: Stone AA, eds. *The science of self-report: Implications for research and practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.
21. Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J. Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. En: Dohrenwend BP, ed. *Adversity, stress and psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

22. Larraya FP, Casullo MM, Viola FP. Prevalencia de la patología mental en la megalópolis de Buenos Aires. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; 1982.
23. Di Marco G. Prevalencia de desórdenes mentales en el área metropolitana de la República Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1982;28:93-102.
24. Aszkenazi M, Casullo MM. Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1984;30:11-20.
25. Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental* 1990;6:9-20.
26. Departamento de la Salud de las Personas. Las enfermedades mentales en Chile: Magnitud y consecuencias. Chile: Ministerio de la Salud; 1999.
27. Vicente BP, Rioseco PS, Valdivia SB, Kohn R, Torres SP. Estudio chileno de prevalencia en patología psiquiátrica. *Revista Médica Chilena* 2002; 130:527-536.
28. Caraveo-Anduaga J. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; 19:8-13
29. Caraveo-Anduaga J, Colmenares EB, Saldivar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental* 1999;22:62-67.
30. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:771-778.
31. Aguilar-Gaxiola S, Alegría M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, Dewit DJ et al. The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. En: Dragomirecká E, Palcová A, Papezová H, eds. *Social Psychiatry in Changing Times*. Psychiatrické Centrum, Praga; 2000:86-96.
32. Kessler RC, Mickelson KD, Barber C, Wang P. The association between chronic medical conditions and work impairment. En: Rossi AS, ed. *Caring and Doing for Others: Social Responsibility in the Domains of Family, Work, and Community*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2001:403-426.
33. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8-19.
34. Alegría M, Kessler RC, Bijl R, Lin E, Heeringa SG, Takeuchi DT et al. Comparing data on mental health service use between countries. En: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2000:97-118.
35. Katz SJ, Kessler RC, Lin E, Wells KB. Medication management of depression in the United States and Ontario. *Journal of General Internal Medicine* 1998;13:77-85.
36. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* Geneva: WHO; 2001.
37. Weick S, Araya R. International and regional variation in the prevalence of common mental disorders: do we need more surveys? *British Journal of Psychiatry* 2004;184:289-290.
38. Karno M, Hough RL, Burnam MA, Escobar JL, Timbers DM, Santana F, Boyd JH. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in Los Angeles. *Archives of General Psychiatry* 1987;44:695-701.
39. Burnam MA, Hough RL, Karno M, Escobar JL, Telles CA. Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles. *Journal of Health and Social Behavior* 1987;28:89-102
40. Ortega AN, Rosenheck R, Alegría M, Desai RA. Acculturation and the lifetime risk of psychiatric and substance use disorders among Hispanics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000;188:728-735.
41. Al J. Mental health of Canada's immigrants. *Statistics Canada, Supplement to Health Report* 2002;13:1-11.
42. Canino G, Bird H, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 1987;44:727-735.
43. Alegría M, Takeuchi D, Canino G, Duane N, Shrout P, Aguilar-Gaxiola S, et al. Considering context, place and culture: the National Latino and Asian American Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004; 13(4):208-220.
44. Alegría M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health* 2007; 97(1):68-75.
45. Alegría M, Mulvaney-Day N, Woo M, Torres M, Gao S, Oddo V. Correlates of Past-Year Mental Health Service Use Among Latinos: Results From the National Latino and Asian American Study. *American Journal of Public Health* 2007; 97(1):1-8.

46. Kessler RC, Merikangas KR. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*; 13(2):60–68.
47. Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Kendler KS, Su M, Williams D, Kessler RC. Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychological Medicine* 2006;36(1):57–68.
48. Wang PS, Lane L, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(6): 629–640.
49. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R. The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence* 2003;71:7–16.
50. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(7): 830–842.

LA ENCUESTA DE SALUD MENTAL SÃO PAULO MEGACITY, BRASIL

Laura Helena Andrade¹ y Maria Carmen Viana²

INTRODUCCIÓN

El Brasil es el primer país en extensión de América Latina y el quinto en el mundo, con un área territorial de más de 8,5 millones de km² y una población de más de 185 millones de habitantes. El país está compuesto por 27 estados y 5.564 municipios (1). Durante los últimos decenios se ha producido una rápida transición demográfica debida principalmente a una constante reducción de la mortalidad infantil (27,6 por 1.000 nacidos vivos) y de las tasas de fecundidad (1,88 hijos por mujer), y a la mejora de la esperanza de vida al nacer (68,3 años para los hombres y 76,4 para las mujeres). Al mismo tiempo, se ha producido un lento desarrollo económico con incremento de los niveles de ingreso y educativo y un mejor acceso a la atención de salud, así como cambios tendientes a la urbanización y la modernización. Como resultado, se han modificado los patrones de morbilidad y mortalidad y ha tenido lugar una transición epidemiológica. Además, como consecuencia del mayor control de las enfermedades infecciosas y los avances en el tratamiento y la prevención de las enfermedades físicas crónicas tales como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, los trastornos mentales han ido paulatinamente ganando

terreno a la atención recibida por las enfermedades crónicas; sin embargo, las enfermedades transmisibles y los problemas de salud relacionados con la desnutrición y las complicaciones maternas o perinatales todavía son muy importantes en el país, especialmente en las zonas rurales, las de difícil acceso y las de la periferia de los centros urbanos.

Actualmente, 81% de la población brasileña vive en zonas urbanas, con un progresivo incremento de la migración interna, especialmente desde la región del Nordeste hacia las nuevas ciudades de la región Centro-Oeste y las zonas urbanas del Sudeste y el Sur del país. São Paulo y Goiás fueron los estados que recibieron más inmigrantes según el censo del año 2000 (2).

Los trastornos mentales representan un grave problema de salud pública y son causa de discapacidad, morbilidad y muerte prematura, tanto en los países desarrollados como en desarrollo (3–6). Aquejan a personas de todas las edades, en particular a las del grupo de edad económicamente activo, afectado por la gran repercusión de los graves problemas sociales, tales como el desempleo, la violencia, la pobreza y las inequidades.

La Organización Panamericana de la Salud ha resaltado en diversos documentos la importancia de contar con datos sobre prevalencia para así poder poner en práctica políticas y planes que garanticen la reestructuración de los servicios y los recursos, promover la re-

¹ Instituto de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de São Paulo, SP, Brasil.

² Escuela de Medicina, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil.

forma de la salud mental y aumentar los presupuestos, en concordancia con la importancia cada vez mayor que el área de los trastornos mentales ha ido adquiriendo en los últimos tiempos (7).

EL CONSORCIO INTERNACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

El Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (CIEP) (8) reunió a un conjunto de investigadores que realizaron estudios epidemiológicos en muestras representativas poblacionales de diferentes países, aplicando la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta 1.1 (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*) (9). El CIEP, bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, llevó a cabo análisis comparativos de los estudios realizados en el Hospital de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil (10); en Fresno, California, con una muestra de más de 4.000 inmigrantes mexicanos y personas de origen mexicano nacidas en los Estados Unidos (11); en la Ciudad de México (12) y en Turquía (13), así como también del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) de los Países Bajos (14) y de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos (15), entre otros. Estos estudios revelaron una alta prevalencia de vida de los trastornos mentales en la población, con tasas entre 35% y 50% aproximadamente. La depresión, la ansiedad y el consumo nocivo o la dependencia de sustancias psicoactivas fueron los trastornos más comúnmente notificados. La comorbilidad entre estos trastornos constituyó la regla, no la excepción, lo que incrementa el nivel de discapacidad asociada con estos trastornos. Sin embargo, incluso en las comunidades donde se facilita el acceso a los servicios de salud, fueron pocas las personas que acudieron en busca de tratamiento, lo que indica que existen barreras que van más allá de lo económico, tales como el estigma históricamente asociado con los trastornos mentales (16).

Los estudios realizados han proporcionado información importante en relación con la

edad de aparición de los trastornos, que en su mayor parte se presentan entre los 20 y 30 años de edad. La mediana de edad de aparición observada en los datos recopilados por el Consorcio era de aproximadamente 15 años para los trastornos de ansiedad, 21 para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y 26 para los trastornos del estado de ánimo. La aparición temprana de los trastornos mentales y el curso crónico de la enfermedad influyen en la productividad y representan, tanto para el individuo como para la familia y la sociedad, una carga mayor que la causada por las enfermedades físicas crónicas. En cuanto a los factores de riesgo, existía un modelo relativamente homogéneo en las diferentes culturas. Las mujeres presentaban un mayor riesgo de trastornos de ansiedad y depresión, y los hombres, de trastornos relacionados con el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas. Existía una relación inversa entre la situación socioeconómica y la comorbilidad. Aparentemente, estos resultados indican que ciertos trastornos mentales tienen mayor probabilidad de presentarse en los sectores desfavorecidos de la sociedad. Se observó un incremento de las enfermedades mentales en las cohortes más jóvenes, el denominado "efecto de cohorte", que consiste en que las tasas de prevalencia a lo largo de la vida de los diferentes trastornos son más altas en los jóvenes que en sucesivas generaciones. En el caso de los trastornos depresivos y el consumo de sustancias psicoactivas, el efecto de cohorte tenía mayor peso.

Asimismo, el análisis de los datos permitió detectar algunos errores. Uno de ellos consistía en que la recopilación de los datos sobre el uso de los servicios se hizo de forma distinta en cada país. Dado que las versiones de la CIDI utilizadas no contenían un módulo para evaluar sistemáticamente el uso de los servicios, fue prácticamente imposible comparar las tasas entre los diferentes países que participaron en el Consorcio. Otras cuestiones importantes sin respuesta, formuladas por Regier y colaboradores (17) en relación con la importancia clínica de los casos de alta prevalencia, eran el grado

de discapacidad y el tipo de intervención terapéutica necesaria. Narrow y colaboradores (18), con base en el concepto de significado clínico, recalcularon las tasas de prevalencia de los dos principales estudios epidemiológicos estadounidenses: la Encuesta de Captación Epidemiológica por Áreas (*Epidemiological Catchment Area, ECA*) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (*National Comorbidity Survey, NCS*). Se consideró que un trastorno era clínicamente significativo si el entrevistado había conversado con un médico u otro profesional de la salud acerca de sus síntomas, si estos interferían en su vida diaria, o si tomaba medicamentos como consecuencia de los síntomas notificados. Al aplicar estos criterios, las tasas de prevalencia se redujeron considerablemente, especialmente las obtenidas del NCS. Por otra parte, las tasas de prevalencia observadas en estos dos estudios eran menos discordantes después de la revisión. Los autores utilizaron indicadores de "validez" de la condición de caso, tales como la ideación suicida y las tasas de comorbilidad, las cuales confirmaron la mayor gravedad de los trastornos detectados por este método más restrictivo.

Aun cuando se emplea el concepto de pertinencia clínica, que reduce las estimaciones en cuanto a la necesidad de servicios, Henderson (19) plantea que si a una persona se le diagnostica un trastorno de por vida, ello no significa que necesite realmente disponer de servicios de salud mental. No se podría establecer una relación lineal entre los síntomas y la discapacidad. Por otro lado, si nos centramos en los trastornos más graves, existe el riesgo de que consumamos la mayor parte de los escasos recursos con resultados pobres en materia de salud pública. Según Kessler (20), la necesidad de los servicios no debe medirse teniendo en cuenta únicamente la discapacidad, ya que la prevención es eficaz frente a trastornos comunes, tales como los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas subsiguiente a los síntomas ansiosos y depresivos de los adolescentes (21). La detección de los individuos con mayor riesgo y el uso de estrategias de intervención específicas (tales como los mé-

todos cognitivo-conductuales centrados en el trastorno primario) podrían evitar algunos de estos casos futuros de dependencia.

La información retrospectiva sobre la aparición temprana de los trastornos más frecuentes requiere esclarecimiento (22). Se necesitan datos sobre el desarrollo, el temperamento, la relación con los progenitores y los factores de riesgo ambientales, recopilados independientemente, de los aspectos psicopatológicos, con objeto de clarificar la función de estos estresores en la patogénesis de la mayor parte de los trastornos.

La evaluación independiente de los aspectos psicopatológicos y la discapacidad constituye otro avance, ya que se sabe que las personas con síntomas psiquiátricos subsindrómicos pueden padecer una discapacidad importante y requerir tratamiento, aunque no se detecten como casos en las encuestas epidemiológicas.

Todos estos planteamientos del CIEP llevaron a que la Organización Mundial de la Salud iniciara en 1999 el Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental, con objeto de capitalizar sobre los avances logrados y abordar las limitaciones señaladas.

LA ENCUESTA DE SALUD MENTAL SÃO PAULO MEGACITY

La Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity es el componente brasileño de la Encuesta Mundial de Salud Mental, caracterizada por la rigurosa aplicación de criterios explícitos de diagnóstico y la realización de entrevistas clínicas estandarizadas en una muestra aleatoria de la población general adulta (18 años y más) residente en la Región Metropolitana de São Paulo. Aunque en el Brasil ya se habían realizado anteriormente encuestas epidemiológicas de la morbilidad psiquiátrica, la encuesta São Paulo Megacity es el primer estudio que evalúa la población general de toda la zona metropolitana de São Paulo y proporciona estimaciones de la prevalencia de una más amplia variedad de trastornos mentales en la población general adulta. La encuesta incorpora información más integral y detallada de cada

trastorno evaluado (criterios operativos de diagnóstico, edad de aparición, perfil clínico, duración y número de los episodios, gravedad de los síntomas, discapacidad, tratamiento, antecedentes familiares, y otros), evalúa una mayor variedad de factores de riesgo y permite hacer ajustes del estado socioeconómico, la migración interna y otras variables de confusión, y producir tasas ajustadas según la población.

La encuesta también aporta información nueva y pertinente sobre varios aspectos importantes, tales como la comorbilidad mental y física, los resultados adversos consecutivos a las enfermedades mentales, el uso de los servicios y la detección de las barreras de acceso a estos, los costos del tratamiento, la carga familiar, la exposición a la violencia y a acontecimientos traumáticos, así como referencias geográficas que permitan evaluar la repercusión de la situación socioeconómica y la infraestructura social en la salud mental, y proporcionar una respuesta adecuada a los problemas locales.

Además de realizar entrevistas en los hogares, la encuesta São Paulo Megacity condujo una serie de investigaciones clínicas y específicas con la finalidad de integrar los resultados epidemiológicos, la investigación clínica y las evaluaciones neurobiológicas. A una submuestra de las personas entrevistadas en la comunidad se les invitó a participar en una serie de evaluaciones de un día de duración en el Instituto de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, en diversos subproyectos que utilizaron el estudio de la comunidad como marco de muestreo. Uno de estos proyectos consistía en una revaloración clínica de los entrevistados mediante la entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*, SCID) (23), administrada por psiquiatras capacitados, con el objetivo de evaluar la validez clínica y calibrar las tasas de prevalencia observadas en la comunidad con base en la CIDI (24). Mediante otros dos estudios se evaluaron más detenidamente los trastornos psiquiátricos más importantes y graves. El primer estudio se centró en la enfermedad

psicótica no afectiva, en el que todos los entrevistados que notificaban cualquier síntoma psicótico en el tamizaje mediante la CIDI fueron reevaluados mediante los cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (25), y se les practicó una resonancia magnética cerebral. El segundo estudio consistió en evaluar a los entrevistados de 60 años y más, con la finalidad de detectar el deterioro cognitivo en la fase inicial y el espectro del deterioro cognitivo en su evolución hasta la demencia, y correlacionar el perfil clínico con los resultados de la resonancia magnética. Se introdujo otro subproyecto para detectar los comportamientos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual e infección por el VIH/sida y su asociación con la morbilidad psiquiátrica y el consumo de alcohol y drogas.

Se llevó también a cabo una evaluación estandarizada de la salud física con respecto a síntomas físicos comunes (dispepsia, cefalea, mareo, fatiga y dolor torácico), mediciones antropométricas y análisis de sangre (glucosa, colesterol total y HDL, triglicéridos y función hormonal tiroidea), con la finalidad de estudiar detalladamente y con métodos más objetivos la comorbilidad física y mental, así como las manifestaciones físicas de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos, y ayudar a planificar más ampliamente la atención a necesidades de salud y sociales.

Teniendo en cuenta las características megarurbanas de la población destinataria y las elevadas tasas de criminalidad en la zona metropolitana de São Paulo, también se llevó a cabo un importante subproyecto que analizó el perfil de la violencia y las experiencias traumáticas de las que los entrevistados eran víctimas o perpetradores, y evaluó su asociación con la morbilidad psiquiátrica para tratar de determinar las relaciones causales y de consecuencia. Se evaluó a los encuestados mediante un cuestionario que analiza en profundidad la exposición a la adversidad y la violencia en la niñez y la adolescencia, en particular la desatención, el maltrato físico y el abuso sexual, el entorno familiar disfuncional y la muerte de progenitores y familiares cercanos, y mediante

la Escala de Tácticas de Conflicto revisada (26), que examina la violencia doméstica en la edad adulta con preguntas adicionales sobre la niñez. También se utilizó un cuestionario que evalúa la exposición a la violencia y la participación en actos criminales o violentos en la edad adulta.

El empeoramiento de las condiciones de vida en los grandes conglomerados urbanos y la asociación positiva entre la exclusión social y los trastornos psiquiátricos confirman la importancia de un estudio de esta magnitud en la zona metropolitana de São Paulo. Un estudio realizado en Gran Bretaña ha demostrado que las tasas de morbilidad psiquiátrica son mayores entre las personas que viven en las zonas urbanas, probablemente como consecuencia de las condiciones de vida adversas (27). Los grupos sociales que viven en condiciones adversas y están sometidos a estrés crónico podrían tener mayores probabilidades de presentar trastornos mentales. Ludermir y Melo (28), en un estudio realizado en Olinda (Pernambuco), indicaron que la exclusión social, agravada por el acceso limitado a la educación, era un importante factor de riesgo de los trastornos mentales. En los últimos años, los suburbios metropolitanos de las ciudades han experimentado un mayor crecimiento que sus zonas centrales, lo que ha causado un considerable incremento de las regiones pobres sin las infraestructuras apropiadas. Según Maricato (29), el proceso de urbanización del Brasil es como una máquina que genera barrios marginales y pobres. Entre 1991 y 1996, los suburbios de São Paulo aumentaron 16,3%.

La zona metropolitana de São Paulo está constituida por 39 municipios y tiene una superficie de 8.051 km², equivalentes a la superficie de países pequeños tales como el Líbano (10.452 km²), Jamaica (10.991 km²) y Puerto Rico (9.104 km²). La extensión de la zona urbana es de aproximadamente 2.590 km². Su población, según los datos del Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE), es de 19,7 millones y se encuentra entre las 10 zonas metropolitanas más pobladas del mundo. Aproximadamente uno de cada 10 habitantes vive en

la zona metropolitana. La población es aproximadamente 66% mayor que la de la región metropolitana de Rio de Janeiro, la segunda del país. La zona metropolitana de São Paulo constituye el mayor polo económico del país, con un producto interno bruto (PIB) en 2000 de \$99.100 millones, lo que corresponde aproximadamente a 16,7% del PIB total. La zona metropolitana posee los más importantes complejos industriales, comerciales y especialmente financieros que controlan las actividades económicas privadas del país, lo cual atrae a un gran número de inmigrantes de todas las regiones del país debido al empeoramiento de la calidad de vida en general y la creciente inequidad social y económica en la región. El Mapa de Exclusión/Inclusión Social de São Paulo muestra que de los más de 10 millones de habitantes de la ciudad, 89,0% viven por debajo de un estándar de vida aceptable, un millón más que 10 años atrás (30). Pedroso (31) planteó que aunque el valor del Índice de Desarrollo Humano de São Paulo era de 0,841, existía una significativa heterogeneidad socioeconómica. El Índice de Desarrollo Humano es un indicador social estadístico elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo que tiene en cuenta la esperanza de vida al nacer, el nivel educativo y el PIB real per cápita. En Pinheiros, el barrio más desarrollado y que ocupaba la primera posición, el Índice de Desarrollo Humano era de 0,91 (con una esperanza de vida de 78,2 años, una tasa de analfabetismo de 1,8%, una media de años de escolarización de 12,7 y un ingreso per cápita de 1.604,16 reales brasileños por mes). En el otro extremo, el Índice de Desarrollo Humano en Jardim Angela (en 31.ª posición), era de 0,65 (con una esperanza de vida de 63,5 años, una tasa de analfabetismo de 10,3%, una media de años de escolarización de 5,8 y un ingreso medio per cápita de solo 155,19 reales brasileños).

El objetivo principal de realizar esta encuesta en la zona metropolitana, una zona real definida administrativa y geográficamente, era lograr una imagen detallada de la morbilidad psiquiátrica que proporcione estimaciones de los costos directos e indirectos y de la dis-

capacidad asociada. Con estas estimaciones y una mejor comprensión del contexto local de la atención de salud mental, se podrán determinar las barreras de acceso a los servicios. Este estudio guiará la asignación del escaso presupuesto destinado a la salud mental para desarrollar políticas sanitarias que concuerden con las necesidades de la población local.

MÉTODO

Se examinó una muestra aleatoria de 5.037 personas de 18 años y más, residentes en hogares fijos de la zona metropolitana de São Paulo (32). Esta zona está constituida por 39 municipios y tiene una población total aproximada de 20 millones de habitantes, de los cuales 12 millones tienen 18 años de edad o más.

El diseño de la muestra fue polietápico, estratificado, aleatorio y de conglomerados. En cada hogar se seleccionó aleatoriamente también a una persona mediante la tabla de Kish. Además, también de manera aleatoria, se seleccionó una submuestra constituida por 20% de las personas casadas o que vivían como tales que habían sido entrevistadas previamente, y se entrevistó a uno de los cónyuges. En todos los estratos, las unidades primarias de muestreo eran zonas del recuento censal del año 2000, definidas cartográficamente y actualizadas por el IBGE (2). Cada uno de los municipios era autorepresentativo y contribuía al tamaño de la muestra total según su densidad demográfica; en su conjunto constituían el 60% de la muestra total. La ciudad de São Paulo, formada por cinco regiones y 96 unidades primarias de muestreo, constituía el 40% de la muestra total.

La información se obtuvo mediante la versión papel y lápiz de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Encuesta Mundial de Salud Mental (*Composite International Diagnostic Interview*, WMH-CIDI), traducida y adaptada al portugués brasileño (33). La WMH-CIDI es una entrevista diagnóstica plenamente estructurada que genera diagnósticos incluidos en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y

en el DSM-IV. Los datos fueron recopilados entre mayo de 2005 y abril de 2007 por entrevistadores legos que durante cinco días recibieron una capacitación estandarizada dirigida por los investigadores principales. La WMH-CIDI consta de secciones clínicas y no clínicas y se divide en dos partes. A todos los entrevistados que cumplieron los criterios de diagnóstico a lo largo de la vida de cualquiera de los trastornos centrales evaluados en la primera parte (depresión, manía, fobia específica, fobia social, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno explosivo intermitente, propensión al suicidio, trastornos por abuso de sustancias psicoactivas como alcohol y otras drogas, con excepción de la nicotina) y a una muestra aleatoria, constituida por el 25% de los que no se consideraron como casos, se les administró también la segunda parte, que constaba de módulos no clínicos y secciones clínicas no centrales (dependencia de la nicotina, trastornos de los hábitos alimentarios, trastorno premenstrual, trastorno obsesivo-compulsivo, experiencias psicóticas, ludopatía, trastorno de estrés posttraumático, ansiedad de separación, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno negativista desafiante).

En este informe se presentan los resultados preliminares estimados para una submuestra de los primeros 2.519 casos de la muestra final y las tasas de prevalencia de vida de los trastornos del DSM-IV evaluados en la primera parte, con excepción de la propensión al suicidio. Para todos los diagnósticos se excluyó la organicidad. No se tuvieron en cuenta las reglas jerárquicas de diagnóstico del DSM, salvo para la agorafobia, que solo se diagnosticó en ausencia de trastorno de pánico.

Se calcularon las tasas ponderadas de prevalencia en forma de porcentajes y errores estándar, y se determinaron los cocientes entre mujeres y hombres. Se calcularon las razones de probabilidades con los intervalos de confianza de 95% para cada uno de los diagnósticos a lo largo de la vida considerados, con el sexo como factor determinante (y la categoría hombre como referencia).

La Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity fue aprobada por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo.

RESULTADOS

El cuadro 1 muestra la distribución por edad y sexo de la submuestra, ponderada según la estructura del censo de población. Los hombres representaban 48,7% de esta submuestra. La población destinataria era relativamente joven: aproximadamente 58% de los individuos eran menores de 40 años y cerca de 12%, de 60 años de edad y más.

El cuadro 2 muestra las tasas de prevalencia de vida de los trastornos clasificados según el DSM-IV. El trastorno más prevalente era el episodio depresivo mayor (17,7% de la muestra refirió al menos un episodio a lo largo de la vida), seguido de la fobia específica (12,4%), el trastorno de ansiedad más frecuente. El siguiente trastorno más prevalente era el consumo excesivo de alcohol, que se observa aproximadamente en una de cada 10 personas, seguido de la fobia social, con una prevalencia notablemente alta (cerca de 6%).

El sexo constituye un factor determinante para la mayoría de los trastornos considerados, con pocas excepciones. La probabilidad de pa-

decer trastornos del estado de ánimo (a excepción del trastorno bipolar, para el que no existía ninguna diferencia entre sexos) y trastornos de ansiedad era mayor en las mujeres. Con respecto a los trastornos por consumo de drogas, los hombres presentaban tasas mayores de consumo excesivo o dependencia de alcohol u otras drogas a lo largo de la vida. Un resultado sorprendente es la ausencia de diferencias entre sexos en cuanto a la presentación del trastorno explosivo intermitente, un trastorno del control de la impulsividad habitualmente más prevalente en hombres.

OBSERVACIONES

Los resultados parciales obtenidos subrayan la alta prevalencia de los trastornos mentales en los adultos que viven en la zona metropolitana de São Paulo, particularmente de la depresión mayor, las fobias y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. La frecuencia de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad era significativamente mayor en las mujeres, mientras que los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas fueron más frecuentes entre los hombres.

Si se comparan las tasas de los trastornos más prevalentes (depresión en las mujeres y consumo excesivo de alcohol en los hombres) de la Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity con las de otros países latinoamericanos que participaron en el Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental, las estimaciones correspondientes a la zona metropolitana de São Paulo muestran cifras superiores a las de México (34) y similares a las observadas en Colombia, particularmente en lo que se refiere al consumo excesivo de alcohol (35). La estructura sociodemográfica de la población (la distribución por edades, las diferencias socioeconómicas y la composición rural o urbana de las muestras) podría explicar estas diferencias. Por otra parte, los aspectos culturales podrían relacionarse con la admisión de los síntomas en las entrevistas legas. Es particularmente sorprendente la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor observada en la Encuesta São

CUADRO 1. Distribución demográfica de la submuestra de la Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity ponderada, según el censo de población del año 2000 (N = 2.519).

Edad y sexo	Submuestra (%)	Submuestra ponderada	Censo (%)
		Primera parte	
Edad			
18–29	24,8	33,1	33,9
30–39	24,3	25,2	24,1
40–49	22,1	19,2	18,8
50–59	15,4	10,8	11,4
60–69	8,2	6,7	6,8
70+	5,1	5,0	5,0
Sexo			
Hombres	43,8	48,7	47,2
Mujeres	56,2	51,3	52,8

CUADRO 2. Tasas de prevalencia de vida de los trastornos mentales, determinadas mediante la Encuesta de Salud Mental São Paulo Megacity (datos preliminares) y ponderadas, según el censo de población del año 2000 (N = 2.519).

	Total		Hombres		Mujeres		Cociente		χ ^{2a}	p
	N	%	%	EE	%	EE	M:H	(IC = 95%)		
		EE								
Trastornos de ansiedad										
Trastorno de pánico	43	1,6	1,0	0,3	2,1	0,4	2,1:1	1,6 (1,0-2,6)	5,71	0,016
Trastorno de ansiedad generalizada	116	3,8	2,9	0,5	4,6	0,6	1,6:1	1,3 (1,0-1,6)	4,46	0,029
Fobia social	145	5,9	4,4	0,6	7,3	0,7	1,7:1	1,4 (1,1-1,7)	9,8	0,0017
Fobia específica	331	12,4	8,7	0,8	15,9	0,9	1,8:1	1,5 (1,3-1,7)	30,94	<0,0001
Agorafobia sin pánico ^b	75	2,9	1,2	0,3	4,4	0,5	3,7:1	2,4 (1,5-3,8)	23,66	<0,0001
Trastornos del estado de ánimo										
Episodio depresivo mayor	464	17,7	10,9	0,9	24,1	1,1	2,2:1	1,8 (1,5-2,0)	30,94	<0,0001
Distimia	32	1,4	0,8	0,3	1,9	0,4	2,4:1	1,7 (1,1-3,0)	5,87	0,015
Trastorno bipolar I y II	48	2,3	2,6	0,5	2,1	0,4	0,8:1	0,9 (0,7-1,4)	0,73	0,39
Trastornos por consumo de sustancias										
Abuso de alcohol	225	9,6	14,8	1,1	4,7	0,6	0,3:1	0,6 (0,5-0,7)	74,29	<0,0001
Dependencia de alcohol	79	3,0	5,1	0,7	1,1	0,3	0,2:1	0,6 (0,5-0,7)	35,09	<0,0001
Abuso de drogas	62	3,3	5,2	0,7	1,4	0,3	0,3:1	0,6 (0,5-0,7)	29,1	<0,0001
Dependencia de drogas	36	1,9	2,6	0,5	1,2	0,3	0,5:1	0,7 (0,6-0,9)	6,79	0,009
Trastornos de la impulsividad										
Trastorno explosivo intermitente	111	4,5	3,8	0,6	5,1	0,6	1,3:1	1,2 (0,9-1,5)	2,35	0,12

^a Se tienen en cuenta las reglas jerárquicas.

^b gf = 1.

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV); EE = error estándar; IC = intervalo de confianza.

Paulo Megacity. Las tasas obtenidas de la encuesta (17,7%) también son mayores que las observadas en los países europeos (36), pero muy similares a las notificadas en la Réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos (37) y en la Encuesta de Salud Mental de Nueva Zelanda (38).

Se está llevando a cabo un análisis más extenso, que utiliza el total de los datos, examina la gravedad clínica de los trastornos y su tratamiento, e informa sobre el alcance de los objetivos del estudio, cuyos resultados se notificarán posteriormente.

La Encuesta São Paulo Megacity presenta diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta. El estudio estuvo dirigido a personas que residían en sus hogares, y no fueron evaluadas las que no tenían hogar o que vivían en instituciones. Además, la población destinataria estaba constituida únicamente por personas que vivían en zonas urbanas. Asimismo, los resultados presentados son parciales y están basados en la prevalencia a lo largo de la vida hasta la fecha del estudio (es decir, la proporción de la población que presentaba un trastorno a lo largo de la vida hasta la edad alcanzada en el momento de la entrevista) en lugar del riesgo previsto a lo largo de la vida (es decir, la proporción calculada de la población que habría padecido el trastorno al llegar al final de la vida), aunque este último sea más importante para las finalidades de planificación de las políticas.

REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE); 2006. Síntese de Indicadores Sociais. Se puede consultar en: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2005/Tabelas/ (Tab.101).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos indicadores sociais 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2001.
3. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
4. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry* 1996;(30): 38–43.
5. Lecrubier Y, Ustun TB. Panic and depression: a worldwide primary care perspective. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13(Supl.4):S7–11.
6. Thornicroft G, Maingay S. The global response to mental illness: An enormous health burden is increasingly being recognised. *BMJ* 2002;325: 608–609.
7. OPAS—Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório da 128.a Sessão do Comitê Executivo. Tema 4.11 da Agenda provisória. Washington, DC; 2001.
8. Aguilar-Gaxiola S, Alegria M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, Dewit DJ et al. The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. En: E Dragomirecká E, Palcová A, Papezová H, eds. *Social Psychiatry in Changing Times*. Praga: Psychiatrické Centrum; 2000.
9. Robins LN, Helzer JE, Cottler LB, Goldring E. *The Diagnostic Interview Schedule*. Version III-R. St. Louis: Washington University School of Medicine; 1988.
10. Andrade L, Walters E, Gentil-Filho V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the City of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002;37:316–325.
11. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican-Americans in California. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55:771–778.
12. Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, Martínez-Vélez, A, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996;19:14–21.
13. Kylyç C. *Mental health profile of Turkey: Main Report*. Ankara: Ministry of Health Publications; 1998.
14. Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, Rijk C, Langendoen Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33:581–586.
15. Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshelman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8–19.
16. Kessler RC, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders: WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization* 2000a;78:413–426.

17. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC et al. Limitation of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implication for research and policy. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:109–115.
18. Narrow WE, Era DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59(2):115–23.
19. Henderson S. Conclusion: the central issues. En: Gavin A, Scott H, eds. *Unmet Needs in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
20. Kessler RC. Some considerations in making resource allocation decisions for the treatment of psychiatric disorders. En: Gavin A, Scott H, eds. *Unmet Need in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press 2000b.
21. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H et al. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *Br J Psychiatry* 1996; Supl(30):58–67.
22. Wittchen HU, Reed V, Kessler RC. The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:1017–1024.
23. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(8):624–629.
24. Kessler RC, Ustun TB The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004;13(2):93–121.
25. Brugha TS, Jenkins R, Taub N, Meltzer H, Bebbington PE. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med* 2001;31(6):1001–13.
26. Straus M, Hamby S, Boney-McCoy S, Sugarman D. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 1996;17(3):283–316.
27. Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, Brugha TS, Meltzer H. Urban-rural mental health differences in Great Britain: findings from the national morbidity survey. *Psychol Med* 2000;30(2):269–80.
28. Ludermir AB, Melo-Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a um transtorno mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2):213–21.
29. Maricato E. *Brasil, cidades: alternativas para a crise urbana*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2001.
30. Izique CO. Mapa da exclusão. *Revista Pesquisa Fapesp* 2003;83:15–20.
31. Pedroso MM. *Desenvolvimento Humano no Município de São Paulo—Uma cartografia socioeconômica como contribuição ao planejamento de políticas públicas*. Dissertação de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003.
32. Viana MC, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey. A Population-Based Epidemiological Study of Psychiatric Morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: Rationale and Methods. Apresentado a la *Revista Brasileira de Psiquiatria [Brazilian Journal of Psychiatry]*; 2008a.
33. Viana MC, Viana-Moldes I, Wang YP, Andrade LH. The World Mental Health Survey Initiative Version of the Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI): Translation and adaptation to Brazilian-Portuguese: The Instrument used in the São Paulo Megacity Mental Health Survey. Apresentado a la *Revista Brasileira de Psiquiatria [Brazilian Journal of Psychiatry]*; 2008b.
34. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry* 2007;190:521–8.
35. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Gómez L. Prevalence of mental disorders and use of services: Preliminary results from the National Study of Mental Health, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria* 2004;33:241–61.
36. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Eseméd/Mhedeá 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Eseméd) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd) project. *Acta Psychiatr Scand Supl.*2004;(420):21–7.
37. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593–602.
38. Oakley BMA, Wells JE, Scott KM, McGee MA; New Zealand Mental Health Survey Research Team. Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(10):865–74.

LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN COLOMBIA: RESULTADOS DEL ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, COLOMBIA, 2003

José Posada-Villa,¹ Sergio Aguilar-Gaxiola² y Natalia Deeb-Sossa³

CONTEXTO GENERAL

Según el último censo de población realizado en 2005, la población de Colombia era de 41,5 millones de habitantes (1). En las últimas décadas se ha presentado un importante descenso en las tasas de fecundidad, consecuente con la baja en la tasa de crecimiento total y en la tasa de mortalidad infantil, y con el incremento de la esperanza de vida. Las principales características de la etapa de transición demográfica por la que atraviesa el país tienen relación con el gran peso de la población joven dentro de la estructura poblacional total, la reducción de la importancia relativa de la población menor de 15 años y la tendencia al envejecimiento aún moderada. Gracias a estas características demográficas, el país atraviesa por una situación en la que las relaciones de dependencia económica entre la población que está en edad de producir (15–60 años) y la de menores de 15

años y mayores de 60 es altamente favorable para el país. Esta es una etapa única, que si es aprovechada integralmente ofrece claras ventajas para asegurar el aporte de la población joven (10–24 años), aumentar el empleo, elevar los niveles de ahorro e inversión, incrementar ingresos, reducir la pobreza, mejorar las condiciones de vida y lograr niveles sostenibles de desarrollo económico y social.

Dada la concentración de los ingresos, cerca de la mitad de la población colombiana (49,2%) se encuentra bajo la línea de pobreza y 14,7% está en condiciones de extrema pobreza. El 20% de la población más rica recibe 62% de los ingresos laborales, mientras que el 20% más pobre recibe solo 3%.

La inequidad económica se refleja también en el acceso limitado a ciertos bienes y servicios (como educación, salud y vivienda) y en las desigualdades que se manifiestan entre los sectores urbano y rural, siendo la diferencia de ingreso por persona en la zona urbana de aproximadamente 2,5 veces más que la de la zona rural. En términos de indicadores agregados a nivel nacional, la cobertura escolar es de 81% para los nueve años de educación básica y la tasa de analfabetismo en la población mayor de 15 años es de 7,6%. En 2003, la tasa de mortalidad materna era de 104,9 por cada 100.000

¹ Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, Colombia.

² Centro para la Reducción de las Disparidades en Salud, Escuela de Medicina, Universidad de California, Davis, EUA.

³ Departamento de Sociología, Universidad de California, Davis, EUA.

nacidos vivos. En 2005, la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año era de 19 por 1.000 y en menores de 5 años, de 26 por 1.000. Ese mismo año, la tasa de prevalencia del VIH/sida alcanzó el 0,7%.

La presencia del conflicto armado interno es uno de los factores que explica en cierta medida las limitaciones en cuanto a la presencia del Estado en algunas zonas del país, las dificultades de acceso a bienes y servicios que afectan a numerosas comunidades, las restricciones al ejercicio de los derechos políticos y a la participación ciudadana, y algunas de las insuficiencias del sistema de administración de justicia. Junto con el narcotráfico y los cultivos ilícitos, el conflicto armado ha generado en el país una difícil situación humanitaria, cuya principal expresión es el desplazamiento interno.

En el documento de planeación prospectiva Visión 2019, el gobierno de Colombia manifiesta su posición frente a los retos de desarrollo, la inserción global, el posconflicto y el mantenimiento de la paz. Puntualiza también los retos del país en el futuro, señalando los factores facilitadores y obstaculizadores del desarrollo y la paz, entre los cuales se destaca al narcotráfico y la cultura o sistemas de ilegalidad y violencia.

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud, reestructurándose así el Sistema Nacional de Salud colombiano, con el fin de mejorar su desempeño y garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como estrategia principal el aseguramiento de los individuos y sus familias, e incorpora mecanismos de solidaridad financiera, competencia entre los aseguradores y libertad de elección, entre otros. Hay dos regímenes de aseguramiento: el régimen contributivo, obligatorio para todos los trabajadores con contrato laboral e individuos con capacidad de pago, y el régimen subsidiado, dirigido

a los más pobres y vulnerables. El ingreso de las personas sin capacidad de pago al régimen subsidiado se determina mediante el SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales). Las personas no afiliadas a ninguno de los dos regímenes (denominadas temporalmente “vinculadas”) deben irse sumando gradualmente al sistema de aseguramiento. Entre tanto, la atención la reciben por conducto de la red pública de servicios de salud o de organizaciones privadas contratadas por el Estado para tal fin.

El aporte económico al régimen contributivo es compartido por el trabajador y el empleador (4% y 8,5% de los ingresos, respectivamente); los trabajadores independientes aportan 100%. El régimen subsidiado se financia por distintas fuentes fiscales y parafiscales e incluye recursos económicos que provienen del régimen contributivo, el cual actúa de manera solidaria.

La cobertura de aseguramiento garantiza un plan de beneficios en salud denominado Plan Obligatorio de Salud, que tiene algunas diferencias en su contenido según el tipo de régimen. Además, la Ley garantiza a todos los colombianos un Plan de Atención Básica, con acciones de salud pública, un Plan para Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito y la atención de urgencias en todo el territorio nacional.

El Estado, por conducto del Ministerio de la Protección Social, tiene a su cargo la dirección del Sistema; la vigilancia y el control están bajo la Superintendencia Nacional de Salud y de las autoridades públicas de los niveles departamental, distrital y municipal. En la administración del aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud compiten entidades públicas y privadas de manera regulada. Mediante la Ley 1122 de 2007, se establecieron algunas reformas complementarias al Sistema que buscan alcanzar una cobertura de aseguramiento universal en el año 2009 para las poblaciones especiales y para los pobres o vulnerables, disponiendo de recursos adicionales de solidaridad y de la aceleración de la transformación de subsidios de oferta en subsidios a la demanda.

Atención de los trastornos mentales

La responsabilidad institucional de la atención de la salud mental en el país por parte del Ministerio de la Protección Social se destaca en el documento Política Nacional del Campo de la Salud Mental (2), aunque no existe por el momento una cabeza administrativa o estructura institucional que lidere y oriente las políticas, planes, programas y proyectos de salud mental de manera específica. Estas funciones están enmarcadas dentro de los temas de promoción y prevención a cargo de la Dirección de Salud Pública del Ministerio.

Con la Ley 100 de 1993, los servicios de salud mental quedaron sometidos a las exigencias de la competencia en el mercado de los servicios de salud, lo cual coloca a la salud mental en situación de desventaja con respecto a otros campos de la atención de la salud más rentables desde el punto de vista económico. Esto ha disminuido paulatinamente el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud mental.

La Ley 1122 de 2007 abrió un espacio importante para la salud mental al establecer que el Plan Nacional de Salud Pública debía incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Asimismo, al proponer esta nueva política en el campo de la salud mental, se determinan metas y estrategias para los próximos cuatro años.

Existen en el país 512 servicios de psiquiatría habilitados, 1.980 servicios de psicología, nueve hospitales psiquiátricos estatales y 2.471 camas. Sin embargo, hay un acceso limitado a estos servicios, que en gran parte puede atribuirse a las carencias en los planes de beneficios y a las diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado.

En el país se han realizado tres estudios para examinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos a nivel nacional. El primero fue el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 1993 (3), que utilizó las escalas de Zung y el cuestiona-

rio de autonotificación para hacer el tamizaje en una muestra nacional de trastornos con criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III*) (4). Este estudio encontró una prevalencia de vida de 25,1% para la depresión mayor, de 9,6% para los trastornos de ansiedad y de 7,8% para el abuso de alcohol. El segundo estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas realizado en 1996 mostró que el consumo de alguna droga ilegal en Colombia, en cualquier momento de la vida, era de 6,5%, y el consumo en el último año de al menos una de estas sustancias, de 1,6% (5). El tercer estudio, realizado en 2000–2001, evaluó la presencia de depresión en una muestra nacional por medio de una versión revisada del módulo de depresión de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*). El estudio arrojó una prevalencia de 10% en los últimos 12 meses y de 8,5% en el último mes (6).

En un estudio sobre suicidios en Bogotá, realizado en 2002, se hallaron evidencias que sugieren un incremento del riesgo de suicidio en jóvenes entre 1995 y 2000 (7). Otras investigaciones epidemiológicas han estado dirigidas a evaluar la prevalencia y los factores de riesgo de los problemas de salud mental entre grupos vulnerables específicos, con particular énfasis en las personas desplazadas (8, 9). Puertas y colaboradores (10) utilizaron el cuestionario de autonotificación para examinar los trastornos mentales comunes en una muestra de población urbana pobre de la ciudad de Sincelejo, con énfasis en la evaluación de las necesidades entre la población desplazada de áreas rurales por la violencia política. De la muestra, 27% reunió criterios para trastornos mentales comunes y 14% para problemas por el uso excesivo de alcohol. La prevalencia de los primeros era significativamente mayor entre personas desplazadas. Harpham y colaboradores realizaron estudios de trastornos mentales comunes entre jóvenes de 15 a 25 años de la población urbana de la ciudad de Cali. Los estudios mostraron una alta prevalencia de este tipo de

trastornos, alrededor de 25% con alto riesgo asociado con el bajo nivel educativo, la pobreza y la exposición a violencia (11, 12).

Pérez-Olmos y colaboradores (13) evaluaron síntomas de trastorno de estrés postraumático en una muestra de niños de 5 a 14 años de edad en el departamento de Cundinamarca. Este estudio encontró una alta prevalencia de este tipo de trastornos y una fuerte asociación entre sus síntomas y la proximidad geográfica a la violencia política en la región. También han despertado interés en el país las necesidades en salud mental de la población afectada por los desastres naturales, entre los que podemos mencionar el terremoto ocurrido en la ciudad de Armenia en 1999 (14) y una erupción volcánica que destruyó Armero en 1985 (15, 16).

EL ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL

En el año 2003, el Ministerio de la Protección Social de Colombia realizó el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (*World Mental Health Survey Initiative*, WMH).

El estudio fue diseñado para ofrecer datos sobre un amplio rango de trastornos psiquiátricos y sobre el uso de los servicios de salud mental en la población urbana del país. Teniendo en cuenta las grandes deficiencias en el tratamiento de los trastornos mentales dentro de la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos datos son esenciales para definir la política nacional de salud mental. El objetivo de este informe es presentar los hallazgos sobre la prevalencia de vida y en los últimos 12 meses de los trastornos de ansiedad, el estado de ánimo, el control de impulsos y por uso de sustancias, así como sobre la utilización de los servicios de salud mental.

MÉTODO

Muestra del estudio

La información se recogió mediante una versión computarizada de la CIDI (17). Las en-

trevistas se realizaron cara a cara y la muestra estuvo constituida por 4.426 personas de 18 a 65 años de edad. Se seleccionaron 5.526 hogares ubicados en 25 departamentos de cinco regiones geográficas de Colombia: Bogotá, DC; Atlántico; Pacífico; Central y Oriental. Los municipios y las manzanas elegibles fueron seleccionados de manera aleatoria, utilizando una muestra probabilística, multietápica y estratificada. Los hogares elegibles fueron seleccionados por medio de una submuestra de la muestra maestra del Ministerio de la Protección Social con base en datos censales recolectados por el DANE. Se obtuvo consentimiento informado de cada una de las personas antes de su participación en el estudio y la investigación fue aprobada por un comité de ética idóneo.

Entrevistas

Las entrevistas fueron realizadas por personal capacitado por el equipo investigador y con la ayuda de un computador (18, 19). Se utilizó la metodología de entrevista en dos partes estandarizada de la WMH. Todos los participantes respondieron las preguntas de la parte I de la entrevista. De ellos, los que reunían criterios diagnósticos para algún trastorno en algún momento de la vida y 25% de la submuestra probabilística que no reunieron este requisito, pasaron a responder las preguntas de la parte II, las cuales fueron ponderadas por el inverso de la probabilidad de selección de la parte II, con el objeto de hacer ajustes por submuestreo. Todos los análisis del informe utilizaron las ponderaciones de la parte II, e incluyeron ajustes por probabilidad diferencial de selección dentro de los hogares y post-estratificación de las distribuciones de la población por variables sociodemográficas.

Se tradujo al español la versión en inglés de la encuesta WMH, conforme con las recomendaciones de la OMS, y se utilizó en Colombia y México (16, 20, 21). El control de calidad estuvo a cargo de la OMS/OPS en Ciudad de México y el Centro Coordinador de Recolección de Datos de la WMH del Centro de Investigaciones de Encuestas de la Universidad

de Michigan. El objeto de este proceso era asegurar la adecuada recolección de los datos y especificar los procedimientos de su limpieza y codificación.

Los datos presentados en el informe, recopilados por medio de la CIDI, incluyeron las siguientes variables sociodemográficas: edad (18–29, 30–44, 45–54 y mayores de 55); sexo; estado civil (soltero, casado, unión libre, separado, divorciado, viudo); educación (ninguna o primaria, secundaria incompleta, secundaria completa, post-secundaria) e ingreso familiar (bajo, promedio bajo, promedio alto y alto). Las categorías de ingreso fueron definidas como baja (proporción del ingreso económico familiar total de los miembros del hogar menos de la mitad de la mediana de la muestra), de promedio bajo (proporción entre 0,5 y 1,0), de promedio alto (proporción entre 1 y 3) y alta (proporción por encima de 3). Se utilizaron los procedimientos estandarizados de la WMH para definir las categorías de ingreso.

Valoración de los trastornos mentales

Los trastornos fueron clasificados de acuerdo con el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) (22), de la manera siguiente: trastornos de ansiedad (agorafobia, ansiedad generalizada, angustia, estrés post-traumático, fobia social, fobia específica); trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar I y II, distimia, trastorno depresivo mayor); trastornos que incluyen algún problema con el control de impulsos (trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastorno de déficit de atención, trastorno explosivo intermitente) y trastornos por uso de sustancias (abuso y dependencia de alcohol y drogas). Se utilizaron reglas de exclusión de organicidad al definir los diagnósticos.

El cálculo de la prevalencia de vida se basó en la proporción de entrevistados que notificaron haber tenido alguna vez en la vida un trastorno dado. Para calcular la prevalencia de 12 meses se tomó la proporción de los entrevistados que notificaron que el episodio más reciente del trastorno ocurrió en algún momento de los 12 meses anteriores a la entrevista.

Para clasificar la severidad de los trastornos con prevalencia de 12 meses se utilizaron los términos de la WMH de “grave”, “moderado” y “leve”. Fueron clasificados como “graves” aquellos que reunían criterios para al menos un trastorno de prevalencia de 12 meses del DSM-IV/CIDI; recibieron un diagnóstico de trastorno bipolar I en los 12 meses anteriores; tuvieron intentos de suicidio el año anterior; recibieron algún diagnóstico de dependencia de sustancias con síntomas fisiológicos, y notificaron al menos dos áreas de funcionamiento de un rol con severo deterioro de este debido a un trastorno mental según la Escala de Discapacidad de Sheehan (23) o deterioro del funcionamiento general a un nivel consistente con una evaluación de funcionamiento global de 50 o menos (24). Los entrevistados que presentaron al menos un trastorno y un nivel moderado de deterioro en cualquier dominio de la Escala de Discapacidad de Sheehan, o que presentaban dependencia de sustancia sin signos fisiológicos, fueron clasificados como “moderado”. Todos los casos restantes que reunieron criterios para trastorno del DSM fueron clasificados como “leve”.

Tratamiento

Una de las preguntas a responder por parte de los entrevistados era si habían recibido alguna vez tratamiento para “problemas emocionales, de los nervios o de uso de alcohol o drogas”. Se les entregó una lista de servicios de atención en salud y proveedores de servicios, que incluía psiquiatras, médicos generales o médicos de familia, otros médicos, trabajadores sociales, consejeros, otros profesionales de la salud mental, consejeros o asesores religiosos o espirituales o cualquier otro curandero (por ejemplo quiropráctico, yerbatero).

El uso de los servicios de salud en el último año fue clasificado en los siguientes grupos: psiquiatra; otro tipo de atención en salud mental (no psiquiatra, psicólogo, trabajador social o consejero especializado en salud mental); servicios de medicina general (médico de atención primaria, otro tipo de médico, enfermera); servicios sociales (consejero religioso o espiri-

tual, trabajador social, consejero de algún otro campo no relacionado con la salud mental especializada); y servicios de medicina alternativa complementaria, distintos a curanderos (por ejemplo, quiroprácticos, grupos de apoyo por Internet, grupos de autoayuda). Los psiquiatras y otros profesionales de atención en salud mental fueron incluidos en la categoría "cualquier atención en salud mental", los servicios de atención en salud mental y de salud general en la categoría "atención en salud" y los servicios sociales y de medicina alternativa complementaria en la categoría "atención que no es del sector salud".

Se utilizó la definición de tratamiento mínimo adecuado de los primeros informes de la WMH, guiados por información basada en la evidencia (25): recibir farmacoterapia (no menos de dos meses de una medicación apropiada para el trastorno específico y no menos de cinco consultas con cualquier tipo de médico); participar en sesiones de psicoterapia (no menos de ocho sesiones, con un promedio de duración de 30 minutos y con algún profesional de atención en salud o de servicios sociales); participar en sesiones de autoayuda (de cualquier duración en el caso de trastornos por abuso de sustancias). La medicación apropiada para los trastornos depresivos fueron los antidepresivos, los estabilizadores del ánimo o agentes antipsicóticos para los trastornos bipolares, los agentes antidepresivos o ansiolíticos para los trastornos de ansiedad, y los antagonistas o agonistas (disulfiram, naltrexona, metadona) para los trastornos por alcohol y otras sustancias.

ANÁLISIS

Los cálculos de prevalencia, patrones de uso de servicio y errores estándar se obtuvieron por medio del método de series de Taylor implementado con el software SUDAAN (26). Los predictores sociodemográficos de prevalencia de vida de los trastornos fueron examinados mediante el análisis de sobrevivencia en tiempo discreto con persona-años como unidad de análisis (26). En los análisis de sobrevivencia descritos, las variables sociodemográficas

que cambian en el tiempo (nivel educativo, estado civil) fueron tratadas como predictores variables en el tiempo.

Se utilizaron análisis de regresión logística (27) con el fin de identificar los predictores sociodemográficos de trastornos mentales, la severidad de la enfermedad mental, el tratamiento médico utilizado en los últimos 12 meses y los criterios para el tratamiento mínimo adecuado. Los cálculos del cociente de posibilidades y sus correspondientes intervalos de confianza (95%) fueron ajustados para efectos de diseño. Las pruebas de significancia multivariadas fueron hechas con las pruebas de Wald, en las cuales se utilizó el método de series de Taylor con diseño de matrices basadas en coeficiente de varianza-covarianza. El Centro Coordinador de Análisis de la WMH en el Departamento de Políticas de Atención en Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard realizó los análisis. Todas las pruebas estadísticas fueron evaluadas mediante la prueba bilateral o la prueba de dos colas, y los valores p de menos de 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Los jóvenes y los hombres tuvieron menor probabilidad de haber sido incluidos en la muestra no ponderada, si se compara la muestra con los datos del censo de 1993 de toda la población colombiana. Con ponderación, tanto las muestras de la parte I como las de la parte II estuvieron muy cercanas a los datos censales con respecto a la distribución por edad y sexo (Cuadro 1).

Prevalencia de vida de los trastornos mentales

La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental diagnosticado en el estudio con criterios del DSM-IV/CIDI era de 39,1%. Los trastornos específicos más comunes eran la fobia simple (12,5%), el trastorno depresivo mayor (12,0%), el trastorno de ansiedad de separación (9,8%) y el abuso de alcohol (9,2%). Los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes (25,3%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (14,6%). De los encuestados, 17,8% tenía dos o más trastornos y 8,3%, tres o más (Cuadro 2).

CUADRO 1. Distribución demográfica de la muestra comparada con la población sobre variables post-estratificadas, Colombia, 2003.

Edad y sexo	Parte I		Parte II		Censo de 1993 (%)
	Muestra no ponderada (%)	Muestra ponderada (%)	Muestra no ponderada (%)	Muestra ponderada (%)	
Edad					
18-25	22,4	25,2	24,0	25,0	25,0
26-35	25,6	24,6	25,8	25,4	25,4
36-45	25,5	23,2	24,5	23,0	23,0
46-55	16,0	16,2	15,7	16,2	16,2
56-65	10,6	10,9	9,9	10,5	10,5
Sexo					
Hombres	38,4	45,6	37,2	45,5	45,5
Mujeres	61,6	54,4	62,8	54,5	54,5

En un estudio de cohortes para investigar las diferencias de riesgo de los trastornos mentales, se modelaron variables definidas por grupos de edad (18-34, 35-49 y 50 y más), que se utilizaron para predecir la prevalencia de vida mediante un análisis de sobrevivencia en tiempo discreto. Estos grupos de edad corresponden a cohortes de individuos nacidos en los periodos de 1969 a 1985, 1954 a 1968 y antes de 1954, respectivamente. Los cocientes de posibilidades eran estadísticamente significativos en 12 de 22 comparaciones, con una asociación positiva consistente entre cohortes recientes y cocientes de posibilidades de aparición (Cuadro 2). El incremento del patrón de riesgo de las cohortes era particularmente fuerte para cuatro trastornos: trastorno de ansiedad de separación y trastorno de ansiedad de separación del adulto, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno explosivo intermitente, donde se observó un incremento monotónico del riesgo entre las cohortes, con un riesgo significativamente mayor entre las cohortes más jóvenes (18-34 y 35-49 años) con respecto a la de 50 años y más. El efecto de cohorte también era consistentemente significativo para los trastornos por uso de sustancias; sin embargo, solo se encontró riesgo elevado en la cohorte más joven en relación con la cohorte de 50 años y más para este tipo de trastornos. Los cocientes de posibilidades, por comparación del riesgo para uso de sustancias entre las

cohortes más jóvenes y las cohortes más viejas, eran altos (de 7,6 para abuso de drogas sin dependencia a 2,3 para abuso de alcohol sin dependencia). En cuanto a los grupos de trastornos examinados conjuntamente, el efecto de cohorte fue significativo para los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos por uso de sustancias y los incluidos en la categoría "cualquier trastorno".

Severidad y prevalencia de los trastornos mentales

En los 12 meses anteriores al estudio, 20,1% de los entrevistados tuvo algún trastorno mental y 4,9% tuvo algún trastorno clasificado como grave. Los trastornos con mayor prevalencia eran la fobia simple (8,0%), el trastorno depresivo mayor (5,3%), el trastorno explosivo intermitente (2,9%), la fobia social (2,8%) y el abuso de alcohol (2,3%). En la clasificación de "cualquier trastorno", los trastornos de ansiedad tenían la mayor prevalencia (13,5%), seguidos de los trastornos del estado de ánimo (6,9%), los trastornos del control de impulsos (4,4%) y los trastornos por uso de sustancias (2,8%). Solo en los participantes de menos de 45 años de edad se evaluó la prevalencia de 12 meses de los trastornos del control de impulsos (Cuadro 3).

El 23,7% de los trastornos mentales fueron clasificados como grave, 41,4%, moderado y 34,9%, leve. La proporción más alta de casos

CUADRO 2. Prevalencia de vida de los trastornos mentales, Colombia, 2003.

Grupo diagnóstico	DX	Diferencias entre cohortes en el riesgo durante la vida														Prueba de significancia			
		Prevalencia de vida		Grupo de edad						50+						CHI ²	GL	P	
		N	%	18-34	35-49	50+	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS					
		Total	EE	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS	OR	NCS
Ansiedad	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	65	1,2	0,2	1,6	0,7	3,8	1,0	0,4	2,6	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,6	2	0,46	
	TAG con jerarquía	56	1,3	0,3	4,1	1,4	12,1	2,6	1,0	6,7	1,0	1,0	1,0	1,0	6,6	2	0,037		
	Fobia social	219	5,0	0,5	1,5	0,8	2,7	1,4	0,7	2,8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,7	2	0,43		
	Fobia simple	558	12,5	0,8	1,2	0,9	1,8	1,4	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	5,0	2	0,08		
	Agorafobia sin angustia TEpa	97	2,5	0,3	1,1	0,4	3,3	1,3	0,5	3,3	1,0	1,0	1,0	1,0	0,4	2	0,84		
		57	1,8	0,4	2,5	0,2	29,0	0,9	0,1	7,3	1,0	1,0	1,0	1,0	4,3	2	0,12		
	TAS/ASA ^a	359	9,8	0,8	5,4	3,1	9,4	2,0	1,1	3,8	1,0	1,0	1,0	1,0	64,0	2	<,001		
	Cualquier trastorno de ansiedad	948	25,3	1,4	1,6	1,2	2,1	1,3	0,9	1,8	1,0	1,0	1,0	1,0	10,0	2	0,007		
Estado de ánimo	TDM con jerarquía	547	12,0	0,7	6,5	4,1	10,3	2,1	1,5	3,0	1,0	1,0	1,0	1,0	69,1	2	<,001		
	Distimia con jerarquía	40	0,8	0,2	1,7	0,4	6,3	1,9	0,6	5,8	1,0	1,0	1,0	1,0	1,4	2	0,49		
	Bipolar amplio	115	2,6	0,3	7,3	3,3	16,6	3,6	1,7	7,3	1,0	1,0	1,0	1,0	24,3	2	<,001		
	Cualquier trastorno del estado de ánimo	666	14,6	0,7	6,3	4,2	9,3	2,3	1,6	3,1	1,0	1,0	1,0	1,0	92,7	2	<,001		
Impulsos	TOD con jerarquía ^b	85	3,1	0,5	0,9	0,5	1,7	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,1	1	0,82		
	TC ^b	58	2,1	0,4	1,6	0,9	3,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,3	1	0,13		
	TDAP ^b	33	1,2	0,3	0,5	0,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	3,7	1	0,05		
	TEI con jerarquía	206	4,7	0,4	4,0	2,4	6,7	1,8	1,0	3,1	1,0	1,0	1,0	1,0	42,3	2	<,001		
	Cualquier trastorno del impulso ^b	273	9,6	0,8	1,4	0,9	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,4	1	0,12		

(continúa)

CUADRO 2. Prevalencia de vida de los trastornos mentales, Colombia, 2003 (continuación).

Grupo diagnóstico	DX	N	Diferencias entre cohortes en el riesgo durante la vida															Prueba de significancia		
			Prevalencia de vida			Grupo de edad									50+			CHI ²	GL	P
			Total	18-34		35-49			50+			OR	NCS	NCS	OR	NCI	NCS			
				%	EE	OR	NCI	NCS	OR	NCI	NCS							OR	NCI	NCS
Substancias	Abuso de alcohol con/sin dependencia	325	9,2	0,6	2,3	1,6	3,5	1,1	0,7	1,7	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	35,8	2	<.001		
	Dependencia de alcohol con abuso	95	2,3	0,3	2,4	1,2	5,0	1,0	0,4	2,4	1,0	1,0	1,0	1,0	17,8	2	<.001			
	Abuso de droga con/sin dependencia	70	1,6	0,3	7,6	3,2	18,1	2,1	0,7	6,4	1,0	1,0	1,0	1,0	30,5	2	<.001			
	Dependencia de droga con abuso	28	0,6	0,2		
Todos los trastornos	Cualquier sustancia	345	9,6	0,6	2,3	1,6	3,3	1,1	0,7	1,6	1,0	1,0	1,0	1,0	39,3	2	<.001			
	Cualquier DX ^a	1.432	39,1	1,3	1,9	1,5	2,5	1,3	1,0	1,7	1,0	1,0	1,0	1,0	27,4	2	<.001			
	2+ DX ^a	729	17,8	1,0		
	3+ DX ^a	349	8,3	0,7		

^a Denota trastorno en la parte II.

^b Denota trastorno en la parte II; edad ≤ 44 años.

^c Sin información.

Notas: Tamaño de la muestra; parte I = 4.426; parte II y ≤ 44 años de edad = 1.731, Trastornos: TAG = Trastorno de ansiedad generalizada; TEP = Trastorno de estrés post traumático; TAS = Trastorno de ansiedad de separación; ASA = Ansiedad de separación del adulto; TDM = Trastorno depresivo mayor; TOD = Trastorno oposicionista desafiante; TC = Trastorno de conducta; TDAH = Trastorno de déficit de atención con hiperactividad; TEI = Trastorno explosivo intermitente; EE = Error estándar; OR = Razón de probabilidades; DX = Diagnóstico; NCI = Nivel de coeficiente inferior; NCS = Nivel de coeficiente superior; GL = Grados de libertad; P = Valor P.

CUADRO 3. Severidad de los trastornos mentales con prevalencia de 12 meses, Colombia, 2003.

Diagnóstico	No.	12 meses			Grave		Moderado		Leve	
		%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	
Trastorno de angustia ^a	39	0,7	0,1	31,5	8,9	50,6	9,3	17,9	7,9	
Trastorno de ansiedad generalizada ^a	24	0,6	0,2	47,2	11,2	33,7	13,5	19,1	6,2	
Fobia simple ^a	355	8,0	0,7	21,2	2,8	42,8	3,7	36,0	3,6	
Fobia social ^a	126	2,8	0,3	31,5	5,7	54,1	6,3	14,4	3,2	
Agorafobia sin angustia ^a	64	1,5	0,3	35,8	6,7	33,7	9,6	30,5	11,5	
Trastorno de estrés post traumático ^b	24	0,6	0,2	44,5	13,0	22,1	14,5	33,5	12,0	
Ansiedad de separación del adulto ^b	88	2,6	0,5	28,2	6,7	40,4	9,3	31,5	7,1	
Cualquier trastorno de ansiedad ^b	542	13,5	0,9	22,3	2,2	43,6	3,0	34,1	2,9	
Trastorno del estado de ánimo										
Trastorno depresivo mayor ^a	245	5,3	0,4	33,3	3,9	52,6	4,1	14,1	2,3	
Distimia ^a	29	0,6	0,2	32,9	13,5	59,6	15,0	7,5	3,3	
Bipolar I/II/sub-umbral ^a	65	1,5	0,2	54,0	7,1	31,4	7,3	14,6	5,4	
Cualquier trastorno del estado de ánimo ^a	316	6,9	0,5	37,7	3,5	47,8	4,0	14,5	2,2	
Trastorno del impulso										
Trastorno negativista desafiante ^c	13	0,4	0,2	29,2	16,7	11,9	7,0	58,9	18,3	
Trastorno de la conducta ^c	10	0,5	0,2	61,8	21,3	3,0	3,0	35,3	21,8	
Trastorno del déficit de atención ^c	11	0,5	0,2	14,5	11,4	25,8	14,5	59,6	18,0	
Trastorno explosivo intermitente ^a	118	2,9	0,3	31,4	5,5	45,7	6,0	22,9	5,2	
Cualquier trastorno de impulso ^c	119	4,4	0,4	28,8	5,2	38,2	5,1	33,0	5,5	
Trastorno por sustancias										
Abuso del alcohol ^a	83	2,3	0,3	46,0	8,9	17,2	6,4	36,8	9,2	
Dependencia del alcohol ^a	36	1,1	0,3	89,4	6,0	10,6	6,0	0,0	0,0	
Abuso de drogas ^a	19	0,5	0,1	74,4	9,9	3,0	3,1	22,5	9,5	
Dependencia de drogas ^a	9	0,2	0,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Cualquier trastorno por uso de sustancia ^a	105	2,8	0,4	48,9	7,8	17,4	5,5	33,6	7,7	
Cualquier trastorno ^b	810	20,1	1,0	23,7	2,1	41,4	2,6	34,9	2,2	
Total de la muestra ^b	2381	...	...	4,9	0,5	8,4	0,7	7,2	0,5

^a Muestra de la parte I, prevalencia calculada usando ponderaciones de la parte I.

^b Muestra de la parte II, prevalencia calculada usando ponderaciones de la parte II.

^c Muestra de la parte II (edad \leq 44), prevalencia y severidad calculada usando ponderaciones de la parte II para edades \leq 44.

^d Sin información.

Notas: EE = Error estándar. Para calcular la severidad se utilizaron ponderaciones de la parte II. Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

clasificados como grave correspondió a los trastornos por uso de sustancias (48,9%) y la más baja (22,3%), a los trastornos de ansiedad. Dentro de cada grupo de trastorno, el porcentaje más alto de trastornos clasificados como grave correspondió al trastorno de ansiedad generalizada (47,2%), en el grupo de trastornos de ansiedad, seguido del trastorno bipolar I/II/ subumbral (54,0%), en el grupo de trastornos del estado de ánimo; los trastornos de conducta (61,8%), en el grupo de trastornos del control de impulsos, y el abuso de drogas

(100%) y la dependencia de alcohol (89,4%), en el grupo de trastornos por uso de sustancias.

Correlatos demográficos de trastornos mentales en los últimos 12 meses

Las mujeres tenían mayor probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, mientras que los hombres tuvieron mayor probabilidad de tener trastornos del control de impulsos y por uso de sustancias. Debido a estos patrones compensatorios, el

sexo no es un predictor significativo para los trastornos con prevalencia de 12 meses. No se encontraron otros correlatos demográficos significativos para los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y el control de impulsos. Los jóvenes y los solteros tenían mayor probabilidad de presentar trastornos por uso de sustancias. Al analizar los correlatos para severidad de la enfermedad entre las personas que presentaban un trastorno de 12 meses, se encontró que las personas de más edad, de ingreso familiar bajo o promedio bajo, que nunca se habían casado y que habían alcanzado la educación postsecundaria, tenían mayores probabilidades de tener una enfermedad de severidad moderada a grave (Cuadro 4).

Utilización de los servicios de atención en salud mental

El 5,5% de la muestra objeto de análisis y 14% de aquellos que habían sido diagnosticados con algún problema de salud mental el año previo al estudio, habían hecho uso de los servicios de salud mental en los últimos 12 meses. En todas las áreas de atención, la prevalencia del uso de servicios se incrementó con la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, aun entre las personas que presentaban trastornos graves, solo 27,8% recibió algún tratamiento. El área de atención que más servicios proporcionó fue la de los servicios especializados en salud mental (17,5%), seguida de la de medicina general (9,3%). Solo 4,6% de esas personas recibieron atención en sectores distintos al de salud (servicios sociales y medicina alternativa) (Cuadro 5).

El uso combinado de los servicios de salud (medicina general y salud mental especializada) estaba relacionado principalmente con tener ingresos altos, ser viudo, divorciado o separado y tener un trastorno más grave. La mediana de visitas en 12 meses era de 1,8 (datos no mostrados).

DISCUSIÓN

El ENSM ofrece datos actualizados a nivel nacional sobre la prevalencia y el tratamiento

de los trastornos mentales en áreas urbanas de Colombia. Del estudio emergen varios hallazgos con implicaciones importantes para el diseño de políticas.

Los trastornos psiquiátricos son comunes en la población general; aproximadamente dos de cada cinco personas experimentaron trastornos en el año previo al estudio. Con base en estos cálculos, se puede afirmar que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en Colombia es más baja que en los Estados Unidos (45% de prevalencia de vida y 26,2% de prevalencia de 12 meses) (28, 29) y mayor que en México (26,1% de prevalencia de vida y 12,1% de prevalencia de 12 meses) (29, 30).

El riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en Colombia parece estar incrementándose a través de las cohortes históricas de nacimiento. Se ha observado una tendencia similar en los Estados Unidos y México y un aumento pronunciado del riesgo de padecer trastornos por uso de drogas, aunque no por uso de alcohol. Sin embargo, el patrón de incremento del riesgo a través de las cohortes de nacimiento puede reflejar un sesgo por la capacidad de recordación relacionada con la edad. Las personas ancianas deben recordar eventos transcurridos durante un mayor período de tiempo, por lo tanto, es menor la probabilidad de que recuerden episodios relacionados con una salud mental pobre ocurridos en épocas tempranas de la vida. Sin embargo, la CIDI emplea varias técnicas diseñadas para minimizar el sesgo por memoria, haciendo hincapié en la exploración activa de la memoria en la persona entrevistada.

El patrón de riesgo que se incrementa a través de las cohortes de nacimiento tiene importantes implicaciones para la formulación de políticas. Teniendo en cuenta la naturaleza crónica de muchos trastornos psiquiátricos, es probable que la actual generación de adultos jóvenes en el país experimente una mayor carga de enfermedad durante largos períodos de su ciclo vital, como ha sucedido en generaciones anteriores. Por lo tanto, la importancia de los problemas de salud mental y de la atención en salud mental a través del ciclo vital,

CUADRO 4. Correlatos de trastornos psiquiátricos con prevalencia de 12 meses, Colombia, 2003.

	Trastornos del estado de ánimo		Ansiedad		Control del impulso		Uso de sustancia		Trastorno grave		Cualquier trastorno	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Sexo												
Masculino	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Femenino	1,5	1,1-2,0	1,5	1,1-2,1	0,6	0,4-1,0	0,1	0,0-0,2	0,8	0,5-1,3	1,1	0,9-1,5
Chi cuadrado	7,2 ^b		7,4 ^b		4,5 ^b		37,0 ^b		0,8		0,9	
Edad												
18-29	1,3	0,8-2,1	1,2	0,7-2,0	1,7	0,9-3,4	8,5	1,3-53,8	0,5	0,2-1,0	1,7	1,1-2,7
30-44	1,0	0,6-1,7	1,2	0,7-2,0	1,0	...	7,3	1,1-46,5	0,7	0,3-1,4	1,5	1,0-2,3
45-54	0,8	0,5-1,5	1,2	0,6-2,2	...	...	9,8	1,3-75,1	0,6	0,2-1,5	1,2	0,7-2,2
55≤	1,0	...	1,0	...	...	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Chi cuadrado	2,5		0,4		2,6		5,6		4,4		6,2	
Ingreso												
Bajo	1,3	0,7-2,2	1,1	0,7-1,6	0,8	0,4-1,8	1,4	0,6-3,5	1,5	0,8-2,7	1,1	0,7-1,6
Promedio bajo	1,5	0,8-2,5	1,2	0,8-1,8	1,5	0,7-3,2	1,6	0,6-4,1	2,2	1,1-4,4	1,3	0,9-1,9
Promedio alto	1,0	0,6-1,8	1,2	0,7-2,0	0,6	0,3-1,4	0,7	0,3-1,9	1,0	0,5-1,9	1,1	0,7-1,8
Alto	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Chi cuadrado	4,4		0,8		4,6		4,1		14,2 ^b		2,2	
Estado civil												
Casado/unión libre	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Separado/viudo/divorciado	1,0	0,6-1,6	1,1	0,7-1,7	1,0	0,4-2,5	3,8	1,2-12,0	0,8	0,5-1,6	1,4	0,9-2,1
Nunca casado	1,0	0,7-1,4	1,1	0,8-1,6	1,3	0,7-2,2	1,7	1,0-2,9	1,6	1,0-2,5	1,1	0,8-1,4
Chi cuadrado	0,0		0,6		0,6		6,2 ^b		5,0		1,8	
Educación												
Ninguna + primaria	0,9	0,5-1,7	1,1	0,7-1,9	1,1	0,4-3,1	1,4	0,6-3,0	0,5	0,3-0,9	1,2	0,8-1,9
Secundaria incompleta	1,1	0,6-1,9	1,5	0,9-2,5	1,1	0,5-2,5	1,5	0,7-3,1	0,4	0,2-0,6	1,6	1,1-2,4
Secundaria completa	0,7	0,4-1,2	1,1	0,7-1,7	0,6	0,2-1,6	0,9	0,4-1,9	0,5	0,3-0,8	1,0	0,7-1,5
Post secundaria	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Chi cuadrado	3,9		5,2		3,6		3,0		14,2 ^b		9,7	

^a Sin información.^b p ≤ 0,05.

Notas: OR = razón de probabilidades; IC = intervalo de confianza.

CUADRO 5. Severidad y tratamiento de los trastornos psiquiátricos con prevalencia de 12 meses, según área de atención, Colombia, 2003.

Área de atención/ Tratamiento	Muestra total		Cualquier trastorno		Grave		Moderado		Leve		Sin trastorno	
	%	(EE)	%	(EE)	%	(EE)	%	(EE)	%	(EE)	%	(EE)
Medicina general	2,3	(0,4)	6,0	(1,0)	9,3	(2,5)	6,1	(1,7)	2,7	(0,9)	1,4	(0,4)
Servicios especializados en salud mental	3,0	(0,4)	7,7	(1,2)	17,5	(4,2)	5,0	(1,1)	5,1	(1,5)	1,7	(0,4)
Servicios sociales y medicina alternativa	0,7	(0,2)	1,7	(0,8)	4,6	(2,7)	0,8	(0,5)	0,4	(0,4)	0,5	(0,2)
Algún tratamiento	5,5	(0,6)	14,0	(1,6)	27,8	(4,8)	10,6	(2,1)	8,2	(1,7)	3,4	(0,6)
Sin tratamiento	94,5	(0,6)	86,1	(1,6)	72,2	(4,8)	89,4	(2,1)	91,8	(1,7)	96,6	(0,6)

Nota: EE = Error estándar.

probablemente se incrementará en las décadas venideras.

Por otro lado, gran parte de la carga de trastornos psiquiátricos recae entre las personas que sufren los trastornos, sus familias y sus redes sociales. Por lo tanto, una porción cada vez mayor de la actual población colombiana experimentará directa o indirectamente las consecuencias de los trastornos psiquiátricos por comparación con períodos anteriores. Es probable que esta amplia exposición a problemas de salud mental produzca cambios cualitativos en cuanto a la visión de los colombianos sobre el abordaje del tema.

El tratamiento de los trastornos mentales es poco común en Colombia, aun entre los que presentan trastornos mentales graves. Cerca de 75% de los que presentan un trastorno severo y 90% de los que presentan trastornos moderadamente severos no recibieron tratamiento médico el año previo al estudio, lo cual muestra la falta generalizada de voluntad política y administrativa, así como de presupuesto destinado para la salud mental. Romero-González y colaboradores (31) compararon el impacto de la reforma de salud de 1993 sobre el acceso a tratamiento en salud mental con su impacto sobre el acceso a tratamiento en atención médica general. Se observó que el acceso a tratamiento en salud mental disminuyó después de la reforma de 1993 y, en contraste, el acceso a tratamiento médico general se expandió dramáticamente.

Los esfuerzos para incrementar la disponibilidad de tratamiento por medio de todos los sectores involucrados en la atención deben ser de alta prioridad para el Sistema General de Seguridad Social Integral y el Sistema de Protección Social. En particular, se deben priorizar y fortalecer las políticas que manejan las necesidades de personas con menores ingresos.

Hay que tener en cuenta varias de las limitaciones importantes de este estudio. El diagnóstico de los trastornos mentales estuvo basado en algoritmos de instrumentos fundamentados en la clasificación del DSM-IV de trastornos que no son culturalmente específicos. Los intentos para calibrar estos instrumentos diagnósticos en la práctica clínica en Colombia podrían dar una mejor contextualización cultural de los resultados. Aunque la CIDI fue previamente validada en otros países (32, 33), no se han realizado estudios de su validez en Colombia.

Finalmente, aunque la encuesta es representativa de las personas que viven en áreas urbanas a nivel nacional, no incluye a la población urbana o rural sin hogar, a la población desplazada o indígena ni a las personas institucionalizadas. Sin embargo, teniendo en cuenta que la vasta mayoría de la población colombiana está incluida en el diseño muestral de la encuesta, este estudio proporciona bases concretas para el diseño de políticas públicas y la definición de nuevas agendas de

salud mental dentro de los programas de desarrollo del país.

Es importante destacar que este informe solo describe los resultados preliminares del análisis de los datos del ENSM. En el futuro, los análisis se centrarán en el estudio de cómo las prevalencias estimadas y los predictores varían a través de las cohortes en las diferentes regiones del país y en los diferentes segmentos de alto riesgo de la población. Los futuros análisis sobre el uso de los servicios de salud mental estarán centrados en las barreras modificables para el acceso a tratamiento, en una observación más detallada de los patrones de uso y en la adecuación de los tratamientos con respecto a las guías publicadas a nivel internacional, para que todo ello redunde en la atención adecuada y en la calidad de vida de los usuarios de los servicios y de sus familias.

AGRADECIMIENTOS

El Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, fue financiado por el Ministerio de la Protección Social. El Estudio forma parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental (*World Mental Health Survey Initiative*, WMH) de la Organización Mundial de la Salud. El trabajo de campo fue realizado por la Fundación FES Social. Agradecemos al equipo de la WMH el aporte brindado tanto en el trabajo de campo como en el análisis de los datos. Estas actividades tuvieron el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, la Fundación Pfizer, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, el Centro Internacional Fogarty, la Organización Panamericana de la Salud, Eli Lilly, Ortho-McNeil Pharmaceutical, GlaxoSmithKline y Bristol-Myers Squibb. La lista completa de las publicaciones de la WMH puede verse en <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>.

REFERENCIAS

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. Colombia. Bogotá: DANE; 2005. <http://www.dane.gov.co/censo/>
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento propuesta para discusión y acuerdos. Bogotá: Editorial Kimpres; 2007.
3. Torres de Galvis Y, Posada J, Calderón Ocampo H. Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá: DANE; 1996. <http://www.dne.gov.co/>. Acceso el 25 de julio de 2008.
6. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JF, Rondón Sepulveda M, Díaz-Granados N. The prevalence of and factors associated with depression in Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004;16:378-86.
7. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y, Forero J. Suicide in Bogotá: An increasing phenomenon in young populations. *Biomédica* 2002;22(Suppl.2): 417-24.
8. Cáceres DC, Izquierdo VF, Mantilla L, Jara J, Velandia M. Epidemiologic profile of the population displaced by the internal armed conflict of the country in a neighborhood of Cartagena, Colombia, 2000. *Biomédica* 2002;22(Suppl.2): 425-44.
9. Mogollón Pérez AS, Vázquez Navarrete M, García Gil M. Health-related needs of the displaced population due to armed conflict in Bogotá. *Revista Española de Salud Pública* 2003;77:257-266.
10. Puertas G, Ríos C, del Valle H. The prevalence of common mental disorders in urban slums with displaced persons in Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2006;20:324-30.
11. Harpham T, Grant E, Rodríguez C. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science and Medicine* 2004;58:2267-77.
12. Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodríguez C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *British Journal of Psychiatry* 2005;187:161-7.
13. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005;7(3):268-280.
14. Scott RL, Knoth RL, Beltrán-Quiones M, Gómez N. Assessment of psychological functioning in adolescent earthquake victims in Colombia using the MMPI-A. *Journal of Traumatic Stress* 2003;16:49-57.

15. Lima BR, Santacruz H, Lozano J, Luna J, Pai S. Primary mental health care for the victims of the disaster in Armero, Colombia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1988;34:13-32.
16. Lima BR, Pai S, Santacruz H, Lozano J. Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991;179:420-27.
17. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Gómez L. Prevalence of mental disorders and use of services: Preliminary results from the National Study of Mental Health, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004;33:241-61.
18. Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell BE, Ustun TB. The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2006;15:161-66.
19. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004;13:93-121.
20. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Aguilar-Gaxiola S, Üstün TB et al. Prevalence, severity, and unmet needs for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association* 2004;291:2581-90.
21. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiss C, Rojas E, Villatoro J, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 2005;35:1773-83.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4th ed. Washington, DC; 1994.
23. León AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1997;27:93-105.
24. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 1976;33:766-71.
25. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:629-40.
26. Research Triangle Institute. SUDAAN: Professional software for survey data analysis 8.01. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.
27. Efron B. Logistic regression, survival analysis and the Kaplan-Meier curve. *Journal of the American Statistical Association* 1988;83:414-25.
28. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005a;62:593-602.
29. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005b;62:617-27.
30. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:521-28.
31. Romero-González M, González G, Rosenheck RA. Mental health service delivery following health system reform in Colombia. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2003;6:189-94.
32. Rubio-Stipec M, Bravo M & Canino G. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI): An epidemiologic instrument suitable for using in conjunction with different diagnostic systems in different cultures. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1991;37:191-204.
33. Rubio-Stipec M, Peters L, Andrews G. Test-retest reliability of the computerized CIDI (CIDI-Auto): Substance abuse modules. *Substance Abuse* 1999;20:263-72.

ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN MÉXICO: RESULTADOS DE LA ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD MENTAL

María Elena Medina-Mora,¹ Guilherme Borges,² Corina Benjet,²
María del Carmen Lara,³ Estela Rojas,² Clara Fleiz,² Joaquín Zambrano,²
Jorge Villatoro,² Jerónimo Blanco² y Sergio Aguilar-Gaxiola⁴

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales, en particular las adicciones, representan una proporción importante de la carga global de enfermedad; sin embargo, no reciben la atención que merecen. Entre algunos de los factores asociados a este descuido se destacan la forma en que tradicionalmente se han establecido las prioridades de atención de la salud (basadas principalmente en criterios de morbilidad y mortalidad, sin considerar la discapacidad asociada a la enfermedad), el desconocimiento de las enfermedades mentales, los nuevos avances en su tratamiento y el estigma que rodea a estos padecimientos.

La adopción de nuevos paradigmas ha dado más visibilidad a las enfermedades mentales y

ha sentado las bases para modificar el rezago de que son objeto. Una adecuada planeación en políticas y servicios de salud requiere evidencia sobre qué tan extendida está la enfermedad según el tipo de padecimiento, sobre cómo afecta diferencialmente a los distintos grupos de población, la proporción de la demanda atendida y las necesidades no cubiertas.

Con este objetivo se llevó a cabo la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (*World Mental Health Survey Initiative*, WMH). En este capítulo se presentan los resultados del estudio epidemiológico en México.

CONTEXTO GENERAL

México es un país con 103 millones de habitantes (1), un nivel medio de desarrollo, una elevada esperanza de vida (78 años para las mujeres y 73 años para los hombres) y una tasa de mortalidad baja (4,4 defunciones por 1.000 habitantes) (2).

El 15% de las muertes se debe a enfermedades infecciosas y 84% a enfermedades no transmisibles y lesiones que se concentran (53%) en los mayores de 65 años. El número promedio de hijos por mujer en edad reproductiva es de

¹ Dirección General, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, México.

² Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, México.

³ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Puebla, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, México.

⁴ Centro para la Reducción de Disparidades en Salud, Escuela de Medicina, Universidad de California, Davis, EUA.

2.2. A pesar de los avances en el ámbito de la salud, aún persisten inequidades importantes; la esperanza de vida en las zonas rurales de los estados más pobres es casi 10 años inferior a la que prevalece en las zonas urbanas de las entidades con mayores recursos (2).

El número de muertes prevenibles asociadas a estilos de vida ha aumentado. El 11% de la mortalidad se debe a lesiones accidentales e intencionales y dentro de esta categoría, alrededor de 50% de los accidentes vehiculares con víctimas mortales se asocia al consumo de alcohol. Los homicidios constituyen la sexta causa de muerte en los hombres (15,3 por 100.000 habitantes). En 2002, la mortalidad por suicidios era de 3,12%, y desde principios de 1990 se observa un aumento sostenido entre las mujeres de 11 a 20 años de edad (2, 3).

Se estima que en 2005 se perdieron en el país alrededor de 15,3 millones de AVISA (años de vida saludable perdidos) (6,9 para las mujeres y 8,4 para los hombres), lo que equivale a una tasa de 146 por cada 1.000 habitantes. En las mujeres, la depresión ocupa el primer lugar de carga de enfermedad (6,5% de AVISA perdidos) y las demencias y la enfermedad de Alzheimer ocupan el noveno lugar (2,1% de AVISA perdidos). En los hombres, el consumo de alcohol (4,8%), la violencia (4,6%) y los accidentes (4,6%) ocupan del tercero al quinto lugar, respectivamente, y la depresión, el noveno (2,6% de AVISA perdidos). La estimación de AVISA perdidos en hombres y mujeres conjuntamente muestra que la depresión ocupa el segundo lugar en importancia, con 4,5% de AVISA perdidos (2, 4).

La limitada cobertura de atención para los trastornos mentales es un factor que en parte contribuye al destacado lugar que ocupan estos problemas. A pesar de que la depresión, el alcoholismo, las adicciones y las psicosis han sido incorporados a un sistema de aseguramiento orientado a proporcionar atención universal en salud (5), y que existen por tanto ahora más recursos para la atención de estas enfermedades, la cobertura es aún limitada.

La cobertura efectiva definida como “la fracción de ganancia potencial en salud”, que el sistema mexicano de salud aporta a través de

una intervención disponible a través de sistemas de seguridad social o de un “seguro popular” recientemente establecido, es alta para la salud materno-infantil (89%) y baja para las enfermedades no transmisibles y las lesiones, en las que solo alcanza 32% (2). Esta estimación no abarca la atención de los trastornos mentales, entre ellos el abuso de sustancias y principalmente la dependencia de alcohol, para los que la cobertura efectiva es aún menor.

Las grandes transiciones demográficas (como el envejecimiento de la población) y sociales (migración, trabajo infantil, violencia e inseguridad, entre otros) incrementan el riesgo de los trastornos mentales y, de no mejorarse las condiciones y la atención de la salud mental, alcanzará lugares aún más prominentes debido a la disminución de otras enfermedades con mayor cobertura preventiva y de tratamiento.

El Informe sobre la salud en el mundo 2001 de la Organización Mundial de la Salud (6) está totalmente dedicado a la salud mental, pero el tema aún no se incorpora en las metas del Milenio, las cuales rigen las políticas de salud en muchos países, y México no es la excepción. Es por ello necesario utilizar todos los mecanismos disponibles para acelerar las reformas para la atención a este problema. La información basada en evidencia es un ingrediente indispensable.

EL ESTUDIO DE SALUD MENTAL

El estudio de salud mental forma parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental, que se lleva a cabo en forma simultánea en más de 30 países (7). En México, el estudio se efectuó entre 2001 y 2002 y se seleccionó la población que vive en áreas urbanas del país, no institucionalizada, de 18 a 65 años de edad y que tiene un hogar fijo (población de más de 2.500 habitantes) la cual comprende más de 75% del total del país. Medina-Mora y colaboradores describen ampliamente la metodología utilizada (8).

Método

La muestra obtenida se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para

seis regiones y a escala nacional. En todos los estratos, las unidades primarias de muestreo fueron las áreas geográficas estadísticas básicas o grupos de ellas, cartográficamente definidas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México.

Se utilizó la versión computarizada (versión certificada 15) de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (*Composite International Diagnostic Interview, WHO-CIDI*) (9), que proporciona diagnósticos según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) y de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10). La traducción al español de la encuesta se hizo conforme a las recomendaciones de la OMS, con adecuación local, consenso de expertos y retraducción. Los entrevistadores eran personas con previa experiencia en encuestas y adiestrados para este estudio; durante el proceso se siguieron estrictos controles de calidad. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría de México.

Se realizaron 5.826 entrevistas completas. La tasa ponderada de respuesta en hogares era de 91,3% y la individual, de 76,6%. El motivo principal para la no participación del individuo era "ausente al momento de la entrevista" (7,8% de los individuos listados). El rechazo directo era infrecuente (6,2% de los individuos listados). La información sobre trastornos de la infancia y adolescencia se obtuvo de manera retrospectiva a partir de los datos provistos por los adultos entrevistados sobre esos períodos de vida.

La distribución de la muestra sigue los datos censales. Alrededor de 54% de la población en-

trevistada pertenecía al sexo femenino y aproximadamente 40% al grupo de edad más joven (18–29 años). Casi 68% de la población tenía únicamente estudios primarios (sexto grado) y solo 12% completó estudios universitarios. La mayoría estaba casada o en unión libre (67%) y notificó estar trabajando (58%).

Prevalencia de los trastornos mentales

Aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos (23,7%) entre 18 y 65 años de edad que viven en zonas urbanas del país tiene una historia de trastornos mentales (según los criterios diagnósticos del DSM-IV). Uno de cada 10 (11,6%) presentó algún trastorno el año previo al estudio y uno de cada 20 (5,0%) presentó algún trastorno en los 30 días previos a la entrevista. En el cuadro 1 se puede observar que la proporción de hombres (25,2%) que notificaron presencia de uno o más trastornos a lo largo de la vida era mayor que la de las mujeres (22,4%), pero que un mayor número de mujeres presentó trastornos en los últimos 12 meses y en los 30 días previos a la entrevista.

Los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida son los más frecuentes en la población (datos no mostrados en los cuadros); 11,6% había padecido uno o más trastornos de este tipo alguna vez en la vida. Les siguen los trastornos afectivos (11,1%) y los de abuso de sustancias (8,9%). Por tipo de diagnóstico determinado, el más frecuente es la depresión mayor (8,7%), seguido de fobias específicas (7,3%), abuso de alcohol (4,4%) y dependencia a esta sustancia (3,5%) (10). En el último mes (Cuadro 2), los trastornos de ansiedad eran también los más frecuentes en la población (2,6%); les siguen, con pocas diferencias los

CUADRO 1. Prevalencia de los trastornos mentales, según sexo.

Período	Hombres		Mujeres		Total	
	%	EE	%	EE	%	EE
A lo largo de la vida	25,2	1,7	22,4	1,3	23,7	1,11
12 meses	10,2	1,2	12,8	0,9	11,6	0,8
30 días	4,0	0,6	5,8	0,6	5,0	0,5

Nota: EE = error estándar.

CUADRO 2. Prevalencia de los trastornos mentales durante el último mes, según tipo de trastorno y sexo.

Tipo de trastorno	Hombres		Mujeres		Total	
	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos afectivos						
Episodio depresivo mayor	1,3	(0,3)	2,4	(0,3)	1,9	(0,2)
Episodio depresivo menor	... ^a	...	0,3	(0,1)	0,2	(0,1)
Bipolar I	0,4	(0,1)	0,4	(0,1)	0,4	(0,1)
Bipolar II	...	...	...	...	...	...
Distimia	0,2	(0,1)	0,2	(0,1)	0,2	(0,1)
Cualquier trastorno afectivo	1,6	(0,3)	3,0	(0,3)	2,4	(0,2)
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de pánico	0,2	(0,1)	0,3	(0,1)	0,2	(0,1)
Agorafobia sin trastorno de pánico	0,1	(0,1)	0,5	(0,1)	0,3	(0,1)
Fobia social	0,3	(0,2)	0,9	(0,1)	0,6	(0,1)
Fobia específica	0,5	(0,2)	2,4	(0,5)	1,5	(0,3)
Trastorno de ansiedad generalizado	0,2	(0,1)	0,2	(0,1)	0,2	(0,1)
Trastorno de estrés postraumático ^b	0,2	(0,1)	0,2	(0,1)	0,2	(0,1)
Cualquier trastorno de ansiedad	1,4	(0,3)	3,7	(0,5)	2,6	(0,3)
Trastorno por abuso de sustancias						
Abuso de alcohol	0,3	(0,)	0,0	(0,)	0,1	(0,1)
Dependencia de alcohol	1,1	(0,)	0,1	(0,1)	0,6	(0,2)
Abuso de drogas	0,2	(0,)	...	...	0,1	(0,0)
Dependencia de drogas	0,1	(0,)	...	...	...	...
Dependencia de nicotina	0,3	(0,1)	0,2	(0,1)	0,3	(0,1)
Cualquier trastorno por abuso de sustancias	1,7	(0,5)	0,4	(0,1)	1,0	(0,3)
Cualquier trastorno	4,0	(0,6)	5,8	(0,6)	5,0	(0,5)

^a Sin información.

^b El trastorno de estrés postraumático se evaluó solo en la parte 2 de la muestra.

Notas: EE = error estándar. Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

trastornos afectivos (2,4%) y los de abuso de sustancias (1,0%). Por tipo de diagnóstico determinado, el más frecuente era la depresión mayor (1,9%), seguido de fobias específicas (1,5%) y dependencia de alcohol (0,6%).

Hay diferencias importantes en los trastornos notificados según el sexo del entrevistado: los hombres padecen mayor cantidad de trastornos por abuso de sustancias (1,7) que las mujeres (0,4); ellas en cambio presentan con más frecuencia trastornos de ansiedad (3,7%) y afectivos (3,0%) que los hombres (1,4% y 1,6%, respectivamente).

El tipo de trastorno más frecuente en los hombres alguna vez en la vida era el abuso de alcohol. Sin embargo, si solo se consideran los últimos 30 días, la depresión era el trastorno más frecuente (1,3%). Entre las mujeres, el trastorno más frecuente a lo largo de la vida era la depresión, en el último mes este trastorno se mantuvo como el de máxima prevalencia

(2,4%), lugar que comparte con las fobias específicas (2,4%) (10).

Los trastornos afectivos y de ansiedad se presentan en una proporción de alrededor de un hombre por cada dos mujeres, y los trastornos de abuso de sustancias en una proporción de cuatro hombres por cada mujer (Cuadro 2).

Otros trastornos notificados, no incluidos en el cuadro 2, eran la ansiedad de separación del adulto (3,5% para las mujeres y 1,3% para los hombres) y los trastornos de alimentación (1,8% para las mujeres y 0,6% para los hombres) (8).

Comorbilidad

Aproximadamente cuatro quintas partes (85,4%) de la población que cumplió los criterios del DSM-IV de abuso o dependencia de drogas alguna vez en la vida, presentó también un trastorno por abuso de alcohol. Lige-

ramente más de una tercera parte de la población (37%) que presentó un trastorno de abuso de sustancias (alcohol o drogas), presentó también un trastorno afectivo (31,5%), de ansiedad (30,9%) y del impulso (29,1%) (en esta categoría se agruparon los trastornos por déficit de atención, de conducta y oposicionista). Si se considera solamente a la población con abuso o dependencia de sustancias ilícitas, la comorbilidad aumenta a 56%; es decir, la probabilidad de una persona con trastorno por el uso de sustancias ilícitas de padecer también un trastorno mental es mayor que cuando la dependencia es solamente de alcohol.

Para analizar la prevalencia de los trastornos de la infancia y de la adolescencia de manera retrospectiva, se les preguntó a los adultos la edad en que habían aparecido dichos trastornos. Los resultados de las respuestas mostraron que 0,3% de los hombres y 0,8% de las mujeres habían tenido trastornos de separación en la infancia y 1,5% y 1,4%, respectivamente, algún trastorno desafiante oposicionista. El trastorno disocial era 4,5 veces más frecuente en los hombres (10,3%) que en las mujeres (2,3% (8)).

Severidad

Una tercera parte de los trastornos afectivos, ya sea por abuso de sustancias o del impulso (entre ellos los trastornos por déficit de atención, el trastorno desafiante oposicionista y los trastornos de la conducta), son severos; una menor parte de los trastornos de ansiedad (13%) clasifican en esta categoría (Cuadro 3).

En general, en solo uno de cada cinco casos, el trastorno fue clasificado como severo, es decir que presentaba uno o más de los siguientes criterios de severidad: un trastorno bipolar tipo I, con por lo menos un intento suicida; tomaba medicamento antipsicótico o había estado hospitalizado al menos un día o tenía un elevado puntaje (≤ 40) según la Evaluación Global del Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning*, GAF), una escala que mide la dificultad para funcionar normalmente debido a la enfermedad.

El índice de severidad también varía según el género. Por ejemplo, aunque la proporción de hombres que presentó trastornos afectivos (3,7%) era menor que la de mujeres (5,6%), alrededor de la mitad de los casos (51,3%) eran severos. En cambio, solo poco más de una tercera parte de los trastornos afectivos eran severos entre las mujeres (38,2%). Los trastornos del impulso tienen la misma prevalencia en ambos sexos (2,0), sin embargo, son más severos en los hombres (45,5%) que en las mujeres (26,4%); los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres (9,4%) que en los hombres (3,6%), aunque la proporción de casos severos es similar (22,9% y 24,6%, respectivamente). Los trastornos por abuso de sustancias son casi 11 veces menos frecuentes en las mujeres que en los hombres, pero en ellas todos los casos reunieron los criterios de severidad (Cuadro 3).

Edad de inicio de los trastornos

Dado que la depresión de inicio temprano (17 años o antes) puede interferir con las tareas de

CUADRO 3. Prevalencia anual de los trastornos mentales y severidad de los trastornos, según tipo de trastorno y sexo.

Tipo de trastorno	Hombres		Mujeres	
	Prevalencia (%)	Severidad (%)	Prevalencia (%)	Severidad (%)
Trastornos afectivos	3,7	51,3	5,6	38,2
Trastornos de ansiedad	3,6	24,6	9,4	22,9
Trastornos del impulso ^a	2,0	45,5	2,0	26,4
Trastornos por abuso de sustancias	6,5	54,5	0,6	100

^a Trastornos por déficit de atención, trastorno oposicionista desafiante y trastornos de la conducta.

desarrollo (como las de formación educativa y laboral, el desarrollo de habilidades sociales y el desarrollo de la identidad, entre otras) en un grado mayor que cuando ocurre en otras edades, se analizó en forma particular este padecimiento. La encuesta mostró que el curso de la enfermedad mental en edades tempranas es más crónico y de mayor duración, es decir los episodios depresivos son más largos (el primer episodio de inicio temprano tuvo una duración de 31 meses por comparación con 18 meses cuando se presenta en la adultez) y un mayor número de episodios en el transcurso de la vida (6,8 para los de inicio temprano y 3,1 para los de inicio en la adultez). Sin embargo, se encontró que estas diferencias se asocian con el hecho de que los jóvenes rara vez reciben tratamiento para su trastorno y, aquellos que lo reciben, tardaron mucho tiempo en buscar atención. Cuando se analizó el tratamiento para el primer episodio se encontró que quienes lo recibieron tuvieron menos probabilidad de tener un episodio subsecuente (razón de probabilidades [RP] = 0,23; índice de confianza [IC] = 0,1-0,6; significancia estadística [p] = 0,005); las personas que buscaron tratamiento y tuvieron un inicio temprano, tardaron en promedio 13,6 años en llegar a él, mientras que las que tuvieron un inicio tardío tardaron en promedio 2,3 años entre el primer episodio y la búsqueda de atención. Las personas que presentan depresión a edades tempranas tienen mayor probabilidad que los adultos de desarrollar también otros trastornos, dos veces más probabilidad de presentar fobia social, casi cuatro veces la probabilidad de sufrir agorafobia, cinco veces la probabilidad de padecer algún trastorno disocial, siete veces la probabilidad de presentar un trastorno negativista desafiante y 18 veces la probabilidad de desarrollar dependencia de drogas (11).

La encuesta tuvo especial cuidado de obtener información sobre la historia natural de los padecimientos. Se encontró que la ansiedad de separación (mediana de edad de inicio de 5 años) y el trastorno por déficit de atención (mediana de edad de inicio de 6 años) son las dos enfermedades psiquiátricas que afectan en forma más temprana a la población, seguidas

de la fobia específica (mediana de 7 años) y los trastornos oposicionistas (mediana de 8 años).

Cuando se analizan los trastornos más propios de la vida adulta, se observa que los trastornos de ansiedad se presentan con edades de inicio más tempranas, seguidos de los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias. No solo la edad de inicio es temprana, sino que también se observa un efecto de cohorte: los jóvenes presentan más riesgo de enfermar que las generaciones posteriores. Los jóvenes entre 18 y 29 años de edad mostraron hasta 2,5 veces más probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad; 6,3 veces de presentar cualquier trastorno afectivo; 1,6 veces de presentar cualquier trastorno del impulso y 2,3 veces de presentar cualquier trastorno por abuso de sustancias, cifra que aumenta a 13,6 cuando solo se considera el abuso de sustancias ilegales (10).

Exposición a violencia y estrés postraumático

Una de las preguntas de la encuesta se refería a la exposición a uno o más de 27 eventos causantes de estrés relacionados con violencia provocada por humanos, con desastres naturales y con enfermedades graves o muerte de un familiar. Más de la mitad de la población (68%) adulta que vive en el área urbana del país notificó haber estado expuesta al menos a un suceso estresante alguna vez en la vida; la mitad (33%) había experimentado tres o más de estos eventos.

El 26,9% de las personas entrevistadas había experimentado la muerte repentina o inesperada de un familiar o amigo cercano, y 24,6% había sido asaltado o amenazado con un arma. El 20,3% había sido testigo de violencia familiar en su infancia y 18,3% víctima de violencia física severa (golpeado) por parte de padres o cuidadores en ese período temprano de la vida. Aproximadamente 7,4% había sido golpeado por alguna persona ajena a los padres o la pareja, 5,4% había experimentado abuso sexual y 3,9% había sido violado (Cuadro 4).

Las mujeres presentaron mayor prevalencia de abuso sexual, violencia física por parte de la

CUADRO 4. Exposición a la violencia y su impacto en la salud mental.

Tipo de violencia	Exposición		Trastorno por estrés postraumático		Trastorno afectivo	
	%	EE	%	EE	%	EE
Violación	3,9	0,5	11,3	3,0	25,4	4,3
Abuso sexual	5,4	0,7	5,6	1,8	28,8	3,6
Perseguido/acosado	3,7	0,6	8,1	4,4	25,8	4,7
Golpeado por los padres	18,3	1,0	4,3	1,1	15,8	1,4
Golpeado por otros	7,4	0,7	3,6	0,9	20,9	2,2
Violencia familiar	20,3	1,2	3,1	1,0	13,5	1,3
Secuestrado	2,2	0,3	5,6	2,4	5,6	4,6
Asaltado o amenazado con arma	24,6	1,2	1,8	0,5	12,5	1,2
Presenció algún hecho en el que hirieron o dieron muerte a alguien	16,3	1,1	2,3	0,8	16,7	1,6
Desastre natural (terremoto, incendio, etc.)	13,7	1,2	7,3	1,2	12,8	2,2
Accidente grave	21,4	1,4	3,5	1,0	13,4	1,4
Muerte de un familiar cercano	26,9	1,4	4,0	0,9	14,3	1,3
Enfermedad grave	9,9	0,9	3,5	1,1	18,0	2,6

Nota: EE = error estándar.

pareja, violación, persecución y acoso, y los hombres experimentaron más atracos con arma y accidentes. En mayor proporción que las mujeres, los hombres fueron testigos de muerte o de lesiones a una persona, y sufrieron más secuestros, dieron muerte accidentalmente a otra persona, participaron en guerras o conflictos y fueron testigos de atrocidades o matanzas.

Una de las consecuencias más frecuentemente asociada con este tipo de eventos es el trastorno por estrés postraumático, que se presenta en 0,5% de los hombres y 2,3% de las mujeres. Las prevalencias más elevadas según el criterio DSM-IV fueron las asociadas a violación, persecución o acoso, secuestro, abuso sexual y el haber presenciado un desastre natural, como terremotos o incendios (12). Las personas que notificaron haber experimentado uno o más de los eventos traumáticos estudiados, presentaron índices mayores de trastornos de depresión que la población general (12).

El intento suicida

Casi tres de cada cien personas (2,8%) habían tenido un intento suicida a lo largo de la vida (1,7 hombres por cada mujer) (3). Esta conducta raramente se presenta antes de los 12

años de edad; tiene su crecimiento mayor entre los 15 y 21 años y se extiende hasta los 35 años, después de lo cual es menos común. Los planes suicidas siguen ocurriendo después de los 40 años, pero se intenta llevarlos a cabo con menos frecuencia. La ideación persiste hasta los 65 años, edad máxima comprendida en la encuesta (3).

En total, una tercera parte (33%) de las personas que notificaron ideación suicida y 87% de las que declararon haber tenido un plan, intentaron quitarse la vida. La prevalencia de vida en relación con los trastornos mentales entre los suicidas era de 75%; el haber experimentado tres o más trastornos incrementó 23,4 veces el riesgo de intento suicida. Poco más de la mitad de las personas que intentaron suicidarse (53%) notificaron haber solicitado tratamiento para sus problemas emocionales, pero solo 3,4% consultó a un psiquiatra. Aproximadamente las dos terceras partes (69%) había hecho un intento antes de solicitar ayuda, 17% lo hizo después y 14% en el mismo año (3).

Utilización de los servicios de salud mental

Uno de los objetivos centrales de la encuesta fue evaluar el índice de utilización de los servi-

CUADRO 5. Proporción de la población que recibió ayuda, según tipo de ayuda.

Tipo de trastorno	Psiquiatra		Otros profesionales de la salud mental		Médicos generales		Servicios humanos		Medicina alternativa o complementaria	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos afectivos	5,1	1,6	8,8	1,5	11,2	1,5	1,3	0,6	4,0	1,3
Trastornos de ansiedad	3,8	1,2	5,7	1,3	6,0	1,5	0,4	0,3	3,6	1,6
Trastornos por abuso de sustancias	8,2	4,2	7,1	3,1	2,8	1,6	...a	...	3,0	1,6
Cualquier trastorno	4,4	1,0	6,4	1,2	6,5	1,0	0,7	0,3	3,3	1,1
Sin diagnóstico	0,3	0,1	1,5	0,3	1,1	0,2	0,3	0,1	0,7	0,2

^a Sin información.

Nota: EE = error estándar.

cios de salud mental, la latencia entre el primer síntoma y la solicitud de ayuda, el tipo de ayuda solicitada y qué tan adecuado era el tratamiento recibido. Las personas analizadas fueron las que notificaron algún trastorno en los últimos 12 meses y se les preguntó si habían acudido a algún especialista, a otro profesional de la salud, a medicina alternativa o a otros recursos, como por ejemplo consejería espiritual.

Una de cada 10 personas con algún trastorno mental, una de cada cinco con dos o más trastornos y una de cada 10 con tres o más trastornos, recibió atención. Una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo y una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad utilizó los servicios. Los trastornos de déficit de atención registraron el mayor uso de cualquier servicio (44%), seguido del trastorno de pánico (28,8%) y la depresión mayor (21,8%) (8).

Cuando se analiza la información por tipo de profesional de la salud consultado (Cuadro 5), se puede observar que en la categoría de cualquier trastorno los recursos más utilizados son los médicos generales (6,5%) y los profesionales de salud mental (6,4%), sin incluir a los psiquiatras, que solo fueron consultados por 4,4% de las personas con algún tipo de trastorno.

Las personas que recurren con más frecuencia a los psiquiatras son las que sufren trastornos por abuso de sustancias, y las personas con trastornos afectivos son atendidas con más frecuencia por médicos generales y por otros profesionales de la salud. No se encontraron

diferencias importantes por tipo de trastorno en las personas que recurren a medicina complementaria o alternativa (Cuadro 5). Los grupos de autoayuda constituyeron un recurso para la población con dependencia de alcohol, pero fueron menos frecuentemente utilizados por personas con trastornos de dependencia de otras sustancias (14). Llama la atención que en México, a diferencia de lo que ocurre en otros países de nivel bajo y medio de desarrollo y en los países desarrollados (13), una mayor proporción de personas recibe atención en unidades especializadas que en unidades de primer nivel de atención. Por cada persona que es atendida en este nivel, 1,7 recibe atención en unidades especializadas (8).

Mientras más severo es el diagnóstico, la solicitud de ayuda tiende a ser mayor. Sin embargo, la gran mayoría de las personas con padecimientos mentales no pide ayuda y una proporción menor acude a algún servicio especializado. El tiempo que tardan los pacientes en recibir atención es también importante y la latencia puede oscilar entre 4 y 20 años, según el tipo de trastorno. Entre los que reunieron los criterios de trastornos afectivos, solo 16% había hecho contacto con los servicios de salud el mismo año en el que se manifestó el trastorno y se estima que 70% lo habrá hecho a la edad de 50 años. La situación es menos favorable para los trastornos de ansiedad: solo 3,6% hicieron contacto con los servicios el primer año de la enfermedad, y se estima que a la edad de

50 años, solo lo habrá hecho el 53% de los que llenan el criterio diagnóstico. Los trastornos por abuso de sustancias son los que muestran mayor rezago: menos de 1% (0,9%) hicieron contacto el primer año y solo 22% habrá hecho contacto al cumplir los 50 años (15).

La mitad de la población con problemas (57%) recibió un tratamiento mínimo adecuado en los 12 meses previos; es decir, recibió al menos cuatro sesiones de psicoterapia o, cuando se trataba de farmacoterapia, al menos dos visitas y tratamiento con fármacos por cualquier período de tiempo o recibía tratamiento al momento de la entrevista (16).

La encuesta demuestra que existe una proporción importante de personas con depresión que recibieron benzodiazepinas en lugar de antidepresivos, aun cuando habían consultado a un especialista. Los tiempos de consulta fueron adecuados pero con frecuencia los pacientes no asistieron al número mínimo de sesiones. La frecuencia fue mayor cuando se trató de psicoterapia (15).

Al mismo tiempo se observa una proporción importante de la población que pide ayuda sin cumplir con el criterio diagnóstico; por una parte, esto puede reflejar las limitaciones en el sistema de clasificación ya en revisión y, por la otra, que la atención no se dirige a las personas con más severidad, como lo confirman los datos del estudio (8).

Evaluación de la discapacidad

Se evaluó la discapacidad de las personas por trastornos afectivos y de ansiedad identificados con mayor frecuencia y se comparó con la discapacidad causada por algunas condiciones crónicas no psiquiátricas, como diabetes, artritis, hipertensión, cefalea, dolor de espalda y cuello, y otras condiciones dolorosas, identificadas como "condiciones crónicas".

Para evaluar la discapacidad se utilizó la escala de Sheehan (17). Esta escala evalúa la discapacidad en diferentes áreas y produce una puntuación total de 0 (sin deterioro en el funcionamiento) a 10 (funcionamiento totalmente deteriorado). Se preguntó al entrevista-

tado sobre el número de días que estuvo totalmente incapacitado para trabajar debido al trastorno presente en los últimos 12 meses.

De las cuatro áreas de funcionamiento evaluadas, las que se refieren a las relaciones con personas cercanas y a la vida social eran las más afectadas. Los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad eran la depresión (con puntuaciones de 4,6 y 4,8), la fobia social (5,4 y 5,8) y el trastorno de estrés postraumático (5,6 y 5,4). La depresión tuvo el mayor impacto en el área laboral (4,9). En la puntuación total de la escala, los trastornos con el mayor nivel de discapacidad eran el estrés postraumático (5,4) y la depresión (4,7).

En respuesta a la pregunta sobre cuántos días fueron totalmente incapaces de trabajar en el último año, las personas con depresión y trastorno de pánico fueron las que en promedio perdieron más días de actividad debido al trastorno. El promedio de días perdidos por condiciones crónicas (6,9 días) era bastante menor al que se perdió por depresión (25,5 días), agorafobia (18,6 días), ansiedad generalizada (9,5 días), trastorno de pánico (20 días) y trastorno de estrés postraumático (14,2 días) (17).

Estos resultados indican que el efecto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad es mayor que el de algunas condiciones crónicas no psiquiátricas. En las cuatro áreas evaluadas, los trastornos psiquiátricos obtuvieron puntuaciones más elevadas en promedio que las condiciones crónicas. También debe destacarse el efecto discapacitante de un trastorno aparentemente poco grave como la fobia social. Considerando que existen tratamientos con efectividad comprobada, sobre todo para pánico y depresión, es posible disminuir el costo social de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad cuando se instituyen tratamientos adecuados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de la encuesta muestran que la prevalencia de los trastornos mentales en la población mexicana ocupa un lugar intermedio entre los países que participaron de la

iniciativa de la Organización Mundial de la Salud: se ubica en el séptimo lugar entre 15 países que ya han publicado sus datos (7). La proporción de casos severos en la población mexicana es una de las más altas, similar a la de Estados Unidos y Colombia (13).

La severidad del trastorno se correlacionó con la probabilidad de recibir tratamiento; sin embargo, la mayor parte de la población con trastornos mentales no recibe tratamiento. Al respecto, México está entre los países con menor proporción de personas tratadas, ocupando el antepenúltimo lugar (solo arriba de Ucrania y Líbano) cuando se analiza la proporción de casos severos que presentaron el cuadro en los 12 meses previos al estudio y que fueron tratados (13).

Una proporción relativamente elevada de las personas que reciben tratamiento tienen padecimientos leves o síntomas, sin presentar el diagnóstico; los que reciben tratamiento tardan entre 4 y 20 años en recibirlo según el tipo de trastorno. Más aún, el 90% de la población con algún trastorno no recibe un tratamiento adecuado. Estos resultados señalan la necesidad de reorientar los servicios de tratamiento, para incluir a los casos más severos y asegurar que el tratamiento sea más oportuno y apropiado. La alta prevalencia de comorbilidad con otras enfermedades crónicas y con trastornos por abuso de sustancias indica también la importancia de la integración de los servicios.

Los datos corroboran la necesidad de que los trastornos mentales y las adicciones sean considerados enfermedades crónicas con derecho a tratamiento. Asimismo, es necesario establecer campañas para reducir el estigma y mejorar la conciencia popular acerca de la presencia de trastornos mentales y de la efectividad de los tratamientos.

Una de las prioridades de las políticas públicas de salud es la capacitación de un número mayor de especialistas en salud mental. La incorporación de un mayor número de médicos generales en el estudio de la psiquiatría permitirá tener más recursos para atender a una demanda creciente de atención. México tiene una mediana de uno a cinco psiquiatras por cada

100.000 habitantes, cifra muy inferior a la observada en Europa (nueve por cada 100.000) o Canadá y los Estados Unidos (10 por cada 100.000) (18).

También es necesario incrementar el número de enfermeras y trabajadoras sociales psiquiátricas; incorporar a psicólogos capacitados en el manejo de pacientes en los servicios de atención, e incorporar en la currícula y en los cursos de actualización para personal de salud, de acuerdo con su profesión, el manejo de las nuevas terapias farmacológicas, psicosociales y de apoyo a las familias, haciendo hincapié en la perspectiva sobre salud pública y atención comunitaria.

Finalmente, es también importante incorporar a la sociedad civil en los esfuerzos para mejorar la atención de la enfermedad mental y brindar adiestramiento y apoyo en el autocuidado a las personas sin formación profesional, los enfermos y sus familias.

REFERENCIAS

1. México, Consejo Nacional de Población. Disponible en: www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.
2. México, Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007–2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 1.ª ed. México: SSA; 2007.
3. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005;28(2):40–7.
4. González Pier E, Gutiérrez Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorens M, Porrás-Condey R et al. Health System Reform in México 2. Priority setting for health interventions in Mexico's system of social protection in health. *The Lancet* 2006; 368(9547):1608–18.
5. Gakidou E, Lozano R, González Pier E, Abbot-Klafter J, Barofky T, Bryson-Cohn C et al. Health System Reform in México 5. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *The Lancet* 2006;368(9550):1920–35.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.

7. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet needs for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):2581–90.
8. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2003;26(4):1–16.
9. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), certified version 15. Geneva: WHO; 2001.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry* 2007;190:521–28.
11. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004;46(5):40–7.
12. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Lara C, Zambrano J, Ramos L. Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Mex* 2005;47(1):8–22.
13. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G et al: Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *The Lancet* 2007;370:841–50.
14. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Pan Am J Public Health* 2006;19(4):265–76.
15. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy on treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):371–78.
16. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007;97(9):638–43.
17. Lara C, Medina-Mora ME, Borges G. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental* 2007;30(5):4–11.
18. Organización Mundial de la Salud. Atlas: Recursos de salud mental en el mundo 2001. Ginebra: OMS; 2001.

LA ENCUESTA DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE MÉXICO

Corina Benjet,¹ Guilherme Borges,¹ María Elena Medina-Mora,¹ Jerónimo Blanco,¹ Estela Rojas,¹ Clara Fleiz,¹ Enrique Méndez,² Joaquín Zambrano¹ y Sergio Aguilar-Gaxiola³

INTRODUCCIÓN

Los diversos estudios epidemiológicos realizados en distintos países y culturas sugieren que la mayoría de los trastornos psiquiátricos tienen su inicio en las primeras décadas de la vida (1). Sin embargo, es significativo el rezago existente en cuanto a datos epidemiológicos para conocer las necesidades de atención y los patrones de uso de servicios en la población adolescente de América Latina y el Caribe. Por ende, en el año 2005, como parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud Salud Mental Mundial, y como una extensión de la Encuesta de México, se llevó a cabo una encuesta en la población adolescente de la Ciudad de México y el área metropolitana.

Las Encuestas Nacionales de Adicciones (2, 3) y las Encuestas de Estudiantes de la Ciudad de México (4, 5) son de carácter periódico y estiman el uso y abuso de sustancias. La

única evaluación previa de los trastornos psiquiátricos, más allá de los trastornos por uso de sustancias, realizada en población general de adolescentes ha sido una encuesta representativa de la Ciudad de México basada en un informe de padres sobre la sintomatología de sus hijos entre 4 y 16 años de edad. La encuesta es un tamizaje que no incluye categorías diagnósticas, aun cuando estima que la mitad de los jóvenes presentan sintomatología y 16% sintomatología suficiente para sugerir un posible trastorno psiquiátrico (6, 7).

LA ENCUESTA DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

Contexto general

El 10% de la población de la Ciudad de México y el área metropolitana (casi dos millones de adolescentes) se encuentra entre las edades de 12 y 17 años (8). Los datos de la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes muestran que 16% de estos jóvenes ha desertado de la escuela; 10% tiene responsabilidades adultas como, por ejemplo, tener un hijo, estar casado o trabajar tiempo completo durante el año escolar; y una tercera parte no vive con ambos padres (9). La violencia y la exposición a sus-

¹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, México.

² Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF, México.

³ Centro para la Reducción de Disparidades en Salud, Escuela de Medicina, Universidad de California, Davis, EUA.

tancias ilícitas es una realidad para muchos de ellos; casi una tercera parte de estos jóvenes ha estado expuesta en algún momento de la vida al consumo de drogas (10). En la Encuesta Nacional de Juventud 2005, realizada en la Ciudad de México, los jóvenes manifestaron que en la escuela a la que asisten existe mucha o alguna inseguridad y delincuencia (22% de ellos) y venta de drogas (7% de ellos); el 14% manifestó haber presenciado violencia en la colonia o barrio donde viven. El aumento significativo de la deserción escolar se presenta a los 15 años de edad (18% deja de estudiar, una tercera parte de ellos porque tienen que trabajar por motivos económicos) (11). Casi 69% de los entrevistados ha vivido algún suceso traumático de una lista de 23 posibles traumas, desde la muerte repentina de un ser querido, un accidente de tránsito grave o un desastre natural, hasta la violación o el abuso sexual. El 1% notificó violación, 5% abuso sexual, 13% maltrato físico por sus cuidadores, 19% haber sido testigo de violencia intrafamiliar y 17% haber sido asaltado o amenazado con un arma (12).

Estas características contextuales no son exclusivas de la Ciudad de México, sino que se comparten con muchas áreas urbanas de países en vías de desarrollo. A pesar de estas condiciones de vida, que evidentemente producen un impacto en la salud mental, la disponibilidad de servicios de salud mental dirigidos a los adolescentes es escasa. Los principales servicios que se ofrecen corresponden a centros comunitarios para la atención de las adicciones, departamentos de salud de adolescentes dentro de hospitales generales, y solo un hospital psiquiátrico infantil que atiende a pacientes de todo el país.

Método

Se seleccionó una muestra de 3.005 adolescentes de 12 a 17 años de edad residentes en hogares fijos del área metropolitana de la Ciudad de México. La muestra obtenida se basó en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado. Como marco de muestreo se utilizó la conformación del área metropolitana con datos

poblacionales del XII Censo General de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2000 (8); con esos datos se integró a las 16 delegaciones del Distrito Federal y los 16 municipios principales del área metropolitana. La tasa de respuesta fue de 71%.

Instrumento de diagnóstico

Para la evaluación de los trastornos psiquiátricos se utilizó la versión computarizada para adolescentes de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (*Composite International Diagnostic Interview, WMH-CIDI-A*) (13) diseñada para la iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental. Dicha entrevista, completamente estructurada e instalada en una computadora portátil, fue realizada cara a cara por entrevistadores legos en los hogares de los participantes; el promedio de duración de la entrevista fue de dos horas y treinta minutos. La WMH-CIDI-A proporciona diagnósticos según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) (14) para 20 trastornos psiquiátricos, entre ellos, trastornos de ánimo, de ansiedad, de impulsividad y por uso de sustancias. En este estudio se informa sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida según lo notificado por el propio adolescente, y se estima la discapacidad asociada a los trastornos, utilizando la autonotificación sobre el número de días (del último año) en los que los adolescentes se sintieron incapacitados para realizar sus actividades habituales debido al trastorno. El instrumento también incluye otros módulos no clínicos que abarcan, entre otros, características sociodemográficas, discapacidad y uso de los servicios.

Procedimiento

El trabajo de campo fue realizado en 2005 por encuestadores legos capacitados en el manejo del instrumento de diagnóstico y con expe-

riencia previa en la recolección sistemática de datos. Para asegurar la calidad, se realizó una supervisión continua in situ a lo largo de todo el proceso, mediante el uso de manuales de procedimientos y la aplicación de programas de control de calidad diseñados para las Encuestas Mundiales de Salud. Los encuestadores proporcionaron una explicación verbal y por escrito del estudio tanto a los adolescentes como a sus padres. Solo fueron entrevistados los adolescentes que consintieron en participar en el estudio y cuyos padres y madres o tutores firmaron el consentimiento informado. A todas las familias participantes se les proveyó información sobre instituciones que brindan atención en salud mental en caso que decidieran buscar ayuda. El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría aprobó todos los procedimientos de reclutamiento, consentimiento informado y trabajo de campo.

Resultados

Alrededor de la mitad de los adolescentes (51,3%) cumplieron criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida. Las fobias, tanto la específica como la social, eran los trastornos más frecuentes (27,9% de los adolescentes notificaron haber experimentado alguna fobia específica y 14,3%, alguna fobia social). Estos trastornos representan 30% de la totalidad de los trastornos. Si se excluyen estos dos trastornos fóbicos, alrededor de un tercio de los jóvenes (36%) ha presentado algún tipo de trastorno. Los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes; les siguen los trastornos de impulsividad, los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias (Cuadro 1).

En la figura 1 se muestra el número de días en el último año en los que los jóvenes se sintieron incapacitados para realizar las actividades habituales por causa de su trastorno. La distimia y el estrés postraumático representan casi un mes de días perdidos; la depresión y el trastorno bipolar I, alrededor de dos semanas, y el trastorno de pánico y el de déficit de aten-

ción, casi una semana. Los trastornos más frecuentes (la fobia específica y la fobia social) generaron un número menor de días perdidos (3,2 y 4,6, respectivamente). Cabe mencionar que no se incluyó información sobre el número de días perdidos debido a trastornos por uso de sustancias o trastorno disocial.

Las figuras 2 a 5 presentan las edades de inicio de los trastornos mentales. La ordenada en el punto 50% corresponde a la edad mediana de inicio del trastorno. En la figura 2 se puede observar que los trastornos de ansiedad se presentan a edades más tempranas (mediana de inicio de 5 años para fobia específica y de 6 años para ansiedad de separación en 50% de los entrevistados); la ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad con inicio más tardío (mediana de inicio de 12 años). La mediana de inicio de los trastornos afectivos (Figura 3) y de impulsividad (Figura 4) es de alrededor de los 11 y 12 años de edad, con excepción del trastorno por déficit de atención que comienza a los 5 años de edad. Los trastornos por uso de sustancias se presentan a edades más tardías (mediana de inicio alrededor de los 13 y 14 años) (Figura 5).

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura en epidemiología psiquiátrica infantil sobre estudios realizados principalmente en países desarrollados demuestra que la prevalencia mundial para cualquier trastorno es de entre 8% y 45% (15). Otros estudios sugieren un rango que varía desde 8% en los Países Bajos hasta 57% en los Estados Unidos de América (16). Al comparar estos resultados, se observa que las estimaciones para la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población adolescente de la Ciudad de México se encuentran entre las más elevadas. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que muchos de los estudios no mencionan o tienen períodos de referencia más cortos (actual o último año) y generalmente no incluyen un número tan amplio de trastornos. De hecho, muchos no incluyen las fobias específicas, las cuales, según este estudio, se

CUADRO 1. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida.

Trastorno	Prevalencia	
	%	EE
Trastornos afectivos		
Depresión mayor	7,8	0,6
Distimia	0,8	0,2
Bipolar I y II	2,9	0,3
Cualquier trastorno afectivo	10,7	0,6
Trastornos de ansiedad		
Trastorno de pánico	2,3	0,3
Trastorno de ansiedad generalizada	1,0	0,1
Agorafobia sin trastorno de pánico	5,7	0,5
Fobia social	14,3	0,7
Fobia específica	27,9	0,6
Trastorno por ansiedad por separación	8,5	0,5
Trastorno por estrés postraumático	1,8	0,4
Cualquier trastorno de ansiedad	40,6	0,8
Trastornos de impulsividad		
Anorexia	0,5	0,1
Bulimia	1,0	0,1
Trastorno explosivo intermitente	10,9	0,5
Trastorno oposicionista desafiante	8,4	0,6
Trastorno disocial	4,1	0,4
Déficit de atención/ hiperactividad	2,4	0,4
Cualquier trastorno de impulsividad	20,0	0,8
Trastornos por uso de sustancias		
Abuso de alcohol	3,8	0,4
Dependencia de alcohol	0,6	0,2
Abuso de drogas	1,6	0,3
Dependencia de drogas	0,3	0,1
Cualquier trastorno por uso de sustancias	4,8	0,5
Cualquier trastorno (uno o más)	51,3	0,7
Cualquier trastorno (sin fobia específica y social)	36,0	0,9

Nota: EE = error estándar.

presentan con más frecuencia. Por lo tanto, sería prematuro concluir que los adolescentes de la Ciudad de México presentan mayor patología que los adolescentes de otros contextos o culturas.

Sin embargo, si se hace una comparación con adultos mexicanos (17) tomando en cuenta el mismo período de referencia y número de trastornos, la prevalencia es mayor en los adolescentes. Hay dos posibles explicaciones: una que tiene que ver con sesgos en el informe o la memoria y la otra, con una diferencia real. En cuanto a lo primero, puede haber un patrón de respuesta sesgado donde las prevalencias son subestimadas en el caso de los adultos o sobreestimadas para los adolescentes. Posiblemente,

los adultos no notifican o no recuerdan la sintomatología que experimentaron de jóvenes; también es posible que haya diferencias en cuanto al umbral de comunicación de los síntomas entre adultos y adolescentes. Por ejemplo, los adultos pueden tener una mayor tolerancia para ciertos síntomas o no los notifican debido a un mayor estigma asociado con los trastornos mentales en generaciones mayores; o, por el contrario, es posible que los adolescentes tengan un sesgo cognitivo en esta etapa del desarrollo que los hace más propensos a exagerar los síntomas o la discapacidad relacionada con ellos. La otra explicación es que esta generación de jóvenes está realmente más afectada por trastornos mentales que las gene-

FIGURA 1. Número de días en el último año en los que los jóvenes fueron totalmente incapaces de realizar sus actividades habituales a causa de su trastorno.

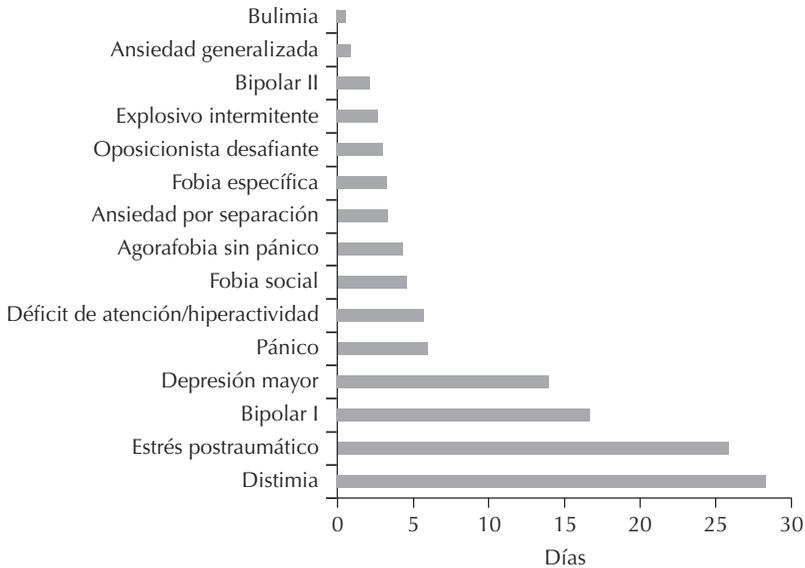
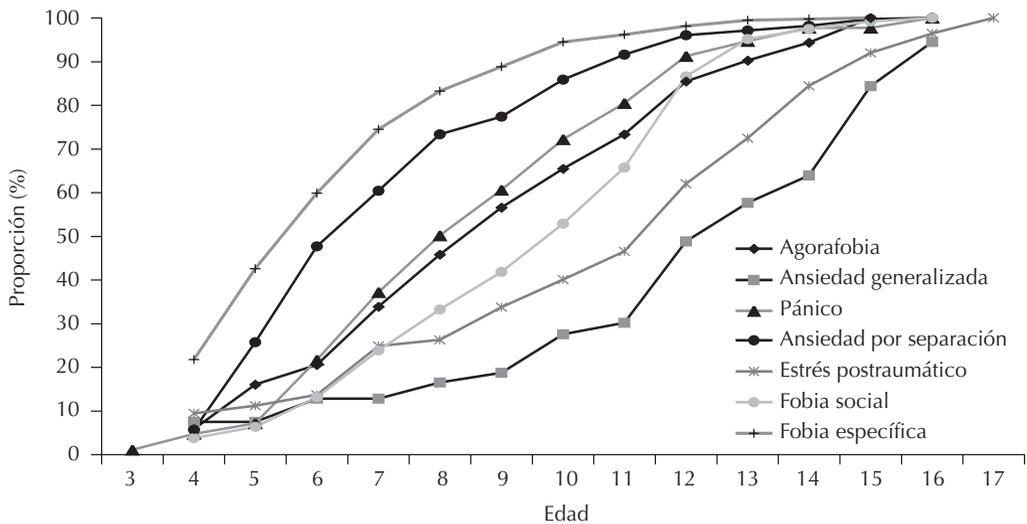
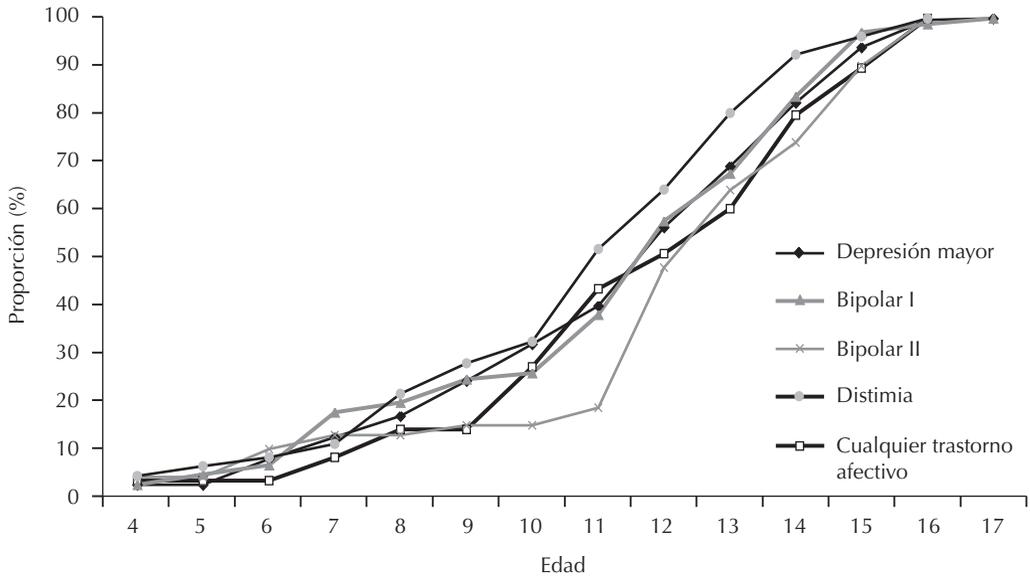
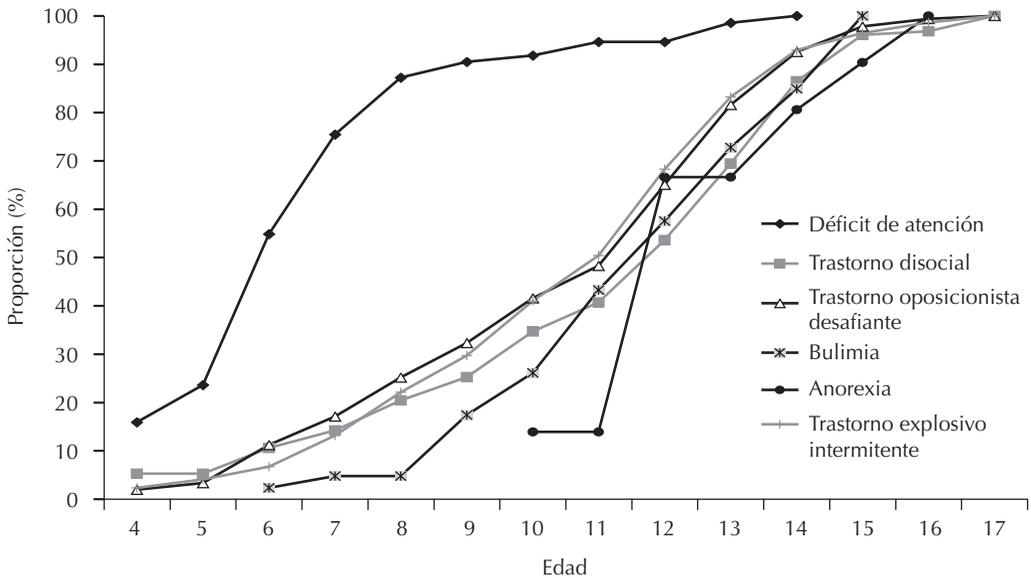


FIGURA 2. Edad de inicio de los trastornos de ansiedad en adolescentes.



raciones de sus padres o abuelos, posiblemente debido a la velocidad y el nivel de cambio social y la adversidad que deben enfrentar. Esta explicación está apoyada por datos obtenidos

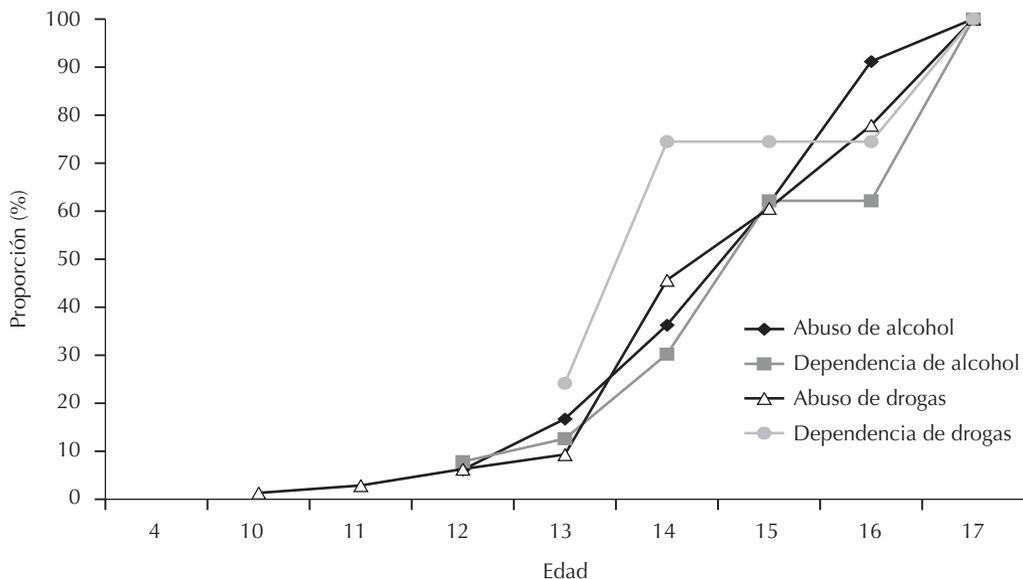
de adultos mexicanos, los cuales muestran que las cohortes más jóvenes tienen mayor probabilidad de sufrir un trastorno psiquiátrico (17), una tendencia también observada en numero-

FIGURA 3. Edad de inicio de los trastornos afectivos en adolescentes.**FIGURA 4. Edad de inicio de los trastornos de impulsividad en adolescentes.**

sos países y culturas (1). Otra fuente de apoyo reside en datos no tan sensibles a sesgos de autotificación y memoria retrospectiva, como es el aumento de las tasas de suicidios consumados en este grupo de edad (18).

La presente encuesta tiene limitaciones para poder resolver esta cuestión. Sin embargo, se ha planeado un seguimiento de la muestra de adolescentes para poder entender mejor la persistencia de estos trastornos en la vida adulta.

FIGURA 5. Edad de inicio de los trastornos por uso de sustancias en adolescentes.



La encuesta incorpora otros componentes que están fuera del alcance de este capítulo pero que serán temas de trabajos futuros, como por ejemplo, la existencia de datos sobre adversidades crónicas y otros factores contextuales, así como de muestras de material genético con las que se pueden analizar las interacciones ambiente-genéticas y su impacto en el desarrollo de la patología psiquiátrica.

Es notable observar tanto la frecuencia de los trastornos psiquiátricos como la discapacidad que generan en esta etapa de la vida, una etapa muy crítica en cuanto al desarrollo educativo, ocupacional e interpersonal. Mientras que los trastornos más comunes causan menor discapacidad, algunos trastornos, como los de ánimo, el estrés postraumático, el pánico y el déficit de atención, interfieren de manera importante en las actividades cotidianas de los jóvenes.

A pesar de la elevada prevalencia y discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos en esta población, un informe anterior sobre esta encuesta muestra que menos de uno de cada siete adolescentes con algún trastorno mental en el año anterior acudió a algún servicio de asistencia en el mismo período de tiempo. Ade-

más, solo la mitad de aquellos que sí lo hicieron recibieron un tratamiento que podría ser considerado mínimamente adecuado (19). Los adolescentes con trastornos por uso de sustancias solicitan con mayor frecuencia atención (posiblemente debido a la existencia de una red de centros comunitarios dirigidos a adolescentes con problemas de sustancias en diferentes partes de la ciudad); por el contrario, los que padecen algún trastorno de ansiedad son los que menos acuden a los servicios de salud. El uso de servicios está relacionado con la severidad del trastorno y el nivel educativo de los padres (3). Esta conclusión es prometedora, ya que sugiere un potencial aumento del uso de servicios a través de las campañas educativas sobre trastornos mentales dirigidas a los padres de familia y la comunidad en general. Es obvio que cualquier campaña educativa para aumentar el uso de los servicios de salud mental tendría que acompañarse de la disponibilidad de los mismos. Lo contrario sería una falta de ética al despertar una necesidad a la que no se puede dar atención.

Todos estos hallazgos marcan la brecha importante que existe entre las necesidades de salud mental de los jóvenes y el uso de los ser-

vicios. Los datos presentados en este capítulo pueden ayudar a disminuir esta brecha y ser útiles para aumentar el reconocimiento de la magnitud y severidad del problema, plantear la necesidad de desarrollar un plan nacional para la salud mental infantil y guiar las políticas específicas tanto de salud como educativas.

AGRADECIMIENTOS

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes se llevó a cabo gracias al financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la Secretaría de Educación (No. CONACYT-SEP-SSEDF-2003-CO1-22). La encuesta se realizó en conjunto con la Iniciativa de Salud Mental Mundial de la Organización Mundial de la Salud (*World Mental Health Survey Initiative*, WMH). Agradecemos al equipo de la WMH la ayuda brindada con la instrumentación, el trabajo de campo y el análisis de los datos.

REFERENCIAS

1. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al., for the WHO World Mental Health Survey Consortium. Lifetime prevalence and age of onset distributions of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* 2007;6(3):168–176.
2. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R. Consumo de drogas entre adolescentes. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Salud Pública México* 2003;45:S16–25.
3. Villatoro J, Medina-Mora ME, Cravioto P, Fleiz C, Galván F, Rojas E et al. Uso y abuso de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México D.F.: Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud; 2004.
4. Villatoro J, Medina-Mora ME, Cardiel H, Fleiz C, Alcántara E, Hernández S et al. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997. *Salud Mental* 1999;22:18–30.
5. Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M, Fleiz C, Amador N, Bermúdez P. La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2005;28:38–51.
6. Caraveo-Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30(1):48–55.
7. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2002;44:492–498.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda. México: INEGI; 2000.
9. Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth Mental Health in a Populous City of the Developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. (En prensa).
10. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Zambrano J, Orozco R, et al. Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents in the México Metropolitan Area. *Drug and Alcohol Dependence* 2007;90(2–3):128–134.
11. Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2005. México D.F.: Instituto Mexicano de la Juventud; 2005.
12. Orozco R, Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, López-Carrillo L. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública de México* 2008;50(S1):29–37.
13. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93–121.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
15. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44:972–986.
16. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369:1302–13.
17. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence and risk factors in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:521–528.

18. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47:372–94.
19. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Wang PS. Treatment of Mental Disorders for Adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization* 2008;86(10):757–764.

SECCIÓN III

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS COMUNITARIOS

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN BRASIL

*Marcelo Feijó Mello,¹ Robert Kohn,² Jair de Jesus Mari,³
Laura Helena Andrade,⁴ Naomar Almeida-Filho,⁵
Sergio Luís Blay,³ Maria Carmen Viana⁶ y Andrea Feijó Mello³*

INTRODUCCIÓN

El Brasil está experimentando un proceso de transición epidemiológica. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países, las enfermedades transmisibles siguen ocupando un lugar importante mientras que las enfermedades crónicas y degenerativas representan una proporción creciente de la carga de salud pública. En particular, se observa que las enfermedades neuropsiquiátricas contribuyen a gran parte de la carga de morbilidad, calculada según el número de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y de los años vividos con discapacidad (AVD). En 2002, este tipo de trastornos causó 22% de las pérdidas de AVAD (1) en todos los grupos de edad, lo cual supone un aumento de la contribución de los trastornos neuropsiquiátricos

a las pérdidas de AVAD, por comparación con el año 1998, en que la carga de AVAD perdidos era de 18,6% (2). En el cuadro 1 se muestran las contribuciones a las pérdidas de AVAD de los 25 principales trastornos específicos en 2002. En 1998 los trastornos neuropsiquiátricos causaron 34% de AVD, y en la actualidad se estima que la carga de AVD puede ser de 40% a 48%. Es probable que la carga de los trastornos psiquiátricos específicos sea aún mayor si solo se estudia la población de 15 a 59 años de edad. En el cuadro 2 se presenta un resumen de los resultados del estudio de 1998 sobre discapacidades, y pone de relieve que los trastornos neuropsiquiátricos son las principales causas de AVD y de las pérdidas de AVAD por comparación con todos los otros tipos de trastornos médicos (2).

La alta tasa de contribución de los trastornos neuropsiquiátricos tanto para las pérdidas de AVAD como para los AVD es un reflejo del progreso en el país en materia de salud pública y de atención de salud. Sin embargo, existen países, como Chile, donde la contribución de las condiciones psiquiátricas a las pérdidas de AVAD es mucho mayor (31%). Hay que seguir combatiendo las enfermedades infecciosas causantes de alta mortalidad, las enfermedades diarreicas en niños y las altas tasas de mortalidad materna. Además, la elevada tasa de violencia existente en el país (7,2%) contribuye

¹ Programa de Violencia, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Universidad Federal de São Paulo, SP, Brasil.

² Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

³ Departamento de Psiquiatría, Universidad Federal de São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Instituto de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía, SB, Brasil.

⁶ Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil.

CUADRO 1. Contribución en pérdidas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de los diferentes trastornos específicos para ambos sexos y todas las edades, Brasil, 2002.

Posición	Trastorno	%
1	Trastorno depresivo unipolar	7,8
2	Violencia	7,2
3	Asfíxia perinatal y traumatismo neonatal	5,1
4	Enfermedades cerebrovasculares	4,0
5	Trastornos por consumo de alcohol	4,0
6	Cardiopatía isquémica	3,5
7	Accidentes de tránsito	3,1
8	Otros traumatismos no intencionales	3,1
9	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	2,3
10	Anomalías congénitas	2,3
11	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2,2
12	Enfermedades diarreicas	2,0
13	Asma	2,0
14	Diabetes sacarina	1,9
15	Enfermedades maternas	1,5
16	Esquizofrenia	1,4
17	Cataratas	1,3
18	Hipoacusia aparecida en la edad adulta	1,3
19	Cirrosis hepática	1,3
20	Trastornos de la visión en relación con la edad	1,2
21	Trastorno bipolar	1,2
22	Infección por el VIH y sida	1,1
23	Osteoartritis	0,9
24	Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas	0,9
25	Cardiopatía hipertensiva	0,9

Fuente: Organización Mundial de la Salud: Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS) <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

en gran medida a la carga de morbilidad y es casi equivalente a la de la depresión unipolar.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN ADULTOS

La epidemiología psiquiátrica tiene una larga tradición en el Brasil. La investigación epidemiológica psiquiátrica más antigua publicada es un estudio transversal realizado por Coutinho (3) en un barrio pobre y muy deteriorado del centro de Salvador de Bahía, basado en un censo de 1.196 residentes mayores de 10 años. Para la recopilación de los datos se adoptó un diseño en dos etapas. La tasa de prevalencia general de los trastornos mentales observada era muy alta (49,3% entre los adultos y 13% entre los niños menores de 15 años). La neurosis y el alcoholismo eran los diagnósticos más frecuentes (aproximadamente de 23% en ambos casos). Se observó una mayor tasa

de prevalencia de las enfermedades mentales en los subgrupos constituidos por mujeres, personas solteras, analfabetas, desempleadas y de bajos ingresos.

A esta investigación pionera le siguen una serie de estudios sobre morbilidad psiquiátrica basados en la población y llevados a cabo en el estado de Bahía. El primero de ellos fue un estudio de prevalencia realizado por Santana (4) en un distrito de bajos ingresos de Salvador. Se utilizó un muestreo de áreas por agrupaciones de hogares y un diseño en dos etapas para la evaluación de los casos, así como también un instrumento de tamizaje para seleccionar los casos presuntos, seguido de una exploración de diagnóstico psiquiátrico individual. Se entrevistó a una muestra de 1.549 personas mayores de 14 años. En esta investigación se utilizó por primera vez el *Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (Questionnaire for Adult Psychiatric Morbidity, QMPA)* (5), un ins-

CUADRO 2. Porcentajes de contribución de los diferentes tipos de trastornos médicos a los años de vida perdidos (AVP), los años vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), Brasil, 1998.

Trastorno	AVP (%)	AVD (%)	AVAD (%)
Grupo I	26	19,8	23,5
Enfermedades parasitarias	10	8,6	9,2
Infecciones respiratorias	5	1,9	3,5
Enfermedades maternas	0	4,2	2,4
Enfermedades perinatales	10	2,3	6,4
Carencia nutricional	1	2,8	2,1
Grupo II	59	74,7	66,3
Cáncer	12	1	6,3
Neoplasias benignas	0	... ^a	0,1
Diabetes sacarina	3	7,2	5,1
Trastornos endocrinos	1	1,8	1,5
Trastornos neuropsiquiátricos	2	34,0	18,6
Enfermedades de los órganos sensoriales	0	2,0	1,1
Enfermedades cardiovasculares	24	2,7	13,3
Enfermedad respiratoria crónica	5	11,2	8,1
Trastornos del aparato digestivo	7	0,4	2,7
Trastornos de las vías urinarias y genitales	1	0,3	0,8
Enfermedades cutáneas	0	...	0,1
Enfermedades osteomusculares	0	10,4	5,5
Anomalías congénitas	2	1,3	1,8
Trastornos dentales y orales	0	2,4	1,2
Grupo III	15	5,5	10,2
Causas externas no intencionales	8	5,1	6,4
Causas externas intencionales	7	0,3	3,9

^a Sin información.

trumento de tamizaje breve. Los diagnósticos psiquiátricos se basaron en exploraciones clínicas y psicológicas realizadas a todos los casos presuntos seleccionados. Para evitar el sesgo, también se evaluó una submuestra aleatoria de testigos. Se utilizó la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (la clasificación diagnóstica oficial normalizada en ese momento). La tasa de prevalencia general de los trastornos mentales en la población adulta se calculó en 20,2%. El trastorno mental más frecuente era la neurosis, con una prevalencia calculada de 17,0%. La prevalencia general de los trastornos psiquiátricos en las mujeres era significativamente mayor (24%) que en los hombres (16%), mientras que en los hombres, el alcoholismo era 11 veces más frecuente. La tasa de prevalencia era mayor en los emigrantes (22%) que en los no emigrantes (18%). Las personas con menores ingresos presenta-

ban una mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica, especialmente para los trastornos neuróticos y psicossomáticos.

Almeida-Filho utilizó el mismo conjunto de datos para investigar el efecto de los factores sociales sobre la salud mental (6). Se demostró la hipótesis de una asociación entre el desempleo y el deterioro de la salud mental mediante una técnica de variables múltiples, tomando en consideración variables de confusión de edad, sexo, estado civil, nivel educativo, emigración, ingresos y tamaño de la familia. La supuesta asociación fue estadísticamente significativa, incluso después del ajuste según estos factores de confusión. Mediante un método similar no se pudo confirmar la hipótesis tradicional de una asociación entre la emigración y la salud mental. Aunque abordaban temas importantes, estos estudios se basaron en la muestra de un barrio y eran por consiguiente demasiado es-

pecíficos como para permitir la generalización de los resultados.

El Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica, el primer estudio integral, terminó en 1991 e incluyó a 6.476 personas de 15 años y más. El estudio se llevó a cabo en tres zonas urbanas principales: Brasilia, São Paulo y Porto Alegre (7, 8); se utilizó un diseño transversal en dos etapas y la estratificación se basó en unidades censales. La primera etapa consistió en una entrevista de tamizaje de 44 elementos realizada a todos los miembros de la familia mayores de 14 años por medio del QMPA. La segunda etapa constó de una entrevista diagnóstica a 30% de las personas que obtuvieron resultados positivos en el tamizaje y a 10% de las que obtuvieron resultados negativos, la cual fue realizada entre una y cuatro semanas después de la entrevista inicial. Los diagnósticos se hicieron según la lista de verificación de síntomas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*), y los cálculos de las tasas de prevalencia, mediante una ponderación retrospectiva con la muestra original.

El estudio presentaba muchas limitaciones. El método empleado no era compatible con el de otros estudios comunitarios psiquiátricos a gran escala. Para la selección de casos se empleó el QMPA, pero a diferencia de la mayor parte de los estudios en dos etapas, solo se volvió a evaluar una parte de los casos con resultados positivos. En otras palabras, los cálculos se basaron en la confianza puesta en la supuestamente alta sensibilidad y especificidad del QMPA para determinar la existencia o no de un caso (5). Está poco claro, sin embargo, cuál es el grado de sensibilidad y especificidad para los diferentes trastornos específicos. Además, la muestra empleada para obtener los diagnósticos resultó ser demasiado pequeña para detectar casos de trastornos psiquiátricos menos comunes, pero graves, tales como las psicosis no-afectivas o las manías, en alguna de las subpoblaciones. Para obtener el diagnóstico no se llevó a cabo una entrevista semiestructurada o totalmente estructurada, sino

una entrevista clínica, en la que se utilizó una lista de verificación de síntomas. Aunque todos los entrevistadores eran clínicos bien capacitados, se sabe que es escasa la fiabilidad diagnóstica entre evaluadores cuando no se aplica una entrevista estandarizada. Lamentablemente, esto plantea dudas en cuanto a la validez de los diagnósticos obtenidos. El diseño del muestreo incluía la entrevista a todas las personas idóneas en un hogar, no a una persona seleccionada aleatoriamente. A pesar de las limitaciones de este estudio, sigue siendo el único estudio nacional realizado en el Brasil y las tasas generales concuerdan con las de otros estudios internacionales.

Los resultados del Estudio Multicéntrico se muestran en los cuadros 3 y 4. Las tasas de prevalencia de vida varían según la zona: 50,4% en Brasilia, 31,0% en São Paulo y 42,4% en Porto Alegre (Cuadro 3). Se observaron diferencias igualmente importantes en las tasas anuales: 34,1% en Brasilia, 19,0% en São Paulo y 33,7% en Porto Alegre (Cuadro 4). El trastorno de ansiedad era el más prevalente. La prevalencia anual de los trastornos depresivos era inferior a 2%, excepto en Porto Alegre (6,7%). El abuso o la dependencia de alcohol presentaban tasas de prevalencia anual algo superiores a 4% en Brasilia y São Paulo, y de casi 9% en Porto Alegre. Las tasas de los trastornos por consumo de alcohol en las mujeres eran inferiores a 2% en todas las ciudades.

El QMPA también fue utilizado en un estudio posterior llevado a cabo en Salvador de Bahía (9). Se analizó la aparición concurrente de la ansiedad y los síntomas depresivos con el consumo o el abuso de alcohol en una muestra de 2.302 adultos. La selección de la muestra se basó en los distritos censales y sus zonas sociodemográficas, obteniéndose así 108 zonas de encuesta de las que se seleccionaron aleatoriamente 37. En cada hogar se seleccionaron aleatoriamente dos personas (un hombre y una mujer), lo que dio lugar a que se incluyeran 1.258 familias en el estudio. Se observó que los trastornos de ansiedad tenían una prevalencia en los 12 meses precedentes de 14,4% y que eran más frecuentes entre las personas que

CUADRO 3. Prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida, según el Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica.

Trastorno	Brasilia			São Paulo			Porto Alegre		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Trastornos de ansiedad	13,6	21,6	17,6	7,3	13,9	10,6	5,2	14,0	9,6
Estados fóbicos	10,8	22,7	16,7	4,9	10,4	7,6	7,7	20,5	14,1
Trastornos disociativos somáticos	3,3	13,0	8,1	1,3	4,3	2,8	1,7	8,0	4,8
Trastornos obsesivo-compulsivos	0,9	0,5	0,7	... ^a	...	...	1,7	2,5	2,1
Trastornos de adaptación	1,9	2,2	2,0	...	1,2	0,6	1,7	1,5	1,6
Estados depresivos	1,9	3,8	2,8	...	3,8	1,9	5,9	14,5	10,2
Manía y ciclotimia	0,9	...	0,4	...	0,6	0,3	1,7	0,5	1,1
Trastornos psicóticos	...	0,5	0,3	...	1,2	0,9	2,4	2,5	2,4
Abuso o dependencia de alcohol	15,0	1,1	8,0	15,2	...	7,6	16,0	2,5	9,2
Trastornos del aprendizaje	3,3	2,7	3,0	3,6	1,7	2,6	2,4	4,5	3,4
Todos los trastornos	47,0	53,8	50,4	32,7	28,8	31,0	35,0	49,9	42,4

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).

CUADRO 4. Prevalencia de los trastornos mentales correspondiente al año precedente, según el Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica.

Trastorno	Brasilia			São Paulo			Porto Alegre		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Trastornos de ansiedad	7,8	16,4	12,1	4,3	9,6	6,9	5,2	5,6	5,4
Estados fóbicos	6,0	17,2	11,6	2,8	7,2	5,0	7,6	6,6	7,1
Trastornos disociativos somáticos	1,9	9,8	5,8	0,7	3,0	1,9	1,7	3,9	2,8
Trastornos obsesivo-compulsivos	0,5	0,4	0,5	... ^a	...	...	1,7	0,7	1,2
Trastornos de adaptación	1,1	1,6	1,3	...	0,8	0,4	1,7	0,3	1,0
Estados depresivos	1,1	2,9	1,5	...	3,6	1,3	5,9	7,6	6,7
Manía y ciclotimia	0,5	...	0,3	...	0,4	0,2	1,7	0,3	1,0
Trastornos psicóticos	...	0,4	0,2	...	1,2	0,6	2,4	0,7	2,0
Abuso o dependencia de alcohol	8,6	0,8	4,7	8,6	...	4,3	15,9	1,6	8,7
Trastornos del aprendizaje	1,9	2,0	1,9	2,1	1,2	1,6	2,4	1,3	1,8
Todos los trastornos	27,0	41,2	34,1	18,8	20,0	19,0	34,5	33,0	33,7

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).

consumían mayor cantidad de alcohol. La prevalencia de los trastornos depresivos en los 12 meses precedentes era de 12,5%

La comorbilidad sintomática era mayor para la depresión (94% de los casos presentaban otro diagnóstico concurrente). Los trastornos de ansiedad presentaban 82% de comorbilidad y el alcoholismo, 20%. La proporción de síntomas de ansiedad entre las personas con depresión era de 74% y la presencia de depresión entre las personas con ansiedad, de 61%. Los autores se-

ñalaron las diversas limitaciones del estudio, como por ejemplo, que no estaba diseñado para proporcionar cálculos epidemiológicos muy precisos en materia de alcoholismo, depresión y trastornos de ansiedad como cuadros clínicos, sino más bien para aportar una explicación global a ciertas cuestiones de investigación sobre los fenómenos de comorbilidad.

El Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas (*Epidemiological Catchment Area, ECA*) realizado también en São Paulo, proporcionó

información sobre las tasas de trastornos psiquiátricos en la comunidad. El estudio se limitó a dos distritos de la ciudad, zona de captación de la unidad de atención primaria del centro médico de la Universidad de São Paulo, el mayor complejo hospitalario de América del Sur (10, 11). Esta zona está compuesta predominantemente por familias de nivel socioeconómico superior o medio, aunque también existen algunos barrios pobres. La muestra de hogares se dividió en tres estratos para poder sobremuestrear a jóvenes y adultos mayores y aumentar así la probabilidad de observar a jóvenes psicóticos y la morbilidad psiquiátrica en los adultos mayores. Se entrevistó a todas las personas entre 18 y 24 años de edad y 60 años y más que vivían en los hogares seleccionados. En cada hogar también se seleccionó, mediante el método de Kish, a una persona entre 25 y 59 años para responder las preguntas. En total fueron entrevistadas 1.464 personas. Se utilizó la versión 1.1 de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*) (12). Para introducir los datos se utilizó el software creado especialmente para la CIDI 1.1, el cual controla la coherencia de todas las entradas y proporciona diagnósticos psiquiátricos de acuerdo con los criterios de la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Las tasas de prevalencia

fueron ajustadas para el diseño de muestreo complejo, mediante el uso de factores de ponderación para cada estrato. Aunque el método empleado en este estudio es compatible con los diseños de vanguardia, la posibilidad de generalización es altamente cuestionable, ya que la muestra no corresponde a una comunidad representativa de São Paulo ni del Brasil. Las tasas generales de prevalencia se muestran en los cuadros 5 y 6.

Todos los trastornos analizados en el estudio epidemiológico, con la exclusión de la dependencia de la nicotina, mostraron una tasa de prevalencia de vida de 33,1%. La depresión mayor era el trastorno más prevalente (16,8%) y era más frecuente en mujeres (1,4) que en hombres (1,0). La prevalencia anual de todos los trastornos era de 18,5%, siendo la depresión mayor el trastorno específico más prevalente entre los investigados (6,7%), seguida de las fobias (5,7%) y el abuso o la dependencia de alcohol (3,9%). La prevalencia anual del abuso o la dependencia de la nicotina era de 11,0%.

En Bambuí, Minas Gerais, se elaboró una muestra probabilística de hogares para todos los habitantes (13). Solo se notificaron datos sobre la depresión mayor según el DSM-III-R con exclusión del trastorno bipolar y la fobia social, basados en la CIDI (14, 15). Se entrevistaron 1.041 individuos de 18 años de edad y más. La tasa de vida para la depresión mayor

CUADRO 5. Prevalencia de los trastornos mentales a lo largo de la vida, según el Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas de São Paulo.

Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Depresión mayor	13,2	19,1	16,6
Distimia	3,7	4,7	4,3
Manía	1,1	0,9	1,0
Trastorno de ansiedad generalizada	3,3	4,9	4,2
Trastorno de pánico	0,7	2,3	1,6
Todas las fobias	4,4	11,4	9,3
Trastorno obsesivo compulsivo	0,4	0,1	0,3
Abuso o dependencia de alcohol	7,8	3,8	5
Abuso o dependencia de drogas	1,9	0,6	1
Abuso o dependencia de la nicotina	29,9	21,3	25,0
Psicosis no-afectiva	1,7	2,0	2,1
Deterioro cognoscitivo	1,3	1,1	1,4
Todos los trastornos no relacionados con la nicotina	28,4	36,6	33,1

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

CUADRO 6. Prevalencia de los trastornos mentales correspondiente al año precedente, según el Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas de São Paulo.

Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Depresión mayor	3,5	9,1	6,7
Distimia	1,1	1,7	1,4
Manía	0,3	0,6	0,5
Trastorno de ansiedad generalizada	1,1	2,1	1,7
Trastorno de pánico	0,1	1,7	1,0
Todas las fobias	2,4	7,0	5,7
Trastorno obsesivo compulsivo	0,3	0,1	0,2
Abuso o dependencia de alcohol	6,5	3,0	3,9
Abuso o dependencia de drogas	1,1	0,2	0,6
Abuso o dependencia de la nicotina	12,2	10,8	11,0
Psicosis no-afectiva	0,7	0,9	0,8
Deterioro cognoscitivo	. . . ^a	. . .	1,1
Todos los trastornos no relacionados con la nicotina	14,4	21,5	18,5

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

era de 17,0% para las mujeres y de 7,3% para los hombres. La prevalencia anual era de 9,1% y las mujeres presentaron una tasa más de dos veces superior (12,2%) a la observada en los hombres (5,1%). La fobia social presentó una prevalencia de vida de 13,0% para las mujeres y de 10,0% para los hombres. La prevalencia anual de la fobia social era de 10,2% para las mujeres y de 7,6% para los hombres.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS

La investigación epidemiológica psiquiátrica en niños se inició hace más de 20 años en el país en la ciudad de Salvador. En un estudio realizado por Almeida-Filho (16) se observó que 10% de los niños de 5 a 14 años presentaba un trastorno psiquiátrico que requería tratamiento. La selección de los casos se hizo por medio del Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil, puesto a prueba en cuanto a su validez y fiabilidad (17). Sin embargo, el estudio no se basó en criterios de diagnóstico psiquiátrico estandarizados, ya que no se disponía de ellos en el país en aquel momento. Desde entonces, se han llevado a cabo otros estudios dignos de mención basados en los síntomas de los niños y de los adolescentes. En una investigación realizada con 3.139 niños y adolescentes

en la ciudad de Pelotas (18), se administró la Lista de Control de la Conducta del Niño (*Child Behavior Checklist*, CPCL) (19). Los investigadores observaron problemas conductuales en 13,5% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años de edad. El estudio de Embu, realizado en el estado de São Paulo, utilizó el Cuestionario de Autonotificación para Jóvenes y la CPCL (20). Para realizar el estudio se seleccionaron hogares con madres en edad fértil (15–49 años). Se observó que entre los niños y adolescentes de 6 a 17 años, 24,6% presentaba problemas de salud mental sí no se tenía en cuenta el deterioro global, y si se tenía en cuenta, se estimó que 7,3% requería tratamiento (21).

Con el objeto de realizar un tamizaje de los problemas de salud mental en niños y adolescentes se realizaron diversos estudios en los que se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) (22). El cuadro 7 resume los resultados de los cinco estudios realizados mediante el empleo de este cuestionario. La tasa de trastornos detectados osciló entre 10% y 22% (22–27).

Hasta la fecha, solo dos estudios han analizado la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos específicos mediante entrevistas diagnósticas estructuradas. El primero de ellos se llevó a cabo en Taubaté, en el estado de São Paulo.

CUADRO 7. Prevalencia de los problemas de salud mental en niños con base en estudios que emplean el Cuestionario de Capacidades y Dificultades.

Autor	Lugar del estudio	Tamaño de la muestra	Intervalo de edad	Prevalencia (%)
Cucchiari, 2007 (27)	Campinas	811	10-16	10,1%
Goodman, 2005 (26)	Ilha de Maré	187	11-14	mujeres: 12,0%, hombres: 14,1%
Barros, 2005 (25)	Barretos	327	11-15	12,6%
Cury, 2003 (24)	Ribeirão Preto	112	6-11	12,5%
Fleilich, 2001 (23)	Campos do Jordão	382	11-14	12,8% en general; 22% en zonas urbanas pobres

Se hizo una selección aleatoria de alumnos de entre 7 y 14 años de edad de las 22 escuelas privadas y públicas del lugar (28). Con la participación de 1.251 alumnos se sobremuestrearon las escuelas públicas y las de las zonas rurales. Se detectó como mínimo un diagnóstico correspondiente al DSM-IV en 12,7% de los entrevistados mediante la Encuesta sobre Desarrollo y Bienestar de Niños y Adolescentes (29). Los trastornos de externalización fueron significativamente más frecuentes en los varones. En las niñas, existía un pequeño exceso de trastornos emocionales que no era significativo. Una mayor presencia de depresión entre los niños mayores fue el único cambio significativo en relación con la edad. En el cuadro 8 se muestran las tasas de los diferentes trastornos específicos. Los trastornos de oposición y del comportamiento eran los más comunes entre los niños. Aproximadamente en 24% de los alumnos de la muestra se observó la presencia de comorbilidad con otro trastorno. En una submuestra de este estudio (alumnos del primer al tercer curso) se analizó la relación entre castigo corporal y salud mental. Azotar a los niños con el cinturón se asociaba con problemas de conducta y problemas generales de salud mental (30). Por medio de un estudio posterior de toda la muestra se observó que la psicopatología infantil estaba asociada con factores tales como vivir en una zona peligrosa o en una familia no tradicional, estrés paterno, castigo físico grave, deterioro de la salud general, bajo cociente intelectual, repetición de un curso en la escuela y ser varón (31).

Otro estudio que proporcionó tasas de los diferentes trastornos específicos fue el realizado en Ilha de Maré (Bahía), una isla con po-

blación pobre, de origen principalmente africano (26). Se sometió a tamizaje a una muestra aleatoria de la población de la isla, compuesta por 519 niños de 5 a 14 años, empleando el Cuestionario de Capacidades y Dificultades. Se llevaron a cabo entrevistas con los padres, los profesores y los niños mayores. En una segunda fase se realizaron entrevistas diagnósticas a una submuestra de 100 niños de 7 a 14 años de edad, por medio de la Encuesta sobre Desarrollo y Bienestar de Niños y Adolescentes.

CUADRO 8. Prevalencia de los problemas de salud mental en niños de 7 a 14 años de edad en Taubaté, Brasil.

Trastorno	Prevalencia (%)
Cualquier trastorno psiquiátrico	12,7
Cualquier trastorno de ansiedad	5,2
Ansiedad por separación	1,4
Fobia específica	1,0
Fobia social	0,7
Trastorno por estrés postraumático	0,1
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,1
Trastorno de ansiedad generalizada	0,4
Trastorno de ansiedad no especificado	2,1
Cualquier trastorno depresivo	1,0
Cualquier trastorno por déficit de atención con hiperactividad	1,8
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad combinado	1,3
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio de déficit de atención	0,4
Cualquier trastorno de conducta de oposición	7,0
Trastorno de oposición desafiante	3,2
Trastorno de comportamiento	2,2
Trastorno de comportamiento perturbador no especificado	1,5
Trastornos poco frecuentes	0,2

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

tes. El tamizaje resultó positivo en 42 niños y negativo en 58. La tasa de diagnósticos en Ilha de Maré era aproximadamente la mitad de la obtenida en el estudio anterior realizado en Taubaté. Al aplicar los mismos criterios de tamizaje y selección, se observó la presencia de algún trastorno psiquiátrico del DSM-IV en 7,0% de la muestra de Ilha de Maré y en 11,8% de la de Taubaté. Las tasas de presencia de un trastorno emocional, un trastorno de conducta o un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según los criterios del DSM-IV, eran de 3,6%, 3,4% y 0,9%, respectivamente, en Ilha de Maré, y de 5,9%, 7,0% y 1,8%, en Taubaté. Los entrevistadores llegaron a la conclusión de que existían marcadas diferencias regionales en lo que respecta a las tasas de diferentes trastornos psiquiátricos entre los niños del Brasil.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS PSQUIÁTRICOS EN ADULTOS MAYORES

La tasa de trastornos psiquiátricos clínicamente significativos en el país varía de 10,2% a 18,0%. En un estudio realizado en 1.602 adultos mayores de São Paulo (32), en el que se empleó el cuestionario de tamizaje de salud mental Servicios y Recursos para Americanos Mayores (*Older Americans Resources and Services*, OARS), aproximadamente 27% eran presuntos casos de enfermedad mental (33). Mediante el cuestionario de autonotificación (34) aplicado a 344 personas mayores de 60 años en Porto Alegre, se obtuvo una tasa de casos de 10,2% (35). En otro estudio llevado a cabo en Minas Gerais en una muestra de 327 residentes de la comunidad, en el cual se utilizó la Entrevista Psiquiátrica Breve (*Short Psychiatric Evaluation Schedule*, SPES) que forma parte del cuestionario de tamizaje, se obtuvo una tasa de prevalencia de 29,3% (36).

En el estudio más amplio del país sobre la salud mental de los adultos mayores, realizado en Rio Grande do Sul, se examinaron 7.040 personas mayores de 60 años mediante la SPES (37). Los investigadores obtuvieron una tasa de prevalencia de 22%; las mujeres presentaron una tasa significativamente mayor (25%) que los hombres (18%). Las tasas también aumen-

taron con la edad en el análisis no controlado. En el análisis controlado, los siguientes factores estuvieron significativamente asociados a la depresión: menor edad, bajos ingresos, origen rural, ausencia o interrupción de una relación matrimonial, mala salud (autoevaluada), presencia de enfermedades sistémicas, deficiencias visuales, auditivas o en las actividades de la vida diaria, hospitalización durante los 12 meses anteriores y falta de ejercicio o empleo. El sexo, el nivel educativo, pertenecer a una etnia minoritaria o las visitas ambulatorias durante los seis meses anteriores no estuvieron asociados con la depresión. La presencia simultánea de dolor crónico estaba altamente asociada con la morbilidad psiquiátrica (38). Además, se observaron alteraciones del sueño en 33,7% de las personas evaluadas, con una prevalencia mayor en las mujeres (37,2%) que en los hombres (27,4%) (39). En el estudio realizado en São Paulo (40, 41) se encontraron también tasas similares de perturbaciones del sueño. Las enfermedades psiquiátricas y los trastornos de dolor contribuyen de forma importante a las alteraciones del sueño (42). Además, la prevalencia del consumo de tabaco era alta (28,9% para los hombres y 13,6% para las mujeres). La asociación adversa entre consumo de tabaco y salud mental fue confirmada a través de esta muestra poblacional (43).

Otros investigadores utilizaron escalas de síntomas de depresión para calcular la tasa de depresión mayor. Por medio del *short-CARE* (*Comprehensive Assessment and Referral Evaluation*) (44) y de una lista de verificación de síntomas del DSM-III, se obtuvo una tasa de 0,4% a 20,4% en las 738 personas mayores de 60 años entrevistadas en Rio de Janeiro (45). En entrevistas llevadas a cabo en Porto Alegre, se utilizó la Escala para Valoración de la Depresión de Montgomery y Asberg (46). Un estudio realizado con una muestra reducida de 62 personas encontró una tasa estimada de 20,9% (47). En otro estudio realizado en Porto Alegre en el que se entrevistaron 344 personas, se obtuvo una tasa de 21,5% mediante la Escala para Valoración, pero solo 4,7% de los entrevistados cumplieron los criterios del DSM-III-R para depresión mayor cuando se utilizó una lista de

CUADRO 9. Prevalencia (%) de los trastornos mentales correspondiente al mes anterior, como resultado de la aplicación del Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría en el estudio de Bambuí, Brasil.

Trastorno	Total	Hombres	Mujeres	75-84	85+
Episodio depresivo sin distimia	15,4	7,9	18,8	14,3	18,9
Distimia sin episodio depresivo actual	4,6	8,5	2,9	4,6	4,3
Episodio depresivo concomitante con distimia	4,4	6,2	3,5	4,4	4,5
Cualquier trastorno depresivo (uno de los anteriormente enumerados)	24,5	22,7	25,2	23,6	27,4
Trastorno de ansiedad generalizada	3,8	5,6	3,6	3,8	4,3
Fobia	1,9	... ^a	...	...	...
Disfunción somatomorfa	1,8	...	...	...	...
Trastorno mental común (uno o varios de los anteriores)	26,4	22,9	28,0	25,9	27,5
Insomnio no orgánico	10,2	9,6	10,3	9,5	12,4

^a Sin información.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

verificación (35). Al aplicarse la entrevista clínica (48, 49) a una muestra de personas de 65 años y más de la comunidad de São Paulo (40), se observó una tasa de depresión de 14,3%. En este estudio también se analizaron las perturbaciones del sueño, que presentaban una tasa de 36,3%.

Solo en un estudio comunitario se utilizó un formulario de entrevista diagnóstica estructurada para analizar específicamente las tasas de los trastornos psiquiátricos en los adultos mayores (Cuadro 9) (50). El estudio de Bambuí analizó las tasas de prevalencia correspondiente al mes anterior en 392 personas de 75 años de edad y más. La evaluación se realizó por medio del Cuestionario de Salud General (51), la Escala de Depresión Geriátrica (52) y el Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (53). Se observó que el diagnóstico más frecuente era el de episodio depresivo sin distimia (15,4%) y que el trastorno de ansiedad generalizada estaba presente en 3,8% de los entrevistados. Solo el grado de salud general notificado por la propia persona estaba estadísticamente asociado con los trastornos mentales comunes de los adultos mayores.

Los resultados de la CIDI en el estudio de Bambuí mostraron una tasa de 9,8% para la fobia social según el DSM-III-R entre las personas de 65 años y más (14). Las tasas de prevalencia (de un mes y de un año) de la depre-

sión mayor según el DSM-III-R en personas de 60 años y más eran de 25,0% en las mujeres y de 5,1% en los hombres (13) y las tasas de prevalencia de vida eran de 34,0% en las mujeres y de 10,2% en los hombres.

El Estudio de Captación Epidemiológica por Áreas llevado a cabo en São Paulo también proporcionó tasas de prevalencia de vida de algunos trastornos entre las personas de 60 años y más (11). Se observaron tasas de prevalencia de vida inferiores a las del estudio de Bambuí: 10,4% para los trastornos del estado de ánimo (6,1% para los hombres y 12,7% para las mujeres); 8,8% para el episodio depresivo (6,1% para los hombres y 10,2% para las mujeres); y 4,0% para la distimia (1,5% para los hombres y 5,3% para las mujeres).

En la investigación de la epidemiología de la demencia se han utilizado diferentes instrumentos, pero principalmente el Miniexamen del Estado Mental (54). El cuadro 10 proporciona un resumen de los estudios realizados hasta la fecha (35, 45, 47, 55-60). Se estudió la incidencia de la demencia en la ciudad de Catanduva entre 1.538 personas de 65 años y más durante un período de tres años (61). Por medio del Miniexamen y el análisis de las actividades funcionales, se observó una tasa de demencia de 13,8 por 1.000 habitantes y una tasa de enfermedad de Alzheimer de 7,7 por 1.000. La tasa de incidencia de la demencia se

CUADRO 10. Tasas de prevalencia de la demencia y la deficiencia cognoscitiva.

Grupo diagnóstico	Intervalo de edad	Instrumento de tamizaje	Tamaño de la muestra	Prevalencia (%)
<i>Síndrome cerebral orgánico</i>				
Almeida-Filho y colaboradores, 1984 (55)	55+	Cuestionario sobre morbilidad psiquiátrica en adultos ^a	139	4,3
	65+	Cuestionario sobre morbilidad psiquiátrica en adultos	44	6,8
Blay SL y colaboradores, 1989 (56)	65+	Prueba cara a mano ^b	91	5,5
Veras y Coutinho, 1994 (45)	60+	Short Care ^c	738	5,9–29,7
Silberman y colaboradores, 1995 (47)	60+	Miniexamen del Estado Mental ^d	62	29
<i>Deficiencia cognoscitiva</i>				
Eizirik, 1997 (35)	60+	Miniexamen del Estado Mental	344	24,7
Xavier, 1999 (58)	80+	Batería de evaluación	77	19,7
Laks y colaboradores, 2005 (57)	60+	Miniexamen del Estado Mental	1443	19,2
<i>Demencia</i>				
Herrera y colaboradores, 2002 (59)	65+	Miniexamen del Estado Mental	1660	7,1
Scazufca y colaboradores, 2008 (60)	65+	Batería de evaluación	2072	5,1

Nota: Las siglas que aparecen a continuación son el equivalente en inglés o portugués de los instrumentos de estudio mencionados en el cuadro.

^a QMPA (Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto).

^b FHT (Face-Hand Test).

^c CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation).

^d MMSE (Mini-Mental State Examination).

duplicaba cuando la edad se incrementaba en cinco años; se observó también una diferencia entre sexos, ya que las mujeres presentaban tasas más elevadas en edades muy avanzadas. Se observó que las personas que padecían de demencia en esta población presentaban una tasa de mortalidad cinco veces mayor (62).

DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

A diferencia de lo que ocurre en más de una tercera parte del mundo, el Brasil posee una política nacional de salud mental, servicios comunitarios de atención de salud mental y una legislación que protege los derechos de los enfermos mentales. Además, se han establecido políticas para el tratamiento de las personas con trastornos por consumo de sustancias. Actualmente, se destina 2,5% del presupuesto sanitario a la salud mental. A pesar de que la situación es mejor que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, con excepción de Suriname y Uruguay, el Brasil está muy lejos de alcanzar el 6% y el 11% que des-

tinan los Estados Unidos y el Canadá. Aunque el financiamiento principal de la atención de salud mental se basa en impuestos y se ofrece a toda la población, muchas personas no pueden acceder al sistema asistencial como consecuencia de la escasez y la calidad de los servicios, por lo que además deben pagar.

El país dispone de más camas psiquiátricas que la mayoría de los países vecinos (2,3 por cada 10.000 habitantes), pero con respecto a Estados Unidos y el Canadá está muy por debajo. Sin embargo, si se compara con otros países de ingresos medianos y bajos, el nivel es similar. La distribución de camas no es uniforme en todo el país (desde 0,3 camas por 10.000 habitantes en la Región del Norte hasta 3,2 por 10.000 en el Sudeste). Además, la asignación de camas es cuestionable, ya que los hospitales psiquiátricos cuentan con 2,4 camas por 10.000 habitantes, mientras que el número en los hospitales generales es de 0,1 por 10.000. Esta proporción, que alcanza el 92%, indica que las camas se destinan a la atención de pacientes crónicos en lugar de destinarse a los pacientes agudos. En los países con mayores ingresos, la

proporción es de 55%. El país cuenta con 4,8 psiquiatras por 100.000 habitantes, una situación mejor que la de algunos países de Latinoamérica, pero mucho peor que la de otros de la misma Región, y muy inferior a la de los países más desarrollados. Por el contrario, el Brasil cuenta con 31,8 psicólogos por 100.000 habitantes, a la altura de los Estados Unidos y el Canadá, pero queda abierta la pregunta sobre si se está tratando a los que más lo necesitan. La disponibilidad de atención de salud mental y de subespecialistas para niños es limitada y en general inexistente, al igual que ocurre con los programas específicos destinados a la población indígena. Además, existe una amplia disparidad en cuanto a la disponibilidad de recursos en las diferentes zonas del país.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y BRECHA DE TRATAMIENTO

La mayor parte de las personas con algún trastorno psiquiátrico en el país no acude a los servicios de atención de salud mental (63). Cerca de un tercio (32,2%) de los que padecían un trastorno prevalente según la CIE-10 en el último año había solicitado tratamiento de un médico general durante el mes anterior. Los servicios especializados eran poco utilizados (7,0%). La brecha de tratamiento en relación con la atención de salud mental, definida como el porcentaje de personas que requieren tratamiento y no lo reciben, es algo inferior a la de otros países de América Latina para algunos trastornos específicos (64). Sin embargo, sigue siendo alarmantemente alta. Más de la mitad de las personas que padecen un trastorno bipolar o una depresión mayor no reciben tratamiento. La brecha en cuanto a la psicosis no afectiva es de 58,0%, una de las mayores del mundo, y es muy probable que sea incluso mucho mayor en determinadas zonas, con aun menor acceso a los servicios asistenciales que las analizadas en los estudios epidemiológicos. Estos datos provienen de un estudio realizado en dos barrios de São Paulo, donde vivían familias con un nivel socioeconómico medio y alto. Además, no solo existe una brecha de tra-

tamiento, sino que a menudo pasan años antes de que se vuelva a buscar asistencia, demorando así el tratamiento.

En un estudio realizado con personas mayores de 60 años, también se observó que los trastornos psiquiátricos tenían una importante repercusión en la utilización de los servicios de atención de salud. Los individuos con trastornos psiquiátricos tenían mayores probabilidades de acudir a los servicios de hospitalización y requerir múltiples hospitalizaciones (65). Ello implica que la falta de atención de los problemas de salud mental puede dar lugar a una mayor utilización de costosos recursos de internación hospitalaria dentro del régimen de atención general en salud.

RAZONES DE LA FALTA DE TRATAMIENTO

Es previsible que la brecha de tratamiento sea mayor entre las clases sociales más pobres, ya que en ellas existe un mayor riesgo de enfermedades mentales y tienen un acceso limitado al tratamiento. Un estudio realizado en Bahía indicó que las inequidades sociales en el Brasil podían influir en las tasas de las enfermedades mentales (66). Una encuesta realizada a 2.302 personas reveló que existía una relación de 4:1 para la depresión cuando se comparaban a los participantes analfabetos con los que tenían estudios universitarios. Asimismo, las diferencias raciales parecían influir en las tasas de depresión, pues los de raza blanca presentaban tasas inferiores.

La encuesta epidemiológica de São Paulo analizó los factores que predisponían a solicitar tratamiento (63). Se observó que entre los enfermos mentales, el hecho de ser mujer, tener más de 60 años y ser viuda, divorciada o separada, aumentaba el nivel de búsqueda de tratamiento en los servicios de atención primaria. Además, se señalaron otros factores que contribuían a la búsqueda de tratamiento en los servicios de atención primaria, como tener seguro privado o estar fuera del mercado laboral. El nivel educativo, los ingresos familiares y la comorbilidad física no fueron factores influyentes en la búsqueda de asistencia en los servicios

de atención primaria. Los que más acudían a los servicios de salud mental eran los más jóvenes, los de mayor nivel educativo, los de ingresos superiores, los que tenían un seguro privado y las personas viudas, divorciadas o separadas. El sexo no era un factor determinante. El 15,8% de los que habían padecido recientemente algún trastorno psiquiátrico utilizaron los servicios de salud mental.

Los estudios en donde se analizan el estigma y los conocimientos en materia de salud mental eran hasta hace poco tiempo escasos en el Brasil (67). Uno de ellos, llevado a cabo en el nordeste del país, mostró una fuerte influencia de la familia y el vecindario en la búsqueda de tratamiento de salud mental, así como en la consulta a especialistas religiosos (68). Los modelos interpretativos de las enfermedades, tanto los espirituales como los biomédicos, estaban presentes entre los familiares de las personas con esquizofrenia (69). El primer estudio que analizó las percepciones de las enfermedades mentales por parte de la comunidad fue publicado en 1981. La esquizofrenia era la enfermedad más admitida, mientras que el alcoholismo y otros trastornos psiquiátricos no eran tan frecuentemente considerados como una enfermedad mental (70).

En un estudio realizado en São Paulo en 2002, se entregaron viñetas a 2.000 personas para analizar el estigma y los conocimientos acerca de cuatro trastornos psiquiátricos en la comunidad. El 23,4% consideró que los síntomas de esquizofrenia correspondían a depresión (71). El término esquizofrenia solo aparecía en 2,2% de las respuestas. Más de la mitad de las personas pensaban que la esquizofrenia era una enfermedad mental. Las principales causas atribuidas a la enfermedad fueron el consumo de drogas y el aislamiento. Los factores que influían más en las respuestas acerca de las causas fueron los años de escolarización y la apreciación de la esquizofrenia como una enfermedad mental. Menos de la mitad de la muestra fue capaz de seleccionar una viñeta correspondiente a depresión mayor como representativa de una persona con depresión (72). Aproximadamente 20% pensaba que la

viñeta representaba una enfermedad mental. El bajo nivel educativo fue la única variable asociada a la identificación de la depresión como una enfermedad mental. Las causas explicativas más relevantes fueron el desempleo y el aislamiento. Las causas biológicas, espirituales y morales de la depresión se consideraron menos importantes. Los factores que más influyeron en las respuestas acerca de las causas de la depresión fueron el nivel educativo, el sexo, la experiencia personal con problemas mentales y la identificación de la depresión como una enfermedad mental. A diferencia de lo que ocurría con la esquizofrenia, y de forma similar a lo observado con la depresión mayor, menos de 20% de los sujetos opinaban que una viñeta relativa al alcoholismo representaba una enfermedad mental (73). En cuanto al alcoholismo, las causas consideradas más relevantes eran los factores psicosociales, seguidos de los motivos éticos. Predominaron las imágenes intensamente negativas con respecto a los individuos que sufrían este trastorno, en particular la asociación con actos violentos. El 46,4% describió los síntomas de la viñeta correspondiente a la enfermedad de Alzheimer como pérdida de memoria (74). El término enfermedad de Alzheimer solo se empleó en 4% de las respuestas. Sin embargo, 39,4% pensaba que se trataba de una enfermedad mental. Las causas primarias atribuidas a la enfermedad de Alzheimer eran de carácter psicosocial: el consumo de drogas y el aislamiento. Los factores que influían en las respuestas acerca de las causas de la enfermedad de Alzheimer eran el estado civil, el nivel educativo y la situación económica. En esta muestra brasileña, una explicación médico-científica de la enfermedad a las cuatro viñetas fue dada con menor frecuencia que en otros países donde se han realizado estudios similares. En general, los entrevistados no esgrimieron conceptos médico-científicos. Las atribuciones causales indicaron que las creencias de las personas profanas eran muy diferentes a las de la comunidad médica.

Además de la falta de reconocimiento de las enfermedades mentales por parte del público en general, se ha observado que los médicos

de atención primaria requieren una mejor capacitación para la detección y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, teniendo en cuenta la falta de cambios producidos en la práctica clínica con posterioridad a la participación en un programa estructurado de capacitación de un día (75).

IMPLICACIONES

Si se quieren reducir la discapacidad y las cargas económicas asociadas a los trastornos mentales y neurológicos, es preciso salvar la "brecha de tratamiento" y reducir la "demora en el tratamiento". Además, algunos trastornos son prevenibles, lo que es indicativo de la existencia de una continua "brecha de prevención" así como de una "brecha de intervención". Las tasas elevadas de discapacidad a causa de los trastornos neuropsiquiátricos demuestran que se trata de afecciones que requieren tratamiento. Son trastornos que aparecen con una prevalencia significativamente alta y que deberían estar muy presentes en los programas de salud pública. La aparición de la enfermedad mental en etapas tempranas de la vida da lugar a una discapacidad y una carga prolongadas. El curso de la enfermedad cuando no se recibe tratamiento suele ser crónico y debilitante. Existen datos probatorios sólidos de la importancia del tratamiento para reducir la discapacidad de la persona y su familia, aliviar los síntomas y modificar el curso de la enfermedad. El grado de carga de morbilidad, el costo económico de la enfermedad y la discapacidad asociada, tanto para el individuo como para la familia, alcanzan tal magnitud que el fracaso de la intervención tiene un precio inadmisibles.

El no prestar la debida atención a la brecha de tratamiento puede tener graves implicaciones en materia de salud pública. El incremento de la pobreza, el descenso de la clase social y la disminución del nivel educativo alcanzado son posibles consecuencias de la falta de tratamiento de las enfermedades mentales. Asimismo, puede ocasionar el deterioro de la función familiar, un mayor número de embarazos en adolescentes y mayores niveles de violencia

doméstica. Los trastornos psiquiátricos también tienen efectos negativos sobre la calidad de vida y aumentan la mortalidad y el suicidio.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto 10 recomendaciones que pueden ser aplicadas en el Brasil, con objeto de reducir la brecha de tratamiento en materia de salud mental (76). Ellas son: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar los recursos humanos necesarios; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; y apoyar nuevas investigaciones (77).

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global burden of disease estimate. <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.htm>
2. Schramm JM, Oliveira AF, Leite LC, Valente JG, Gadelha AM, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9:897-908.
3. Coutinho DM. Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal: um estudo do Maciel, Salvador. (Dissertação). Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1976.
4. Santana V. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador-Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 1982;4:160-7.
5. Santana V. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de Estudos em Saúde (Secretaria de Saúde da Bahia)* 1982;2:122.
6. Almeida-Filho N. The psychosocial costs of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil. *Latin Am Res Review* 1982;17:407-432.
7. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Estudo multicêntrico de morbididade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiros (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992;14:93-104.
8. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes JG, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
9. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, de Jesus MJ. Co-occurrence pat-

- terns of anxiety, depression and alcohol use disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:423–31.
10. Andrade LH, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clin* 1999;26:257–62.
 11. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316–25.
 12. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069–77.
 13. Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E. Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:257–63.
 14. Vorcaro CM, Rocha FL, Uchoa E, Lima-Costa MF. The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambuí study. *Int J Soc Psychiatry* 2004;50:216–26.
 15. Rocha FL, Vorcaro CM, Uchoa E, Lima-Costa MF. Comparing the prevalence rates of social phobia in a community according to ICD-10 and DSM-III-R. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:222–4.
 16. Almeida-Filho N. Estudo de prevalência de distúrbios mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. *J Bras Psiquiatr* 1982;31:225–36.
 17. Almeida-Filho N. Development and Assessment of the QMPI, a Brazilian Childrens Behavior Questionnaire (para su cumplimentación por parte de los padres). *Soc Psychiatry* 1981;16:205–11.
 18. Benvegna LA, Fassa AG, Facchini LA, Wegman DH, Dall'Agnol MM. Work and behavioural problems in children and adolescents. *Int J Epidemiol* 2005;34:1417–24.
 19. Achenbach TM, Edelbrock CS: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, Vermont: University of Vermont; 1983.
 20. Achenbach TM. Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile. Burlington, Vermont: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
 21. Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:11–7.
 22. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatry caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:791–9.
 23. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: Cross Sectional Survey. *British Medical Journal* 2001;323:599–600.
 24. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25:139–45.
 25. Barros MGS. Estudo de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes de 11 a 16 anos na cidade de Barretos (dissertação). São Paulo (SP): Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.
 26. Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:11–7.
 27. Cucchiari G, Dalgalarondo P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban areas. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:213–21.
 28. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:727–34.
 29. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation on an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatr* 2000;41:645–55.
 30. Vitolo YL, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IA. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev Saúde Pública* 2005;39:716–24.
 31. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:448–56.
 32. Ramos R, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MC, Santos FR. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados do inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993;27:87–94.
 33. Blay S, Ramos LR, Mari JJ. Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *Am J Geriatr Soc* 1988;36:687–92.
 34. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires

- (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-9.
35. Eizirik CL. Rede social, estado mental e contra-transferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre. PhD Thesis. Porto Alegre; 1997.
 36. Maia LC, Durante AM, Ramos LR. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2004;38:650-6.
 37. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal F. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:790-9.
 38. Blay SL, Andreoli SB, Dewey ME, Gastal FL. Co-occurrence of chronic physical pain and psychiatric morbidity in a community sample of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:902-8.
 39. Blay SL, Andreoli SB, Gastal SL. Prevalence of self-reported sleep disturbance among older adults and the association of disturbed sleep with service demand and medical conditions. *Int Psychogeriatr* 2008;20:582-95.
 40. Blay SL, Bickel H, Cooper B. Mental illness in a cross-national perspective. Results from a Brazilian and a German community survey among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26(6):245-51.
 41. Blay SL, Mari JJ. Subjective reports of sleep disorders in the community elderly. *Behav Health Aging* 1990;1:143-9.
 42. Blay SL, Andreoli SB, Gastal FL. Chronic painful physical conditions, disturbed sleep and psychiatric morbidity: results from an elderly survey. *Ann Clin Psychiatry* 2007;19:169-74.
 43. Marinho V, Blay SL, Andreoli SB, Gastal F. A prevalence study of current tobacco smoking in later life community and its association with sociodemographic factors, physical health and mental health status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:490-7.
 44. Gurland B, Golden RR, Teresi JA, Challop J. The short-care: an efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability. *J Geront* 1984;39:166-9.
 45. Veras RP, Coutinho E. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1991;25:209-17.
 46. Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatr* 1979;134:382-9.
 47. Silberman C, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev Saúde Pública* 1995;29:444-50.
 48. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedarward HB, Sheperd MA. Standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970;24:18-23.
 49. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465-86.
 50. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambuí Health Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:17-27.
 51. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
 52. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17:37-49.
 53. Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R, Jablenski A et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
 54. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
 55. Almeida Filho N, Santana VS, Pinho AR. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos— área urbana de Salvador BA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1984; 33:114-20
 56. Blay SL, Mari JJ, Ramos LR. O uso do face-hand test como instrumento para rastrear as síndromes psicorgânicas: estudo piloto. *Rev Saúde Pública* 1989;29:395-400.
 57. Laks J, Batista EM, Guilherme ER, Contino AL, Faria ME, Rodrigues CS et al. Prevalência de comprometimento cognitivo e funcional em idosos residentes em uma comunidade: importância da avaliação das atividades de vida diária. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63:207-12.
 58. Xavier FMF. Prevalência de declínio cognitivo associado ao envelhecimento em uma população de idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade. Tese de Doutorado, São Paulo; 1999.
 59. Herrera E Jr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiological survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002;16:103-8.
 60. Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, Crepaldi AL, Pastor-Valero M, Coutinho LM et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr* 2008;20:394-405.
 61. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian

- population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18:241–6.
62. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E Jr, de Castro I, Bahia VS, Anghinah R et al. Mortality from dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:247–53.
 63. Andrade LH, Viana MC, Tófoli LF, Wang YP. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43: 45–53.
 64. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Saxena S et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Salud Publica* 2005;18:229–40.
 65. Blay SL, Fillenbaum GG, Andreoli SB, Gastal FL. Equity of access to outpatient care and hospitalization among older community residents in Brazil. *Medical Care* 2008 (en prensa).
 66. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender ethnicity, and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:214–22.
 67. Peluso Ede T, Blay SL. Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:955–61.
 68. Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro, Fiocruz 1999.
 69. Villares CC, Redko CP, Mari JJ. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21:36–47.
 70. D'Amorim MA. Estudo comparativo da percepção da doença mental pela comunidade. *Arq Bras Psic* 1981;22:75–83.
 71. Peluso Ede T, Blay SL. Public conceptions of schizophrenia in urban Brazil: symptom. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2008 (en prensa).
 72. Peluso Ede T, Blay SL. Public perception of depression in the city of São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008;42:41–8.
 73. Peluso Ede T, Blay SL. Public perception of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30:19–24.
 74. Blay SL, Peluso Ede T. The public's ability to recognize Alzheimer disease and their beliefs about its causes. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008;22:79–85.
 75. Valentini W, Levav I, Kohn R, Miranda CT, Mello Ade A, Mello ME, Ramos CP: Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev Saúde Pública* 2004;38: 522–8.
 76. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. <http://www.who.int/whr2001/>
 77. Lancet Global Mental Health Group; Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, Tomlinson M. Scale up services for mental disorders: a call for action. *The Lancet* 2007; 370:1241–52.

LAS CONTRIBUCIONES DE CHILE A LA INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Benjamín Vicente,¹ Robert Kohn,² Sandra Saldivia¹ y Pedro Rioseco¹

INTRODUCCIÓN

Se calcula que los trastornos neuropsiquiátricos en Chile, en todos los grupos de edad, representan 31% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), uno de los índices más altos del mundo. En la totalidad de América Latina y el Caribe, el peso específico de los AVAD es de solo 22% y en los Estados Unidos y el Canadá, de 30% (1). Entre los trastornos que más contribuyen a los AVAD, el trastorno depresivo unipolar ocupa el primer lugar, seguido de los trastornos por el consumo de alcohol (Cuadro 1). Los trastornos por el consumo de drogas y la esquizofrenia se encuentran también entre los 20 trastornos principales. La contribución de los trastornos psiquiátricos específicos a la discapacidad general es aún mayor cuando se examinan solamente los trastornos que se presentan entre los 15 y los 59 años de edad. La elevada tasa de contribución de las afecciones neuropsiquiátricas a los AVAD en Chile es un reflejo, en gran medida, de los avances en la salud pública y en la atención sanitaria del país. Para abordar estos temas se emprendieron en el país dos iniciati-

vas epidemiológicas psiquiátricas en gran escala: la Encuesta de los Trastornos Mentales en Santiago y el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica.

LA ENCUESTA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN SANTIAGO

En octubre de 1996 se realizó una encuesta domiciliaria en Santiago, en la cual se entrevistaron 3.870 personas de 16 a 64 años de edad (2). Para hacer los diagnósticos psiquiátricos se empleó el Formulario Revisado de Entrevista Clínica (*Clinical Interview Schedule-Revised*, CIS-R) (3), un instrumento utilizado en la Encuesta Nacional de Morbilidad de Gran Bretaña (4). La tasa de respuesta fue de 90%. Una puntuación de 12 o más en la CIS-R establece un diagnóstico positivo de un trastorno mental común. Además, la entrevista permite hacer diagnósticos, según la CIE-10, de prevalencia de una semana para los siguientes trastornos: episodios depresivos, fobias, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos neuróticos no especificados fueron aquellos que no cumplieron los criterios de la CIE-10, pero que estuvieron por encima del umbral de la entrevista correspondiente a los trastornos mentales comunes.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

² Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

CUADRO 1. Contribución a los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de los trastornos específicos correspondientes a ambos sexos y a todas las edades, Chile, 2002.

Posición	Trastorno	%
1	Trastorno depresivo unipolar	9,9
2	Trastorno por consumo de alcohol	5,1
3	Anomalías congénitas	3,8
4	Otras lesiones no intencionales	3,2
5	Accidentes de tránsito	3,1
6	Enfermedades cerebrovasculares	3,1
7	Cardiopatía isquémica	2,7
8	Violencia	2,7
9	Cataratas	2,2
10	Hipoacusia de inicio en la edad adulta	2,2
11	Trastornos de visión relacionados con la edad	2,1
12	Trastornos por consumo de drogas	2,1
13	Diabetes sacarina	2,0
14	Asma	1,8
15	Esquizofrenia	1,8
16	Lesiones autoinfligidas	1,8
17	Cirrosis hepática	1,7
18	Infección por el VIH/sida	1,6
19	Artrosis	1,6
20	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1,6

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Sistema de información estadística (WHOSIS): <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Al momento de la encuesta, la tasa de prevalencia general de los trastornos mentales más comunes era de 26,7% (Cuadro 2); la prevalencia de este tipo de trastornos era mayor en las mujeres; sin embargo, en cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, las tasas eran casi iguales en ambos sexos. Los episodios depresivos eran más prevalentes en las mujeres y el tras-

torno de ansiedad generalizada, en los hombres. Teniendo en cuenta el punto de corte de la entrevista clínica, 25% de la población presentaba trastornos mentales comunes.

Se observó la existencia de varias correlaciones sociodemográficas con los trastornos mentales comunes. La prevalencia más alta se encontró en las personas de 25 a 39 años y la más baja en el grupo de edad más avanzada. La probabilidad de observar un trastorno psiquiátrico era mayor en las personas separadas o viudas. Además, los padres solos con hijos tenían un mayor riesgo. Quedó en evidencia la existencia de una relación inversa entre los trastornos mentales comunes, la educación, la clase socioeconómica y la precariedad de la vivienda (5).

En un análisis secundario se examinó la relación entre el tabaquismo y los trastornos mentales comunes (6). Se observó una relación sólida entre el tabaquismo más intenso y la presencia y gravedad de dichos trastornos. Sin embargo, no se advirtió tal relación en los fumadores leves ni en los que en esa ocasión no fumaban. Además, el tabaquismo se asoció con el consumo excesivo de alcohol y con el consumo de drogas.

EL ESTUDIO CHILENO DE PREVALENCIA PSIQUIÁTRICA

El estudio chileno de prevalencia psiquiátrica (ECPP) se basó en una muestra estratificada y domiciliaria de personas de 15 años y más. La

CUADRO 2. Prevalencia (%) de una semana de los trastornos mentales más frecuentes, Chile, 1996.

Trastorno	Mujeres	Hombres	Total
Trastorno de ansiedad generalizada	6,9	3,2	5,1
Episodio depresivo	8,0	2,7	5,5
Todas las fobias	5,6	2,9	4,3
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,1	1,4	1,3
Trastorno de pánico	1,5	1,1	1,3
Cualquiera de los diagnósticos anteriores según la CIE-10	17,2	8,2	12,9
Trastorno neurótico inespecífico	18,0	9,1	13,8
Cualquier trastorno o trastorno inespecífico según la CIE-10	35,2	17,3	26,7

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); Intervalos de confianza (IC) = 95%.

Fuente: Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228-233.

muestra se seleccionó a partir de cuatro provincias de diferentes regiones geográficas del país y fue representativa de la distribución de la población nacional: Santiago, Concepción, Iquique y Cautín. Santiago es la capital del país y representa un tercio de la población. Concepción está en la región central y es la segunda ciudad en importancia. Iquique, en el norte, está aislada por el desierto, con pueblos distantes entre sí. Aunque Chile es fundamentalmente urbano, el sur del país, incluida la provincia de Cautín, es principalmente rural y tiene una concentración alta de población indígena.

La encuesta se llevó a cabo entre julio de 1992 y junio de 1999. La primera ciudad en completar la encuesta fue Concepción, seguida de Santiago, Iquique y Cautín. En la encuesta participaron 2.987 personas y la tasa de respuesta fue de 90,3%. El estudio se basó en los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R*) y para el mismo se utilizó la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*), de amplio uso mundial (7) en estudios comparativos de países, en los que ha participado Chile (8). Además, se utilizaron las secciones del Formulario de entrevista de diagnóstico del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos sobre el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de personalidad antisocial, ya que estos trastornos no están incorporados en las versiones 1.0 y 1.1 de la CIDI (9). Los diagnósticos del DSM-III-R considerados fueron el trastorno depresivo mayor, la manía, la distimia, el trastorno de pánico, la agorafobia, el abuso de alcohol, la dependencia de alcohol, el abuso de drogas, la drogodependencia, la dependencia de la nicotina, el trastorno de personalidad antisocial, los trastornos somatomorfos y las psicosis no afectivas. Esta última es una categoría compuesta que incorpora la esquizofrenia, el trastorno esquizomorfo, el trastorno afectivo esquizoide, el trastorno delirante y la psicosis atípica. Las secciones de la CIDI correspondientes a los trastornos de los

hábitos alimentarios, el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia simple y la fobia social no están representadas en las tasas generales de los trastornos de ansiedad ni en la categoría "cualquier trastorno". Los datos se pesaron según edad, sexo y estado civil, según el Censo Nacional de 1992. Los análisis se realizaron mediante el método de linearización de las series de Taylor, tomando en cuenta el complejo diseño de la muestra.

Las tasas de prevalencia de vida y de los últimos 12 meses de los trastornos psiquiátricos específicos (10) se presentan en el cuadro 3. Casi un tercio de la población chilena ha padecido algún tipo de trastorno psiquiátrico en su vida, y 22,2% en el último año. Los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes, y entre los trastornos afectivos, la depresión mayor, con una prevalencia a lo largo de la vida de 9,2% y en los últimos 12 meses, de 5,7%. Los trastornos por consumo de alcohol y de drogas también eran sumamente prevalentes (11,7% y 8,1%, respectivamente). Una proporción considerable de la población presentó trastornos moderados (5,5%) o graves (3,3%). Además, hubo considerables diferencias regionales en todo el país (Cuadro 4) (11). En el Cuadro 5 se muestra el número de personas que presentaron un trastorno mental en algún momento de la vida, en los últimos 12 meses o al momento de la encuesta.

El ECPP formó parte del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, por lo que fue posible comparar los resultados con los de Alemania, Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos. Los trastornos de ansiedad eran menos frecuentes en Chile (8); sin embargo, la prevalencia de los trastornos afectivos era similar en todos los países (Cuadro 6). Las diferencias en los índices podrían explicarse por la menor prevalencia de los trastornos leves y no por la de los trastornos moderados y graves.

Se examinaron correlaciones sociodemográficas con los diferentes trastornos psiquiátricos. En las mujeres, los trastornos afectivos eran el doble de frecuentes y los de ansiedad, el triple; sin embargo, los trastornos por consumo de sustancias tenían una prevalencia de

CUADRO 3. Prevalencia de vida y de 12 meses de los trastornos mentales, Chile, 1992-1999.

Trastorno	Hombres			Mujeres			Total					
	Vida		12 meses	Vida		12 meses	Vida		12 meses			
	%	EE	%	%	EE	%	%	EE	%			
Trastornos afectivos:												
Episodio depresivo mayor	6,8	0,7	3,7	0,6	11,5	1,1	7,5	1,0	9,2	0,7	5,7	0,6
Episodio maniaco	1,5	0,6	0,7	0,3	2,2	0,5	2,1	0,5	1,9	0,4	1,4	0,3
Distimia	3,5	0,7	1,6	0,5	12,1	1,3	5,9	1,2	8,0	0,8	3,9	0,7
Cualquier trastorno afectivo	9,8	1,1	5,7	0,8	19,7	1,6	12,6	1,5	15,0	1,1	9,3	1,0
Trastornos de ansiedad:												
Trastorno de pánico	0,7	0,3	0,5	0,2	2,5	0,6	1,2	0,6	1,6	0,4	0,9	0,4
Agorafobia sin pánico	6,0	1,4	1,9	0,6	15,9	1,9	10,4	1,8	11,1	1,4	6,3	1,1
Trastorno de ansiedad generalizada	0,9	0,4	0,7	0,4	4,1	0,7	2,4	0,5	2,6	0,5	1,6	0,3
Fobia social	7,2	2,8	2,5	0,9	12,8	3,0	9,7	2,2	10,2	2,8	6,4	1,6
Fobia simple	4,0	1,6	3,8	1,5	14,8	1,9	11,5	1,6	9,8	1,8	8,0	1,5
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,7	0,4	0,7	0,4	1,6	0,8	1,6	0,8	1,2	0,6	1,2	0,6
Trastorno por estrés posttraumático	2,5	1,1	1,1	0,6	6,2	0,8	3,6	0,6	4,4	0,5	2,4	0,3
Cualquier trastorno de ansiedad ^a	8,7	2,0	3,7	0,9	23,1	2,0	15,6	1,7	16,2	1,6	9,9	1,0
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas:												
Abuso de alcohol	6,2	1,4	3,9	0,7	1,2	0,4	0,8	0,3	3,6	0,8	2,3	0,4
Dependencia de alcohol	11,0	1,4	8,2	1,2	2,1	0,6	1,4	0,5	6,4	0,7	4,7	0,6
Abuso de drogas	1,5	0,4	0,6	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,9	0,2	0,3	0,2
Drogodependencia	1,9	0,5	1,1	0,5	3,2	0,9	2,0	0,6	2,6	0,5	1,5	0,4
Dependencia de la nicotina	4,0	0,8	2,9	0,7	3,7	0,9	3,1	0,9	3,9	0,5	3,0	0,5
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o de drogas	18,5	2,2	12,8	1,3	5,4	0,8	3,8	0,6	11,7	1,1	8,1	0,7
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	20,7	2,2	14,4	1,5	8,7	1,3	6,7	1,1	14,4	1,4	10,4	0,9
Otros trastornos:												
Psicosis no afectiva	1,6	0,6	0,2	0,1	1,9	0,4	1,1	0,3	1,8	0,3	0,7	0,2
Trastorno somatomorfo	2,7	0,8	1,9	0,6	4,3	0,7	3,9	0,7	3,5	0,6	2,9	0,5
Trastorno de los hábitos alimentarios	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,5	2,2	0,5	1,2	0,3	1,2	0,3
Personalidad antisocial	2,2	0,5	1,5	0,4	1,1	0,6	0,5	0,3	1,6	0,3	1,0	0,2
Trastorno cognoscitivo	4,0	1,1	4,0	1,1	3,4	0,8	3,4	0,8	3,7	0,9	3,7	0,9
Cualquier trastorno del ECPP ^b	27,9	2,3	19,3	2,0	34,8	2,0	25,0	2,0	31,5	1,8	22,2	1,6

^a No incluye la fobia social. La fobia simple ni el trastorno obsesivo-compulsivo; psicosis no afectiva incluye esquizofrenia, trastorno esquizomorfo, trastorno afectivo esquizoide, trastorno delirante y psicosis atípica.

^b No incluye trastornos de los hábitos alimentarios, fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo-compulsivo, dependencia de la nicotina ni trastorno cognoscitivo.

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R); EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence in the Chile psychiatric prevalence study. Am J Psychiatry 2006a;163:1362-1370.

CUADRO 4. Prevalencia de vida de los trastornos mentales, por región, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Bio Bio		Metropolitana		Tarapacá		Araucanía		χ^2	p
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE		
Trastornos afectivos:										
Episodio depresivo mayor	7,1	1,3	11,6	0,8	17,2	2,4	9,8	0,8	9,76	0,04
Episodio maniaco	2,2	0,7	1,4	0,4	1,8	0,3	1,5	1,3	1,11	0,78
Distimia	7,5	1,1	7,3	1,2	12,2	1,7	6,0	3,3	3,65	0,32
Cualquier trastorno afectivo	13,6	2,2	15,4	1,2	23,2	1,9	14,0	3,2	3,88	0,30
Trastornos de ansiedad:										
Trastorno de pánico	1,2	0,6	1,3	0,3	4,3	0,8	1,1	0,5	1,16	0,77
Agorafobia sin pánico	14,2	2,7	9,8	1,3	9,7	1,8	5,3	0,8	5,46	0,16
Trastorno de ansiedad generalizada	1,8	0,7	3,7	0,5	2,0	0,4	3,0	0,6	5,13	0,19
Cualquier trastorno de ansiedad	19,2	3,7	14,8	1,6	17,9	1,7	8,6	0,9	6,79	0,11
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas:										
Abuso de alcohol	2,8	0,8	2,0	0,5	16,9	2,6	7,2	1,4	8,20	0,06
Dependencia del alcohol	7,0	1,7	6,4	0,8	6,3	0,5	5,0	0,8	3,63	0,32
Abuso de drogas	0,6	0,3	1,5	0,4	2,4	0,5	0,1	0,1	8,59	0,05
Drogodependencia	2,2	0,7	3,3	1,0	2,2	0,3	1,2	0,1	7,72	0,07
Dependencia de la nicotina	2,9	0,6	2,1	0,6	6,5	0,2	5,4	1,0	7,86	0,07
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas	11,0	1,8	11,2	1,0	24,3	2,9	12,3	1,8	1,94	0,59
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	13,0	2,0	12,9	1,1	29,6	2,9	14,6	1,7	2,43	0,50
Otros trastornos:										
Psicosis no afectiva	2,1	0,6	2,3	0,5	0,8	0,2	0,1	0,0	11,45	0,02
Trastorno somatomorfo	2,7	1,1	4,4	0,8	3,1	0,6	3,5	0,7	1,75	0,63
Trastorno cognoscitivo	4,5	1,8	3,7	0,8	0,7	0,8	1,0	0,4	5,70	0,15
Cualquier trastorno del ECPP:	32,2	4,1	30,8	1,6	44,4	1,9	28,9	3,1	2,51	0,49

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R); EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Vicente B, Kohn R, Riosco P, Saldivia S, Navarrete G, Veloso P et al. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006b; 41:935–942.

CUADRO 5. Número de personas (edad ≥ 15 años) que presentaron un trastorno mental en algún momento de la vida, en los últimos 12 meses o al momento de la encuesta, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Prevalencia de vida			Prevalencia de un año			Prevalencia actual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Psicosis									
no afectiva	164.831	74.764	90.399	64.049	9.573	53.948	43.327	6.838	36.451
Depresión mayor	867.484	307.717	557.461	535.937	168.674	365.971	324.011	105.307	217.250
Distimia	749.747	160.468	585.650	362.629	72.940	287.722	272.207	66.558	204.613
Trastorno maniaco	175.192	67.014	108.382	131.865	30.088	101.092	89.480	24.161	65.126
Ansiedad									
generalizada	242.067	42.852	197.809	147.877	31.455	115.186	88.538	15.500	72.417
Trastorno									
de pánico	149.761	30.088	119.560	81.003	20.514	60.266	52.746	13.220	39.367
Trastorno									
obsesivo-									
compulsivo	108.318	30.544	75.819	108.318	30.544	75.819	108.318	30.544	75.819
Abuso o									
dependencia									
de alcohol	940.951	787.299	159.900	653.674	552.066	105.952	505.797	413.480	94.773
Abuso o									
dependencia									
de drogas	316.476	154.542	161.844	173.308	77.043	96.717	113.969	41.941	71.931

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R).

CUADRO 6. Prevalencia de 12 meses de los trastornos mentales en Chile, por comparación con otros países, 1992–1999.

Tipo de trastorno y gravedad	Canadá		Chile		Alemania		Países Bajos		Estados Unidos	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastorno										
Trastorno afectivo	4,9	(0,5)	9,0	(1,3)	11,9	(0,5)	8,2	(0,5)	10,7	(0,6)
Trastorno de ansiedad	12,4	(0,6)	5,0	(1,3)	11,9	(0,5)	13,2	(0,7)	17,0	(0,6)
Trastorno por consumo										
de sustancias	7,9	(0,5)	6,6	(0,9)	5,2	(0,5)	9,9	(0,5)	11,5	(0,5)
Cualquier trastorno	19,9	(0,8)	17,0	(1,8)	22,8	(0,7)	24,4	(1,0)	29,1	(0,7)
Gravedad										
Ninguno (no casos)	80,1	(0,8)	83,0	(1,8)	77,2	(0,7)	75,6	(1,0)	70,9	(0,7)
Leve	12,4	(0,6)	8,1	(1,1)	10,8	(0,6)	14,1	(0,6)	13,8	(0,4)
Moderado	3,6	(0,4)	5,5	(0,8)	6,6	(0,4)	4,2	(0,3)	7,0	(0,4)
Grave	3,9	(0,4)	3,3	(0,6)	5,4	(0,3)	6,1	(0,3)	8,2	(0,5)
(n)	(6,320)		(2,181)		(3,219)		(6,030)		(5,384)	

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R); EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Bjil RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22:122–133.

más del doble en los hombres. En las mujeres se observó un riesgo significativamente mayor en las tasas totales en cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses; no así en la prevalencia de seis meses ni al cabo de un mes (12).

Se advirtió un riesgo diferencial según la edad en personas menores de 65 años. Notablemente, la edad no fue predictora de los trastornos por consumo de sustancias. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, los

menores de 65 años tuvieron un mayor riesgo de presentar trastornos afectivos; las personas con edades comprendidas entre 35 y 64 años, de sufrir trastornos de ansiedad y los menores de 54 años, de sufrir el trastorno de personalidad antisocial. Se observó un mayor riesgo de padecer cualquier trastorno en las personas de 25 a 54 años.

No se encontró una relación inversa entre el nivel educativo y las prevalencias totales de trastornos. Sin embargo, el trastorno de personalidad antisocial era menos prevalente en las personas sin educación. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, se percibió una relación inversa entre el trastorno de ansiedad y cualquier otro diagnóstico y los ingresos. Las personas separadas, divorciadas o solteras presentan tasas más altas de prevalencia de trastornos afectivos. El trastorno de personalidad antisocial era más frecuente en las personas que vivían en unión libre.

Menos de 30% de las personas con enfermedades psiquiátricas padecían trastornos comórbidos. En cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, 19,5% de las personas que sufrían un trastorno presentaban algún otro tipo de trastorno y menos de 10,5%, tres trastornos o más. La comorbilidad correspondiente a tres o más trastornos era significativamente mayor en las mujeres y en los menores de 64 años. Tener solo estudios básicos se asoció con una mayor comorbilidad. Las personas viudas presentaron las tasas más bajas de comorbilidad. Todas las personas diagnosticadas con trastorno por estrés postraumático presentaron comorbilidad con un trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia o trastorno de pánico.

Trastorno por estrés postraumático

Se utilizó un módulo detallado de trastorno por estrés postraumático, que examinó hasta tres situaciones traumáticas y aportó un estudio más profundo sobre este tipo de trastorno. La prevalencia de vida del trastorno por estrés postraumático era de 2,5% para los hombres y de 6,2% para las mujeres (13) y las tasas de trastorno por estrés postraumático, de 7,2% para

los hombres y de 14,5% para las mujeres. Si se comparan estas tasas con las arrojadas por un estudio realizado en México, se puede observar que las de Chile son inferiores. Esto quizás se deba a las condiciones económicas y de calidad de vida en ambos países. Menos de la mitad de los chilenos (39,7%) presentan una situación traumática en el curso de la vida, por comparación con casi el doble de mexicanos (77%) (14). Una explicación posible para esta diferencia pueden ser los índices mayores de criminalidad y pobreza de México con respecto a Chile.

Entre las personas expuestas a una situación traumática, la violación estaba firmemente asociada con el trastorno por estrés postraumático. La edad de inicio del trastorno aumentó significativamente el riesgo de contraer cada uno de los otros trastornos examinados. Entre las personas que sufrieron un evento vital traumático, las mujeres tuvieron una probabilidad significativamente mayor de presentar trastorno por estrés postraumático. Los resultados indicaron que es probable que la presencia de estrés postraumático en el curso de la vida preceda la aparición de cada uno de los trastornos incluidos en este estudio si se lo compara con ausencia de estrés postraumático en el curso de la vida. Aunque estos resultados indican que este tipo de trastorno puede influir en el riesgo de sufrir otros trastornos psiquiátricos, la naturaleza transversal de los datos impide cualquier conclusión acerca de si hay una relación etiológica directa o indirecta, o si esta relación está ausente entre el trastorno por estrés postraumático y otros trastornos.

Los resultados del ECPP indicaron que la exposición a situaciones traumáticas, tanto en la niñez como en la edad adulta, por comparación con la ausencia de exposición, estaba significativamente relacionada con mayores tasas de cualquier trastorno psiquiátrico, comorbilidad, trastornos de pánico, por consumo de drogas y de personalidad antisocial.

El análisis también encontró que la situación traumática sufrida en la niñez, en relación con la situación traumática de inicio en la edad adulta, no se asoció con ningún mayor riesgo

de trastornos posteriores, lo que indica que la edad en el momento del trauma no es un factor de riesgo para la aparición del trastorno. Además, los datos señalaron que, salvo por la edad de inicio del trastorno por estrés postraumático, la exposición a la situación traumática en la niñez, en general, no tuvo ninguna probabilidad de asociarse con la aparición de determinados trastornos durante los años de la adolescencia, ni tampoco con una aparición temprana de trastornos asociados con situaciones traumáticas de la niñez, en contraposición a las situaciones traumáticas adultas (15).

Trastornos psiquiátricos en adultos mayores

Existen pocos estudios en América Latina que hayan examinado los diagnósticos psiquiátricos de los adultos mayores (65 años y más). En términos generales, los adultos mayores presentan índices menores de trastornos en el transcurso de la vida en relación con la población más joven (20% y 34%, respectivamente). La distimia, la agorafobia, la fobia simple y la dependencia de alcohol eran menos frecuentes en los adultos de edad avanzada (Cuadro 7). De manera análoga, las tasas de prevalencia de un año de la distimia, los trastornos de ansiedad generalizada, la fobia simple y la dependencia de alcohol, no eran tan frecuentes. No se diagnosticó ningún caso de trastorno de pánico, aunque la agorafobia no era infrecuente; la prevalencia de un año correspondiente al grupo de comparación más joven era de 23,8%, mientras que en las personas de 65 años y más, era de 11,9% (16).

Las personas mayores de 74 años, con respecto a las de 65 a 74 años, presentaron tasas inferiores de trastornos. Se observaron diferencias de la prevalencia de vida entre el abuso y la dependencia de alcohol y los trastornos somatomorfos. También se observaron diferencias entre los dos grupos en la prevalencia de un año de la distimia, el abuso de alcohol, la dependencia de alcohol y el trastorno somatomorfo. La prevalencia de vida correspondiente a las personas de 75 años y más era

de 13,1% y la de 65 a 74 años, de 24,2%. Las prevalencias de un año eran de 8,7% y 13,8%, respectivamente.

El uso en el ECPP de la versión del CIDI que contenía el miniexamen del estado mental (17) brindó la oportunidad de realizar uno de los pocos estudios en los que se analiza la distribución por edades y el nivel de educación fuera de los Estados Unidos. La puntuación promedio del miniexamen varió entre 16 y 29, según el nivel de educación. La edad, el estado civil, la densidad de población y los ingresos influyeron en gran medida en las puntuaciones. Cuando se controlaron las variables sociodemográficas, las personas con cualquier trastorno psiquiátrico tuvieron puntuaciones significativamente inferiores, pero no en cuanto a diagnósticos específicos. El cuadro 8 presenta los datos normativos por edad y nivel de educación para la población general (18).

Utilización de los servicios de salud mental

La mayoría de las personas con algún trastorno psiquiátrico no busca atención de salud mental (19, 20). Menos de la mitad de los pacientes con prevalencia de un año de algún trastorno (46,9%) recibió algún tipo de atención de salud en los seis meses previos, y solo 38,5% recibió algún tipo de atención de un especialista o por medio de los servicios de atención primaria. Se observó que era bajo el uso de los servicios especializados (13,1% de las veces). Aunque hubo una mayor proporción de pacientes con trastornos graves que hicieron uso de los servicios de salud mental, solo 29,4% recibieron atención especializada (Cuadro 9). Hay una seria disparidad entre Chile y los países desarrollados en cuanto a la utilización de dichos servicios por parte de los enfermos mentales graves (8) (Cuadro 10).

En el estudio de Santiago sobre trastornos mentales comunes se analizó la frecuencia del uso de los servicios de salud mental (21), así como la provisión del seguro de salud y su relación con las tasas de trastornos mentales comunes. Se observó una desigualdad entre la

CUADRO 7. Prevalencia de vida de los trastornos mentales, por grupos de edad, Chile, 1992–1999.

Trastorno	20–64		65+		65–74		75+	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos afectivos								
Distimia	9	1	6,3	1,4	0,5 (0,3; 0,8) ^b	2	3,6	1,4
Episodio depresivo mayor	9,9	1	5,1	1,3	0,5 (0,3; 0,9) ^b	1,3	6,6	2,9
Episodio maníaco	1,6	0,3	1,9	1,7	1,1 (0,3; 4,3)	2,6	...	...
Cualquier trastorno afectivo	15,9	1,2	10,1	2,3	0,5 (0,3; 0,8) ^b	3	7,8	2,9
Trastornos de ansiedad								
Agorafobia sin pánico	12	1,3	6,4	1,5	0,5 (0,3; 0,7) ^b	2,1	7,5	3,5
Trastorno de ansiedad generalizada	3	0,6	1,4	0,5	0,5 (0,2; 1,9)	0,9	0,7	0,5
Trastorno de pánico	1,9	0,4	...	...	...	...	...	...
Trastorno por estrés posttraumático	5,2	0,5	2	0,9	0,3 (0,1; 1,2)	1,5	0,5	0,3
Fobia social	9,4	2,2	9,1	6,2	0,5 (0,2; 1,4)	2,3	27,2	17,3
Fobia simple	11	1,4	3,1	1,7	0,2 (0,0; 0,7) ^b	1,6	3,4	3,2
Cualquier trastorno de ansiedad ^d	17,9	1,6	8,8	1,8	0,2 (0,3; 0,7) ^b	2,2	8,1	3,3
Trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas								
Abuso de alcohol	3,5	0,8	5,5	3	2,4 (0,7; 8,1)	4,4	0,5	0,4
Dependencia del alcohol	7,6	0,8	1,6	0,9	0,1 (0,0; 0,4) ^b	1,5	0,2	0,2
Abuso de drogas	0,9	0,2	...	...	...	...	...	...
Drogodependencia	2,8	0,6	1	1	0,6 (0,2; 2,3)	...	2,9	2,9
Dependencia de la nicotina	4,1	0,6	2,7	1,8	0,6 (0,2; 2,4)	2,7	1,7	1,7
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas	12,9	1,1	7,4	2,8	0,5 (0,2; 1,3)	4,4	3,1	2,5
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	15,8	1,5	10	3,2	0,6 (0,3; 1,3)	4,9	4,7	2,9
Otros trastornos								
Psicosis no afectiva ^e	1,9	0,3	1,5	0,6	0,8 (0,2; 2,9)	1,2	0,1	0,5
Trastorno somatomorfo	3,9	0,7	3,2	1,3	0,8 (0,4; 1,8)	1,9	0,2	0,2
Cualquier trastorno del ECPP ^f	34	1,7	20	3,2	0,5 (0,3; 0,8) ^b	4,6	13,1	3,8
Comorbilidad								
1 diagnóstico adicional	19,1	1,2	14,1	3,1	0,7 (0,3; 1,3)	4,6	5	2,1
2 diagnósticos adicionales	9	0,9	6,3	1,5	0,6 (0,3; 1,0)	1,3	7,9	2,6
3 diagnósticos adicionales	6,9	0,9	1,5	0,8	0,2 (0,1; 0,6) ^b	1,4	0,2	0,2

^a Las razones de posibilidad (RP) se controlan según el género, la educación, los ingresos y el estado civil.

^b $p \leq 0,05$.

^c Sin información.

^d No incluye la fobia social ni la fobia simple.

^e La psicosis no afectiva incluye la esquizofrenia, el trastorno esquizomorfo, el trastorno afectivo esquizoide, el trastorno delirante y la psicosis atípica.

^f No incluye la fobia social, la fobia simple ni la dependencia de la nicotina.

Notas: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R); RP = razón de posibilidad; IC = intervalo de confianza; EE = error estándar.

CUADRO 8. Puntuación del minexamen del estado mental, por edad y nivel educativo, Chile, 1992-1999.

Nivel educativo	Edad (años)							Total
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Ninguna educación								
Tamaño de la muestra	... ^a	6	5	9	15	17	10	62
Media	...	17	16	19	14	18	13	17
EE	...	2,6	2,6	1,5	1,4	2	2,1	1,1
1-8 años								
Tamaño de la muestra	30	48	82	137	109	85	66	557
Media	22	23	24	24	23	20	17	22
EE	1,6	1,4	0,4	0,7	0,9	1,08	1,2	0,4
9-12 años								
Tamaño de la muestra	396	338	243	149	145	100	39	1.410
Media	28	27	27	27	26	25	24	27
EE	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,76	0,7	0,1
12 > años:								
Tamaño de la muestra	221	315	232	91	55	24	11	949
Media	29	29	29	28	28	26	26	29
EE	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,8	0,7	0,1
Total								
Tamaño de la muestra	647	707	562	386	324	226	126	2.978
Media	28	27	27	26	25	22	20	27
EE	0,9	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	0,7	0,3

^a Sin casos.**Nota:** EE = error estándar.**Fuente:** Adaptado de Kohn R, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Psychiatric epidemiology of the elderly population in Chile. Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:1020-1028.**CUADRO 9. Uso de los servicios de salud mental, según gravedad del trastorno, Chile, 1992-1999.**

	Gravedad 1 (N = 383)		Gravedad 2 (N = 189)		Gravedad 3 (N = 186)		Chi ² GL = 2	P
	%	EE	%	EE	%	EE		
Cualquier atención sanitaria	39,4	3,7	48,0	6,6	60,2	7,0	3,26	0,08
Cualquier servicio de salud mental	20,3	3,6	44,3	7,2	65,0	4,1	18,15	0,0006
Servicio no especializado de salud mental	17,4	3,6	41,9	7,4	57,5	5,0	13,18	0,004
Servicio especializado de salud mental	5,0	1,8	9,6	3,2	29,4	5,1	8,74	0,02
Atención a drogodependientes	0,1	0,1	0,4	0,1	2,1	1,1	3,03	0,23

Notas: EE = error estándar; GL = grado de libertad.**Fuente:** adaptado de Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. Psychiatr Serv 2004;55:1;71-76.

necesidad de servicios y la prestación de estos. Los participantes con una cobertura pública de seguro presentaron la prevalencia más alta de trastornos mentales pero las tasas más bajas de consulta; los participantes con cobertura privada presentaron una situación exactamente opuesta. Después de efectuar un ajuste según la edad, los ingresos y la gravedad de los sínto-

mas, la cobertura del seguro privado y el mayor nivel de discapacidad eran los únicos dos factores asociados con una mayor frecuencia del uso de los servicios de salud mental (Cuadro 11).

A pesar de la existencia de pruebas que demuestran lo contrario, aún persiste la percepción de la falta de eficacia del tratamiento. La creencia de que el problema desaparecerá

CUADRO 10. Relación entre la gravedad del trastorno y el tratamiento en Chile, por comparación con otros países.

Utilización de los servicios	Canadá (1990–1991)		Chile (1992–1999)		Alemania (1997–1999)		Países Bajos (1996)		Estados Unidos (1990–1992)	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Porcentaje que recibió cualquier tratamiento										
Ninguno (no casos)	3,4	(0,4)	14,4	(1,1)	14,1	(0,8)	7,6	(0,4)	6,3	(0,4)
Leve	10,4	(1,7)	12,3	(2,7)	29,6	(1,6)	13,3	(1,2)	11,3	(1,4)
Moderado	27,7	(4,7)	50,2	(6,3)	38,7	(3,3)	43,0	(3,4)	26,3	(3,2)
Grave	52,3	(5,1)	47,9	(8,0)	67,0	(3,0)	66,3	(2,6)	37,1	(2,3)
Total	7,0	(0,5)	17,3	(1,2)	20,2	(0,8)	13,4	(0,5)	10,9	(0,5)
Entre los que recibieron cualquier tratamiento, porcentaje que recibió tratamiento especializado										
Ninguno (no casos)	46,8	(4,9)	34,5	(7,2)	65,4	(2,5)	43,2	(2,4)	42,3	(4,9)
Leve	40,6	(6,6)	16,4	(8,7)	74,5	(3,7)	41,4	(4,9)	46,3	(6,2)
Moderado	50,8	(7,7)	48,2	(13,9)	68,2	(4,1)	47,3	(4,6)	50,6	(4,6)
Grave	61,6	(8,5)	44,6	(7,7)	79,8	(3,0)	60,0	(3,2)	62,9	(3,2)
Total	50,6	(3,7)	36,5	(4,9)	69,8	(1,7)	48,5	(1,6)	50,0	(2,8)

Nota: EE = error estándar.

Fuente: Adaptado de Bjiil RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22:122–133.

CUADRO 11. Servicios de salud mental brindados en los seis meses anteriores al estudio, por especialidad y seguro de salud, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Especialidad	Seguro privado	Seguro público	No asegurados
Trastorno mental (N = 975)				
	Médico general	18,9	13,1	8,6
	Psiquiatra	7,7	1,4	1,8
	Psicólogo	8,4	4,5	6,6
	Cualquiera	29,2	18,0	15,1
Trastorno mental a nivel más grave (N = 477)				
	Médico general	27,0	18,7	8,0
	Psiquiatra	9,7	2,0	1,1
	Psicólogo	9,2	4,5	10,2
	Cualquiera	36,9	24,1	17,9
Trastorno mental con discapacidad (N = 409)				
	Médico general	28,4	19,6	8,7
	Psiquiatra	10,8	2,7	1,5
	Psicólogo	10,7	7,7	10,7
	Cualquiera	41,2	28,4	18,8

solo o que se puede abordar sin ayuda externa, las barreras directas al acceso que impiden el tratamiento, entre ellas la carencia general de recursos y de disponibilidad de servicios, la falta de conocimiento acerca de las enfermedada-

des mentales y el estigma que estas ocasionan, son los principales obstáculos que impiden que los chilenos necesitados de atención busquen tratamiento (Cuadro 12) (19). Los pacientes que padecían un trastorno de tipo afectivo manifes-

CUADRO 12. Barreras que impiden buscar tratamiento para enfermedades físicas y mentales entre los que aceptaban la necesidad de asistencia, Chile, 1992–1999.

Motivo	Enfermedad física (N = 1.387)		Enfermedad mental (N = 347)	
	%	EE	%	EE
Creencia de que el problema se resuelve solo	55,5	3,7	65,7	5,0
Creencia de que el problema se puede resolver sin ayuda externa	52,8	4,0	60,1	3,0
Carga económica	35,8	3,2	43,6	3,2
Miedo del diagnóstico	33,4	2,1	36,7	2,4
Limitación de tiempo	23,0	2,0	28,9	3,2
Falta de confianza en el proveedor de atención sanitaria	19,8	1,8	22,2	2,8
No es útil	15,4	1,7	27,6	2,6
Preocupación por lo que los demás piensen	10,0	1,7	24,1	4,0
No saber dónde ir	10,9	1,4	29,0	3,1
Transporte	9,8	2,5	11,4	1,9
Alguien puede enterarse	8,5	1,4	22,1	4,0

Nota: EE = error estándar.

Fuente: adaptado de Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:1; 71–76.

taron que la creencia de que el problema se resolvería solo era la principal barrera para la atención; mientras que los afectados por un trastorno de ansiedad o por un trastorno por consumo de drogas consideraban que podían resolver el problema por su propia cuenta. La brecha de tratamiento entre quienes padecían trastornos no afectivos puede deberse a la creencia de que el tratamiento no sería útil. Entre los afectados por un trastorno de somatización, el estigma y el temor al diagnóstico tenían una mayor importancia (20).

Los mapuches, uno de los pueblos autóctonos del país, no reciben prácticamente ningún tratamiento de salud mental. En un estudio realizado por Vicente y colaboradores (22), solo 6,5% de los que padecían un trastorno psiquiátrico buscaba alguna forma de tratamiento y ninguno acudió a un especialista en salud mental. A pesar de ello, existen pocas pruebas de que las tasas de trastornos psiquiátricos entre los mapuches y el resto de los chilenos sean diferentes (Cuadro 13). La idea de que los indígenas son inmunes a las enfermedades mentales es errónea y está claro que se han menospreciado sus necesidades de salud mental. En el país se observa una falta de estudios específicos que examinen el estigma y los conocimientos sobre la salud mental.

CONCLUSIONES

Chile es un país con una elevada carga de discapacidad debida a los trastornos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos actuales indican que el trastorno depresivo y los trastornos de ansiedad son sumamente prevalentes en la comunidad. La investigación sobre la utilización de servicios demuestra que quienes los precisan no ven sus necesidades satisfechas.

El país cuenta con más camas psiquiátricas que la mayoría de sus vecinos (1,3 camas por cada 10.000 habitantes), pero si se compara con los Estados Unidos y el Canadá está muy a la zaga, y en relación con otros países, esa tasa es inferior a la media de los países de ingresos medios-bajos. Además, la proporción de camas en los hospitales psiquiátricos (1,0) es mayor que en los hospitales generales (0,2). Esta proporción (81%) indica que las camas se destinan a la atención de los enfermos crónicos y no de los agudos. Los países con mayores ingresos tienen una proporción de 55%. El país cuenta con 4,0 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cifra mayor que en algunos países, pero mucho menor que en otros países latinoamericanos, y muy inferior a la de los países más desarrollados. Por el contrario, hay 15,7 psicólogos por cada 100.000 habitantes. La disponibilidad de

CUADRO 13. Prevalencia de 12 meses y de vida de los trastornos mentales en la población mapuche y no mapuche, Chile, 1992–1999.

Trastorno	Prevalencia de 12 meses				Prevalencia de vida			
	Mapuche		No mapuche		Mapuche		No mapuche	
	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)
Trastornos afectivos								
Episodio depresivo mayor	3,9	(0,0; 11,7)	5,3	(3,5; 7,1)	6,7	(3,4; 10,0)	10,2	(8,6; 11,8)
Episodio maníaco	...	...	1,1	(0,0; 3,1)	1,2	(0,0; 3,6)	1,5	(0,0; 4,0)
Distimia	...	...	3,5	(0,0; 8,4)	7,8	(2,5; 13,1)	5,8	(0,0; 12,5)
Cualquier trastorno afectivo	3,9	(0,0; 11,7)	7,9	(2,2; 13,6)	9,3	(0,9; 17,7)	14,6	(8,3; 20,9)
Trastornos de ansiedad								
Trastorno de pánico	...	...	0,6	(0,0; 2,0)	...	...	1,3	(0,1; 2,5)
Agorafobia sin pánico	3,3	(0,0; 7,8)	2,1	(0,7; 3,5)	6,9	(2,2; 11,6)	5,2	(3,2; 7,2)
Trastorno de ansiedad generalizada	0,1	(0,0; 0,3)	1,9	(0,7; 3,1) ^b	0,1	(0,0; 0,3)	3,3	(1,9; 4,7) ^b
Fobia social	2	(0,0; 4,9)	5,5	(2,4; 8,6)	6,6	(0,0; 16,2)	7,5	(3,0; 12,0)
Fobia simple	4,4	(2,6; 6,2)	11,3	(6,4; 16,2) ^b	4,7	(2,5; 6,9)	14,5	(11,0; 18,0) ^b
Cualquier trastorno de ansiedad	6	(2,1; 9,9)	15,4	(8,1; 22,7) ^b	14,5	(6,5; 22,5)	21,9	(18,4; 25,4)
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas								
Abuso de alcohol	3	(0,0; 8,1)	3,3	(1,5; 5,1)	6,4	(0,7; 12,1)	7,3	(4,9; 9,7)
Dependencia del alcohol	1,4	(0,0; 3,9)	2,9	(2,0; 3,9)	4	(0,0; 9,7)	5,1	(3,9; 6,3)
Abuso de drogas	...	...	...	...	...	...	0,1	(0,0; 0,3)
Drogodependencia	...	...	0,5	(0,0; 1,5)	...	...	1,4	(1,2; 1,6) ^b
Dependencia de la nicotina	2,6	(0,0; 8,1)	4,6	(3,0; 6,2)	5,9	(0,0; 13,3)	5,4	(3,8; 7,0)
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o de drogas	4,4	(0,0; 9,1)	6,4	(3,7; 9,1)	10,3	(1,9; 18,7)	12,6	(9,9; 15,3)
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	7	(0,0; 14,6)	8,3	(5,6; 11,0)	12,3	(4,7; 19,9)	14,9	(12,2; 17,6)
Otros trastornos								
Psicosis no afectiva ^c	...	...	0,1	(0,0; 0,3)	...	...	0,1	(0,0; 0,3)
Trastorno somatomorfo	1,7	(0,0; 4,4)	3,2	(1,8; 4,6)	5,2	(0,0; 12,6)	3,3	(2,1; 4,5)
Trastorno de los hábitos alimentarios	...	...	1,8	(0,0; 4,0)	...	...	1,8	(0,0; 4,0)
Trastorno cognoscitivo	...	...	...	...	5,7	(1,2; 10,2)	0,5	(0,0; 1,3)
Cualquier trastorno del ECPP ^d	15,7	(6,9; 24,5)	25,7	(18,6; 32,8)	28,4	(17,2; 39,6)	38	(33,3; 42,7)

^a Sin casos.^b $p < 0,05$.^c Incluye esquizofrenia, el trastorno esquizomorfo, el trastorno afectivo esquizoide, el trastorno delirante y la psicosis atípica.^d No incluye la dependencia de la nicotina ni el trastorno cognoscitivo.**Nota:** Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-R).**Fuente:** Adaptado de Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patrones de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. Rev Panam Salud Publica 2005;18:263–270.

atención de salud mental y de subespecialistas para los niños y las poblaciones geriátricas es limitada o nula. Además, hay una amplia disparidad de recursos disponibles en todo el país.

Es necesario establecer un sistema de vigilancia epidemiológica, con el fin de determinar si las mejoras en la atención de la salud mental

pueden lograr una disminución de las brechas existentes en el tratamiento. Las encuestas epidemiológicas realizadas hasta la fecha, a pesar de seguir siendo informativas, tienen 10 años de antigüedad. Es importante el monitoreo continuo de las tasas para garantizar que la asignación de recursos se dirija a las poblaciones que los necesitan. Por ejemplo, se debería prestar

mayor atención a la investigación sobre la creciente población de adultos mayores, sobre la población de niños y adolescentes que no son objeto del número suficiente de estudios y sobre las poblaciones indígenas desatendidas.

REFERENCIAS

1. World Health Organization: WHO statistical information system (whosis) <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>
2. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178:228–233.
3. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465–486.
4. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain—initial findings from the household survey. *Int Rev Psychiatry* 2003;1:29–42.
5. Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:501–505.
6. Araya R, Gaete J, Rojas G, Fritsch R, Lewis G. Smoking and common mental disorders: a population-based survey in Santiago, Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:874–880.
7. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069–1077.
8. Bjl RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff* 2003;22:122–133.
9. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38: 381–389.
10. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry* 2006a;163:1362–1370.
11. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Navarrete G, Veloso P et al. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006b;41:935–942.
12. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004;184:299–305.
13. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and comorbid disorders in Chile. *Psychol Med* 2006;36: 1523–1533.
14. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez J. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol* 2003;112:646–656.
15. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Compr Psychiatry* 2008;49:163–169.
16. Kohn R, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Psychiatric epidemiology of the elderly population in Chile. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16: 1020–1028.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–198.
18. Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. The mini-mental state examination: Age and education distribution for a Latin American population. *Aging Ment Health* 2008;12:66–71.
19. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:1;71–76.
20. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patronos de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:263–270.
21. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. *Am J Public Health* 2006; 96:109–113.
22. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:119–127.

EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO: 1977–2000

Jorge Javier Caraveo-Anduaga¹

ANTECEDENTES

El interés por la magnitud de los problemas de salud mental entre la población de México tiene sus antecedentes en los trabajos del Dr. Héctor M. Cabildo Arellano, quien en 1970 realizó una encuesta de la población atendida en las instituciones psiquiátricas del país. Posteriormente, se realizaron estudios en la población burócrata derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y en una zona militar (1, 2).

En 1977, el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz fue nombrado Director de Salud Mental en la entonces Secretaría de Salud y Asistencia Social (SSA), así como del Centro de Estudios en Farmacodependencia, donde se realizaron los primeros estudios epidemiológicos en ese campo. Con el arribo del Dr. de la Fuente y su equipo de profesionales, se inició una etapa diferente con respecto al estudio y atención de los problemas mentales en México.

El Primer Estudio Piloto Internacional sobre Esquizofrenia (3) sentó las bases para la investigación epidemiológica de los trastornos mentales. El examen del estado actual (*Present State Examination*, PSE), elaborado por el Profesor John Wing siguiendo una base fenomenoló-

gica, se había constituido en el pilar para la observación clínica sistemática, la medición y la clasificación de los fenómenos mentales morbosos entre los pacientes institucionalizados en diferentes partes del mundo (4).

En la unidad de Práctica General del Instituto de Psiquiatría de Londres se trabajaba entonces en la identificación de los trastornos mentales menos severos, que la mayoría de las veces pasaban desapercibidos, pero que generaban una demanda de servicio a nivel de la práctica médica general. Allí, el modelo de investigación era bietápico, empleándose el Cuestionario General de Salud (5), que consiste en un cuestionario de tamizaje para la identificación de probables casos, y la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada (EPE) para la segunda etapa de confirmación de caso (6).

A iniciativa del Dr. Carlos Campillo, quien había realizado estudios de posgrado en el Instituto de Psiquiatría de Londres, se empezó a trabajar en la adaptación de este último modelo e iniciar así la investigación de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la práctica médica general en México (7, 8).

ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS CLÍNICOS PARA ESTUDIOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL

A diferencia del PSE, diseñado para pacientes psiquiátricos, la EPE fue concebida para seguir

¹ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, México.

el procedimiento médico de exploración habitual para personas que no se consideran a sí mismas como afectados psicológicamente. Así, la exploración clínica va de lo menos específico, como es la presencia de molestias físicas (somatizaciones), fatiga y alteraciones del sueño, a otras más específicas, como la presencia de ánimo depresivo, preocupaciones, ansiedad y obsesiones. No incluye preguntas rutinarias acerca de delirios, alucinaciones ni otros fenómenos psicóticos; sin embargo, si el clínico sospecha la presencia de psicosis o de un trastorno orgánico, está en libertad de explorar estas posibilidades.

La experiencia clínica obtenida mediante la EPE, en especial al momento de observar a la población inicialmente evaluada, y de la revisión de los hasta entonces criterios incipientes de clasificación, condujo a un desglose de los síntomas contemplados en el instrumento de evaluación así como a la posibilidad de sistematizar y operacionalizar la información en torno a algunos diagnósticos específicos y comparar los resultados con los de otros estudios (9).

El instrumento de evaluación mostró una confiabilidad alta. En el estudio inicial se notificó una media del valor de Kappa de 0,82 (7) y en un estudio posterior se notificaron índices de Kappa y de Y de Yule de 0,79 y 0,78, respectivamente (10), lo cual confirmó su utilidad y despertó el interés de las autoridades del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para planear cursos periódicos.

Con este modelo, se realizaron estudios de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la práctica médica general con respecto a la población adulta (18–64 años) atendida en tres diferentes instituciones; los rangos de prevalencia de los trastornos psiquiátricos eran de 29% a 51% (11). Sin embargo, al considerar solamente los casos más severos, la prevalencia era de 10%. Los tipos de patología más frecuentes correspondieron a los síndromes depresivos y ansiosos, con predominio en las mujeres; sin embargo, esta diferencia es mucho

menor cuando se consideran solamente los casos más severos.

En una de las tres instituciones se estudió a la población de 65 años y más, y se encontró una prevalencia de trastornos psiquiátricos de 49% (12), lo cual resaltó la necesidad de brindar atención de salud mental a este grupo poblacional.

El estudio mostró que, al igual que en otros países, la detección de la psicopatología por parte de los médicos generales está limitada a la mitad o una tercera parte de los pacientes que requieren alguna forma de atención.

La identificación depende tanto del patrón sintomatológico manifestado por el paciente como de la cronicidad de sus molestias (13) siendo, por lo tanto, un diagnóstico de exclusión, principalmente con respecto a trastornos de larga duración como la distimia, los episodios depresivos recurrentes y la dependencia de alcohol (14). Según los estudios realizados, los casos no identificados demandaron un mayor número de consultas médicas, pasaron más días hospitalizados y requirieron más medicamentos (15), lo que indica un alto costo de atención.

PRIMEROS ESTUDIOS EN POBLACIÓN GENERAL ADULTA E INFANTIL

A principios de los años ochenta, se realizaron investigaciones en el ámbito laboral en virtud de que la medicina del trabajo fundamentalmente se había orientado hacia el campo de la salud física, dejando de lado los aspectos psicológicos y sociales. El campo de la salud ocupacional es un reto para el epidemiólogo, el sociólogo, el antropólogo, el psicólogo y el administrador (16). Para el estudio del fenómeno salud-enfermedad en este campo fue necesario partir del concepto de estrés y de las consecuencias tanto agudas como crónicas de las situaciones que lo generan y mantienen. De esta forma se ganó experiencia en lo que se refiere al estudio de condicionantes que contribuyen al desarrollo de trastornos psiquiátricos comunes. El análisis pormenorizado de las variables estudiadas destacó que la carga de fac-

tores tales como bajo salario, falta de capacitación, escasa movilidad en la empresa y relaciones jerárquicas inadecuadas, repercutían tanto en los indicadores indirectos de productividad como en el bienestar físico, mental y social de los trabajadores (17).

En 1985, a raíz del terremoto ocurrido en la ciudad de México, se realizó el primer estudio en población general, esta vez en la población damnificada alojada en albergues (18). Ex profeso, se diseñó un instrumento con base en la experiencia adquirida, aplicando por vez primera los criterios operacionales del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, de la Sociedad Americana de Psiquiatría (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*) (19), con la finalidad de explorar la prevalencia, la exacerbación y la incidencia de los estados de ansiedad, depresión, ataques de pánico y estrés postraumático (20).

En 1988, como parte de la primera Encuesta Nacional de Adicciones realizada en una submuestra de 2.025 personas de 18 a 65 años, se aplicó la Encuesta Nacional de Salud Mental. Este estudio fue el primero en su género que buscó estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en México. Se diseñó una entrevista estandarizada para la cual se seleccionaron preguntas de diferentes instrumentos de análisis, que exploraran las áreas de psicopatología relevantes, prestando atención a la sencillez de los reactivos, tanto para su aplicación como para su comprensión y respuesta por parte de la población a entrevistar. Se cuidó en todo momento que el cuestionario permitiera el manejo de la información, apegándose a los criterios del Examen del Estado Actual, al Índice de Definición y a los algoritmos del programa CATEGO (Programa de cómputo elaborado ex profeso para el manejo de la información clínica recabada en la entrevista PSE) (4) y de la revisión del DSM-III (19). Los resultados arrojaron una prevalencia general entre 15% y 18%, similar a la encontrada en otros estudios internacionales, teniendo en cuenta solo aquellas clases diagnósticas con mayor certeza de definición y severidad (21).

En ese mismo estudio, se investigó la prevalencia de probables trastornos psiquiátricos en

la infancia mediante el Cuestionario de Notificación Infantil (*Report Questionnaire for Children, RQC*) (22) empleado por la OMS. Los resultados indicaron que 15,6% de los niños de 3 a 12 años presentaban problemas de salud mental, la mitad de los cuales podían considerarse casos severos (23). Asimismo, se estudió la asociación entre la presencia de psicopatología en los niños y la presencia de depresión y consumo de alcohol en los padres, señalando la necesidad de estudiar y atender conjuntamente estos problemas en la población (24, 25).

Se investigó además el uso de los servicios formales e informales por parte de la población ante la presencia de diferentes trastornos mentales. Los resultados indicaron que los familiares y amigos son el primer recurso al que acude la población, seguido de la automedicación y la consulta a sacerdotes y ministros (26). Mediante un enfoque cualitativo, Salgado y colaboradores (27) corroboraron estos hallazgos en la población rural, señalando que tanto en el medio urbano como en el rural se siguen patrones de comportamiento arraigados en la herencia sociocultural.

UNA NUEVA ETAPA: LOS INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS ALTAMENTE ESTRUCTURADOS Y UNA METODOLOGÍA COMÚN

El desarrollo de instrumentos para la investigación epidemiológica de los trastornos psiquiátricos específicos derivó en la creación de entrevistas altamente estructuradas que pudieran ser realizadas por entrevistadores adiestrados que no fueran necesariamente clínicos. La Entrevista Diagnóstica Estructurada (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*) (28) fue elaborada siguiendo los criterios del DSM-III, y por su estructura permitió un riguroso control de las fuentes de variación del entrevistador. Los estudios realizados en el país por entrevistadores legos mostraron una alta confiabilidad en las mediciones (índice de confiabilidad de 0,89) (29). La validez concurrente fue aceptable, lo cual denota una alta especificidad, pero con una sensibilidad entre moderada y baja. Los índices de validez fueron superiores para las categorías diagnósticas en donde el esquema de

sondeo de la entrevista es más sencillo, sugiriendo que el proceso memoria/cognición del entrevistado es un factor que atenúa la confiabilidad y la validez (30).

En un esfuerzo conjunto entre la Organización Mundial de la Salud y la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos, se elaboró la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview, CIDI*) (31), como resultado de la experiencia obtenida de las dos entrevistas más utilizadas: PSE y DIS. El alto nivel de estandarización ha permitido mejorar la uniformidad de los síntomas evaluados y la confiabilidad en la elaboración de los diagnósticos. La CIDI fue elaborada para ser aplicada por entrevistadores legos en estudios epidemiológicos y su estructura ha sido aceptable y muy útil en la investigación clínica. En México, la versión 1.0 se aplicó inicialmente en pacientes psiquiátricos de consulta externa, en la práctica médica general y en un grupo de autoayuda, siendo bien aceptada tanto por los clínicos como por los entrevistados y los entrevistadores que la han utilizado (32–34).

LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Al inicio de la década de 1990, se realizó un estudio multicéntrico para investigar el uso de los servicios de salud mental por parte de la población que padece trastornos psiquiátricos.

Se observó que México contaba con un número muy bajo de psiquiatras por habitantes en riesgo. Asimismo, se observó que muchos de los pacientes acudían directamente a los servicios de salud mental sin pasar por el primer nivel de atención. Sin embargo, la mediana de semanas transcurridas entre el inicio del padecimiento y la primera búsqueda de ayuda mostró un retraso considerable, especialmente para la población sin cobertura de seguridad social (35, 36) (Cuadro 1).

Las evidencias de que la desconfianza, los trámites prolongados y la insatisfacción con los servicios hacen que las personas recurran a medios informales de atención para sus padecimientos emocionales y mentales, llevaron a realizar dos estudios en centros de atención alternativa. El primero de ellos fue en un templo espiritualista, y los motivos notificados por la población fueron evaluados por investigadores clínicos independientes. Los resultados demostraron que 54% podía ser considerado como “caso” con patología psicológica (37). Por otra parte, entre 67% y 100% de las historias de un grupo de Neuróticos Anónimos mostraron antecedentes psiquiátricos o de consumo de alcohol y drogas en los padres y familiares; abandono, golpes y maltrato en la infancia; problemas sexuales, consumo de alcohol y drogas, delincuencia y prostitución. Las razones por las que acudían al grupo eran las manifestaciones de inadaptación social y síntomas emocionales como depresión, ideación suicida, obsesiones y ansiedad (34).

CUADRO 1. Medianas de retraso en la atención de los trastornos psiquiátricos (en semanas).^a

Diagnóstico	Mediana en población sin seguridad social	Mediana en población con seguridad social
Trastornos afectivos	21,5	6
Neurosis, estrés y trastornos somatomorfos	28	12
Disfunciones fisiológicas asociadas a trastornos mentales	97	430
Retardo mental	467	1
Trastornos del desarrollo	77	40
Desórdenes emocionales y de conducta en la infancia y adolescencia	52	8

^a Desde el inicio del padecimiento hasta su arribo al servicio de salud mental.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

Fuente: Caraveo AJ, Mas CC. Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. Salud Pública de México 1990;32:523–531.

LA INVESTIGACIÓN COMPRENSIVA Y LA COLABORACIÓN INTERNACIONAL

En 1994, con el conocimiento adquirido y tomando en cuenta la experiencia de la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos (38), se planteó y aprobó un proyecto epidemiológico global para estudiar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en la población general adulta de la Ciudad de México (39).

Para este estudio se eligió la versión 1.1. de la CIDI, modificada por la Universidad de California en Fresno (CIDI-Fresno) (40). La traducción, llevada a cabo por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, preservó la traducción original oficial de la CIDI 1.1, así como el contenido de todos los ítems necesarios para realizar un diagnóstico según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Asimismo, se incorporaron diferentes expresiones del idioma con el objetivo de hacerlo altamente sensible desde el punto de vista cultural, y se exploraron además las diferentes formas coloquiales de denominación utilizadas por la población para los diferentes trastornos incluidos.

Dado el interés específico de la citada Universidad de California en cuanto a la utilización de servicios formales e informales por parte de la población mexicoamericana y mexicana inmigrante y del Instituto Mexicano de Psiquiatría acerca de la población del país, se incorporó a la entrevista una extensa y pormenorizada sección de preguntas al respecto para cada entidad diagnóstica. Las categorías diagnósticas incluidas fueron las siguientes:

- Trastornos de ansiedad: agorafobia, fobia social, fobias específicas, ansiedad generalizada, pánico y trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos afectivos: episodios depresivos, distimia, hipomanía y manía.
- Trastornos debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, distinguiendo el abuso y la dependencia de alcohol y otras sustancias entre ellos sedantes, tranquilizantes, estimu-

lantes, analgésicos, inhalantes, marihuana, cocaína, alucinógenos y heroína.

En relación con la presencia de los diferentes trastornos psiquiátricos, se investigó también el papel de diversas variables independientes tales como tensiones crónicas, eventos y situaciones potencialmente estresantes, los recursos utilizados por la gente para enfrentarlos, los antecedentes psiquiátricos de los padres y las manifestaciones clínicas de los hijos de 4 a 16 años de edad de los adultos entrevistados, entre otros aspectos (39). Con esta finalidad, se incorporaron en la encuesta secciones específicas con preguntas y escalas, que en su mayoría fueron empleadas por Ronald C Kessler en el Estudio Nacional de Comorbilidad. Estas secciones, a su vez, reflejaban la experiencia acumulada por diversos investigadores en el mundo, así como otros instrumentos que habían sido previamente utilizados en México, tales como el Cuestionario General de Salud (5), en versión de 12 reactivos (33), y el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (41, 42), que fue elaborado a partir de los estudios realizados mediante el Cuestionario de Notificación Infantil (23, 43, 44).

El rigor metodológico con que se planeó y desarrolló esta investigación permitió que los datos obtenidos fueran incorporados a la primera generación de estudios del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) (45), lo que facilitó la comparación internacional y arrojó resultados sumamente interesantes y trascendentes para el desarrollo de la disciplina.

A través de este proyecto, se estimó tanto la prevalencia de trastornos en el último mes como se había hecho en estudios anteriores, como la prevalencia a lo largo de la vida y para el último año. También se estudió la comorbilidad entre los diferentes trastornos y su entrelazamiento a través de la vida (46, 47), el tiempo transcurrido para la búsqueda de atención y los motivos que favorecen o no favorecen la comorbilidad (48).

La prevalencia de trastornos a lo largo de la vida de la población adulta se estimó en 28,7%,

CUADRO 2. Prevalencia (%) de los trastornos mentales en la vida y comorbilidad proporcional en cada trastorno.

Diagnóstico	Prevalencia	Comorbilidad psiquiátrica
Agorafobia	2,5	67,5
Fobia específica	2,8	72,7
Fobia social	2,6	74,2
Ansiedad generalizada	3,4	74,2
Pánico	1,9	62,7
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,4	70,8
Episodio depresivo	7,9	67,2
Distimia	4,4	67,5
Manía	0,7	100
Hipomanía	0,9	68,3
Dependencia de alcohol	5,1	34,1
Dependencia de otras sustancias	0,7	100,0
Abuso de alcohol	8,4	23,8
Abuso de otras sustancias	0,5	47,6

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Fuente: Caraveo A, Colmenares BE, Saldívar HG. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad en la vida. *Salud Mental* 1999; 22 (número especial):62-67.

CUADRO 3. Consultas (%) especializadas en personas con episodios de depresión según sexo, afiliación y número de discapacidades asociadas al episodio.

Sexo	Afiliación	Número de discapacidades					
		Ninguna	1	2	3	4	5
Hombres	Sí	8,43	19,61	7,15	12,67	6,93	0,00
	No	7,15	0,00	0,00	0,00	0,00	38,03
Mujeres	Sí	0,00	6,63	13,95	0,00	3,35	33,19
	No	0,00	0,00	0,00	9,63	10,32	22,93

Fuente: Caraveo AJ, Martínez VN, Rivera GB, Vargas AL, Polo DA. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental* 1997;20:5-23.

siendo el abuso de alcohol y los episodios depresivos los trastornos más frecuentes. En una tercera parte de todos los casos se encontró comorbilidad psiquiátrica, la que resultó proporcionalmente más elevada entre las personas con trastornos de ansiedad y fobia social (46) (Cuadro 2).

LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA PERSPECTIVA NACIONAL E INTERNACIONAL

Del total de personas con episodios depresivos a lo largo de la vida, solo 14% habían acudido a un profesional de salud mental. La demanda de servicios era mayor entre aquellos con mayor número de discapacidades asociadas al

episodio. Sin embargo, estar afiliados a una institución de salud resultó ser una variable importante en cuanto a la accesibilidad a los servicios. La demanda de consulta especializada en los hombres sin afiliación se concentró en los que presentaban más discapacidades, mientras que entre los afiliados fue a la inversa (Cuadro 3). En las mujeres, si bien la mayoría consultó al especialista en la medida en que presentaban más discapacidades, es de notar que las mujeres con afiliación consultaron al especialista más tempranamente, cuando presentaban una o dos discapacidades.

Respecto a la demanda real, se observó que tanto los hombres como las mujeres sabían adónde acudir; contar con transporte fa-

cilitaba el acceso para ambos sexos y el estar afiliado determinó una mayor fuerza de asociación con el acceso a los servicios especializados. En las mujeres, se observó que preferían ir acompañadas, mientras que los hombres preferían ir solos. Tanto los hombres como las mujeres manifestaron que los médicos familiares podían ser de gran ayuda, y en ese caso no acudían a especialistas. Asimismo, las opiniones familiares eran un impedimento importante para solicitar ayuda, especialmente en las mujeres. En los hombres, los mayores impedimentos eran el horario de trabajo y la opinión de los jefes (49).

Se estimó que 7,9% de la población adulta había sufrido algún episodio depresivo a lo largo de la vida; la prevalencia estimada en el último año era de 4,5% y la incidencia en el año previo al estudio, de 1,3%. El 59% de las personas había presentado más de un episodio depresivo en su vida y 86% de los casos reunió criterios de un síndrome somático durante los episodios. La prevalencia a lo largo de la vida de la distimia se estimó en 4,4%. Mientras la edad promedio de inicio de los episodios depresivos fue en la tercera década de la vida, para la distimia fue 10 años más tarde (50).

Salgado y colaboradores (51), utilizando el mismo instrumento de análisis en el área rural del estado de Jalisco, encontraron una prevalencia de episodios depresivos a lo largo de la vida de 6,2% (a razón de tres veces más frecuente en las mujeres y con predominio en las de 30 a 49 años de edad). En los hombres, los más afectados eran los más jóvenes (de 15 a 19 años), los solteros, los que no tenían hijos y los que habían alcanzado mayor escolaridad. Las mujeres más jóvenes, con mayor escolaridad y estudiantes eran las que menos presentaban el trastorno.

La prevalencia de vida de la distimia era de 3,4%, con predominio entre las mujeres de 40 a 49 años de edad, sin escolaridad, desempleadas, casadas, con más de cuatro hijos y de comunidades con alto índice de migración. Entre los hombres, la prevalencia más alta se observó entre los adultos jóvenes (de 20 a 29 años) y entre los adultos mayores (de 60 años

y más), con escolaridad primaria y que vivían en poblaciones con baja migración. Acaso estos resultados reflejen diferencias en cuanto a la expectativa de vida, en estrecha relación con las condiciones socioeconómicas que, según Salgado (52), impactan en el bienestar de la población. Finalmente, la prevalencia de “nervios”, un concepto de la psiquiatría cultural, alcanzó 15,4%, siendo mayor en las mujeres, con una razón de 2:1. Para ambos sexos, el tener una idea fija en la mente, el sentirse tristes y abatidos, irritables o enojados y distraídos, fueron características psicológicas distintivas de aquellos con “nervios” (53).

El análisis de los diferentes estudios incluidos en el ICPE demostró que existen diferencias en cuanto a la prevalencia de los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida. La comparación entre la prevalencia a lo largo de la vida y en el último año demostró que los trastornos psiquiátricos tienden a ser crónicos, especialmente los trastornos de angustia. Este tipo de trastornos comienza a edades más tempranas (mediana de 15 años). En los trastornos por abuso de sustancias, la mediana es de 21 años y en los trastornos afectivos, de 26 años (54).

La comparación de los resultados de los estudios realizados en el país con los de 10 estudios realizados en otros países demuestra que la prevalencia estimada de los episodios de depresión mayor varía según las poblaciones, pero en general, los resultados son similares. En la mayoría de los estudios, la edad de inicio se presenta en la primera mitad de la década de los 20 años. Este hallazgo invita a la reflexión de por qué la depresión es más frecuente entre las cohortes más jóvenes.

Se observó una notoria comorbilidad de los episodios depresivos con todos los trastornos de ansiedad; asimismo, se observó que los trastornos primarios de ansiedad que no estuvieran en remisión eran fuertes predictores para la aparición de un episodio depresivo, y que la asociación entre ansiedad primaria y depresión secundaria decrece en la medida en que la duración de la ansiedad se incrementa. La pregunta para estudios futuros será si los trastornos de ansiedad son un factor causal

para los episodios depresivos, o solo marcadores de otras causas (55).

LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS

El estudio de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, afectivos y por uso de sustancias, mostró que el inicio de los dos primeros, en general, precede al uso, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias (56). La asociación fue mayor en relación con el abuso y la dependencia de otras sustancias que con respecto al alcohol. En los hombres, el uso, abuso y dependencia de alcohol y drogas tiende a ocurrir antes que el inicio de los trastornos afectivos. Para los trastornos de ansiedad, la situación resultó ser más compleja: el uso y abuso de alcohol y drogas comienza antes del inicio de la agorafobia, la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el estrés postraumático. En cambio, la fobia simple, la fobia social y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden al uso y abuso de sustancias. La dependencia de alcohol y otras drogas tiende a aparecer con posterioridad al inicio de todos los trastornos de ansiedad. En las mujeres, todos los trastornos mentales tienden mayormente a preceder el consumo de sustancias (57).

El riesgo poblacional de los trastornos mentales atribuible a la dependencia de alcohol y drogas fue considerable en todos los estudios. En la Ciudad de México, la dependencia de alcohol y drogas era de 2,2% y 19,9%, respectivamente, en los hombres; mientras que para las mujeres, el riesgo fue considerablemente mayor: 35,2% y 70,6%, respectivamente (57).

Entre la población mexicana estudiada, se evidenció también la notable reducción del lapso entre el consumo de la primera copa y el de la cantidad de alcohol más alta por ocasión de consumo en las cohortes de mujeres más jóvenes, identificándolas claramente como población en riesgo. Además, se demostró que cinco años después del contacto inicial con el alcohol, los bebedores de ambos sexos alcanzan su más alto nivel de consumo. Ambos hallazgos sugieren la importancia de estable-

cer programas y estrategias, tanto para la detección temprana de trastornos mentales, como para el control del consumo excesivo de alcohol entre la población más joven y particularmente en las mujeres (58).

Los resultados de los diferentes estudios del ICPE respecto a la prevalencia del uso de sustancias mostraron que el alcohol y la marihuana son las más ampliamente consumidas y que los hombres muestran niveles de prevalencia mayores que las mujeres respecto al uso de cualquier sustancia. No obstante, las prevalencias denotan grandes variaciones y las de México se destacan por ser de las menores, especialmente con respecto a sustancias ilegales (59).

Al comparar los resultados obtenidos en la Ciudad de México y los del condado de Fresno, en California, donde se estudió a la población mexicana emigrante y a la población americana de origen mexicano, se hizo evidente la influencia de los factores socioculturales en la prevalencia de la psicopatología y especialmente respecto al consumo de sustancias (40) (Cuadro 4). Así, los inmigrantes con menos de 13 años de estancia en los Estados Unidos, comparados con la población del Distrito Federal, mostraron una razón de 3,7 veces más de dependencia a las drogas; para los inmigrantes con más de 13 años, la razón fue de 6,6 veces más y para los mexicano-americanos, de 17,2 veces más. La prevalencia de episodios depresivos, de trastornos de ansiedad y de dependencia de alcohol de la población mexicano-americana fue de 2,0 veces más que la de la población de referencia del Distrito Federal (60).

RIESGO FAMILIAR PARA EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA

En el estudio realizado en la Ciudad de México, se estimó el riesgo para el desarrollo de psicopatología entre padres e hijos a lo largo de tres generaciones, mediante el método del "estudio de la historia familiar" (61).

Para estimar el riesgo de morbilidad entre generaciones y su interacción, se consideró si solamente hubo antecedentes de psicopatolo-

CUADRO 4. Comparación (razones) de la morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México con otras poblaciones.

Trastorno	Población inmigrante con menos de 13 años de estancia en los Estados Unidos	Población inmigrante con más de 13 años de estancia en los Estados Unidos	Población méxico-americana	Estudio Nacional de Comorbilidad (Estados Unidos)
Episodio depresivo	0,4	1,0	1,8	2,2
Trastorno afectivo	0,7	1,2	2,1	2,2
Trastorno de ansiedad	0,9	2,1	2,9	3,0
Abuso de alcohol	0,2	0,7	1,7	3,2
Dependencia de alcohol	1,0	1,3	2,2	1,8
Abuso de drogas	0,0	6,0	11,3	15,7
Dependencia de drogas	3,7	6,6	17,2	9,9
Cualquier trastorno	0,8	1,4	2,1	2,1

Nota: Los datos de este cuadro son el resultado de dividir la prevalencia encontrada en el estudio de la Ciudad de México y la prevalencia de las poblaciones referidas.

Fuentes: Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo AJ. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural mexican americans in California. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:771–778. Caraveo AJ, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*. 2002;25(2):9–15.

gía en los abuelos, en los padres o si estaban presentes en los abuelos y en los padres. La probabilidad de ser “caso” se obtuvo a partir de la razón de momios resultante de los análisis de regresión logística siguiendo tres diferentes modelos: clásico, con efectos aleatorios y con ecuaciones de estimación generalizada con varianza robusta. Se desarrollaron diferentes modelos donde se controló el efecto del sexo y la edad del probando, el sexo y la edad de los hijos, la ocupación del probando, el nivel socioeconómico familiar, el sexo de los abuelos, así como de las siguientes variables psicosociales del probando: relación de pareja, tensión laboral, total de horas a la semana de trabajo por pareja, preocupación hogar-trabajo, percepción acerca de sus familiares, percepción acerca de apoyo y ayuda, percepción de su estado de salud y aislamiento.

Con base en los resultados de los modelos más completos y la utilización de un muestreo multinominal, se calculó la probabilidad de ser “caso” y se obtuvieron las razones de prevalencia entre los “casos” y la población sin antecedentes psiquiátricos familiares. También se obtuvo la fracción atribuible de cada variable asociada significativamente con la presencia de psicopatología.

Los resultados mostraron que, en general, la fuerza de asociación para presentar psicopa-

tología es de dos a tres veces mayor cuando hay trastornos psiquiátricos en los padres (Cuadro 5). Los trastornos de ansiedad, solos o en comorbilidad con los de otro tipo, son los que conllevan mayor riesgo y los que más contribuyen a la presencia de psicopatología en los hijos (62).

El riesgo familiar para desarrollar psicopatología en la tercera generación es moderado si solo existen antecedentes entre los abuelos o en uno de los padres (razón de prevalencia de 2,9 y 2,5, respectivamente), pero se incrementa casi al doble (5,8) si hay antecedentes en las dos generaciones precedentes. No menos importantes resultaron ser las variables psicosociales que pesan en el probando, como la percepción adversa en relación con su familia de origen, cuya fracción atribuible osciló entre 2,5% y 18%, y las tensiones laborales, cuya fracción atribuible osciló entre 6% y 60% (62).

Aunque en este estudio no se hicieron análisis de segregación, los resultados acerca del riesgo familiar para desarrollar psicopatología, en principio, estarían de acuerdo con la hipótesis de que la transmisión intergeneracional sigue un modelo mixto de herencia, en particular tomando en consideración el espectro de la comorbilidad entre trastornos y el incremento en el riesgo cuando hay antecedentes en las dos generaciones previas.

CUADRO 5. Asociación^a entre antecedentes de psicopatología familiar (GEN 1 y 2)^b y psicopatología en los niños y adolescentes (GEN 3).^b

Antecedentes	RP	p	IC (95%)
Número de casos	1,0	...	...
Solo en abuelos	3,0	0,002	1,5; 5,8
Solo en el padre o la madre	2,4	0,067	0,9; 6,0
En ambos	7,8	<0,001	3,9; 15,4

^a Regresión logística con ecuaciones de estimación generalizada.

^b Generación (abuelos = GEN 1; padre o madre = GEN 2; hijos = GEN 3).

^c Sin información.

Notas: RP = Razón de probabilidades; p = Significancia estadística; IC = Intervalo de confianza. Número de observaciones = 739. Número de grupos = 419; Wald $\chi^2 = 35,26$; gl. = 3; $p < 0,001$.

Fuente: Caraveo-Anduaga J, Nicolini SH, Villa RA, Wagner EF. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2005;47(1):20–26.

A pesar de que el estudio se basa únicamente en la información obtenida de los probandos adultos, tiene menos sesgos en cuanto a búsquedas de ayuda, referencia y utilización de servicios, por comparación con estudios basados en muestras clínicas. Cabe resaltar su originalidad en cuanto a la información obtenida respecto a tres generaciones y su aportación para investigaciones familiares y genéticas acerca de los trastornos psiquiátricos que se desarrollan en la actualidad en el país, así como para el enfoque del tratamiento de las personas y de las familias que acuden a los servicios de atención.

CONSIDERACIONES FINALES EN EL INICIO DEL NUEVO SIGLO

Esta panorámica del desarrollo de la epidemiología psiquiátrica en México a lo largo de 20 años ha mostrado el paso desde los estudios descriptivos y exploratorios hasta el análisis de las asociaciones, la identificación de tendencias y la medición del riesgo, en función de diferentes variables. La comparación con los resultados de otros estudios, entre ellos los realizados en América Latina y el Caribe (63), ha mostrado semejanzas que sugieren que podrían atribuirse a factores biológicos u otras características humanas relativamente independientes de las influencias socioculturales. Sin embargo, quedó evidenciado que estas jue-

gan un papel que requiere estudiarse con más detenimiento desde el enfoque de la psicopatología del desarrollo (64, 65). Asimismo, en el caso de México, una tarea pendiente es el estudio de las comunidades rurales, puesto que la mayoría de las investigaciones han sido realizadas en poblaciones urbanas.

Finalmente, los resultados de esta revisión panorámica deben impulsar el desarrollo de proyectos orientados a la detección temprana de casos, a programas de intervención para personas con trastornos psiquiátricos de inicio temprano y al aseguramiento de la calidad de estos programas en virtud de las evidencias sobre tratamientos inadecuados. Para ello, entre otras iniciativas, se ha comenzado un programa piloto para la vigilancia de la salud mental en la infancia y adolescencia en el primer nivel de atención, con base en el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (41, 66).

REFERENCIAS

1. Cabildo HM. Panorama epidemiológico de los desórdenes psiquiátricos en la República Mexicana. *Salud Pública de México* 1971;1:53–63.
2. Caraveo AJ. Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 1982;5(1):13–19.
3. Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R. Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychological Medicine* 1977;7:529–541.

4. Wing JK, Cooper JE and Sartorius N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press; 1974.
5. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
6. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kewward HG, Shepherd M. Standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive Social Medicine* 1970;24(1):18–23.
7. Campillo C, Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Martínez P. Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista Psiquiátrica Estandarizada" de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1981;27:44–53.
8. Medina-Mora ME, Padilla P, Campillo C, Mas C, Ezbán M, Caraveo-Anduaga J et al. The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine* 1983;13:355–361.
9. Caraveo-Anduaga J, González-Forteza C, Ramos L, Padilla P, Pucheu C. Confiabilidad y validez concordante del diagnóstico psiquiátrico en un estudio epidemiológico. *Rev Ciénc Bioméd* 1988; 9:51–61.
10. Sánchez-Baez JJ, Gómez EM, Padilla GP. La entrevista psiquiátrica modificada: estudio de confiabilidad. *Salud Pública de México* 1989;31(4): 519–529.
11. Padilla GP, Peláez O. Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental* 1985;8(3):66–72.
12. Martínez P, Medina-Mora ME, Padilla P, Caraveo-Anduaga J, Campillo C. Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada. *Salud Pública de México* 1983;25(6): 612–619.
13. Caraveo-Anduaga J, González-Forteza C, Ramos L, Mendoza AP. Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Pública de México* 1986;28(5):504–514.
14. Caraveo-Anduaga J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población Mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; Suppl(1):8–13.
15. Martínez P, Medina-Mora ME, Campillo C. Evaluación del costo de utilización de servicios en la práctica médica general. *Salud Mental* 1984;7(3): 63–67.
16. De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. La salud mental en México. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1997.
17. Caraveo-Anduaga J, Calatayud A, López S. Evaluación de la salud mental ocupacional. *Salud Pública de México* 1985;27(5):391–401.
18. Tapia R, Sepúlveda-Amor J, Medina-Mora ME, Caraveo-Anduaga J, de La Fuente JR. Prevalencia del síndrome de estrés posttraumático en la población sobreviviente a un desastre natural. *Salud Pública de México* 1987;29(5):406–411.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
20. Caraveo AJ, Ramos LL, Villatoro VJ. Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la ciudad de México. En: Bruno L, Moisés G, eds. *Las consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana*. Chicago: Centro de la Familia Hispánica; 1989.
21. Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, Martínez NA, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996;19(3):14–21.
22. Giel R., de Arango MV, Climent C, Harding TW, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 1981;68(5):677–683.
23. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Tapia CR, Rascón ML, Gómez M, Villatoro J. Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatría* 1993;9:137–151.
24. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, Rascón ML. La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental* 1994;17(2):56–60.
25. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, Rascón ML, Martínez VA. El consumo de alcohol como factor de riesgo asociado a desórdenes psíquicos en los niños. *Salud Mental* 1995;18(2): 18–24.
26. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia ER, Mariño MC, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana. Resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1992;3:48–55.
27. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Maldonado M, Bautista E. Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican Village. *Health & Social Work* 1998;23(4):249–264.
28. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health—Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry* 1981;38:381–389.
29. González-Forteza C, Caraveo AJ, Gutiérrez Calderón E, Aretia-Pulgar A. DIS: Validez de procedimiento y adaptaciones al instrumento. Experiencia en México. *Psicopatología* 1993;13(3): 91–100.
30. Caraveo-Anduaga J, González-Forteza C, Ramos L. Concurrent validity of the DIS: Experience

- with psychiatric patients in Mexico City. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 1991; 13(1): 63-77.
31. Robins LN, Wing JK, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:1069-1077.
 32. García A, Caraveo AJ. Somatización y diagnósticos psiquiátricos en primer nivel de atención médica. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993;4:102-110.
 33. Caraveo-Anduaga J, Martínez N, Saldívar G, López JL, Saltijeral MT. Performance of the GHQ-12 in relation to current and lifetime CIDI psychiatric diagnoses. *Salud Mental* 1998;21(4): 1-11.
 34. Más C, Caraveo AJ. Resultados preliminares del estudio de un grupo de Neuróticos Anónimos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993;4:180-183.
 35. Gater R, de Almeida E, Sousa B, Barrientos G, Caraveo AJ, Chandrashekar CR et al. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine* 1991;21:761-774.
 36. Caraveo AJ, Mas CC. Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México* 1990;32:523-531.
 37. Más CC, Caraveo AJ. La medicina folklórica en un estudio sobre la salud mental. *Interamerican Journal of Psychology* 1991;25(2):147-160.
 38. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 1994;51:8.
 39. Caraveo AJ, Martínez N, Rivera E. Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental* 1998;21(1):48-57.
 40. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo AJ. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural mexican americans in California. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:771-778.
 41. Caraveo AJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. *Salud Mental* 2006;29(6):65-72.
 42. Caraveo-Anduaga J. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30(1):48-55.
 43. Gómez EM, Rico DH, Caraveo AJ, Guerrero CG. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993;4:204-208.
 44. Caraveo AJ, Medina-Mora ME, Villatoro J, López-Lugo EK, Martínez VA. Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México* 1995;37(5):445-451.
 45. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alegría M, Andrade L, Bijl R, Caraveo AJ et al. The international consortium in psychiatric epidemiology. *Psychiatrie Ciso* 2000;1:15-20.
 46. Caraveo A, Colmenares BE, Saldívar HG. Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México: prevalencia y comorbilidad en la vida. *Salud Mental* 1999;22 (número especial):62-67.
 47. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo AJ et al. Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica* 2001;32(suppl. 2):62-79.
 48. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Berglund PA, Caraveo AJ, Dewit DJ, Greenfield SF et al. Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. *Archives of General Psychiatry* 2001;58:1065-1071.
 49. Caraveo AJ, Martínez VN, Rivera GB, Vargas AL, Polo DA. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental* 1997;20(supl 2):5-23.
 50. Caraveo AJ. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999; 22(1):7-17.
 51. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental* 1999;22 (número especial):68-74.
 52. Salgado de Snyder VN. Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental* 1996;(supl abril):53-59.
 53. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez MJ, Ojeda VD. The prevalence of nervios and associated symptomatology among inhabitants of Mexican Rural Communities. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2000;24(4):453-470.
 54. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(4):413-426.
 55. Andrade L, Caraveo AJ, Berglund P, Bijl R, De Graaf R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003;12(1):3-21.
 56. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swedsen JD, Aguilar-Gaxiola S et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 1998;23(6):893-907.
 57. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo AJ et al. Cross-national comparisons of comorbidities between substance use

- disorders and mental disorders: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. En: Bukoski & Sloboda, eds. *Handbook for Drug Abuse Prevention Theory, Science and Practice*. New York: Plenum Pub; 2003.
58. Caraveo AJ, Colmenares E, Saldívar G. Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. *Salud Pública de México* 1999;41(3):177–188.
 59. Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijil R et al. Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Drug & Alcohol Dependence* 2002;68: 285–297.
 60. Caraveo AJ, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*. 2002; 25(2):9–15.
 61. Caraveo-Anduaga J, Nicolini SH, Villa RA, Wagner EF. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2005;47(1):20–26.
 62. Caraveo-Anduaga J. Determinación del riesgo familiar para desarrollar psicopatología. Un estudio epidemiológico [Tesis Doctoral]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
 63. Saraceno B, Saxena S, Caraveo-Anduaga J, Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; 18(4/5):229–240.
 64. Rutter M. Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives of General Psychiatry* 1988;45:486–495.
 65. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental Epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006;45(1):8–25.
 66. Caraveo-Anduaga J. Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) para niños y adolescentes en escenarios clínicos. *Salud Mental* 2007;30(2):42–49.

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS Y ADULTOS DE PUERTO RICO: LO QUE HEMOS APRENDIDO Y LO QUE FALTA POR APRENDER

Glorisa Canino¹

INTRODUCCIÓN

Los estudios de epidemiología psiquiátrica realizados en niños y adultos de Puerto Rico demuestran que si se emplean métodos adaptados culturalmente, contrariamente a lo que se creía con anterioridad, las tasas de la mayoría de los trastornos psiquiátricos de los puertorriqueños que viven en la isla no son más altas que las de otros grupos étnicos que viven en los Estados Unidos.

Desde los años ochenta, se han realizado numerosos estudios de epidemiología psiquiátrica en Puerto Rico, entre ellos cuatro estudios poblacionales de adultos y cuatro de niños, de los que se hablará más adelante. El estudio más reciente se terminó en 2004 y está aún en fase de análisis.

Los estudios se han dividido por grupos, dadas las diferencias existentes en cuanto a la evaluación de los trastornos psiquiátricos. En todos los estudios de niños se empleó de ma-

nera sistemática el mismo instrumento de medición de trastornos: la Entrevista Diagnóstica para Niños (*Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC*) modificada, con objeto de ajustarla a los cambios introducidos con el transcurso del tiempo en la nosología psiquiátrica del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*).

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN ADULTOS

Primer grupo: estudios de las décadas de 1960 y 1970

Los primeros estudios de epidemiología psiquiátrica en adultos realizados durante los años sesenta y setenta en la isla (1) y en los Estados Unidos (2-5) demostraron que los puertorriqueños presentaban niveles más altos de síntomas psiquiátricos que otros estadounidenses, y que las tasas de enfermedades mentales eran excepcionalmente altas. Diversos investigadores cuestionaron estas interpretaciones y algunos objetaron que los instrumentos empleados medían primordialmente el malestar y que no se habían vinculado de forma

¹ Instituto de Investigación en Ciencias de la Conducta, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

Nota: Este trabajo contó con el apoyo financiero del Centro Nacional de la Salud de las Minorías y Disparidades en Salud (subvención No. P20 MD000537-01).

explícita a sistemas de diagnóstico específicos, y además, que la fiabilidad y la pertinencia cultural de los mismos no habían sido evaluadas expresamente para la población puertorriqueña (6). Otros investigadores argumentaron que los elevados niveles de síntomas psiquiátricos manifestados por los puertorriqueños podrían deberse a ciertos estilos de respuesta cultural relacionados con las conveniencias sociales, o a expresiones culturalmente significativas de malestar, tales como los “ataques de nervios”, que configuraban las respuestas a las entrevistas de investigación realizadas en esta población (7). Esta discusión se mantuvo hasta que la segunda generación de estudios dio respuesta a muchas de estas cuestiones.

Segundo grupo: estudios de la década de 1980

Estos estudios de epidemiología psiquiátrica en puertorriqueños insulares adultos a fines de 1980 emularon los métodos de los estudios del Área de Captación Epidemiológica (ACE) (8). Surgieron como resultado de la elaboración de una nosología psiquiátrica descriptiva, tal como ejemplifica la tercera revisión del DSM III (9), que permitió la operacionalización y normalización de los trastornos psiquiátricos para finalidades de investigación. Se elaboró un formulario con una nueva estructura de evaluación: el Formulario de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS) (10), con un diseño que permitiera ser administrado por personal no clínico. El formulario permitía calcular la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en grandes estudios poblacionales mediante el uso de algoritmos calificados por computadora y basados en los criterios del DSM III. El DIS fue traducido y adaptado para su uso entre la población puertorriqueña mediante el empleo de métodos de varias fases, con objeto de lograr la equivalencia transcultural (11). Mediante pruebas repetidas, se establecieron la fiabilidad y la concordancia del DIS con el diagnóstico clínico (12) y se obtuvieron resultados similares a los de la versión en inglés de los instrumentos.

La disponibilidad del DIS y la posibilidad de comparar los datos de Puerto Rico con los

obtenidos en el programa del ACE en diversos sitios de los Estados Unidos inspiraron la primera gran encuesta epidemiológica de los trastornos mentales en adultos llevada a cabo en toda la isla. Durante 1984 se administró la versión en español del DIS a una muestra probabilística ($N = 1.513$) de la población adulta de la isla de 18 a 64 años de edad (Cuadro 1). Los resultados de esta primera encuesta indicaron que, a excepción del trastorno de somatización y el deterioro cognoscitivo, que fueron mayores en Puerto Rico, las tasas de prevalencia observadas fueron similares a las obtenidas en los estudios del ACE de los Estados Unidos (28,1% presentaba un trastorno detectado mediante el DIS a lo largo de la vida; 16,0% en los últimos seis meses) (12).

El deterioro cognoscitivo resultó ser considerablemente más prevalente en la isla que en las cinco comunidades del ACE. El análisis posterior de estas diferencias reveló que existía un cierto sesgo en la medición del deterioro cognoscitivo mediante el Miniexamen del Estado Mental en las personas con un nivel educativo de octavo grado o inferior (13), y que los valores discriminatorios publicados no eran apropiados para determinar el deterioro cognoscitivo grave en la isla. Se recomendó un valor discriminatorio de 16 en vez de 12 para la población puertorriqueña, con lo que se obtuvieron tasas inferiores del trastorno.

También se observó que el trastorno de somatización y los síntomas somáticos eran más prevalentes en la isla que en otras comunidades de los Estados Unidos. Dado que incluso en los países más desarrollados las personas procedentes de entornos socioeconómicos pobres que presentaban un trastorno psiquiátrico tenían mayores probabilidades de presentar síntomas somáticos que las que procedían de entornos más favorables, la tendencia a “somatizar”, en lugar de “psicologizar”, había sido considerada en gran parte como el resultado de los factores socioeconómicos. Esta asociación con los factores sociodemográficos se confirmó en el estudio de Puerto Rico (14–15). Sin embargo, el mayor promedio de síntomas somáticos en Puerto Rico que en otros grupos étnicos de los Estados Unidos no podía expli-

CUADRO 1. Prevalencia de los trastornos mentales en Puerto Rico.

Trastorno	Prevalencia de vida			Prevalencia en los últimos seis meses		
	Ponderada			Ponderada		
	No.	Promedio	EE	No.	Promedio	EE
Cualquier trastorno	438	28,1	(1,4)	254	16,0	(1,1)
Trastorno afectivo	137	7,9	(0,7)	55	2,9	(0,5)
Episodio maniaco	8	0,5	(0,2)	6	0,3	(0,2)
Episodio depresivo mayor	79	4,6	(0,6)	54	3,0	(0,5)
Distimia	82	4,7	(0,6)	... ^a	...	...
Cualquier trastorno	218	13,6	(1,0)	124	7,5	(0,7)
Fobia	198	12,2	(0,9)	104	6,3	(0,7)
Social	25	1,6	(0,4)	18	1,1	(0,3)
Simple	146	8,6	(0,8)	77	4,4	(0,6)
Agorafobia	112	6,9	(0,7)	61	3,9	(0,5)
Pánico	28	1,7	(0,4)	16	1,1	(0,3)
Obsesivo-compulsivo	46	3,2	(0,5)	28	1,8	(0,4)
Trastorno de somatización	12	0,7	(0,2)	12	0,7	(0,2)
Esquizofrenia	27	1,8	(0,4)	26	1,7	(0,4)
Esquizofrenia	24	1,6	(0,4)	23	1,5	(0,4)
Trastorno esquizofreniforme	4	0,2	(0,1)	3	0,2	(0,1)
Abuso/dependencia de alcohol	183	12,6	(0,9)	73	4,9	(0,6)
Abuso	67	4,4	(0,5)	29	2,1	(0,3)
Dependencia	18	1,2	(0,3)	3	0,1	(0,1)
Abuso y dependencia	98	7,0	(0,8)	41	2,7	(0,5)
Disfunción psico-sexual	440	26,3	(1,2)	...	...	...
Discapacidad cognitiva (severa)	41	3,0	(0,7)	41	3,0	(0,7)

^a Sin información.

Notas: La prevalencia de los trastornos se determinó mediante la Entrevista Diagnóstica Programada (DIS/DSM-III); tamaño de la muestra no ponderada = 1.513 (promedio de edad de 18 a 64 años). Excluye abuso y dependencia de drogas, personalidad antisocial y anorexia nerviosa. No incluye los índices de prevalencia en los últimos seis meses para distimia y disfunción psicosexual por no existir sondeos recientes para estos diagnósticos. EE = error estándar.

carse exclusivamente por las diferencias de edad, sexo, nivel educativo y número de personas en el hogar. La diferencia seguía siendo significativa incluso después de tener en cuenta estadísticamente las diferencias de las muestras en cuanto a edad, sexo y nivel educativo (14). Las investigaciones previas de estos resultados revelaron que esta tendencia a la somatización por parte de los puertorriqueños no correspondía con lo que generalmente se había considerado como una tendencia a expresar los síntomas depresivos mediante síntomas somáticos (16).

A partir de los datos de 1984 sobre los síntomas de la muestra probabilística de adultos residentes en Puerto Rico, se agruparon los elementos asociados con los diagnósticos de trastornos afectivos, abuso y dependencia de alcohol, trastorno fóbico, trastorno psicótico y somatización (16). Se replicó la estructura fac-

torial de estas escalas en tres muestras probabilísticas del estudio del ACE de Los Ángeles: una compuesta por mexicano-estadounidenses inmigrantes, otra por nativos mexicano-estadounidenses y la tercera por blancos no hispanos (Cuadro 2). En las tres muestras se produjeron cuatro de las escalas; sin embargo, solo en la muestra de Puerto Rico se formó la escala correspondiente a la somatización. Las escalas de depresión y somatización formadas mediante los análisis factoriales estaban separadas y no contenían elementos superpuestos, lo que indicaba que tanto los síntomas depresivos como los de somatización constituyen conceptos separados y diferenciados.

Existía la posibilidad de que los puertorriqueños notificaran más síntomas psíquicos, aunque las tasas de todos los trastornos no fueran mayores. Por esta razón, se realizaron análisis detallados con el objeto de comparar las

CUADRO 2. Porcentaje de personas entre 18 y 64 años de edad que alcanzaron los criterios de la Entrevista Diagnóstica Programada para diagnóstico de vida en la muestra de Puerto Rico y en las tres muestras de Los Ángeles.

Diagnóstico	Puertorriqueños (N = 1.505)		Inmigrantes mexicano- estadounidenses en Los Ángeles (N = 610)		Nativos mexicano- estadounidenses en Los Ángeles (N = 488)		Blancos no-hispanos en Los Ángeles (N = 1.092)	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos afectivos	9,6	0,7	5,6	1,2 ^a	12,5	1,5	14,1	1,0 ^a
Abuso y dependencia de alcohol	12,2	0,8	14,4	1,7	24,0	2,2 ^a	17,6	1,4
Trastorno fóbico	13,1	0,9	10,0	1,2 ^b	17,6	2,2	12,0	0,9
Trastorno psicótico	2,1	0,4	0,6	0,3 ^a	0,4	0,3 ^a	1,4	0,4
Somatización	0,7	0,2	0,0	... ^c	0,0	... ^c	0,0	... ^c

^a La prueba Z que comparó el grupo de Los Ángeles y el de Puerto Rico era significativa: $p < ,01$.

^b La prueba Z que comparó el grupo de Los Ángeles y el de Puerto Rico era significativa: $p < ,05$.

^c No pudieron ser computados porque los índices de la muestra de Los Ángeles equivalen a cero.

Nota: EE = error estándar.

tasas de prevalencia y los niveles de síntomas entre la muestra de Puerto Rico y la del ACE de Los Ángeles. Se efectuaron ajustes estadísticos para diversas variables demográficas, como el nivel educativo, la edad, el sexo y el número de adultos en el hogar (17). Se observó que los puertorriqueños presentaban más trastornos de somatización, pero menos trastornos afectivos y relacionados con el alcohol que los mexicano-estadounidenses o los blancos no-hispanos nacidos en los Estados Unidos. No se pudo demostrar que existieran más problemas psicopatológicos entre los puertorriqueños cuando se tuvieron en cuenta los recuentos de síntomas. Las únicas excepciones fueron los síntomas de somatización, que eran más prevalentes en los puertorriqueños que en los otros grupos étnicos, y los síntomas psicóticos, que eran menos prevalentes.

Al analizar el factor de somatización, se observó una agrupación de síntomas que describían los "ataques de nervios", categoría popular de malestar caracterizada por temblores, palpitaciones, sensación de calor en el pecho que sube a la cabeza, debilidad y episodios similares a las crisis convulsivas. Se creó una escala para medir esta categoría popular de malestar. Para ello, se utilizaron 12 de los síntomas relevantes de la sección del DIS correspondiente a la somatización (18) y se observó

que aproximadamente 23% de la población adulta de Puerto Rico se ajustaba a la categoría de "ataques de nervios" descrita en la escala. Como consecuencia de estos análisis, en la encuesta de 1987 se agregó una pregunta al DIS con objeto de evaluar directamente la presencia y gravedad de los "ataques de nervios". El 16% de la población notificó haber experimentado un "ataque" a lo largo de la vida y 12% notificó que el "ataque" había sido lo bastante grave como para consultar a un médico u otro profesional, tomar medicamentos o experimentar un deterioro en el desempeño diario (19). Entre los síntomas habituales que describían el "ataque de nervios" se mencionaban gritar incontrolablemente, ponerse nervioso, temblar, romper cosas, ponerse histérico, desmayarse o perder el conocimiento, la agresividad y la desesperación. Se observó que las personas que notificaron la ocurrencia de un "ataque" tenían mayores probabilidades de ser mujeres y de alcanzar los criterios de trastorno depresivo o de ansiedad (63% de las personas que sufrían ataques).

En 1985, las lluvias torrenciales provocaron extensos y catastróficos aluviones de barro que dejaron un rastro de 180 muertos y afectaron la vida de miles de personas. Con objeto de comprobar las secuelas psicológicas de la catástrofe, se entrevistó a 912 adultos (20) em-

pleando la versión en español del DIS (21). Un total de 375 personas entrevistadas en 1984 y 1987 constituyeron la muestra prospectiva del grupo estudiado.

Los resultados de los datos retrospectivos indicaron que la depresión, la ansiedad generalizada y el trastorno por estrés postraumático eran más frecuentes entre las personas afectadas por la catástrofe (20). Además, notificaron un peor estado de salud, sentimientos de agobio ante los problemas y un mayor uso de los servicios de salud. Se observó que tanto los síntomas somáticos como los depresivos eran una clara consecuencia de la catástrofe (22). Esta morbilidad psiquiátrica no podía explicarse por las variables intermediarias o los factores de riesgo conocidos, tales como el sexo, la edad, el nivel educativo y los síntomas previos.

Los resultados de la encuesta de 1987 mostraron tasas similares de trastornos de personalidad antisocial y de ansiedad generalizada tanto en Puerto Rico como en el ACE. Sin embargo, en Puerto Rico se observaron tasas considerablemente inferiores de prevalencia de vida de consumo ilícito de drogas (8,2%) y de abuso y dependencia de drogas (1,2%), por comparación con los cálculos correspondientes de las encuestas del ACE (30,4% y 8,0%, respectivamente) (23). Las tasas inferiores de consumo y abuso de drogas en Puerto Rico eran similares a las observadas en otras poblaciones hispanas de los Estados Unidos y América del Sur (24–25). Datos más recientes han confirmado los resultados de estudios anteriores y han mostrado que los latinos nacidos fuera de los Estados Unidos presentan tasas inferiores de abuso y dependencia de sustancias psicotrópicas que los nacidos en los Estados Unidos (26–28).

Tercer grupo: estudios de la década de 1990

Los estudios llevados a cabo durante los años noventa emplearon un nuevo formulario de entrevista internacional psiquiátrica: la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*,

CIDI), con objeto de generar diagnósticos del DSM IV (29). La traducción de la CIDI al español (30), así como la puesta a prueba de sus propiedades psicométricas (31–32), permitió un estudio sobre el abuso y la dependencia de sustancias psicotrópicas entre los adolescentes mayores y la población adulta de Puerto Rico. Los resultados de los análisis comparativos llevados a cabo con la cohorte más joven del estudio (15–18 años de edad) (Cuadro 3) confirmaron los resultados de 1987. Aunque la prevalencia de vida del abuso y la dependencia de drogas fue el doble de la obtenida en la encuesta de 1987, dirigida a adultos mayores (4,1%), esta tasa fue significativamente inferior a la obtenida en una muestra equivalente de adultos jóvenes de los Estados Unidos (6,2%) (33). En Puerto Rico, la prevalencia del consumo de drogas fue de 7,4% y en los Estados Unidos, de 14,7%. Las tasas de consumo y de abuso y dependencia del alcohol entre la población adulta joven fueron también mayores en los Estados Unidos que en Puerto Rico. Entre los consumidores de alcohol a lo largo de la vida, las probabilidades de que los adultos jóvenes adquirieran dependencia, o sufrieran una dependencia no diagnosticada, eran mucho menores en Puerto Rico que en los Estados Unidos, lo que indica que las consecuencias relacionadas con el alcohol podían ser más graves para los bebedores de los Estados Unidos que para los de Puerto Rico.

La CIDI también utilizó el estudio prospectivo sobre pautas de utilización de los servicios de salud mental entre la población pobre de Puerto Rico (34), donde se describió la repercusión de la atención integrada sobre la probabilidad de utilización de los ambulatorios y el grado de uso de los servicios de salud mental por parte de la población puertorriqueña. Se pudo emplear un diseño cuasi experimental, dado que se disponía de información de referencia sobre la utilización de los servicios procedente de dos procesos previos de recopilación de datos (35) llevados a cabo antes de la reforma sanitaria, que transformó el sistema público de salud de la isla en un sistema de atención integrada. En el primer estudio se

CUADRO 3. Prevalencia de vida y en el último año del uso de sustancias y el trastorno por uso de sustancias en la muestra total, y categorías diagnósticas entre usuarios de Puerto Rico y los Estados Unidos.

	Puerto Rico (Ponderado N = 922)		Estados Unidos (Ponderado N = 888)	
	%	EE	%	EE
En el total simple				
Uso de alcohol en toda la vida ^a	31,7	2,3	38,6	2,4
Abuso o dependencia del alcohol en toda la vida	6,4	1,1	9,7	1,4
Uso de alcohol en el último año	20,8	2,0	12,9	1,8
Uso de drogas en toda la vida ^b	7,4	1,4	14,7	2,0
Abuso o dependencia de drogas en toda la vida	4,1	1,1	6,2	1,5
Uso de drogas en el último año	5,5	1,2	11,9	2,0
Entre usuarios de alcohol en toda la vida				
Uso sin síntomas	43,8	4,1	49,7	4,0
Síntomas de dependencia, sin diagnóstico	36,2	4,3	20,0	3,3
Diagnóstico de abuso	16,0	3,2	10,5	2,2
Diagnóstico de dependencia	4,1	1,5	19,8	2,9
Diagnóstico de abuso o dependencia	20,0	3,3	30,3	3,3
Entre usuarios de alcohol en el último año				
Uso sin síntomas	29,6	4,5	35,0	5,4
1 ó 2 síntomas de dependencia, sin diagnóstico	46,8	5,2	22,9	7,6
Diagnóstico de abuso	17,4	4,0	28,4	6,0
Diagnóstico de dependencia	6,2	2,3	13,7	5,5
Diagnóstico de abuso o dependencia	23,7	4,3	42,1	7,0
Entre usuarios de drogas en toda la vida				
Uso sin síntomas	23,3	9,0	38,3	6,7
Síntomas de dependencia, sin diagnóstico	27,0	9,0	16,2	5,6
Diagnóstico de abuso	29,5	10,9	10,5	4,1
Diagnóstico de dependencia	20,2	5,8	35,0	7,7
Diagnóstico de abuso o dependencia	49,7	10,3	45,5	7,0
Entre usuarios de drogas en el último año				
Uso sin síntomas	19,0	6,6	42,2	8,2
Uno o dos síntomas de dependencia, sin diagnóstico	25,7	7,6	18,4	6,8
Diagnóstico de abuso	38,8	12,4	23,5	6,6
Diagnóstico de dependencia	16,5	5,6	15,8	7,4
Diagnóstico de abuso o dependencia	55,3	9,7	39,3	8,2

^a Ha consumido doce o más tragos en un año.

^b Ha consumido por lo menos una droga cinco veces o más.

Nota: EE = error estándar.

observó que durante el último año solo 32% de la población que necesitaba servicios de salud mental había sido atendida (35). De este porcentaje, 21,8% había recibido atención en el sector general de salud y 17,9% en el sector especializado de salud mental.

A este primer proceso de recopilación de datos le siguieron dos más, con posterioridad a la introducción del sistema de atención integrada en algunos municipios de la isla. Los resultados mostraron que la introducción de la atención integrada en la isla mejoró el acceso a los servicios de salud mental, en particular el

acceso al sector especializado por parte de la población con recursos económicos, aunque no mejoró el acceso de la población con escasos recursos (34). En las áreas no reformadas, la utilización disminuyó por parte de la población con recursos y se mantuvo igual en la población económicamente desfavorecida. En otros análisis de los mismos datos, Alegría y colaboradores (36) observaron que la transformación en un sistema de atención integrada no redistribuyó los servicios de salud mental de forma que mejorara el acceso de los necesitados. La conclusión de estos análisis fue que el

paso de una atención regulada por el sector público a una atención integrada privada no logró una mejor asignación de recursos que adoptara un criterio de distribución según las necesidades, ni mejoró el acceso a la asistencia de la población económicamente desfavorecida de Puerto Rico que requería servicios de salud mental.

ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS

Introducción

Puerto Rico no disponía de datos epidemiológicos previos sobre trastornos mentales, y los datos procedentes de los Estados Unidos no incluían el número suficiente de niños latinos como para permitir el desglose del subgrupo étnico latino, por lo que existía un escaso conocimiento de la epidemiología de los problemas psicopatológicos infantiles. Se habían llevado a cabo estudios internacionales en Canadá, Nueva Zelanda, Inglaterra y Alemania que utilizaban la Clasificación Internacional de Enfermedades o bien el DSM III (revisado) (37–39). En aquel momento (y en la actualidad), el estudio epidemiológico de los trastornos en niños se veía entorpecido por algunos problemas metodológicos que hacían que la definición de un caso resultara difícil y polémica. En primer lugar, existía (y todavía existe) una falta de consenso en cuanto a la definición más válida de trastorno y cierta incertidumbre en cuanto al punto del proceso en que se debe empezar a considerar un comportamiento como patológico (véase la referencia 40 para un mayor análisis). En segundo lugar, la investigación a partir de los entrevistados (niño, padre y profesor) había mostrado (y todavía muestra), sistemáticamente, un bajo nivel de concordancia entre ellos (41–42). El procedimiento empleado para integrar esta información con el objeto de proporcionar instrumentos de medición fiables y válidos sigue siendo un tema controvertido (43–44). Los cuatro estudios de epidemiología psiquiátrica en los niños de la isla también se llevaron a cabo en este contexto.

El primer estudio

El primer estudio de epidemiología psiquiátrica a escala insular se llevó a cabo en 1985 en una muestra probabilística de la población puertorriqueña de 4 a 17 años de edad. Se empleó la Lista de Verificación del Comportamiento Infantil (*Child Behavior Check List*, CBCL) (45) como instrumento de tamizaje para determinar los problemas emocionales y conductuales. Los niños que obtuvieron puntuaciones de la CBCL por encima del valor discriminatorio publicado fueron evaluados, en una segunda fase, por psiquiatras infantiles autóctonos acreditados. Con el propósito de estructurar la entrevista se utilizaron las versiones para padres y niños del DISC. Las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos se basaron en el juicio clínico de estos médicos, que a su vez se apoyaban en el DSM III y en la administración de una escala de medición del deterioro llamada Escala de Evaluación General para Niños (*Children's Global Assessment Scale*, C-GAS) (46). Se evaluó la fiabilidad de estos clínicos en su tarea de administrar la entrevista y la C-GAS (47).

La CBCL fue traducida y adaptada. Se utilizó el mismo procedimiento de traducción y adaptación empleado para los instrumentos de medición dirigidos a adultos (DIS y CIDI) y se probaron sus propiedades psicométricas para la población de niños del país. Los resultados mostraron propiedades psicométricas similares a las de la versión en inglés (48–49). La muestra para la encuesta se basó en la muestra probabilística agrupada de la encuesta dirigida a adultos (12). De este modo, al utilizar una muestra que contenía la evaluación psiquiátrica de un adulto, se realizaron análisis posteriores para estudiar la asociación entre la psicopatología de los padres y la de los niños (50, 51).

Los resultados de esta encuesta mostraron que 49,5% de la población cumplía los criterios del DSM III si no se tenía en cuenta el deterioro funcional (48). Sin embargo, los análisis posteriores de estos datos demostraron que muchos de estos niños que satisfacían los criterios diagnósticos actuaban dentro de parámetros

normales y los clínicos, profesores o padres no consideraban que requirieran atención (46, 52). Las tasas de prevalencia disminuyeron hasta 17% cuando, para definir un caso, además de un diagnóstico del DSM, se requería la presencia de un deterioro entre moderado y grave según la evaluación de la C-GAS. Los resultados de este estudio (al igual que cuando fueron reproducidos en el siguiente estudio realizado en la isla) demostraron que el DSM era excesivamente incluyente cuando se lo utilizaba para clasificar a los niños y que por lo tanto era necesario revisar la nosología (53).

Otro hallazgo importante era que los correlatos del trastorno en Puerto Rico resultaron similares a los de otros estudios internacionales (54) y que solo se daba atención a una proporción muy pequeña de los niños que se consideraba requerían los servicios de salud mental (23%) (55). Aunque las tasas de los trastornos específicos fueron similares a las obtenidas en otros estudios internacionales, las tasas del trastorno de conducta (1,5%) fueron significativamente inferiores (5% a 7%) (véase la referencia 56 para un mayor análisis).

El segundo estudio

En la década de 1990 se llevó a cabo un estudio transversal probabilístico de base poblacional sobre los trastornos psiquiátricos en niños en la zona metropolitana de San Juan de Puerto Rico y en tres ciudades de los Estados Unidos. Este estudio, llamado Métodos para la Epidemiología de los Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes (*Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders*, MECA), tuvo como meta principal la elaboración de métodos e instrumentos de medición destinados a los estudios epidemiológicos en niños (57). Permitió la traducción y adaptación de algunos importantes instrumentos de medición epidemiológica tales como el DISC, recientemente modificado y la Entrevista sobre la Utilización de Servicios y Factores de Riesgo (*Surveillance of Risk Factors*, SURF). También permitió la comparación de las propiedades psicométricas de estos instrumentos de medición en sus versio-

nes en inglés y en español (58–59). Los resultados de la evaluación psicométrica indicaron que el DISC en español, basado en el DSM III-R, era comparable a la versión en inglés en cuanto a su fiabilidad en pruebas repetidas y a su concordancia con el diagnóstico clínico (58, 60). La comparación de las versiones en español y en inglés del SURF también proporcionó resultados similares (61–63).

Los resultados obtenidos al comparar las tasas de los trastornos psiquiátricos entre los sitios insulares y los Estados Unidos fueron similares a los obtenidos en la primera encuesta a escala insular (52), ya que las tasas de trastornos psiquiátricos definidos en el DSM III-R fueron muy elevadas en todos los sitios (alrededor de 49%) y fue preciso agregar el deterioro funcional a la definición de caso con el objeto de identificar determinados casos (58). Como consecuencia de estos resultados, el DSM IV incorporó un criterio más para la mayor parte de los trastornos psiquiátricos en niños, por el cual se requería que el niño presentara un sustancial deterioro de su desempeño en la escuela, en la familia o con sus compañeros.

Los resultados del estudio MECA (Cuadro 4) también indicaron que, aunque la tasa general de prevalencia de los trastornos era similar en los cuatro sitios, las tasas de trastorno de conducta y de comportamiento antisocial fueron significativamente inferiores en Puerto Rico (64). Dado que el estudio fue transversal, no se pudo establecer una relación de causalidad; sin embargo, los resultados indicaron que en la isla los lazos familiares íntimos parecían actuar como protectores frente a los trastornos de conducta antisocial y de comportamiento perturbador en niños.

El tercer estudio

En el tercer estudio, realizado entre enero de 1999 y diciembre de 2000, se extrajeron dos muestras representativas de los niños de 4 a 17 años de edad de la isla: una muestra poblacional (N = 1.897) y otra de todos los niños que eran atendidos en los servicios de salud mental del sector público (N = 751) (Cuadro 5). Se

CUADRO 4. Prevalencia de la conducta antisocial en cuatro grupos étnicos, según el estudio MECA.

Categorías CAS	Puertorriqueños insulares (N = 301) (%)	Hispanícos continentales (N = 52) (%)	Afro- americanos (N = 189) (%)	No-hispanícos, no-afro americanos continentales (N = 668) (%)	Total (N = 1.210) (%)
Trastorno de conducta ^a	4,1	5,8	9,9 ^b	5,4	5,8
Trastorno negativista desafiante ^b	3,0	9,6 ^a	9,1 ^c	8,0 ^c	7,0
Nivel 0 ^c	60,1	26,9 ^c	39,2 ^c	39,7 ^c	44,1
Nivel 1 ^b	15,9	26,9 ^a	15,9	22,5 ^b	20,0
Nivel 2	6,3	5,8	6,9	6,4	6,4
Nivel 3 ^c	12,6	28,8 ^c	28,0 ^c	25,3 ^c	22,7
Nivel 4 ^b	4,3	11,5 ^a	8,5	4,3	5,3
Nivel 5	0,7	0,0	1,6	1,8	1,4
Niveles 2, 3, 4, 5 ^c	23,9	46,2 ^c	45,0 ^c	37,9 ^c	35,9
Niveles 3, 4, 5 ^c	17,6	40,4 ^c	38,1 ^c	31,4 ^c	29,4

^a $p < ,10$.^b $p < ,05$.^c $p < ,01$.

Notas: N (tamaño de muestra efectiva) varió ligeramente en cada categoría/grupo étnico debido a variaciones en los datos de la misión. Los niveles de importancia en las categorías de conducta antisocial (CAS) se refieren a las diferencias entre todos los grupos; los niveles de importancia en cada uno de los grupos étnicos se refieren a comparaciones entre puertorriqueños y cada uno de los otros grupos. En general, el valor p para nivel según grupo étnico es $< ,01$. Nivel 0: porcentaje de niños en cada grupo que no presenta conducta antisocial.

comprobó la utilidad de la versión en español del DISC basada en el DSM IV (que requería la presencia de deterioro funcional para la mayoría de los trastornos) entre la población puertorriqueña (65). En dos procesos sucesivos de recopilación de datos, se realizaron entrevistas a los cuidadores principales y a los niños de 10 años de edad o más, por medio del DISC IV y de otros instrumentos de medición de factores de riesgo.

Los resultados de este estudio indicaron que 16,4% de la población satisfacía los criterios de un trastorno definido en el DSM IV y 6,9% presentaba un trastorno emocional grave (TEG), es decir, cumplía los criterios de un trastorno y presentaba un deterioro sustancial del desempeño (C-GAS < 69) (66).

Una vez más, las tasas de trastorno de conducta en el último año fueron muy bajas (1,4%), así como las de abuso y dependencia de sustancias psicotrópicas (1,7%), por comparación con una encuesta epidemiológica basada en el DSM IV llevada a cabo en la región de las *Smokey Mountains* de Carolina del Sur (67). Aunque el estudio de Carolina del Sur no empleó el mismo instrumento de evaluación de los trastornos psiquiátricos y el intervalo

de edades era diferente, cuando se efectuaron análisis especiales con objeto de equiparar los intervalos de edades de la población las tasas generales de los trastornos fueron muy similares a las obtenidas en el estudio de Puerto Rico (17,7% en Carolina del Sur y 17,3% en Puerto Rico) (66). Cuando se realizaron análisis comparativos de las tasas de depresión entre los adolescentes de Puerto Rico y de otras partes del mundo, las tasas correspondientes al trastorno depresivo mayor en la isla (5,8%) no eran diferentes de las obtenidas en otros estudios llevados a cabo en otras culturas que también empleaban la nomenclatura del DSM IV (68).

En el estudio se midieron por primera vez los "ataques de nervios" en niños y adolescentes. Tal como ocurría entre la población adulta, se observó que los ataques de nervios eran bastante frecuentes entre niños y adolescentes puertorriqueños de la comunidad (9%) y entre los atendidos en servicios de salud mental (26%). Estos niños presentaban mayores probabilidades de alcanzar criterios de trastornos psiquiátricos y deterioro funcional que los que no padecían ataques (69).

Los análisis de las pautas de utilización de los servicios de salud mental mostraron que

CUADRO 5. Cálculo de los índices de prevalencia en el último año de diagnósticos en niños puertorriqueños de 4 a 17 años de edad.^a

Diagnóstico	Padres/Hijos (4-17 años de edad) (N = 1.897)							
	Parcial DSM-IV/DISC-IV ^b		Completo DSM-IV/DISC-IV ^c		Parcial DSM-IV/DISC-IV ^d +PIC-GAS < 69		Completo DSM-IV/DISC-IV ^e +PIC-GAS < 69	
	Ponderado (%)	IC (95%)	Ponderado (%)	IC (95%)	Ponderado (%)	IC (95%)	Ponderado (%)	IC (95%)
Cualquier depresión	4,1	2,9-5,6	3,4	2,4-4,9	2,1	1,3-3,4	1,7	0,92-3,0
Depresión mayor	3,6	2,5-5,1	3,0	2,0-4,5	1,8	1,0-3,0	1,4	0,75-2,8
Distimia	0,6	0,30-1,2	0,5	0,23-1,0	0,4	0,16-0,97	0,3	0,10-0,87
Cualquier ansiedad	9,5	7,9-11,4	6,9	5,6-8,6	3,5	2,7-4,6	2,9	2,1-4,0
Fobia social	2,8	2,1-3,8	2,5	1,8-3,4	1,5	0,92-2,3	1,5	0,92-2,3
Ansiedad por separación	5,7	4,6-7,0	3,1	2,3-4,2	2,2	1,6-3,2	1,5	0,89-2,4
Pánico	0,7	0,37-1,5	0,5	0,20-1,2	0,2	0,04-0,76	0,1	0,02-0,82
Ansiedad generalizada	2,4	1,5-3,6	2,2	1,4-3,4	1,2	0,66-2,1	1,0	0,54-2,0
Estrés posttraumático	0,8	0,38-1,6	0,8	0,38-1,6	0,1	0,03-0,49	0,1	0,03-0,49
Cualquier conducta perturbadora	12,6	10,7-14,8	11,1	9,4-13,1	5,6	4,4-7,2	5,5	4,2-7,0
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	8,9	7,3-10,8	8,0	6,6-9,8	3,6	2,8-5,3	3,7	2,7-5,1
Trastorno de conducta	2,6	1,8-3,8	2,0	1,4-3,0	1,4	0,81-2,3	1,3	0,73-2,2
Trastorno negativista desafiante	6,0	4,8-7,5	5,5	4,3-7,0	3,4	2,5-4,7	3,4	2,5-4,7
Cualquier sustancia	3,1	1,9-4,9	1,7	0,87-3,2	0,9	0,38-2,0	0,4	0,15-1,2
Abuso/Dependencia de alcohol	2,0	1,1-3,4	0,8	0,35-1,6	0,8	0,35-1,9	0,4	0,15-1,2
Dependencia de nicotina	1,0	0,49-2,2	0,8	0,32-2,0	0,4	0,14-1,2	0,3	0,08-1,2
Abuso/Dependencia de marihuana	1,2	0,48-2,8	0,7	0,21-2,1	0,3	0,08-1,2	0,2	0,03-1,4
Abuso/Dependencia de otras drogas	0,2	0,05-0,54	...	...	0,04	0,01-0,29	...	...
Cualquier diagnóstico	19,8	17,3-22,6	16,4	14,1-19,0	7,6	6,2-9,2	6,9	5,6-8,4

^a Los porcentajes están basados en casos con valores válidos.

^b Se alcanzaron los criterios DISC, excluyendo el criterio DISC para discapacidad, ya sea en los informes de los padres o en el de los hijos.

^c Se alcanzaron los criterios DISC, incluyendo el criterio DISC específico para discapacidad, ya sea en los informes de los padres o en el de los hijos.

^d Se alcanzaron los criterios DISC, incluyendo discapacidad significativa, basados en un tope inferior a 69 en la PIC-GAS.

^e Se alcanzaron plenamente los criterios DISC, incluyendo los criterios DISC específicos para discapacidad y un tope inferior a 69 en la PIC-GAS, ya sea en los informes de los padres o en el de los hijos.

^f No hubo suficientes casos.

Notas: La prevalencia de los trastornos se determinó mediante el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales/Entrevista diagnóstica programada para niños, versión IV; IC: intervalo de confianza; DISC-IV: Entrevista diagnóstica programada para niños, versión IV; PIC-GAS: Entrevista para padres—Escala de evaluación general para niños.

solo aproximadamente la cuarta parte (25,7%) de los niños que alcanzaron los criterios de un trastorno definido en el DSM IV eran atendidos en algún servicio de salud mental, datos similares a los obtenidos en la primera encuesta, 20 años antes (55). Aproximadamente la mitad (49,6%) de los niños que presentaban un trastorno emocional grave recibían algún tipo de atención y solo 35,3% de ellos recibían atención especializada. Además, se observó que el deterioro funcional global, la inquietud paterna y las dificultades escolares eran los principales factores que predecían si los padres llevarían a sus hijos a algún servicio de salud mental, mientras que, si se alcanzaban los criterios de un trastorno de comportamiento perturbador, ello predecía la utilización de un servicio especializado de salud mental (70). De manera similar, la persistencia en el tratamiento al cabo de dos años en la muestra poblacional se asociaba con la inquietud paterna y las dificultades escolares. El diagnóstico o el deterioro funcional no predecían la persistencia del tratamiento en la muestra poblacional, aunque sí la predecían en la muestra clínica (71). Los resultados del estudio también mostraron una disparidad de género en cuanto a la utilización de los servicios de salud mental, ya que, cuando presentaban un TEG, era más probable que se requirieran los servicios asistenciales para los niños que para las niñas (72).

Al igual que en otras encuestas, los resultados del estudio mostraron que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (8,0%) y el trastorno negativista desafiante (5,5%) eran los trastornos más prevalentes. También se observaron muchos de los correlatos esperados para la mayoría de los trastornos psiquiátricos (66, 73–74). Sin embargo, a diferencia de la mayor parte de los estudios sobre trastornos mentales en los niños (75–77) y del estudio anterior (52), no se observó ninguna asociación entre las tasas de los trastornos y la pobreza relativa o absoluta. Cuando los ingresos reales eran sustituidos por la percepción de la pobreza, los trastornos de comportamiento perturbador y los trastornos negativistas desafiantes eran más frecuentes entre los que noti-

ficaban que vivían en situación de pobreza. Estos resultados indican que la pobreza absoluta o relativa tal vez no sea el indicador más apropiado para las poblaciones donde la mayoría de las personas tienen pocos ingresos.

Otro de los resultados importantes de este estudio fue que solo 7% de los niños de la muestra poblacional que satisfacían los criterios del TDAH recibían medicación estimulante (78). Cuando se analizó el tratamiento con estimulantes en los niños que cumplían con los criterios de TDAH y de TDAH no especificado, y se comparó a los niños puertorriqueños en tratamiento con otros niños similares en San Diego, las tasas de empleo de estimulantes también eran muy bajas en ambos sitios (entre los niños con TDAH, 32,9% en Puerto Rico y 38,8% en San Diego y entre los niños con TDAH no especificado, 20,2% en Puerto Rico y 17,8% en San Diego) (79).

El cuarto estudio

Este último estudio, realizado entre los años 2000 y 2003, estuvo motivado por la observación constante en estudios epidemiológicos previos de que los niños puertorriqueños, comparados con otros grupos étnicos o con niños de otros sitios en distintos países, presentaban tasas inferiores de trastorno de conducta y de trastorno de comportamiento perturbador no especificado, así como de problemas de conducta antisocial (46, 52, 64). Dado que los datos previos habían mostrado que los niños hispanos que vivían en los Estados Unidos también presentaban tasas mayores de estos comportamientos antisociales, se formuló la hipótesis de que deberían existir importantes factores contextuales y culturales que explicaran las menores tasas de estos trastornos entre los niños insulares.

Los métodos de este estudio han sido descritos detalladamente en otros documentos (80). Básicamente, el estudio incluía dos muestras probabilísticas poblacionales de niños de 5 a 13 años de edad (N = 2.491) de la zona metropolitana de San Juan y del Bronx en Nueva York. Se entrevistó a los cuidadores principales

y a los niños de 10 años de edad o más mediante el empleo del DISC IV y otros instrumentos de medición de factores de riesgo en tres procesos de recopilación de datos.

Los resultados transversales iniciales no mostraron ninguna diferencia significativa de las tasas de trastorno de comportamiento perturbador según la edad o el sitio entre los niños; sin embargo, entre las niñas, las tasas aumentaron con la edad en el Bronx meridional y disminuyeron en Puerto Rico (81). En ambos lugares, los análisis de regresión múltiple demostraron que la falta de afecto y aprobación paternos, las relaciones escasas con los compañeros, el abuso de sustancias en los padres y el informe paterno sobre comportamiento agresivo durante los primeros dos o tres años de vida, constituían los correlatos más significativos del trastorno de comportamiento perturbador.

Con el objeto de examinar los precursores del trastorno de comportamiento perturbador mediante análisis longitudinales, se elaboraron escalas de conducta antisocial que distinguían entre diferentes niveles de problemas de conducta antisocial según su gravedad (82). Se elaboró un índice de gravedad de los problemas de conducta antisocial de seis puntos, que tenía en cuenta los síntomas de los trastornos de conducta y de los trastornos de conducta desafiante notificados en el DISC, y de conducta antisocial notificada por los padres en las Escalas de Delincuencia de Elliot (83). Los análisis de las trayectorias longitudinales del trastorno de comportamiento perturbador y de los problemas de conducta antisocial durante el verano de 2000 y el otoño de 2004 no demostraron ninguna diferencia al inicio del estudio, en cuanto a los niveles generales de conducta antisocial (CAS) y trastornos de la conducta y la personalidad (TCP) en ambas muestras, a excepción de las niñas del Bronx que presentaban un incremento con la edad (84). No obstante, las tasas de CAS y TCP en el Bronx permanecieron relativamente estables con el paso del tiempo en ambos grupos de edad, los más jóvenes y los mayores, tanto en niños como en niñas; en San Juan, sin embargo, las tasas disminuyeron en

ambos grupos de edad y sexo. En ambos lugares se demostró claramente que los niños presentaban tasas mayores de CAS y TCP. El hecho de que el riesgo de CAS y TCP se redujera con el transcurso del tiempo en Puerto Rico y no en el Bronx, se interpretó como que posiblemente fuera debido a las diferencias contextuales y de factores de riesgo entre los dos sitios.

En otro documento, se analizaron los factores de riesgo asociados con estas trayectorias longitudinales, con la finalidad de investigar los factores que podrían relacionarse con la disminución de la CAS en el transcurso del tiempo observada en Puerto Rico pero no en el Bronx. En este estudio, los niños se clasificaron en una de las siguientes cinco pautas evolutivas de la CAS: conducta apropiada y estable, conducta antisocial constante, inicio de la conducta antisocial, remisión de la conducta antisocial y evolución cambiante o variable. Las mediciones de los factores de riesgo se agruparon en cuatro dimensiones conceptuales: influencias familiares negativas, variables estructuradoras ineficaces, riesgos propios del niño y riesgos ambientales. La proporción del grupo de evolución constantemente negativa era similar en el Bronx meridional (16,4%) y en San Juan (15,5%), así como la del grupo de remisión (21,1% en el Bronx meridional y 21,6% en San Juan). Los niños del Bronx económicamente desfavorecidos presentaban el doble de probabilidades de iniciar una CAS que sus homólogos de la isla ($CP = 2,05$; IC de 95% [1,5 a 2,8]). Esta fue la única diferencia estadísticamente significativa entre ambos sitios cuando se compararon las pautas evolutivas. Además, los jóvenes del Bronx estaban expuestos a niveles más altos de algunos riesgos de CAS ya conocidos, tales como las influencias familiares negativas, la estructuración ineficaz y los riesgos ambientales y propios del niño.

En otros análisis longitudinales de este estudio, se analizó la relación existente entre los niveles de aculturación y el estrés secundario a la aculturación de los padres e hijos y la CAS y los síntomas de interiorización (de depresión y ansiedad) (85). Los resultados indicaron que el

nivel de aculturación de los jóvenes no estaba significativamente asociado con la CAS o con los síntomas de interiorización. En cambio, en los tres procesos sucesivos de recopilación de datos, la aculturación de los padres estaba significativamente asociada a la CAS de los jóvenes, pero no a los síntomas de interiorización. El estrés paterno secundario a la aculturación se asoció en los dos sitios y en los tres procesos con ambos resultados en los niños. Los análisis indicaron que no es el nivel de involucramiento con otra cultura lo que se asocia necesariamente a problemas psicopatológicos en los jóvenes, sino hasta qué punto este involucramiento es experimentado como trastornador, lo que puede variar con el transcurso del tiempo y según la etapa de desarrollo del niño.

CONCLUSIONES

La principal conclusión que podemos extraer de todos estos estudios es que los puertorriqueños que viven en la isla no presentan mayor riesgo de trastornos psiquiátricos que otras poblaciones de los Estados Unidos o de otros países, a pesar de los factores sociodemográficos asociados con las poblaciones de alto riesgo que afectan a la isla. Existen importantes factores asociados con las buenas relaciones familiares y la importancia de la familia entre los hispanos, que pueden proteger a los isleños frente a la aparición de los trastornos adictivos y antisociales.

A pesar de que en los estudios citados participaron diferentes equipos de investigadores, todos ellos presentaban algunas características comunes como consecuencia del momento particular en que se llevaron a cabo. Se basaron en la información proporcionada por los participantes mediante el uso de cuestionarios o entrevistas para la evaluación de los síntomas o trastornos psiquiátricos y de los factores protectores y de riesgo asociados, así como de la utilización de los servicios. Ninguno de los estudios realizó determinaciones biológicas para estudiar la vulnerabilidad genética de la población frente a cualquiera de los trastornos estudiados. Canino y colaboradores, junto con

otros investigadores de la Universidad de la Commonwealth de Virginia (86), crearon el Registro Neonatal de Gemelos de Puerto Rico, con objeto de hacer un seguimiento de las cohortes epidemiológicas poblacionales de gemelos evaluadas cinco años antes y estudiar las interacciones genéticas y ambientales que podrían influir en la aparición de trastornos psiquiátricos en gemelos. Esperamos que en el futuro, la epidemiología psiquiátrica estudie en qué medida la vulnerabilidad genética interactúa con otros importantes factores ambientales y culturales para explicar la aparición de trastornos psiquiátricos en niños y adultos.

REFERENCIAS

1. García CS. Psicopatología de la población normal en Puerto Rico. En: Rosselló J, ed. *Psicología: Investigación Científica*. Madrid, Talleres de Industrias Graficas, Diario Día 1974;49-76.
2. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry*. New York: John Wiley & Sons Inc; 1969.
3. Dohrenwend BP. Social status and psychological disorder: An issue of substance, an issue of method. *Am Sociol Rev* 1976;3:14-34.
4. Haberman PV: Psychiatric symptoms among Puerto Ricans in Puerto Rico and New York City. *Ethnicity* 1976;3:33-144.
5. Srole L, Langner TS, Michael ST, Kirpatrick P, Opler MK, Yennie TAC. *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw-Hill; 1978.
6. Canino G, Bird H, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, et al. The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987a;44:720-26.
7. Guarnaccia PJ, Good BJ, Kleinman A. A critical review of epidemiological studies of Puerto Rican mental health. *Am J Psychiatry* 1990;147:1449-56.
8. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988 Nov;45(11):977-86.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
10. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Williams JBW, Spitzer RL. NIMH Diagnostic Interview

- Schedule: Version III. Rockville, MD; (NIMH mimeo).
11. Bravo M, Canino G, Rubio-Stipec M, Woodbury M. A cross-cultural adaptation of a psychiatric epidemiologic instrument: the diagnostic interview schedule's adaptation in Puerto Rico. *Cult Med Psychiatry* 1991;15:1-18.
 12. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R, et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1987b;44:727-35.
 13. Bird HR, Canino G, Stipec MR, Shrout P. Use of the Mini-mental State Examination in a probability sample of a Hispanic population. *J Nerv Ment Dis* 1987 Dec;175(12):731-7.
 14. Canino I, Escobar J, Canino G, & Rubio-Stipec M. Functional somatic symptoms: a cross-ethnic comparison. *Am J Orthopsychiatry* 1992;62(4): 605-12.
 15. Escobar J, Canino G. Unexplained physical complaints; Psychopathology and epidemiological correlates. *Br J Psychiatry* 1989;155(4):24-47.
 16. Rubio-Stipec M, Shrout P, Bird H, Canino G, Bravo M. Symptom scales of The Diagnostic Interview Schedule: factor results in Hispanic and Anglo samples. *J Consult Clin Psychol* 1989;1: 30-34.
 17. Shrout P, Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M, Bravo M, Burnam A. Mental health status among Puerto Ricans, Mexican-Americans, and Non-Hispanic Whites. *Am J Com Psychol* 1992; 20(6):729-52.
 18. Guarnaccia P, Rubio-Stipec M, Canino G. Ataques de nervios in the Puerto Rico Diagnostic Interview Schedule: The impact of cultural categories on psychiatric epidemiology. *Cult Med Psychiatry* 1989;13:275-95.
 19. Guarnaccia PJ, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M. The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rican disaster study. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(3):157-165.
 20. Bravo M, Rubio-Stipec M, Canino G, Woodbury M, Ribera J. The psychological sequelae of disaster stress. Prospectively and retrospectively evaluated. *Am J Comm Psychology* 1990;18(5): 661-80.
 21. Bravo M, Canino G, Bird H. El DIS en español: Su traducción y adaptación en Puerto Rico. *Acta Psiquiatr Psicológica Am Lat*. 1987;33:27-42
 22. Canino G, Bravo M, Rubio-Stipec M, Woodbury M. The impact of disaster on mental health: prospective and retrospective analysis. *Intern J Ment Health* 1990;19(1):51-69.
 23. Canino G, Anthony JC, Freeman DH, Shrout P, Rubio-Stipec M. Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico. *Am J Public Health*. 1993;83(2): 194-200
 24. Burnam MA, Hough R, Karno M, Escobar J, Telles C. Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican-Americans in Los Angeles. *J Health Soc Beh* 1987;28:89-102.
 25. Ortiz A, Medina-Mora ME. Research on Drug Abuse in Mexico. In: *Epidemiology of Drug Abuse and Issues among Native American Populations*. Community Epidemiology Work Group Proceedings, December 1987. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1987.
 26. Alegría M, Canino G, Stinson FS, Grant BF. Nativity and DSM-IV psychiatric disorders among Puerto Ricans, Cuban Americans, and non-Latino Whites in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(1):56-65.
 27. Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug Alcohol Depend* 2002;68(3):285-97.
 28. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Noncommunicable Diseases and Mental Health Adherence to Long Term Therapies Project. Geneva: WHO; 2003.
 29. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatric Res* 1994;28:57-84.
 30. Rubio-Stipec M, Bravo M, Canino G. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI): an epidemiologic instrument suitable for using in conjunction with different diagnostic systems in different cultures. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1991;37(3):191-204.
 31. Rubio-Stipec M, Bravo M. Structured diagnostic instruments in cross-cultural psychiatric epidemiology: the experience in Hispanic communities and other groups. En: *Cross-cultural Psychiatry*. John Wiley & Sons LTD; 1999.
 32. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D and participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991;64:5-53.
 33. Warner LA, Canino G, Colon HM. Prevalence and correlates of substance use disorders among older adolescents in Puerto Rico and the United States: A cross-cultural comparison. *Drug Alcohol Depend* 2001;63(3):229-43.
 34. Alegría M, McGuire T, Vera M, Canino G, Matias L, Calderon J. Changes in access to mental

- health care among the poor and non-poor: results from the health care reform in Puerto Rico. *Am J Public Health* 2001a;91(9):1431-4.
35. Alegría M, Robles R, Freeman DH, Vera M, Jimenez AL, Rios C, et al. Patterns of mental health utilization among island Puerto Rican poor. *Am J Public Health* 1991;81(7):875-79.
 36. Alegría M, McGuire T, Vera M, Canino G, Freeman D, Matias L, et al. The impact of managed care on the use of outpatient mental health and substance abuse services in Puerto Rico. *Inquiry* 2001b;38(4):381-95.
 37. Gould MS, Wunsch-Hitzig R, Dohrenwend B. Estimating the prevalence of childhood psychopathology. A critical review. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981;20(3):462-76.
 38. Links PS. Community surveys of the prevalence of childhood psychiatric disorders: a review. *Child Developm* 1983;54(3):531-48.
 39. Verhulst FC, Berden G, Sanders-Woudstra JAR. Mental health in Dutch children: II. Prevalence of psychiatric disorder and relationships between measures. *Acta Psychiatr Scandinavica* 1985;324(72):1-108.
 40. Canino G, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M. Child psychiatric epidemiology: What we have learned and what we need to learn. *Intern J Methods Psychiatric Res* 1995;5:79-92.
 41. Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stone ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12):1569-79.
 42. Grills AE, Ollendick TH. Issues in parent-child agreement: the case of structured diagnostic interviews. *Clinical child and family psychology review* 2002;5(1):57-83.
 43. Bird HR, Gould MS, Staghezza B. Aggregating DATA from multiple informants in child psychiatry epidemiologic research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:78-85.
 44. Kraemer HC, Measelle JR, Ablow JC, Essex MJ, Boyce WT, Kupfer DJ. A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *Am J Psychiatry* 2003;160(9):1566-77.
 45. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1983.
 46. Bird HR, Yager TJ, Staghezza B, Gould MS, Canino G, Rubio-Stipec M. Impairment in the epidemiological measurement of childhood psychopathology in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(5):796-803.
 47. Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Woodbury MA, Ribera JC, Huertas SE, et al. Reliability of child diagnosis in a Hispanic sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(4):560-5.
 48. Bird HR, Canino G, Gould MS, Ribera J, Rubio-Stipec M, Woodbury M, et al. Use of the Child Behavior Checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26(2):207-13.
 49. Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, Gould M. The internal consistency and concurrent validity of a Spanish translation of the Child Behavior Checklist. *J Abnorm Child Psychol* 1990;18(4):393-406.
 50. Canino GJ, Bird HR, Rubio-Stipec M, Bravo M, Alegría M. Children of parents with psychiatric disorder in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(3):398-406.
 51. Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, Bravo M, Alegría M. Children of alcoholic parents in the community. *J Stud Alcohol* 1991;52(1):78-88.
 52. Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1120-6.
 53. Canino G, Costello EJ, Angold A. Assessing functional impairment and social adaptation for child mental health services research: A review of measures. *Ment Health Serv Res* 1999;1(2):93-108.
 54. Bird HR, Gould MS, Yager T, Staghezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(6):847-50.
 55. Staghezza-Jaramillo B, Bird HR, Gould MS, Canino G. Mental health service utilization among Puerto Rican children ages 4 through 16. *J Child Fam Stud* 1995;4(4):399-418.
 56. Bauermeister JJ, Canino G, Bird H. Epidemiology of disruptive behavior disorders. En: Greenhill LL, ed. *Child Adolescent Psychiatric Clinics North America*. Philadelphia: Saunders; 1994.
 57. Lahey BB, Flagg EW, Bird HR, Schwab-Stone ME, Canino G, Dulcan MK, et al. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7):855-64.
 58. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of*

- Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7): 865–77.
59. Schwab-Stone ME, Shaffer D, Dulcan MK, Jensen PS, Fisher P, Bird HR, et al. Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC 2.3). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(7):878–88.
 60. Ribera JC, Canino GJ, Rubio-Stipec M, Bravo M, Bird HR, Freeman D, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children in Spanish: reliability in a Hispanic Population (DISC 2.1). *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37(2):195–204.
 61. Goodman SH, Hoven CW, Narrow WE, Cohen P, Fielding B, Alegría M, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(4):162–73.
 62. Canino G, Shrout PE, Alegría M, Rubio-Stipec M, Chávez LM, Ribera JC, et al. Methodological challenges in assessing children's mental health services utilization. *Ment Health Serv Res* 2002; 4(2):97–107.
 63. Bird HR, Andrews H, Schwab-Stone M, Goodman S, Dulcan M, Richters J, et al. Global measures of impairment for epidemiologic and clinical use with children and adolescents. *Intern J Methods Psychiatr Res* 1996;6:295–307.
 64. Bird HR, Canino GJ, Davies M, Zhang H, Ramirez R, Lahey BB. Prevalence and correlates of antisocial behaviors among three ethnic groups. *J Abnorm Child Psychol* 2001;29(6):465–78.
 65. Bravo M, Ribera J, Rubio-Stipec M, Canino G, Shrout P, Ramirez R, et al. Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *J Abnorm Child Psychol* 2001;29(5):433–44.
 66. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(1):85–93.
 67. Angold A, Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G. Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African-American and white youth. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59: 893–901.
 68. Costello JE, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(12):1263–71.
 69. Guarnaccia PJ, Martinez I, Ramirez R, Canino G. Are ataques de nervios in Puerto Rican children associated with psychiatric disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(11):1184–92.
 70. Alegría M, Canino G, Lai S, Ramirez RR, Chávez L, Rusch D, et al. Understanding caregivers' help-seeking for Latino children's mental health care use. *Med Care* 2004;42(5):447–55.
 71. Ortega AN, Chávez L, Inkelas M, Canino G. Persistence of Mental Health Service Use among Latino Children: A Clinical and Community Study. *Adm Policy Ment Health* 2007;34(4): 353–62.
 72. Cabiya JJ, Canino G, Chávez L, Ramirez R, Alegría M, Shrout P, et al. Gender disparities in mental health service use of Puerto Rican children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47(8):840–8.
 73. Bauermeister JJ, Shrout PE, Ramirez R, Bravo M, Alegría M, Martínez-Taboas A et al. ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *J Abnorm Child Psychology* 2007.
 74. Bauermeister JJ, Shrout P, Chávez L, Rubio-Stipec M, Ramirez R, Padilla L, et al. ADHD and gender: Are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *J Child Psychol Psychiatry*. En prensa.
 75. Costello EJ, Keeler GP, Angold A. Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: a study of rural children. *Am J Public Health* 2001;91(9): 1494–8.
 76. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation. 1997 Summer-Fall;7(2): 55–71.
 77. Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'Callaghan M, Williams GM, Behrens BC. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: an Australian longitudinal study. *Australian & New Zealand J Psychiatry* 1997;5(5):664–75.
 78. Bauermeister JJ, Canino G, Bravo M, Ramirez R, Jensen PS, Chávez L, et al. Stimulant and psychosocial treatment of ADHD in Latino/Hispanic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(7):851–5.
 79. Leslie LK, Canino G, Landsverk J, Wood PA, Chávez L, Hough RL, et al. ADHD treatment patterns of youth served in public sectors in San Diego and Puerto Rico. *J Emot Beh Dis* 2005; 13(4):224–36.
 80. Bird HR, Canino GJ, Davies M, Duarte CS, Febo V, Ramirez R, et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006a;45(9):1032–41.
 81. Bird HR, Davies M, Duarte CS, Shen S, Loeber R, Canino GJ. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: II. Baseline prevalence, comorbidity, and correlates in two sites. *J*

- Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006b; 45(9):1042–53.
82. Bird HR, Canino GJ, Davies M, Ramirez R, Chávez L, Duarte C, et al. The Brief Impairment Scale (BIS): a multidimensional scale of functional impairment for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(7): 699–707.
 83. Elliott DS, Huizinga D, Ageton SS. *Explaining Delinquency and Drug Use*. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1985.
 84. Bird HR, Shrout PE, Davies M, Canino G, Duarte CS, Shen S, et al. Longitudinal development of antisocial behaviors in young and early adolescent Puerto Rican children at two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(1): 5–14.
 85. Duarte CS, Bird HR, Shrout PE, Wu P, Lewis-Fernandez R, Shen S, et al. Culture and psychiatric symptoms in Puerto Rican children: longitudinal results from one ethnic group in two contexts. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(5):563–572.
 86. Silberg JL, Miguel VF, Murrelle EL, Prom E, Bates JE, Canino G, et al. Genetic and environmental influences on temperament in the first year of life: the Puerto Rico Infant Twin Study (PRINTS). *Twin Res Hum Genet* 2005;8(4):328–36.

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL CARIBE

Frederick W. Hickling,¹ Hilary Robertson-Hickling¹ y Gerard Hutchinson²

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios epidemiológicos publicados en el mundo sobre las poblaciones caribeñas se han concentrado en la esquizofrenia, debido al sorprendente aumento de los índices de riesgo en la población afrocaribeña que vive en Inglaterra y en los Países Bajos, por comparación con los oriundos británicos y holandeses de raza blanca. En este capítulo se intentará explicar el cambio profundo de las causas de la esquizofrenia, desde una perspectiva exclusivamente genética hacia causales ambientales multifactoriales, así como la función que la epidemiología del Caribe desempeña en este cambio. Los estudios acerca del rol de la esclavización colonial y la ingeniería social plantean la posibilidad de que la organización comunitaria social y estructural cumpla una función causal en la génesis de la esquizofrenia. Los trabajos de investigación de Hutchinson, Burke y Hickling, psiquiatras caribeños contemporáneos, han ayudado a mantener los *factores sociales* como foco de interés internacional en el campo del estudio de las causas de la esquizofrenia.

Las enfermedades mentales no eran reconocidas en el período inicial de trabajo de los es-

clavos africanos en las plantaciones europeas de América, incluidas las Antillas. En un ambiente en el que los esclavos africanos no eran considerados seres humanos, sino bestias de carga que se compraban y vendían como caballos y ganado, cualquier esclavo que se comportaba de manera extraña o violenta era considerado improductivo y peligroso, por lo tanto se le exterminaba. En la descripción de la historia de la psiquiatría del Caribe, Hickling y Gibson (1) identificaron los problemas políticos, clínico-administrativos, estructurales-arquitectónicos y terapéuticos de las políticas públicas de la psiquiatría y la salud mental en el Caribe. Hickling y Sorel (2) introdujeron en el discurso la influencia de la política y la cultura en la filosofía de la psiquiatría y citaron ejemplos de la intensa interrelación entre los prejuicios sociales y políticos en la comprensión europea de las enfermedades mentales durante siglos. Los datos de la investigación epidemiológica indican que, haya estado la esquizofrenia presente o no en la antigüedad, a partir del siglo XIX hubo una verdadera "explosión" de la incidencia y la prevalencia de esta afección, coincidiendo con la aparición de la revolución industrial en Europa.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

El creciente interés por el estudio de la etiología de las elevadas tasas de esquizofrenia en los in-

¹ Universidad de las Indias Occidentales, Mona, Kingston, Jamaica.

² Universidad de las Indias Occidentales, San Agustín, Puerto España, Trinidad.

CUADRO 1. Estudios de las tasas de incidencia de la esquizofrenia de primer contacto en las islas del Caribe de hablas inglesa y holandesa, comparadas con pacientes blancos de Inglaterra y los Países Bajos.

Autor	Año	Tipo de estudio	Instrumento de diagnóstico	País	Tasa corregida según la edad
Jablensky y colaboradores (9)	1992	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Blancos (Londres)	3,5 por 1.000
Selten y colaboradores (89)	2001	Prospectivo, de primer contacto	Evaluación integral de los síntomas y la historia (90)	Nativos (La Haya)	1,2 por 10.000
Hickling y Rodgers-Johnson (4)	1995	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Jamaica	2,09 por 10.000
Bhugra y colaboradores (5)	1996	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Trinidad	2,2 por 1.000
Mahy y colaboradores (6)	1999	Prospectivo, de primer contacto	Examen del Estado Actual (3)	Barbados	3,2 por 10.000
Selten y colaboradores (7)	2005	Prospectivo, de primer contacto	Evaluación integral de los síntomas y la historia (90)	Suriname	1,77 por 10.000

migrantes afrocaribeños en Europa, hizo que a comienzos de los años noventa la neuróloga Pamela Rodgers-Johnson se uniera a Kickling para investigar la incidencia de la esquizofrenia de primer contacto en Jamaica, por medio de un instrumento de diagnóstico estandarizado para la identificación de casos: el Examen del Estado Actual (*Present State Examination, PSE*) (3). Actualmente, se han completado cuatro estudios acerca de la incidencia de la esquizofrenia en el Caribe (4-7); los resultados y la metodología utilizada se presentan en el Cuadro 1. Estos estudios reflejan el interés generado por la investigación a causa de las elevadas tasas de psicosis observadas en la población de origen caribeño que vivía en Gran Bretaña y en los Países Bajos. Los resultados han indicado sistemáticamente que la incidencia de la esquizofrenia (entre 2 y 3 por 10.000 habitantes) no es elevada en el Caribe, sino que se halla dentro de los límites de las incidencias observadas en las poblaciones nativas de Gran Bretaña y de los Países Bajos, y en términos más generales, dentro de los límites informados por la Organización Mundial de la Salud. En algún sentido se confirma la hipótesis de que la incidencia de la esquizofrenia es relativamente constante en todo el mundo. Se calculó también una tasa de prevalencia de la esquizofrenia corregida según la edad para

Jamaica (2,09 por 10.000 habitantes), tasa que estuvo dentro de los límites de otros estudios realizados en Estados Unidos, el Reino Unido e Italia. Este decisivo estudio epidemiológico demostró, inequívocamente, que la elevada incidencia de la esquizofrenia en los afrocaribeños en el Reino Unido no era causada por factores presentes en el Caribe, sino por factores procedentes del país europeo anfitrión de la inmigración.

En un estudio computadorizado de registro de casos, que utilizó diagnósticos basados en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) (8), Kay informó que la tasa de prevalencia de la esquizofrenia en Dominica era de 8,5 por 1.000 habitantes. Esta tasa es significativamente superior a la tasa de prevalencia en Jamaica y es más del doble que la de los residentes blancos nativos del Reino Unido (3,5 por 1.000 habitantes) (9). Es necesario interpretar con cautela las tasas de prevalencia de las islas caribeñas muy pequeñas, con poblaciones inferiores a 50.000 habitantes, dado que hay una emigración significativa de personas de los estados insulares más pequeños del Caribe hacia territorios más grandes y a otras partes del mundo, por lo cual la población considerada para el cálculo de las tasas de prevalencia se contrae considerablemente. Además, es práctica habitual de los in-

migrantes de los pequeños estados insulares que contraen una enfermedad esquizofrénica en otras partes del Caribe y del mundo regresar a su tierra natal para el tratamiento de la enfermedad. Estos factores tenderían a aumentar los numeradores y a reducir los denominadores en los cálculos de prevalencia en estos pequeños territorios insulares, inflando de ese modo significativamente las tasas.

Resultados de la esquizofrenia de primer contacto en Jamaica

En un estudio de resultados de la cohorte de pacientes de primer contacto afectados de esquizofrenia en Jamaica, se observó una tasa de recidiva de 13% después de un año (10) y de 39% después de 10 años (11). Ambas tasas son notablemente bajas si se las compara con las de otros países del primer mundo y del tercer mundo (12). Una de las razones sugeridas de la baja tasa de recidiva es el novedoso sistema de salud mental comunitario desarrollado en Jamaica, mediante el cual se propugna el tratamiento de la mayoría de los pacientes con esquizofrenia aguda en salas médicas abiertas de los hospitales generales (13). Este método de tratamiento no se ha descrito en el resto del mundo (14).

La investigación sobre poblaciones afrocaribeñas en Europa y la esquizofrenia

El aumento exponencial de la migración del Caribe a Europa en la segunda mitad del siglo XX ha dirigido el debate contemporáneo acerca de las causas de las enfermedades mentales graves. El SS Imperio Windrush proporcionó el vehículo inicial para la migración del Caribe al Reino Unido en 1948, cuando el Ministro de Salud británico, Enoch Powell, invitó a los jamaicanos a que emigraran a Gran Bretaña para ayudar en el proceso de reconstrucción después de la devastación de ese país tras la guerra. Miles de caribeños emigraron en busca de trabajo. A su llegada a Gran Bretaña, la situación social fue sumamente inhóspita para ellos. Thompson observó que la mayoría

de los inmigrantes caribeños se establecieron principalmente en las zonas urbanas deprimidas de Gran Bretaña y pudieron encontrar trabajos solo como mano de obra no calificada a pesar de su grado de educación o su formación profesional (15).

A mediados de los años sesenta, los estudios epidemiológicos realizados indicaron que algo les pasaba a los inmigrantes afrocaribeños que habían respondido a la llamada para ayudar a Gran Bretaña en su programa de reconstrucción tras la guerra. En esa época, las tasas de ingreso en los hospitales psiquiátricos eran los marcadores epidemiológicos. En 1965, el profesor Ari Kiev fue el primero en detectar las elevadas tasas de ingreso de los afrocaribeños en los hospitales psiquiátricos del Reino Unido (16). Otros estudios indicaron que la tasa de ingreso era de cuatro a seis veces mayor que la de los británicos blancos (17–19). La mayoría de estos ingresos se debieron a psicosis con esquizofrenia como diagnóstico predominante. En 1962, el psiquiatra jamaicano Ken Royes informó que la tasa de ingreso en los hospitales psiquiátricos en Jamaica era la misma que la de los residentes blancos en el Reino Unido (148 por 100.000 habitantes) (20). Por lo tanto, desde el comienzo del debate se reconoció que las tasas elevadas de ingresos de los inmigrantes afrocaribeños en los hospitales psiquiátricos del Reino Unido no coincidían con las de sus países de origen, lo que indicaba con toda claridad que la causa del problema provenía de Gran Bretaña.

En los años ochenta, los psiquiatras británicos informaron sistemáticamente sobre las elevadas tasas de ingresos por esquizofrenia de las poblaciones afrocaribeñas que vivían en Inglaterra, con un índice de riesgo de esquizofrenia de tres a seis veces mayor que el de la población autóctona blanca (14, 21–22). Sin embargo, los resultados epidemiológicos de los estudios de ingresos correspondientes a los afrocaribeños en el Caribe de habla inglesa y de habla holandesa (23, 24) fueron similares a los correspondientes a las enfermedades observadas en las poblaciones blancas en Inglaterra y Holanda.

La esquizofrenia: ¿una enfermedad social?

En el abrazo de la psiquiatría a la biología ha habido renuencia a reconocer que la psicopatología surge en el punto de contacto entre el cerebro y la experiencia social (25). Los pacientes afrocaribeños percibían hostilidad en los servicios de salud mental de Gran Bretaña, y pensaban además que eran inaccesibles y no satisfacían sus necesidades (26). A fines de los años ochenta y principios de los noventa, hubo un desplazamiento de los estudios epidemiológicos desde las tasas de ingreso hacia las tasas de incidencia del primer contacto, con ayuda de instrumentos de diagnóstico estandarizados, como el PSE (3). Los primeros estudios estandarizados comunicaron que el índice de riesgo de la esquizofrenia era hasta 18 veces superior en los hijos de inmigrantes afrocaribeños en el Reino Unido (27–32). La esquizofrenia en los inmigrantes antillanos surinameses y holandeses de los Países Bajos reflejó los datos probatorios de una mayor incidencia de esquizofrenia como se había informado en Inglaterra (33). Sashidharan (34) cuestionó sus resultados al establecer que muchos de estos estudios tenían fallas metodológicas. La mayoría de las pruebas procedían de los ingresos en hospitales psiquiátricos y no se basaban en la población sino en cálculos estimados, lo que produjo errores significativos en los denominadores para la determinación de las tasas. Además, puso en duda los enormes índices de riesgos de los afrocaribeños de la segunda generación, notificados por Harrison y colaboradores (28), basados en un estudio de apenas 17 pacientes.

Los informes epidemiológicos sobre los elevados índices de riesgo de la esquizofrenia en la población de origen afrocaribeño crearon una agitación etiológica en la bibliografía psiquiátrica. Las explicaciones biológicas fueron los factores genéticos (predisposición de los inmigrantes negros a la esquizofrenia), víricos (infección neuronal por el virus de la gripe y otros a través de la placenta) y del desarrollo (factores de riesgo obstétricos y prenatales). El psiquiatra jamaicano Aggrey Burke, quien

trabajó en 1984 en Birmingham, en el centro de Inglaterra, fue el primer psiquiatra que identificó al racismo como una de las causas de las elevadas tasas de enfermedades mentales en la población afrocaribeña de Gran Bretaña en aquel momento (35). Fue difícil convencer a la psiquiatría británica de que, quizás, estaban equivocados acerca de las causas de las enfermedades mentales de los negros en Gran Bretaña y que los problemas sociales podían llegar a explicar los problemas de salud mental que la población negra tenía allí.

Posteriormente, Hickling (36), en un estudio de migrantes negros que regresaban a Jamaica desde Europa, Estados Unidos y Canadá, coincidió con la hipótesis de racismo al demostrar que, en comparación con pacientes jamaicanos que nunca habían emigrado, los inmigrantes que volvieron habían desarrollado esquizofrenia en una proporción mucho mayor cuando vivían en culturas europeas blancas. Kareem y Littlewood (37) afirmaron que “en la actualidad, ser negro en Gran Bretaña significa estar expuesto a una variedad de estímulos adversos que pueden implicar un grave riesgo para la salud mental”. Raleigh y Armand (38) indicaron que una de cada tres personas de origen étnico negro, minoritario en el Reino Unido, era desempleada; la mayoría de los hogares negros estaban abarrotados de gente y carecían de los servicios vitales básicos; una mayor cantidad de negros vivía en alojamientos alquilados por las autoridades locales, y el acceso a los vehículos automotores era inferior en ellos que en el resto de la población.

Browne (39, 40) indicó que el sistema judicial penal era realmente un sistema de injusticia penal para los afrocaribeños en el Reino Unido. Ellos tenían una mayor probabilidad de estar sujetos a procedimientos de búsqueda y captura por la policía; una mayor probabilidad de ser detenidos como sospechosos de delitos; una mayor probabilidad de estar en prisión preventiva; una menor probabilidad de estar en libertad bajo fianza; una mayor probabilidad de ser evaluados como enfermos mentales y de ser acusados, no amonestados; y una mayor probabilidad de recibir penas privati-

vas de la libertad, por comparación con la población blanca.

Varios estudios británicos indicaron que la esquizofrenia se producía en los inmigrantes afrocaribeños con una frecuencia de cinco a 18 veces mayor que en los ciudadanos británicos nativos blancos (28). Selten y colaboradores (41) aportaron datos probatorios de una incidencia similar de esquizofrenia en los grupos de inmigrantes afrocaribeños de las Antillas Holandesas en Holanda y comunicaron una tasa de incidencia de esquizofrenia, corregida según la edad (15-54), de 1,77 por 10.000 habitantes en la población afrocaribeña de Suriname, una tasa algo inferior que la de los residentes blancos de los Países Bajos. El estudio holandés coincidió con otros estudios del Caribe de habla inglesa que mostraban tasas de incidencia de esquizofrenia, corregidas según la edad, similares a las de pacientes blancos de Gran Bretaña, lo que indicaba que las tasas sumamente elevadas informadas eran un artefacto metodológico o se debían a factores causales principales específicos de la población afro-caribeña que vive en Europa. En un estudio, en el que se aplicaron tasas de incidencia estandarizadas según la edad con esquizofrenia y psicosis no-afectivas diagnosticadas mediante el PSE en pacientes blancos, negros y asiáticos en Londres, se concluyó que el aumento de la tasa de incidencia de la esquizofrenia no era específico de los afrocaribeños (42). El estudio también indicó que el énfasis actual en esta población era engañoso.

Hipótesis genéticas

El concepto de que las personas afrocaribeñas estaban genéticamente predispuestas a enfermedades mentales es un reflejo de la tradición racista de algunos científicos europeos quienes, durante siglos, han tratado de demostrar que los negros son genéticamente inferiores a los blancos. Los artículos de Eysenck (43), Jensen (44) y Shockley (45) en Inglaterra, en los años sesenta, y el libro más reciente de Herrnstein y Murray (46) han tratado de "demostrar" que los negros responden peor en pruebas de inteligencia, que por lo tanto son "genéticamente

discapacitados" y, como tales, no pueden hacer frente a las exigencias de la civilización europea contemporánea. Durante mucho tiempo, los científicos europeos han sostenido el criterio de la locura y la maldad inherentes de los negros (47, 48), y han utilizado sistemáticamente "pruebas científicas" para confirmar la "así llamada" inferioridad de los negros.

En los años noventa, aparecieron estudios para examinar el riesgo de esquizofrenia en los familiares de primer grado de pacientes esquizofrénicos afrocaribeños y blancos. Al evaluar los factores genéticos, Sugarman y Craufurd (49) informaron que, en el Reino Unido, los padres de ambos grupos tenían riesgos de esquizofrenia aproximadamente similares, mientras que los hermanos de los pacientes afrocaribeños de la primera y la segunda generación tenían un riesgo significativamente mayor que cualquier otro grupo étnico de familiares. En un estudio similar, Hutchinson y colaboradores (50) demostraron que el riesgo de morbilidad de la esquizofrenia en hermanos de "probands"³ psicóticos de origen afrocaribeño de la segunda generación, era siete veces mayor que el de sus homólogos blancos; en cambio, los hermanos del "proband" de la primera generación no mostraron tal aumento. Se llegó a la conclusión de que los factores genéticos no podían desempeñar una función causal principal en la esquizofrenia en estos pacientes y que hay factores causales ambientales que actúan específicamente en la población afrocaribeña del Reino Unido, aumentando de ese modo la probabilidad de las enfermedades psicóticas.

Hipótesis virales

Un grupo de psiquiatras correlacionó los nacimientos de los pacientes esquizofrénicos afrocaribeños con períodos de epidemias de gripe

³ Término frecuentemente utilizado en medicina genética para describir a un sujeto que está siendo estudiado o sobre el que se presenta un informe. En muchos casos describe a la primera persona de una familia que busca atención médica a causa de un trastorno genético (inglés y francés: *proband*).

viral en el Reino Unido (51). Esta investigación indicó que la esquizofrenia en esta población del Reino Unido se debía quizá a la sensibilidad a las infecciones virales de sus madres durante el embarazo. Un estudio exhaustivo de los virus conocidos en los pacientes jamaíquinos con esquizofrenia no pudo fundamentar la hipótesis viral (52).

Hipótesis migratorias

Desde el estudio pionero de Odegaard (53), los estudios de migración han sido ampliamente utilizados para comprender las causas de las enfermedades mentales, sobre todo de la esquizofrenia. Los estudios realizados a emigrantes negros aquejados de una enfermedad mental que volvieron a Jamaica (23, 54), demostraron que la gran mayoría de pacientes que sufrían de esquizofrenia la habían desarrollado después de emigrar a Estados Unidos, Canadá o Europa, no antes de marcharse; o bien, después de volver a Jamaica. Estos emigrantes también tenían tasas mucho mayores de esquizofrenia que los pacientes testigo jamaíquinos que nunca habían emigrado. También se demostró que una cantidad estadísticamente significativa de estos pacientes había descendido un peldaño en la escala social al emigrar.

En un análisis comparativo de 100 estudios de migración desde 1932, Cochrane y Bal (55) determinaron que un aumento de la tasa de esquizofrenia en las poblaciones migratorias era el único resultado concluyente. Todos los estudios anteriores sobre migración y salud mental se habían llevado a cabo en inmigrantes, blancos o negros, en países con poblaciones mayoritariamente blancas. Hickling (56) estudió una muestra de 49 inmigrantes blancos aquejados de una enfermedad mental en Jamaica y comparó sus diagnósticos con una muestra control de jamaíquinos que nunca habían emigrado, que también padecían un trastorno psiquiátrico, apareados por edad, sexo y clase social. El estudio reveló que los inmigrantes blancos no desarrollaron esquizofrenia en una proporción mayor que los nativos, contrariamente a lo observado por Cochrane y Bal sobre tasas sistemáticamente mayores de esquizofrenia en

las poblaciones de inmigrantes. De hecho, el estudio indicó que los inmigrantes blancos, por comparación con los grupos control jamaíquinos, no presentaban una tasa mayor de enfermedades mentales, lo que es también extraño en una población de inmigrantes.

El estudio indicó una posible causa para estos hallazgos. Se observó que, en Jamaica, los inmigrantes blancos aquejados de una enfermedad mental tenían una clase socioeconómica más alta que la de sus homólogos, o que la de sus padres en sus países de origen. Se sugirió que para esta cohorte de inmigrantes, la migración crea una condición de movilidad social inmediata y notablemente ascendente, un factor que rara vez ocurre con los inmigrantes, negros o blancos, en países del primer mundo donde la mayoría de la población es blanca.

Los padres de los casos testigo jamaíquinos eran de una clase socioeconómica más alta que los padres de los pacientes inmigrantes blancos a Jamaica, lo que indica que la movilidad social ascendente inmediata en la cohorte de inmigrantes blanca es un factor exclusivo en ese grupo. Este resultado impulsó la hipótesis de que el sistema político-económico en los países poscoloniales negros, como Jamaica, protege a los inmigrantes blancos del estrés social de la migración, lo que a menudo aumenta el riesgo de esquizofrenia en los grupos migratorios en las sociedades predominantemente blancas. Lo contrario quizá también sea cierto, a saber, que la estructura socioeconómica y política de los países del primer mundo con mayoría blanca puede contener condiciones incorporadas que predisponen a los inmigrantes blancos y negros, por igual, a la movilidad social hacia abajo, lo que crea un factor de estrés psicosocial que influye en la aparición de la esquizofrenia. En un estudio publicado en 2006 sobre la incidencia de la esquizofrenia en los inmigrantes europeos al Canadá, los investigadores observaron que la migración era un factor de riesgo de esquizofrenia hace un siglo, en la misma medida que lo es en la actualidad (57). Este resultado es diametralmente opuesto a lo informado en el estudio de Hickling de 1996 sobre las tasas de esquizofrenia en los inmigrantes blancos en un país negro poscolonial (56).

Muchos psiquiatras británicos se han opuesto a la idea de que los psiquiatras blancos diagnosticaban mal la esquizofrenia en los negros del Reino Unido. Hickling y colaboradores demostraron que la fiabilidad interevaluador entre los profesionales británicos y el psiquiatra jamaicano fue deficiente para diagnosticar esquizofrenia en los pacientes afrocaribeños del Reino Unido ($\kappa = 0,45$) (58). De 29 pacientes negros que recibieron ese diagnóstico, los psiquiatras de ambos países estuvieron de acuerdo en 16 casos (55%). Sin embargo, algunos de los datos más reveladores del estudio son inéditos: la fiabilidad interevaluador entre los psiquiatras británicos y el psiquiatra jamaicano fue mejor para el diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes blancos del Reino Unido ($\kappa = 0,65$). De los 24 pacientes blancos que recibieron ese diagnóstico, los profesionales de Gran Bretaña y Jamaica estuvieron de acuerdo en 18 casos (75%) (59). La conclusión es que el diagnóstico erróneo de esquizofrenia por parte de los psiquiatras británicos en poblaciones de negros, tiene un papel importante en los estudios epidemiológicos sobre el aumento del índice de riesgos de esquizofrenia en poblaciones afrocaribeñas en el Reino Unido.

Otras hipótesis biológicas

Gerard Hutchinson, psiquiatra trinitario, demostró que el riesgo de morbilidad para la esquizofrenia era similar en los padres y los hermanos de pacientes con esquizofrenia afrocaribeños británicos, blancos y de la primera generación (50). De modo parecido, Hutchinson y colaboradores mostraron que los hermanos de los "probands" con esquizofrenia de la segunda generación, tenían un riesgo de morbilidad para la esquizofrenia acentuadamente mayor que el de sus homólogos blancos; lo cual indica que hay fuertes factores ambientales facilitadores de la esquizofrenia que actúan en los afrocaribeños de la segunda generación (60). En 1997, Hutchinson y colaboradores demostraron que las complicaciones prenatales y perinatales en Inglaterra cumplen un rol menor en la etiología de la esquizofrenia entre

los pacientes afrocaribeños por comparación con los pacientes blancos (61).

Hipótesis ambientales

En un importante estudio de Boydell y colaboradores (62) se estableció que "... La incidencia de la esquizofrenia en las minorías étnicas no blancas aumentó significativamente a medida que la proporción de tales minorías en la población local descendió. . .". Se demostró que la incidencia de la esquizofrenia en las minorías étnicas en Londres era 2,4 veces superior que la de los blancos en zonas con una población de minorías étnicas de 28%–60%; era 3,6 veces superior en zonas con una población de minorías étnicas de 13%–28%; y 4,4 veces superior a la de los blancos, en las zonas donde la población de las minorías étnicas era de 8%–12%. Este estudio ha ayudado a proponer una conexión etiológica entre la patogénesis y la alienación de las poblaciones no blancas.

En otro importante estudio epidemiológico realizado recientemente en el Reino Unido, denominado Etiología y Grupo Étnico en la Esquizofrenia y otras Psicosis, se han repetido los resultados de un mayor riesgo entre diversos migrantes de países mayoritariamente no blancos a Gran Bretaña (63). Las tasas eran más altas en los inmigrantes afrocaribeños y en los africanos negros y sus hijos. Este estudio también ha demostrado que esa desventaja social y una variedad de índices asociados a carencias sociales también guardan relación con las mayores tasas (64). Hickling y Hutchinson describieron la perturbación de la identidad racial en el pueblo afrocaribeño al describir la experiencia del síndrome del fruto del pan asado (negro por fuera, blanco por dentro) (65). Este no es un fenómeno infrecuente en el Caribe, Europa, Estados Unidos o Canadá, que ha sido bien descrito y definido por Franz Fanon como muy frecuente también en África (66), donde las personas negras niegan su propia negrura y anhelan la cultura europea. Hemos visto a personas que han sufrido el síndrome del fruto del pan asado; sin embargo, al verse expuestos a un racismo severo, dentro

de cualquier ambiente específico, donde su propio ser blanco-negro es confrontado, estas personas no pueden hacer frente a las circunstancias y desarrollan una forma psicótica de enfermedad mental.

Hipótesis psicosociales

Varios estudios han descrito los caminos hacia la atención en salud mental para la población afrocaribeña del Reino Unido (23, 67–70). Era más probable que los afrocaribeños recibieran atención en salud mental a través de la policía, menos probable que fueran referidos por médicos generales, y más probable que fueran retenidos en lugares vigilados o que fueran ingresados por imperativo legal. Tenían menor probabilidad de obtener un diagnóstico temprano y un plan de tratamiento claro. Tenían mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de violentos y de ser encerrados en centros de reclusión y detenidos en sanatorios mentales. Otros investigadores observaron que la población afrocaribeña del Reino Unido tenía menor probabilidad de recibir psicoterapia de los servicios de salud mental o de recibir asistencia sin reclusión. Tenían una mayor probabilidad de recibir tratamientos físicos, de recibir medicamentos más potentes, de sufrir recaídas, reingresos y detenciones más prolongadas (71–76).

Stuart Hall describió la situación social de Gran Bretaña como de colonialismo interno británico y sugirió que en realidad no se ha permitido a los inmigrantes participar del desarrollo social y económico equitativo del país (77). A pesar de que en los cuatro últimos siglos la población afrocaribeña hizo contribuciones importantes al desarrollo y la prosperidad de Gran Bretaña, y de que tienen derecho a compartir una proporción justa de la riqueza y los intereses sociales británicos, estaba claro que no tenían acceso ni compartían la riqueza ni las prestaciones sociales provistas por la sociedad británica. Muchos estudios epidemiológicos de los tres últimos decenios han confirmado las experiencias racistas que los pacientes afrocaribeños han soportado en Inglaterra. Rwege-

llera informó que el camino que los pacientes afrocaribeños esquizofrénicos deben seguir para recibir atención psiquiátrica en el Reino Unido comporta un exceso de participación policial (78). Davies y colaboradores identificaron una mayor utilización de instrumentos legales para aplicar la admisión obligatoria a los pacientes afrocaribeños en Gran Bretaña (26). El uso excesivo de la obligatoriedad del tratamiento era algo común, vinculado de manera inextricable con la noción de peligrosidad y la antipatía general con la que la policía ve a los jóvenes negros. Hickling (47) ha descrito la tendencia colonial histórica a prestar servicios de salud mental a las personas negras con el telón de fondo del terror y el castigo, basada en el prejuicio de que las personas negras son primitivas y agresivas. Esto refleja la observación de Moodly y Thornicroft (68) sobre el hecho de que en el Reino Unido es más probable que se trate a los pacientes negros en centros de cuidados intensivos y que se les condene como delincuentes si son jóvenes y varones. Esto indica que la relación entre los servicios de salud mental y la Gran Bretaña negra no solo está sesgada, sino que el sesgo tiene un origen histórico en el colonialismo británico.

Philpot ha señalado que las políticas de marginación en Gran Bretaña, que han excluido a las personas negras del acceso a las prestaciones de seguridad social y al empleo, han dado lugar a la pobreza que se observa en esta población (79). Es difícil poder esclarecer los efectos de la privación socioeconómica, el racismo y el aislamiento social, factores que muestran una elevada correlación con los síntomas psicóticos. Lo que es seguro es que las provisiones existentes para la comunidad en Gran Bretaña no satisfacen muchas necesidades sociales de las personas negras. Hickling y Robertson-Hickling manifestaron que los médicos generales no enviaban a los pacientes afrocaribeños a los servicios de salud mental en una fase muy inicial de su enfermedad, ya que el diagnóstico y el tratamiento inapropiados eran comunes (80). Cuestionaron la exactitud de los resultados de investigaciones recientes con respecto a las personas negras y la salud mental, exi-

giendo más rigor e imparcialidad en este campo científico, e insistiendo en que la psiquiatría y la medicina reconocen su responsabilidad para afrontar los problemas sociales con el mismo entusiasmo y la misma asignación de recursos que actualmente se extienden a la investigación biológica.

Hipótesis de la urbanicidad

A medida que el péndulo de la opinión psiquiátrica con respecto a las elevadas tasas de esquizofrenia en los afrocaribeños en Europa empezó a girar desde una causa biológica hacia una causa social, varios epidemiólogos comenzaron a explorar otras opciones en busca de resultados. Van Os (81, 82), Hutchinson y Haasen (83) y Selten (7) describieron lo que llamaron “el efecto de la urbanicidad”. En la escala aditiva, esta urbanicidad era mucho mayor en los individuos con indicios de responsabilidad familiar (diferencia del riesgo = 2,58%) que en los que carecían de responsabilidad familiar (diferencia del riesgo = 0,40%) (81). Se calcula que entre 60% y 70% de los individuos expuestos tanto a la urbanicidad como a las responsabilidades familiares, presentaron un trastorno psicótico debido a la acción sinérgica de las dos causas aproximadas. Se llegó a la conclusión de que se consideraba que ese agrupamiento familiar de la psicosis en los medios urbanos reflejaba el efecto de los genes compartidos, favoreciendo un mecanismo de interacción entre genes y ambiente en las causas de la psicosis.

Esta línea de razonamiento epidemiológico llevó a Selten y a Cantor-Graae a postular la hipótesis de que la experiencia crónica y a largo plazo de la “derrota social” puede aumentar el riesgo de esquizofrenia (84). La derrota social fue definida como la respuesta de una posición subordinada o como el “estatus de intruso o forastero”. Indicaron que la discriminación racial contribuiría sin duda a la experiencia de la derrota en el inmigrante. Un estudio prospectivo en los Países Bajos había revelado que la discriminación percibida era un factor de riesgo para la aparición de síntomas psicóticos, con una mayor magnitud del efecto en los

inmigrantes procedentes de países en desarrollo con respecto a los que venían de países desarrollados, y con mayor magnitud del efecto en la segunda generación con respecto a la primera (85). Se postuló un mayor aumento en la segunda generación porque el estatus de intruso sería aún más humillante para los individuos que se sienten con derecho a disfrutar el estatus que les fue conferido al nacer. Los riesgos para los grupos de inmigrantes conocidos por sus fuertes lazos familiares (por ejemplo, los inmigrantes asiáticos en el Reino Unido y los turcos en los Países Bajos), no fueron tan altos como los de los inmigrantes afrocaribeños en el Reino Unido o los marroquíes en los Países Bajos. Estos autores propusieron que la derrota social podría llevar al uso más frecuente de drogas ilícitas y a una mayor sensibilidad a estas sustancias. La derrota puede ser más frecuente en los inmigrantes cuyas nociones en cuanto a la facilidad de movilidad ascendente son abortadas por las oportunidades que actualmente están disponibles en la sociedad occidental. Luhrmann propuso que esa “derrota social” quizá sea uno de los factores sociales que pueden repercutir en la experiencia de la enfermedad (86). Argumenta que esa derrota es una característica común del contexto en el que muchas personas con un diagnóstico de esquizofrenia en los Estados Unidos viven en la actualidad.

Rebeldía social, no derrota social

La idea de la “derrota social” para explicar la elevada incidencia de la esquizofrenia en los afrocaribeños en Europa es un interesante “giro inesperado” de la comprensión etiológica de los hallazgos epidemiológicos de los últimos treinta años. Afirmar que tal vez las personas de raza negra del Caribe no tengan la capacidad genética para adaptarse a la complejidad de la civilización europea parece ser la afirmación más reciente de una percepción racista de las personas de raza negra, que sin duda se ha evidenciado en la ciencia europea en los últimos cinco siglos. El análisis psico-historiográfico de Hickling (87, 88) propone una hipótesis alternativa según la cual la civi-

lización europea de los cinco últimos siglos ha sido conducida por una psicosis europeo-estadounidense colectiva, formulada sobre el intento delirante y partidario de la supremacía blanca de los europeos de poseer el mundo y de subordinar a las personas de color al servicio de las razas blancas. En este contexto, “la locura y la maldad” afrocaribeñas son similares a los mecanismos de defensa producidos necesariamente para hacer frente a la “psicosis europeo-estadounidense”.

CONCLUSIONES

Los estudios epidemiológicos psiquiátricos de la esquizofrenia en el Caribe muestran que las complejas tensiones ambientales y psicosociales existentes desencadenan esta enfermedad en los emigrantes del Caribe hacia Europa. Los datos provistos por las investigaciones han desplazado profundamente las evidencias etiológicas de la esquizofrenia desde una perspectiva exclusivamente genética hacia causas ambientales multifactoriales, entre ellas, la urbanización, el racismo y la marginación.

REFERENCIAS

- Hickling FW, Gibson RC. The History of Psychiatry in the Caribbean. En: Hickling FW, Sorel E, eds. *Images of Psychiatry: The Caribbean*. Kingston, Jamaica: Department of Community Health and Psychiatry, University of the West Indies, Mona; 2005.
- Hickling FW, Sorel E. Introduction. En: Hickling FW, Sorel E, eds. *Images of Psychiatry: The Caribbean*. Kingston, Jamaica: Department of Community Health and Psychiatry, University of the West Indies, Mona; 2005.
- Wing JK, Nixon JM, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population study. *Psychol Med* 1977;7:505–16.
- Hickling FW, Rodgers-Johnson P. The incidence of first onset schizophrenia in Jamaica. *Br J Psychiatry* 1995;167:193–6.
- Bhugra D, Hilwig M, Hossein B, Marceau H, Neehall J, Leff J et al. First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1996;169:587–92.
- Mahy GE, Mallett R, Leff J, Bhugra D. First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *Br J Psychiatry* 1999;175:28–33.
- Selten JP, Zeyl C, Dwarkasing R, Lumsden V, Kahn RS, Van Harten PN. First-contact incidence of schizophrenia in Surinam. *Br J Psychiatry* 2005;186:74–5.
- Kay RW. Prevalence of psychotic mental disorders in the Commonwealth of Dominica. *West Indian Med J* 1989;39:30–31.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1–97.
- Hickling FW, McCallum M, Nooks L, Rodgers-Johnson P. Outcome of first contact schizophrenia in Jamaica. *West Indian Med J* 2001;50:194–7.
- Haynes T, Hickling FW. Relapse or reintegration: a ten-year outcome study of schizophrenia in Jamaica. *West Indian Med J* 2004;53(Suppl 5):27.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986;16:909–28.
- Hickling FW, McCallum M, Nooks L, Rodgers-Johnson P. Treatment of acute schizophrenia in open general medical wards in Jamaica. *Psychiatr Serv* 2000;51:659–63.
- Hickling FW, Abel W, Garner P, Rathbone J. Open general medical wards versus specialist psychiatric units for acute psychoses. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD003290.
- Thompson M. *Reluctant Settlers—Jamaicans in the West Midlands*. PhD Thesis, University of Warwick; 1996.
- Kiev A. Psychiatric morbidity of West Indian immigrants in an urban group practice. *Br J Psychiatry* 1965;111:51–6.
- Gordon EB. Mentally ill West Indian immigrants. *Br J Psychiatry* 1965;111:877–87.
- Bagley C. The social aetiology of schizophrenia in immigrant groups. *Int J Soc Psychiatry* 1971; 17:292–304.
- Dean G, Walsh D, Downing H, Shelley E. First admissions of native-born and immigrants to psychiatric hospitals in South-East England 1976. *Br J Psychiatry* 1981;139:506–512.
- Royes K. The incidence and features of psychosis in a Caribbean community. *Soc Psychiatr* 1962;2:1121–5.
- Rwegellera GG. Psychiatric morbidity among West Africans and West Indians living in London. *Psychol Med* 1977;7:317–29.
- Bebbington PE, Hurry J, Tennant C. Psychiatric disorders in selected immigrant groups in Camberwell. *Social Psychiatry* 1981;16:43–51.
- Hickling FW. Psychiatric Hospital Admission Rates in Jamaica, 1971 and 1988. *Br J Psychiatry* 1991;159:817–21.

24. Selten JP, Sijben N. First admission rates for schizophrenia in immigrants to The Netherlands. The Dutch National Register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:71-7.
25. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995;152:1563-75.
26. Davies S, Thornicroft G, Leese M, Higginbotham A, Phelan M. Ethnic differences in risks of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ* 1996;312:533-7.
27. McGovern D, Cope RV. First psychiatric admission rates of first and second generation Afro-Caribbeans. *Soc Psychiatry* 1987;22:139-49.
28. Harrison G, Owens D, Holton A, Neilson D, Boot D. A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychol Med* 1988;18:643-57.
29. Bebbington PE, Hury J, Tennant C. Psychiatric disorders in selected immigrant groups in Camberwell. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1981;16:43-51.
30. Harvey I, Williams M, McGuffin P, Toone BK. The functional psychoses in Afro-Caribbeans. *Br J Psychiatry* 1990;157:515-22.
31. Wessely S, Castle D, Der G, Murray R. Schizophrenia and Afro-Caribbeans. A case-control study. *Br J Psychiatry* 1991;159:795-801.
32. King M, Coker E, Leavey G, Hoare A, Johnson-Sabine E. Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *BMJ* 1994;309:1115-9.
33. Hanoeman M, Selten JP, Kahn RS. Incidence of schizophrenia in Surinam. *Schizophr Res* 2002;54:219-21.
34. Sashidharan SP. Afro-Caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *Int Rev Psychiatr* 1993;5:129-44.
35. Burke AW. Racism and psychological disturbance among West Indians in Britain. *Int J Soc Psychiatry* 1984;30:50-68.
36. Hickling FW. Double jeopardy: psychopathology of black mentally ill migrants and returned migrants to Jamaica. *Int J Soc Psychiatry* 1991;37:80-9.
37. Littlewood R. Psychiatric diagnosis and racial bias: empirical and interpretative approaches. *Soc Sci Med* 1992;34:141-9.
38. Raleigh V. *Mental Health in Black and Minority Ethnic People: The Fundamental Facts*. London: The Mental Health Foundation; 1995.
39. Browne D. *Black People, Mental Health and the Courts*. London: NARCO; 1990.
40. Browne D. *Black People and Sectioning: The Black Experience of Detention Under the Civil Sections of the Mental Health Act*. London: Little Rock Publishing; 1997.
41. Selten JP, Slaets JP, Kahn RS. Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychol Med* 1997;27:807-11.
42. King M, Coker E, Leavey G, Hoare A, Johnson-Sabine E. Incidence of psychotic illness in London: comparison of ethnic groups. *BMJ* 1994;309:1115-9.
43. Eysenck HJ. *Race, Intelligence and Education*. London: Maurice Temple Smith; 1971
44. Jensen AR. How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educ Rev* 39:1-123;1969.
45. Shockley W. *Eugenics and Race: The Application of Science to the Solution of Human Problems*. Washington, DC: Scott-Townsend Publishers.
46. Herrnstein RJ, Murray C. *The Bell Curve: Intelligence and Class Structure in American Life*. New York: Free Press; 1994.
47. Hickling FW. Psychiatry in the Commonwealth Caribbean: a brief historical review. *Bulletin of The Royal College of Psychiatrists* 1988;12:434-6.
48. Fernando S. Race and cultural difference. En: Fernando S, Ndegwa D, Wilson M, eds. *Forensic Psychiatry, Race and Culture*. New York: Routledge; 1998.
49. Sugarman PA, Craufurd D. Schizophrenia in the Afro-Caribbean community. *Br J Psychiatry* 1994;164:474-80.
50. Hutchinson G, Takei N, Fahy TA, Bhugra D, Gilvarry C, Moran P et al. Morbid risk of schizophrenia in first-degree relatives of white and African-Caribbean patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 1996;169:776-80.
51. Takei N, Persaud R, Woodruff P, Brockington I, Murray R. First episodes of psychosis in Afro-Caribbean and White people: An 18 year follow-up population-based study. *Br J Psychiatry* 1998;172:147-153.
52. Rodgers-Johnson P, Hickling FW, Irons A, Johnson BK, Irons-Morgan M, Stone GA et al. Retroviruses and schizophrenia in Jamaica. *J Mol Chem Neuropathol* 1996;28:237-43.
53. Odegaard O. Emigration and insanity: a study of mental disease among Norwegian-born population in Minnesota. *Acta Psych Neurol Scand* 1932;7(Suppl 4):1-206.
54. Hickling FW. Schizophrenia in returned Jamaican emigrants to North America and Europe. *West Ind Med J* 1996;45(Suppl 12):38.
55. Cochrane R, Bal SS. Mental hospital admission rates of immigrants to England: a comparison of 1971 and 1981. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989;24:2-11.

56. Hickling FW. Psychopathology of white mentally ill immigrants to Jamaica. *Mol Chem Neuropathol* 1996;28:26–8.
57. Smith GN, Boydell J, Murray RM, Flynn S, McKay K, Sherwood M et al. The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophr Res* 2006;87:205–11.
58. Hickling FW, McKenzie K, Mullen R, Murray R. A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 1999;175:283–5.
59. Hickling FW. The epidemiology of schizophrenia and other common mental health disorders in the English-speaking Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:256–62.
60. Hutchinson G, Takei N, Fahy TA, Bhugra D, Gilvarry C, Moran P et al. Morbid risk of psychotic illness in first degree relatives of white and Afro-Caribbean patients with psychosis. *Br J Psychiatry* 1996;169:776–780.
61. Hutchinson G, Takei N, Bhugra D, Fahy TA, Gilvarry C, Mallett R et al. Increased rate of psychosis among African-Caribbeans in Britain is not due to an excess of pregnancy and birth complications. *Br J Psychiatry* 1997;171:145–7.
62. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001;323(7325):1336–8.
63. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T et al. AESOP Study Group. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychol Med* 2006;36:1541–50.
64. Morgan C, Kirkbride J, Leff J, Craig T, Hutchinson G, McKenzie K et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med* 2007;37:495–503.
65. Hickling FW, Hutchinson G. Roast breadfruit psychosis: a racial identification in African-Caribbeans. *Psychiatric Bull* 1999;23:132–134.
66. Fanon F. *Black Skin, White Masks*. New York: Grove; 1967.
67. Cope R. The compulsory detention of Afro-Caribbeans under the Mental Health Act. *New Community* 1989;15:343–56.
68. Moodly P, Thornicroft G. Ethnic group and compulsory detention. *Med Sci Law* 1988;28:324–8.
69. Harrison G, Owens D, Holton A, Neilson D, Boot D. A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychol Med* 1988;18:643–57.
70. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1989;155:384–90.
71. Dunn J, Fahy TA. Police admissions to a psychiatric hospital. Demographic and clinical differences between ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1990;156:373–8.
72. Owens D, Harrison G, Boot D. Ethnic factors in voluntary and compulsory admissions. *Psychol Med* 1991;20:185–96.
73. Glover G, Malcolm G. The prevalence of neuroleptic treatment among West Indians and Asians in the London Borough of Newham. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:281–4.
74. Chen EY, Harrison G, Standon P. Management of the first episode of psychotic illness in Afro-Caribbean patients. *Br J Psychiatry* 1991;158:517–22.
75. Lloyd K, Moodly P. Psychotropic medication and ethnicity. An in-patient survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:95–101.
76. McGovern D, Cope R. Second generation Afro-Caribbeans and young whites with a first admission diagnosis of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:95–9.
77. Hall S. New ethnicities in race culture and difference. En: Donald J, Rattansi A, eds. *Open University Reader*, London: Sage; 1992.
78. Rwegellera GG. Differential use of psychiatric services by West Indians, West Africans and English in London. *Br J Psychiatry* 1980;137:428–32.
79. Philpot T. *Action for Children*. London: Lion Publishing PLC; 1994.
80. Hickling FW, Robertson-Hickling H, Hutchinson G. Migration and Mental Health. En: Hickling FW, Sorel E, eds. *Images of Psychiatry: The Caribbean*. Kingston, Jamaica: Department of Community Health and Psychiatry, University of the West Indies, Mona; 2005.
81. Van Os J, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollebergh W. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *Am J Psychiatry* 2003;160:477–82.
82. Van Os J. Does the urban environment cause psychosis? *Br J Psychiatry* 2004;184:287–8.
83. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia: the challenges for European psychiatry and implications for the future. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:350–7.
84. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2005;187:101–2.
85. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry*. 2003;182:71–6.
86. Luhrmann TM. Social defeat and the culture of chronicity: or, why schizophrenia does so well over there and so badly here. *Cult Med Psychiatry* 2007;31:135–72.

87. Hickling FW. The African renaissance and the struggle for mental health in the African diaspora. En: Georgiopoulos AM, Rosenbaum JR, eds. *Perspectives in Cross-Cultural Psychiatry*. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
88. Hickling FW. Grappling with British racism: a Jamaican psychiatrist's struggles with mental illness in African Caribbean people in the UK. *Jamaica Journal* 2007;30:20-9.
89. Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001;178:367-72.
90. Andreasen NC, Flaum M, Arndt S. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:615-23.

SECCIÓN IV
CONDICIONES ESPECÍFICAS
DE SALUD MENTAL

EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DEL ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Maristela G. Monteiro,¹ Paulo Telles-Dias² y Aline Inglez-Dias³

PRIMERA PARTE

EL ALCOHOL

El uso de alcohol está vinculado con más de 60 enfermedades y contribuye de manera importante a la carga de morbilidad. Entre 26 factores de riesgo evaluados en el año 2000 en la Región de las Américas, el uso de alcohol era la principal causa de morbilidad (1–3). Existen abundantes datos que demuestran que el consumo general de bebidas alcohólicas en una determinada población es un buen indicador del porcentaje de bebedores excesivos existentes y de su relación con la mortalidad por todas las causas y con la mortalidad o la discapacidad provocada específicamente por el alcohol (4). Se espera que si se logran cambios en los hábitos de la población con respecto al consumo de alcohol, disminuya la carga de morbilidad general y específica relacionada con el uso de alcohol. La comparación de los datos disponibles sobre las enfermedades con las tendencias nacionales y regionales sobre el

consumo de alcohol puede servir de instrumento de seguimiento de los cambios de políticas a nivel nacional y regional.

Existen dos aspectos del consumo de alcohol que se vinculan con la carga de morbilidad: el volumen medio de consumo y los patrones de consumo (5). El volumen medio, o consumo per cápita, se relaciona principalmente con las consecuencias a largo plazo para la salud, en particular el alcoholismo. Si bien el volumen medio también se relaciona con consecuencias agudas, como las lesiones, varios estudios indican que la capacidad de predecir tales lesiones aumenta al tomar en cuenta los patrones de consumo de bebidas alcohólicas (6). El patrón de consumo, es decir cómo, cuándo y cuánto se bebe, está también relacionado con enfermedades crónicas como la cardiopatía coronaria y la muerte súbita de origen cardíaco. Es importante poder cuantificar y vigilar estos dos aspectos del consumo de alcohol.

Hay una amplia variación en cuanto a las tasas de abstinencia entre hombres y mujeres en América Latina y el Caribe. En algunos países existen diferencias pequeñas y es alto el porcentaje de hombres y mujeres bebedores. En otros, la tasa de abstinencia es relativamente elevada en ambos sexos. En varios países se observa un consumo mayor de alcohol en los hombres; las mujeres beben relativamente menos y en pocas ocasiones al año (7). Esta in-

¹ Proyecto Tabaco, Alcohol y Abuso de Sustancias, Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

² Universidad Estatal de Rio de Janeiro, RJ, Brasil, Universidad de California, San Francisco, EUA.

³ Escuela Nacional de Salud Pública-Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

formación es crucial para comparar el consumo per cápita entre diferentes países. Cuando se tienen en cuenta las tasas de abstinencia, la cantidad media de consumo por bebedor puede ser mucho más pequeña de lo previsto.

Las tasas de prevalencia de una serie de problemas relacionados con el alcohol pueden ser determinadas mediante encuestas y vinculadas con los patrones de consumo y las cantidades o la frecuencia de la ingesta. Puede ser útil obtener información sobre los trastornos causados por el consumo de alcohol mediante el empleo de instrumentos validados, como la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT) (8), el cuestionario CAGE (9) y los criterios de diagnóstico señalados en la CIE-10 o el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV). Esta información es importante para evaluar la cobertura de los servicios de tratamiento en un determinado país y cuando se planifica la organización de sistemas de tratamiento para responder a los múltiples problemas relacionados con el uso de esta sustancia.

En el cuadro 1 se presentan las características del consumo de alcohol entre adultos en varios países de las Américas en 2002 (promedio ponderado según la población, promediado para el período 2001–2003), mientras que el cuadro 2 proporciona un resumen de las características del consumo por subregión.

La información sobre el consumo en niños y adolescentes ha sido recopilada mediante encuestas escolares patrocinadas por varios organismos, entre ellos la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). El cuadro 3 muestra algunos resultados de estas encuestas, que incluyen un número reducido de preguntas sobre el consumo de alcohol. Los resultados indican claramente que el consumo es frecuente entre niños y adolescentes, a pesar de las leyes existentes en la mayoría de los países que prohíben la venta a menores. La aceptación social del alcohol y

la embriaguez, además de la comercialización generalizada de bebidas alcohólicas entre los jóvenes, pueden explicar estos resultados.

Los análisis de los datos de mortalidad por causas relacionadas con el alcohol indican que el alcohol es responsable de la mayoría de las muertes de jóvenes de 15 a 29 años edad (10). Los datos sobre episodios de consumo excesivo de alcohol son más difíciles de comparar dadas las diferentes maneras de realizar las preguntas en las distintas encuestas. El cuadro 4 muestra los resultados de un estudio de la OPS sobre alcohol, género, cultura y daños, donde se comparan los resultados de encuestas de población general realizadas en 10 países empleando las mismas variables (7).

Los datos sobre los daños relacionados con el alcohol son aún más escasos, debido a que en la mayoría de las encuestas no se incluyen preguntas o análisis relacionados con esos daños, y los estudios sobre consecuencias perjudiciales específicas del consumo de bebidas alcohólicas son limitados (por ejemplo, conducir bajo la influencia del alcohol o la concurrencia a los servicios de urgencias). En el mismo estudio de la OPS mencionado se presentan los datos sobre agresiones y lesiones producidas después de ingerir bebidas alcohólicas (Cuadro 5). Se observa una amplia variación entre los distintos países, aunque las prevalencias son relativamente altas y compatibles con los cálculos sobre hábitos de consumo en los mismos países.

Un análisis realizado en el año 2000 sobre las repercusiones del consumo de alcohol como factor de riesgo sobre la mortalidad y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), indicó que el alcohol era el principal factor de riesgo en todos los países de América Latina y el Caribe (3). En el cuadro 6 se presentan los 10 principales factores de riesgo por subregión. En 2002, el alcohol causó aproximadamente 323.000 muertes, 6,5 millones de años de vida perdidos (AVP) y 14,6 millones de AVAD en la Región (11).

DISCUSIÓN

A pesar de las grandes variaciones subregionales con respecto al consumo per cápita, el valor medio ponderado según la población en las

CUADRO 1. Exposición al alcohol y características económicas en países seleccionados de las Américas, 2002.

País (Clasificación OMS) ^a	Consumo per cápita ^b	Consumo no registrado ^c	Patrones de consumo ^d	Abstemios (%)		Consumo per cápita por bebedor ^e	PIB per cápita ^f	PIB per cápita en PPA ^g	Población de 15 años y mayor (en miles)
				Hombres	Mujeres				
Argentina (B)	10,5	2,0	2	9	26	12,8	6.453	10.134	27.331
Barbados (B)	7,0	-0,5	2	29	70	14,1	9.176	14.716	214
Belice (B)	8,6	2,0	4	24	44	13,0	3.429	6.337	156
Bolivia (D)	6,34	3,0	3	24	45	9,7	1.012	2.403	5.276
Brasil (B)	8,8	3,0	3	13	31	11,3	3.560	7.480	127.516
Canadá (A)	9,8	2,0	2	18	26	12,5	23.950	28.155	25.516
Chile (B)	8,8	2,0	3	22	29	11,9	5.089	9.432	11.569
Colombia (B)	7,8	2,0	3	5	21	8,9	1.977	6.243	29.554
Costa Rica (B)	7,7	2,0	3	33	66	15,1	4.208	8.454	2.852
Cuba (A)	4,5	2,0	2	29	70	9,0	... ^h	...	8.915
Ecuador (D)	7,2	5,4	3	41	67	15,7	1.353	3.402	8.407
El Salvador (B)	5,6	2,0	4	9	38	...	2.128	4.727	4.243
EE.UU. (A)	9,6	1,0	2	34	54	17,2	34.789	34.430	228.220
Guatemala (D)	3,8	2,0	4	49	84	11,5	1.683	3.903	6.582
Guayana (B)	5,9	2,0	3	20	40	8,5	961	4.111	523
Haití (D)	7,5	0,0	2	58	62	18,8	470	1.663	4.967
Honduras (B)	4,7	2,0	4	72	84	21,4	921	2.515	3.992
Jamaica (B)	3,9	2,0	2	38	61	7,8	2.904	3.548	1.767
México (B)	6,5	1,8	4	36	65	13,2	5.806	8.798	69.336
Nicaragua (D)	3,6	1,0	4	12	50	5,2	769	3.098	3.057
Paraguay (B)	5,3	1,5	3	9	33	6,6	1.445	4.490	3.512
Perú (D)	9,9	5,9	3	20	29	13,1	2.085	4.820	17.761
República Dominicana (B)	7,5	1,0	2	12	35	9,7	2.481	6.682	5.617
Surinam (B)	6,2	0,0	3	30	55	...	2.216	...	302
Trinidad y Tabago (B)	4,3	0,0	2	29	70	8,7	6.689	9.234	991
Uruguay (B)	9,8	2,0	3	25	43	14,9	5.137	7.474	2.557
Venezuela (B)	9,0	2,0	3	19	39	12,7	4.377	5.259	17.072

^a Subgrupos regionales definidos por la Organización Mundial de la Salud = A, B, D. AMR A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América. AMR B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Grenada, Guayana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. AMR D: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú.

^b En litros de alcohol puro incluido el consumo no registrado.

^c En litros de alcohol puro.

^d Puntaje de consumo de riesgo (1= menos perjudicial; 4 = más perjudicial) (para mayor explicación, véase el texto).

^e Consumo per cápita por bebedor en litros de alcohol puro, incluido el consumo no registrado.

^f Producto Interno Bruto en dólares de los Estados Unidos.

^g Paridad de poder adquisitivo (PPA) en dólares internacionales.

^h Sin información.

Fuente: Base de datos global de la OMS.

Américas es de 8,9 litros de alcohol, muy por encima del promedio mundial de 5,8 litros per cápita (3). Además, los episodios de consumo excesivo ocasional son muy frecuentes y conducen a un patrón de consumo de alcohol que es nocivo para la salud. Esto se traduce en problemas agudos de salud, como las lesiones intencionales y no intencionales, en particular homicidios, accidentes de tránsito, violencia, ahogamientos y suicidios. Al mismo tiempo, una proporción importante de la población con

trastornos por consumo de alcohol, en particular la dependencia, sufre problemas de salud crónicos que dan como resultado muchos años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) y que representan más de 50% del total de la carga de morbilidad relacionada con esta sustancia. Se calcula que más de 30 millones de personas cumplieron los criterios de diagnóstico de trastornos por el consumo de alcohol en América Latina y el Caribe, de las cuales 75% no recibieron ningún tipo de atención (12).

CUADRO 2. Características del consumo de alcohol en las subregiones OMS^a de las Américas, 2002.

Subgrupos regionales	Población adulta (en miles)	Porcentaje de abstemios		Consumo de alcohol ^b	Consumo no registrado	Valor del patrón	Bebida registrada más consumida
		H	M				
AMR A	262.651	32	52	9,4	1,1	2,0	Cerveza (59%)
Estados Unidos de América	228.220	37	54	9,6	1,0	2	Cerveza (61%)
AMR B	311.514	18	39	8,4	2,6	3,1	Cerveza (59%)
Brasil	127.411	13	31	8,8	3,0	3	Cerveza (59%)
México	69.336	35	64	7,7	3,0	4	Cerveza (77%)
AMR D	46.049	32	51	7,4	4,0	3,1	Licores y cerveza (50% cada uno)
Perú	17.761	20	27	9,9	5,9	3	Cerveza (88%)
Total AMR	620.213	25	45	8,7	2,1	2,6	Cerveza (58%)
Total mundial	4.388.297	45	66	6,2	1,7	2,6	Licores (55%)

^a Subgrupos regionales definidos por la Organización Mundial de la Salud: AMR A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América. AMR B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Grenada, Guayana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela. AMR D: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú.

^b Consumo per cápita de adultos (edad 15+) para el año 2002 en litros de alcohol puro, derivado del promedio de consumo anual de 2001 a 2003, incluyendo el consumo no registrado.

Fuentes: las cifras pueden derivarse de la FAO, World Drink Trends, o de la base de datos global de la OMS, dependiendo de su disponibilidad y exactitud.

La mayor parte de la carga de morbilidad relacionada con el consumo de alcohol en las Américas (77,4%) corresponde a la población de 15 a 44 años, lo que indica que se están perdiendo los años de vida más activos y productivos a causa de un factor prevenible (3). El desarrollo socioeconómico tiende a asociarse con niveles más altos de consumo, ya que las personas con más ingresos gastan más en bebidas alcohólicas. Para quienes viven en la pobreza, este tipo de gasto puede arruinar las finanzas de la familia y sus oportunidades de conseguir mejor educación, vivienda, nutrición, salud y acceso a otros bienes y servicios (13).

La ausencia de políticas nacionales eficaces es una importante barrera para lograr el cambio de la situación actual. El público está en gran medida desinformado acerca de lo que es adecuado y muy frecuentemente, cuando se proponen medidas de control, cree que corren peligro sus libertades personales. Las tendencias nacionales e internacionales pueden constituir información fundamental para los grupos de interés, el cuerpo legislativo y el público en la promoción de estrategias eficaces. Es necesario seguir mejorando la base de conoci-

mientos acerca del consumo de alcohol y los hábitos de consumo, usar indicadores estandarizados y recopilar información sistemática por edad y por sexo en los países desarrollados y en desarrollo (1).

SEGUNDA PARTE

OTRAS SUSTANCIAS

En las Américas, el consumo de drogas ilícitas fue clasificado en el año 2000 como el octavo factor principal de riesgo, en términos de AVAD (3). En comparación con la bibliografía relativamente extensa acerca de los efectos del consumo de tabaco y alcohol, se conoce muy poco sobre los efectos nocivos a la salud que ocasiona el consumo de drogas ilícitas. La marihuana es la droga ilícita más ampliamente usada en las Américas (aproximadamente 37,6 millones de usuarios; 162 millones de personas en el mundo); seguida de la cocaína (8,6 millones de usuarios; 14,3 millones en el mundo), la Anfetamina (5,7 millones de usuarios; 25 millones en el mundo) y el éxtasis (2,7 millones de usuarios; 10 millones en el mundo). Se calcula

CUADRO 3. Consumo de alcohol (%) entre jóvenes escolares (14–17 años de edad) en países seleccionados de las Américas, 2001–2005.

País	Género	Uso durante la vida	Uso en el año anterior	Uso en el mes anterior
Argentina	Mujeres	62,3	50,0	42,0
	Hombres	65,7	56,6	46,0
	Total	59,0	53,0	42,2
Bolivia	Mujeres	34,0	22,7	13,7
	Hombres	44,3	30,9	19,3
	Total	39,0	26,7	16,4
Brasil	Mujeres	70,3	68,8	48,3
	Hombres	68,4	66,2	47,8
	Total	69,3	67,4	48,0
Colombia	Mujeres	74,2	63,1	19,0
	Hombres	79,1	68,4	55,3
	Total	76,4	65,4	51,9
Chile	Mujeres	69,5	59,2	40,2
	Hombres	66,8	54,6	40,2
	Total	68,1	56,9	40,1
Ecuador	Mujeres	58,0	39,8	25,3
	Hombres	63,3	43,7	30,9
	Total	60,5	41,7	28,0
Guatemala	Mujeres	47,9	27,7	13,3
	Hombres	53,9	34,4	19,3
	Total	50,5	30,6	15,8
México	Mujeres	46,0	... ^a	35,2
	Hombres	45,8	...	35,1
	Total	45,9	...	35,2
Nicaragua	Mujeres	53,6	32,3	16,0
	Hombres	65,7	44,3	26,1
	Total	59,0	37,7	20,5
Panamá	Mujeres	63,7	43,8	27,2
	Hombres	63,9	46,7	31,0
	Total	63,8	45,2	28,8
Paraguay	Mujeres	60,8	49,0	40,0
	Hombres	58,7	18,1	40,4
	Total	59,8	18,6	40,0
Perú	Mujeres	47,2	35,0	23,2
	Hombres	65,2	40,1	28,6
	Total	59,0	37,5	25,9
Uruguay	Mujeres	77,1	65,3	48,2
	Hombres	79,4	68,9	52,5
	Total	78,2	67,0	50,1
Venezuela	Mujeres	63,1	42,8	23,1
	Hombres	68,2	49,4	27,8
	Total	65,6	45,9	25,4

^a Sin información.

Fuentes: Brasil: SENAD (Secretaría Nacional Antidrogas); México: Villatoro JA, Medina-Mora ME, Hernández Váldez M, Fleiz CM, Amador NG, Bermúdez P. La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2005; 28(1):38–51(43); otros países: encuestas escolares CICAD.

que el número de usuarios de opiáceos en las Américas es de alrededor de 2,1 millones (unos 16 millones en el mundo), de los cuales 1,5 millones son usuarios de heroína (11 millones en el mundo) (14). El capítulo no incluye información sobre el uso de tabaco.

Estudios de prevalencia y su impacto sobre la salud

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) calcula todos los años la prevalencia del uso de drogas ilícitas

CUADRO 4. Prevalencia de episodios de consumo intenso de alcohol entre mujeres y hombres adultos en países seleccionados de las Américas.

País	General (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Argentina	30,07	55,52	9,62
Belice	22,86	38,17	8,86
Brasil (I)	26,29	36,12	18,48
Brasil (II)	31,00	35,64	10,36
Canadá	48,26	63,45	36,65
Costa Rica	22,51	33,98	11,29
EE.UU.	26,93	37,87	16,80
México	28,54	56,60	9,04
Nicaragua	16,8	40,23	6,64
Perú	37,2	59,06	26,11
Uruguay	18,40	36,70	7,37

Nota: Se determinó el consumo episódico intenso como tener por lo menos un episodio de consumo de al menos cinco tragos en una sola sesión durante el año anterior.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas. Reporte final del Estudio Multicéntrico OPS.

en cada país basándose en estudios locales, estudios especiales de grupos de población y evaluaciones de organismos de aplicación de la ley o mediante cálculos tentativos. El consumo de drogas ilícitas en las Américas en 2007 se obtuvo principalmente a partir de los informes anuales enviados por los gobiernos a la ONUDD, complementados con otras fuentes cuando fue necesario y se dispuso de ellas.

Los detalles sobre la metodología utilizada para elaborar el documento se describen en el Informe Mundial sobre las Drogas 2007 (14).

Las variaciones en la calidad y la cantidad de los datos disponibles crean graves problemas para la evaluación de la mortalidad y la carga de morbilidad atribuibles al uso de drogas ilícitas. Los cálculos sencillos de prevalencia, como la prevalencia anual, determinan la proporción de la población que alguna vez ha usado una droga ilícita y que probablemente corra un riesgo medio bajo, ya que puede incluir una única ocasión de consumo o un uso poco frecuente. En consecuencia, la mayoría de los hábitos comunes de uso informados en las encuestas de población están asociados a un aumento pequeño de la mortalidad o la carga de morbilidad (15).

La carga de morbilidad y los riesgos de mortalidad causados por el consumo de drogas ilícitas se vuelven mayores cuando se incrementa la frecuencia y la cantidad del consumo (16). En consecuencia, para contar con estimaciones más exactas de la carga de morbilidad atribuible a las mismas, es necesario calcular la prevalencia de los hábitos de consumo de aquellas más peligrosas. Esos hábitos presentan una prevalencia más alta en poblaciones marginalizadas u "ocultas" (ya que el uso de drogas ilícitas es un delito en casi todos los países), y

CUADRO 5. Prevalencia de agresiones y lesiones después de haber bebido, por país y género.

País	Prevalencia de agresiones (%)		Prevalencia de lesiones (%)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Argentina	8,41	1,83	9,24	0,94
Belice	11,94	4,83	4,06	0,98
Brasil (I)	9,90	2,99	4,88	1,40
Brasil (II)	32,88	33,41	34,75	0,00
Canadá	4,41	1,20	6,39	2,59
Costa Rica	23,52	6,22	6,69	2,60
EE.UU. (II)	21,72	8,68	10,27	2,36
México	5,68	0,49	7,17	0,62
Nicaragua	26,53	18,00	12,93	6,00
Perú	10,97	2,23	4,80	0,00
Uruguay	4,59	0,80	3,61	0,53

Nota: Se determinó el consumo episódico intenso como tener por lo menos un episodio de consumo de al menos cinco tragos en una sola sesión durante el año anterior.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas. Reporte final del Estudio Multicéntrico OPS.

CUADRO 6. Principales factores de riesgo para la carga de morbilidad en las diferentes subregiones OMS^a de las Américas, clasificadas por porcentaje de años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD), atribuibles a cada factor, 2000.

América (D) (Alta mortalidad infantil y adulta)		América (B) (Baja mortalidad infantil y adulta)		América (A) (Muy baja mortalidad infantil y adulta)	
AVAD totales (miles)	17.052	AVAD totales (miles)	80.437	AVAD totales (miles)	46.284
Alcohol	5,5	Alcohol	11,4	Tabaquismo	13,3
Bajo peso	5,3	Sobrepeso	4,2	Alcohol	7,8
Sexo no seguro	4,8	Hipertensión arterial	4,0	Sobrepeso	7,5
Agua y servicios sanitarios no seguros	4,3	Tabaquismo	3,7	Hipertensión arterial	6,0
Sobrepeso	2,4	Colesterol	2,3	Colesterol	5,3
Hipertensión arterial	2,2	Sexo no seguro	2,1	Baja ingesta de frutas y verduras	2,9
Deficiencia de hierro	1,9	Exposición a plomo	2,1	Inactividad física	2,7
Humo de interiores	1,9	Baja ingesta de frutas y verduras	1,8	Drogas ilícitas	2,6
Colesterol	1,1	Agua y servicios sanitarios no seguros	1,6	Sexo no seguro	1,1
Baja ingesta de frutas y verduras	0,8	Inactividad física	1,4	Deficiencia de hierro	1,0

^a Las subagrupaciones regionales utilizadas fueron definidas por la OMS, basándose en niveles altos, medios o bajos de mortalidad adulta e infantil. América A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América; América B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela; América D: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú.

entre los consumidores frecuentes de drogas inyectables (a diario o casi a diario) y que lo han hecho durante años. Este hábito de consumo expone altamente a los usuarios a una sobredosis mortal (17) y a contraer enfermedades virales transmitidas por sangre (18).

Definir la variable de interés es difícil debido a las deficiencias que presentan los datos sobre el consumo de drogas ilícitas recopilados por los países y a los desacuerdos sobre lo que constituye un consumo de drogas problemático. En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2004 (15) se expone con más detalle qué se entiende por "consumo problemático de drogas". Este informe adoptó la definición elaborada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, que lo describe como "consumo de drogas inyectables o consumo por un tiempo prolongado o sistemático de opiáceos, cocaína o anfetaminas" (19).

La muerte prematura atribuible al consumo de drogas ilícitas se relaciona directamente con los hábitos de consumo. Los datos probatorios de estas causas provienen de los estudios sobre defunciones prematuras en los estudios de co-

hortes. Los usuarios de drogas ilícitas presentan, por comparación con sus coetáneos que no las usan, tasas elevadas de cuatro causas principales de muerte prematura: la sobredosis de drogas, la infección por VIH/sida, el suicidio y las lesiones (15). La contribución del consumo de drogas ilícitas a la carga de morbilidad no se agota con la muerte prematura. Las causas principales de muerte prematura probablemente también provocan una morbilidad sustancial. La drogodependencia es también una causa de discapacidades, como las infecciones por el virus de la hepatitis B y C (sumamente frecuentes entre los consumidores de drogas inyectables). Sin embargo, la carga de morbilidad resultante del consumo de drogas ilícitas es difícil de cuantificar y probablemente sea en gran medida subestimada (15). Un análisis de los costos económicos del consumo de drogas (20) mostró que los costos de la mortalidad atribuible al consumo de drogas en los Estados Unidos fueron apenas una fracción de los atribuibles a la morbilidad en términos de gastos de atención de salud y deterioro de la productividad. La sobredosis no mortal, el

sida, la hepatitis B y C, el intento de suicidio, las lesiones (por accidentes automovilísticos) y los trastornos psiquiátricos (como la dependencia) son algunos de los resultados principales del consumo de drogas ilícitas, que pueden generar una considerable morbilidad. En otro trabajo se describen los detalles de los procedimientos empleados para determinar la mortalidad y la carga de morbilidad causadas por el consumo de este tipo de drogas (15).

En el cuadro 7 se resumen los cálculos de la ONUDD, con respecto a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (opiáceos, cocaína, cannabis, anfetaminas y éxtasis) en los países de las Américas (14).

El cuadro 8 muestra la prevalencia estimada del consumo problemático de drogas ilícitas (por consiguiente, más vinculado con una carga de morbilidad) por subregión en los últimos 12 meses, en personas mayores de 15 años, según datos de una encuesta del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Un estudio realizado en México en 2006 (21) muestra que 10,4% de la población urbana adulta (5,2 millones) había usado sustancias ilícitas en algún momento de la vida; la tasa correspondiente a los hombres era aproximadamente cinco veces superior a la de las mujeres (18,2% y 3,6%, respectivamente). La prevalencia general del consumo de drogas en los últimos 12 meses era de 2,3% (3,5% para los hombres y 1,2% para las mujeres). Era más probable que los hombres de 18 a 29 años de edad informaran acerca del consumo, con tasas de 25,0% para el consumo en el curso de la vida y de 6,4% en los últimos 12 meses (21).

Una encuesta nacional realizada en Chile en 2004, por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (22) entre la población general de 12 a 64 años (8,7 millones), mostró una prevalencia del consumo de drogas ilícitas en el último año de 5,8%. El consumo fue más frecuente en los jóvenes (15–35 años), con una prevalencia en el último año de alrededor de 11%.

En Colombia, una encuesta transversal con estudiantes de escuelas secundarias (edad media de 15,9 años), reveló una prevalencia del consumo de sustancias lícitas (sin incluir

el alcohol y el tabaco) a lo largo de la vida de 13,2% y de 4,5% en el último año, y una prevalencia del consumo de drogas ilícitas a lo largo de la vida de 13,7% y de 6,6% en el último año. Los resultados mostraron un aumento de la prevalencia desde 1996 y 1997 a 2004, especialmente del consumo de tranquilizantes (benzodiazepinas) entre las mujeres y del uso de inhalantes entre los hombres (23).

Un estudio epidemiológico multinacional llevado a cabo entre 1999 y 2000 en estudiantes de escuelas secundarias de siete países de América Latina para calcular la existencia y la concentración del consumo de drogas en las escuelas, demostró que las drogas más frecuentemente usadas eran la marihuana o algún inhalante, como los pegamentos, la gasolina o el diésel (24).

VISIÓN GENERAL SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE LAS PRINCIPALES DROGAS ILÍCITAS EN LAS AMÉRICAS Y SOBRE EL USO INYECTABLE DE DROGAS

Consumo de opiáceos

Los Estados Unidos representan el mayor mercado para los opiáceos en las Américas, con cerca de 1,2 millones de usuarios de heroína (0,6% de la población de 15 a 64 años de edad); estas cifras están basadas en cálculos de usuarios crónicos y eventuales en el año 2000. Sin embargo, los datos sobre tendencias indican que el consumo de heroína ha descendido desde ese año. Según los resultados de encuestas domiciliarias, el número de usuarios de heroína disminuyó de 400.000 en 2002 a 380.000 en 2005 (0,2% de la población general de 12 años y más). Esta tendencia también se refleja en los resultados de encuestas escolares en los Estados Unidos y Canadá, que indicaron que el consumo de heroína está descendiendo después de los aumentos observados en los años noventa. En los Estados Unidos, la prevalencia anual del consumo de heroína en estudiantes de 12.º grado descendió de 1,5% a 0,8% entre 2000 y 2005–2006 (14).

CUADRO 7. Prevalencia anual del uso de drogas en los últimos 12 meses como porcentaje de la población de 15 a 64 años de edad (salvo cuando se indique una edad distinta).

	Opiáceos	Cocaína	Cannabis	Anfetaminas	Éxtasis
América Central					
Belice	... ^a	0,7 (2002) ^b	6,7 (2003) ^b	...	0,2 (2003) ^b
Costa Rica	0,1 ^b	0,4 (2000) 12-70	1,3 (2000/1) 12-70	1,0 (2000)	...
El Salvador	0,4 (2004) ^b	2,5 (2004) ^b	5,0 (2004) 12-45	0,6 (2003) ^b	0,1 (2003) ^b
Guatemala	0,21	1,2 (2003) ^b	9,1 (2003)	0,7 (2003) ^b	0,2 (2003) ^b
Honduras	0,1 (1995)	0,9 (2005) 12-35	1,6 (2002) ^b	0,6 (2003)	0,2 (2003) ^b
Nicaragua	...	1,0 (2003) ^b	2,2 (2002) ^b	0,8 (2003) ^b	0,1 (2003) ^b
Panamá	0,2 ^c	1,2 (2003) 12-65	4,0 (2003) ^b	0,6 (2003) ^b	0,4 (2003) ^b
América del Norte					
Canadá	0,4 (2000) 18+	2,3 (2004)	16,8 (2004) 15-64	0,8 (2004)	1,1 (2004)
Estados Unidos	0,6 (2000)	2,8 (2004)	12,6 (2004) 15-64	1,5 (2004)	1,0 (2004) 15-64
México	0,1 (2000)	0,4 (2002) 12-65	1,3 (2002) 15-65	0,1 (2002)	0,01 (2002)
América del Sur					
Argentina	0,1 (2004)	0,3 (2004) 16-64	1,9 (2004) 16-65	0,4 (2001) ^b	0,1 (2004)
Bolivia	0,04 ^c	1,9 (2005) 12-50	3,2 (2005) 12-50	0,1 (1998) ^b	...
Brasil	0,6 (2001) 12-65	0,4 (2001) 12-64	1,0 (2001) 12-65	0,3 (2001) 12-65	...
Colombia	0,1 (2004) ^b	0,8 (2003) 18-65	1,9 (2003) 18-65	0,2 (2001) ^b	0,3 (2001) ^b
Chile	0,2 (2004)	1,8 (2004)	5,6 (2004)	0,4 (2004)	0,1 (2002)
Ecuador	0,1 (1999) ^b	0,9 (1995)	3,0 (2002) ^b	0,3 (2003) ^b	0,3 (2003) ^b
Guyana	...	...	2,6 (2002) ^b	...	0,1 (2002) ^b
Paraguay	...	0,7 (2003) 12-65	0,5 (2003) 12-65	0,7 (2003) ^b	0,1 (2003) ^b
Perú	...	0,7 (2002)	1,8 (2002) 12-64	0,1 (1998) ^b	0,1 (2002)
Suriname	0,02 (1996)	0,5 (2002) ^b	2,0 (2002) ^b	0,6 (2002) ^b	0,1 (2002) ^b
Uruguay	0,2 (2003) ^b	0,3 (2001)	1,5 (2001) 13-64	0,1 (2004)	0,1 (2003) ^b
Venezuela	0,1 (2003) ^b	1,1 (2001) ^b	3,3 (2002) ^b	0,6 (2002) ^b	0,2 (2001) ^b
Caribe					
Antigua y Barbuda	0,05 (2000)	0,1 (2000)	...	...	...
Aruba	...	1,3 (1997) ^b	...	...	...
Bahamas	0,2 (2003) ^b	0,8 (2001) ^b	4,7 (2003) ^b	0,3 (2003) ^b	0,1 (2003) ^b
Barbados	0,01 ^c	1,0 (2002) ^b	7,3 (2002) ^b	0,2 (2002) ^b	0,3 (2002) ^b
Granada	...	0,9 (2003) ^b	6,7 (2003) ^b	...	...
Haití	...	0,3 (2000)	16,1 (2000) ^b	...	...
Islas Caimán	...	0,6 (2000) ^b	...	...	...
Islas Turcas	...	0,7 (2002) ^b	...	0,3 (2003) ^b	0,7 (2003) ^b
Jamaica	...	0,9 (2001) ^b	10,7 (2001) ^b	...	...
República Dominicana	0,1 (2001) ^c 12-70	0,9 (2000) 12-70	1,9 (2000)	1,1 (2003) ^b	0,2 (2000) ^b
San Vicente	...	0,7 (2002) ^b	...	...	...
Santa Lucía	...	1,0 (2002) ^b	...	...	...

^a Sin información.^b Estimados basados en estudios locales, estudios grupales sobre población especial y evaluaciones de agencias de aplicación de la ley.^c Estimados tentativos.**Nota:** El año de referencia es el 2005, salvo cuando se indique un año distinto.**Fuentes:** Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Cuestionarios de los informes anuales; Informes gubernamentales; Departamento de Estado de los Estados Unidos, Observatorio Europeo de Drogas.

En América del Sur, el país considerado el mayor mercado para los opiáceos es el Brasil. Según los resultados de la encuesta domiciliaria efectuada en 2005, 600.000 personas informaron haberlos consumido a lo largo de la vida, lo que representa 0,5% de la población

general de 12 a 65 años. Este mercado corresponde en gran parte al consumo de opiáceos sintéticos; la tasa de prevalencia del consumo de heroína es inferior a 0,05% (14). En una encuesta domiciliaria que incluyó las 107 ciudades brasileñas más grandes (con 41,3% del

CUADRO 8. Prevalencia del uso problemático de drogas ilícitas en los últimos 12 meses entre personas >15 años de edad, por subregión (prevalencia estimada derivada).^a

Subregión ^b	Población >15 años (en miles)	Consumo de opiáceos	Consumo de cocaína	Consumo de anfetaminas
AMR A	255.420	0,13	0,78	0,20
AMR B	297.625	0,03	0,24	0,20
AMR D	44.658	0,07	0,43	0,11

^a Algunos estimados están basados en datos provenientes de un reducido número de países en la subregión.

^b Subgrupos regionales definidos por la Organización Mundial de la Salud.

AMR A: Canadá, Cuba, Estados Unidos de América; AMR B: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guayana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela; AMRD: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú.

Fuente: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000.

total de habitantes del país), la prevalencia a lo largo de la vida calculada para el consumo de heroína fue de 0,1% (estimado de baja precisión) y para los opiáceos, de 1,4% (25).

La heroína es la sustancia más frecuentemente usada por los usuarios de drogas inyectables mexicanos. El aumento del cultivo de la adormidera, los precios más bajos de la heroína llamada "goma" y la mayor seguridad en los cruces de la frontera entre México y los Estados Unidos, quizá sean factores contribuyentes al consumo de esta sustancia, especialmente en las ciudades fronterizas (26). Gran parte de esos usuarios se inyectan la droga y participan en prácticas que conllevan un alto riesgo de infección por virus transmitidos por la sangre, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis. También comienzan a aparecer casos de consumo de heroína en otras partes del país (27). En un estudio realizado en 2000 en un establecimiento carcelario de Ciudad Juárez, la prevalencia del consumo de drogas a lo largo de la vida entre los internos era de 69,8% (IC de 95%, 64,7–71,9); de este grupo, 26,4% (IC de 95%, 23,3–28,9) señalaron que habían consumido heroína en los últimos seis meses (28).

Consumo de cocaína

Los resultados de una encuesta nacional realizada en 2004 en Chile por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (22), revela-

ron que la prevalencia del consumo de clorhidrato de cocaína y de pasta de cocaína a lo largo de la vida era de 1,3% y 0,6%, respectivamente. En la población carcelaria las cifras eran de 57% para la cocaína en pasta y de 44% para el clorhidrato de cocaína. Uno de cada cuatro internos informó consumo frecuente de pasta de cocaína y uno de cada diez, de clorhidrato de cocaína; 5% señaló que se inyectaba drogas. Entre los estudiantes, la prevalencia en el último año era de 2,6% para la pasta de cocaína y de 2,9% para el clorhidrato de cocaína. Después del aumento ocurrido durante los años noventa, se observaron disminuciones pequeñas del consumo de cocaína en las encuestas domiciliarias anuales efectuadas entre 2000 y 2004. La prevalencia anual en la población general cayó de 1,9% en 2000 a 1,7% en 2004. Si solo se considera el clorhidrato de cocaína, la disminución fue de 1,5% en 2000 a 1,3% en 2004. El consumo general de cocaína parece haberse estabilizado en Chile. Los resultados de encuestas escolares también revelaron un nivel básicamente estable durante 2001–2005.

En México, las tasas de consumo de cocaína en la población urbana, registradas en los 12 meses anteriores a las Encuestas Nacionales de Adicciones, aumentaron de 0,18% en 1988 a 0,45% en 1998 y se nivelaron a 0,38% en 2002 (21). El estudio reveló que las diferencias regionales son muy marcadas. Las tasas más altas de prevalencia se encontraron en los estados del norte (3,1% a lo largo de la vida), en

particular en los que lindaban con los Estados Unidos. En la región del centro fueron bajas (0,7%), al igual que en el sur del país (0,5%).

Una encuesta domiciliaria nacional realizada en el Brasil reveló que la prevalencia del consumo de clorhidrato de cocaína a lo largo de la vida era de 2,3% y de crack, de 0,4% (25). En São Paulo, el más grande centro metropolitano del país, un estudio realizado con consumidores de drogas tratados en hospitales psiquiátricos públicos encontró que la prevalencia del consumo de cocaína inhalada a lo largo de la vida era de 29,8% y de crack, de 38,4%. Era más probable que los fumadores de crack tuvieran un bajo nivel educativo, no tuvieran empleo ni hogar, hubieran estado más frecuentemente en prisión y consumieran cantidades mayores de droga. Los usuarios de crack también declararon con más frecuencia que habían usado drogas mientras estaban en la cárcel (29). En otro estudio llevado a cabo en un centro para rehabilitación juvenil de São Paulo, 57% de los adolescentes informaron sobre consumo de cocaína a lo largo de la vida y 42% señalaron que habían consumido crack (30). Las encuestas realizadas en las escuelas revelaron un consumo estable de cocaína durante 1997–2004 (31). El análisis de la distribución regional del consumo de cocaína en el Brasil demuestra que las regiones del sudeste y del sur son las más afectadas, mientras que en el norte y nordeste el consumo es más moderado (14).

En un estudio epidemiológico multinacional (24) llevado a cabo en siete países de América Central y el Caribe con jóvenes escolares, los cálculos de la incidencia acumulada del consumo de crack y pasta de cocaína variaron desde menos de 1% en Panamá, a entre 1% y 2% en los otros países participantes (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana).

Según una encuesta realizada entre estudiantes de Colombia (23), las tasas de prevalencia del consumo de cocaína entre 1997 y 2004 eran estables, con una prevalencia del consumo a lo largo de la vida de 2,7% en 1997 y de 2,8% en 2004; una prevalencia en el último año de 2,2% en 1997 y de 2,3% en 2004; una pre-

valencia en el último mes de 1,8% en 1997 y de 1,8% en 2004 y una prevalencia en la última semana de 1,2% en 1997 y de 1,1% en 2004. En este último año, la prevalencia del consumo de basuco (pasta de cocaína) era de 1,5% a lo largo de la vida, de 1,3% en el último año, de 1,2% en el último mes y de 0,7% en la última semana.

Otra encuesta realizada en el año 2006 entre estudiantes de escuelas secundarias en nueve países sudamericanos (32) mostró que las tasas más altas de consumo de cocaína y de pasta base en los últimos 12 meses correspondieron a Argentina (2,5% y 1,6%, respectivamente) y Chile (2,4% y 2,1%), seguidos del Brasil (1,7% para el consumo de cocaína; no hay datos sobre pasta base), Colombia (1,7% y 1,3%), Uruguay (1,4% y 0,6%), Ecuador (1,2% y 0,8%), Perú (1,0% y 0,8%), Bolivia (0,9% y 0,8%) y Paraguay (0,6% y 0,5%). Se encontraron niveles bastante altos de consumo de CLH de cocaína en Argentina (prevalencia de 4,6% a lo largo de la vida en estudiantes de 15 a 16 años) y Chile (4,3%), seguidos de Uruguay y Ecuador. Los niveles más bajos fueron informados por Paraguay (1,1%). En los tres países andinos, los niveles de consumo de cocaína en los estudiantes secundarios resultaron ser muy similares (1,9% a 2%), con niveles solo marginalmente más altos notificados por Colombia. Los niveles más altos de consumo de cocaína base o pasta base se registraron en Argentina, Bolivia y Chile.

Finalmente, en un estudio realizado en el Ecuador (33) entre estudiantes universitarios, cuya edad promedio era de 20 años, el consumo de cocaína mostraba una prevalencia a lo largo de la vida de 1,7%, similar a la observada en 1996–1997.

Consumo de cannabis

En el estudio epidemiológico multinacional (24) llevado a cabo en siete países de América Central y el Caribe (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana), se estimó que entre 4% y 5% de los jóvenes habían consumido marihuana en al menos una ocasión. Según

la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 en México (21), el cannabis era la droga de mayor consumo, con tasas que mostraron una disminución casi insignificante: 1,21% en 1988, 1,03% en 1998 y 0,61% en 2002.

La encuesta nacional efectuada en 2004 en Chile por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (22) mostró que la prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida era de 5,3% (la droga ilícita usada con mayor frecuencia). En la población carcelaria, la cifra era de 88%. En los estudiantes, la prevalencia en el último año era de 15,2%. En Colombia, según la encuesta entre estudiantes anteriormente mencionada (23), el cannabis era la sustancia ilícita usada con mayor frecuencia, con una prevalencia de consumo de alrededor de 5,5% a lo largo de la vida (alrededor de 4,4% en el último año, 3,4% en el último mes y 2,3% en la última semana). El consumo de cannabis en el último año subió de 1,5% a 4,4% entre 1996–1997 y 2004.

En el Brasil, la prevalencia anual del consumo de cannabis aumentó de 1% en 2001 a 2,6% en 2005; la prevalencia a lo largo de la vida en 2005 era de 6,9% (34). En el estudio llevado a cabo en un centro para rehabilitación juvenil en São Paulo, 83% de los adolescentes informaron que habían consumido marihuana a lo largo de la vida (30). En el estudio realizado en el Ecuador entre estudiantes universitarios de edad promedio 20 años, el cannabis era la droga ilícita más consumida, con una prevalencia a lo largo de la vida de 3% (33).

El cannabis era la droga ilícita con la más alta prevalencia de consumo en los estudiantes de escuelas secundarias de nueve países sudamericanos (32), con excepción del Brasil, donde era mayor la prevalencia del consumo de solventes. Chile presentó la más alta prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses (12,7%), seguido de Uruguay (8,5%), Colombia (7,1%), Argentina (6,7%), Brasil (5,1%), Ecuador (3,6%), Paraguay (2,7%), Perú (2,6%) y Bolivia (2,3%).

El consumo de cannabis por estudiantes de 12.º grado en los Estados Unidos descendió 18% entre 1997 y 2006 y es considerablemente

menor (29% más bajo) que el informado hace tres decenios. También se observó una marcada disminución en estudiantes de escuelas secundarias de Ontario, Canadá (19% entre 2003 y 2005) y una disminución del consumo en la población general. Los datos de encuestas domiciliarias de la población general indicaron que en los Estados Unidos el consumo de esta sustancia descendió de 11% en 2002 a 10,4% en 2005 (35). En comparación con el valor máximo alcanzado en 1979 (16,6%) (36), el consumo de cannabis se redujo en 37%.

Uso de drogas inyectables

Aunque son escasos los estudios epidemiológicos sobre el uso de drogas inyectables (UDI) y crack en América Latina y el Caribe, un creciente cúmulo de pruebas muestra el impacto que tiene este comportamiento en la salud pública, especialmente con relación al VIH y al virus de la hepatitis C (VHC). Mientras que el UDI está estrechamente relacionado con la epidemia de infección por el VIH en algunos países (Argentina, Bahamas, Bermuda, Brasil, Guayana Francesa, Haití y Puerto Rico), su participación en la epidemia es aparentemente insignificante en la mayoría de los demás países (37). El crack también ha sido vinculado con la epidemia (por transmisión sexual) en países como Jamaica y Trinidad y Tabago (37). Las infecciones por el VIH asociadas al UDI han disminuido en América Latina, especialmente en los países donde es más antigua la epidemia. Esta situación puede ser el resultado de la introducción de programas de reducción de daños (38).

En un estudio realizado en México para investigar el perfil epidemiológico de la infección por el VHC en personas que se inyectan drogas, la mediana de edad de la primera inyección era de 19,5 años (amplitud entre cuartiles [AEC]: 16 a 25 años) y la mediana de los años transcurridos desde la primera inyección, de 12,5 años (AEC: 8 a 19 años). La prevalencia general de anticuerpos contra el VIH y contra el VHC era de 94,6% y 2,8%, respectivamente. La prevalencia de todos los comportamientos

de riesgo asociados con el VHC era extremadamente alta en las personas encuestadas que se inyectaban drogas. Un alto porcentaje notificó que había compartido el equipo de inyección en los últimos seis meses, tanto ofreciéndolo a otros usuarios (87,3%) como recibiendo de ellos (85,3%) (39).

En São Paulo, el estudio transversal realizado en consumidores de drogas atendidos en hospitales psiquiátricos públicos encontró una prevalencia baja de consumo de drogas intravenosas (1,6%) (29). Otro estudio en São Paulo (30) reveló que 5,5% de los adolescentes encarcelados informaron el uso de drogas inyectables y 2% señaló que se habían inyectado drogas en el mes previo a ser encarcelados. Un tercer estudio efectuado en esa ciudad (40) investigó la correlación entre las seroprevalencias del VIH y el VHC en prisioneros alojados en el establecimiento carcelario más grande de América del Sur (alrededor de 4.900 presos). Los resultados de este estudio indicaron que la transmisión del VIH en esa población se produce predominantemente a causa de la exposición parenteral por la inyección de drogas (principalmente cocaína) y que aumenta con el tiempo de encarcelamiento. Las prevalencias generales encontradas fueron las siguientes: VIH, 16% (IC de 95%: 13–19%); VHC, 34% (IC de 95%: 30–38%) y sífilis, 18% (IC de 95%: 15–21%).

En un estudio sobre el uso de drogas inyectables efectuado en Buenos Aires, los datos recopilados desde 1998 a 2003 indicaron que la sustancia inyectada con mayor frecuencia era la cocaína (87,1%), seguida de la morfina (10%). Alrededor de 35,3% de las personas que se inyectaban drogas habían usado sal de anfetaminas en el pasado (“usaron alguna vez”), pero ninguno lo hacía en el momento del estudio, ya que esta sustancia fue reemplazada a mediados de los años ochenta por la cocaína, más fácilmente disponible y accesible. Entretanto, hubo una disminución en la frecuencia actual de inyección en las personas que se inyectaban drogas, por comparación con 1998, particularmente en el caso de la inyección diaria, que descendió de 43,6% en 1998 a 5% en 2003 (41).

DISCUSIÓN

Las limitaciones principales de los cálculos relacionados con el consumo de drogas ilícitas son el resultado de la escasez de datos sobre la prevalencia del consumo de las mismas en América Latina. Según el Informe Mundial sobre las Drogas (14), estas limitaciones se derivan del hecho de que la mayoría de los países carecen de los sistemas de monitoreo requeridos para producir datos fidedignos, integrales e internacionalmente comparables. En muchos casos se proporcionan datos conforme al mejor juicio de los expertos. En consecuencia, es necesario depender de estimaciones indirectas, derivadas de cálculos de prevalencia inexactos. Aun los cálculos indirectos son difíciles de realizar porque el consumo de estas drogas es ilegal, estigmatizado y escondido.

A pesar de que el consumo de sustancias es un problema de salud pública importante en América Latina y el Caribe, con países que dejan de ser solo productores o de tránsito para convertirse en consumidores (27), los estudios epidemiológicos existentes se limitan principalmente a describir el hecho y los factores de riesgo, sin proveer prácticamente ningún dato sobre la utilización de los servicios (42). Estos estudios también tienden a usar diferentes metodologías, lo cual hace particularmente difícil la comparación de los datos entre los países.

Por otro lado, el consumo de sustancias ilícitas es mucho más frecuente en ciertos grupos vulnerables, como niños y adultos que viven en la calle, personas sin hogar y población carcelaria, entre otros, cuya cobertura en encuestas domiciliarias o escolares es a menudo problemática. Asimismo, la proporción de jóvenes que asisten a las escuelas varía considerablemente entre los países latinoamericanos y las tasas de deserción pueden llegar a 40% o más. Esto significa que, en algunos países, los niveles de consumo de drogas entre los jóvenes escolarizados no son necesariamente representativos de los niveles de consumo de los jóvenes en general. Los datos parecen indicar que los países más desarrollados de América Latina

enfrentan los niveles más altos de consumo de cocaína entre estudiantes. Al mismo tiempo, como probablemente en estos países haya una proporción alta de niños de la calle, los cuales presentan niveles de consumo aún mayores, la imagen real sigue siendo poco clara.

Se carece también de datos sobre el riesgo de mortalidad y morbilidad por alguna causa en los usuarios de drogas ilícitas. Y prácticamente no existen estudios sobre los factores (ambientales, culturales o del comportamiento) que puedan determinar la proporción de muertes por cualquier causa particular atribuible al consumo perjudicial de drogas ilícitas (15).

La mayoría de los cálculos de prevalencia varían según los supuestos y la metodología empleados. Los datos proporcionados por la ONUDD no tienen la misma fiabilidad que las encuestas domiciliarias en gran escala utilizadas por los países desarrollados. Lamentablemente, el costo de esas encuestas hace inviable su uso en los países en desarrollo. La escasez de datos sobre los que se basan los cálculos de prevalencia anual no permite identificar tendencias claras a corto plazo. Los datos sobre las tasas de dependencia de sustancias y la morbilidad asociada son también muy limitados, lo que dificulta el cálculo de las repercusiones del consumo de drogas ilícitas en la salud y la sociedad. Se necesitan entonces sistemas de monitoreo y datos fidedignos y comparables de los países de la Región para conocer más a fondo los importantes problemas y las necesidades que deben ser enfrentados.

Más allá de algunos programas de reducción de daños encaminados a frenar la epidemia de infección por el VIH, en gran medida no se conocen las necesidades de servicios de las personas con dependencia de sustancias y uso problemático de drogas. La respuesta de tratamiento parece débil y los niveles de cobertura son muy bajos.

Para abordar los problemas ya identificados, la Región se vería beneficiada con una mejor colaboración de la investigación internacional, al igual que el establecimiento de una red amplia entre los grupos de investigación latinoamericanos. El trabajo en conjunto y el intercambio

de información permitiría crear un consenso general para identificar los factores determinantes modificables de los problemas relacionados con las drogas que los países tienen en común, así como compartir modelos de prevención y tratamiento de eficacia demostrada.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002.
2. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research* 2003b;9:157-164.
3. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas, implications for alcohol policy. *Pan American Journal of Public Health* 2005;18(4/5):241-248.
4. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N et al: *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
5. Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research* 2003a; 9:47-156.
6. Rehm J, Ashley MJ, Room R, Single E, Bondy S, Ferrence R et al: *Drinking patterns and their consequences: Report from an international meeting*. *Addiction* 1996;91:1615-1621.
7. Pan American Health Organization. *Alcohol, gender, culture and harms in the Americas: PAHO Multicentric Study final report*. Washington, DC: PAHO; 2007.
8. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care*. WHO/MSD/MSB/01.6a. Geneva: World Health Organization; 2001.
9. Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252:1905-1907.
10. World Health Organization. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: WHO; 2000.
11. Monteiro M. *Alcohol y salud pública en la América: un caso para la acción*. Washington, DC: OPS; 2007.
12. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5), 229-40.

13. Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M et al. Alcohol in developing societies: a public health approach. Finnish Foundation for Alcohol Studies 2002;46.
14. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2007. Vienna: UNODC; 2007. Available at: www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf
15. World Health Organization. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Vol. 1. Geneva: WHO; 2004.
16. Fischer B, Kendall P, Rehm J, Room R. Charting WHO-goals for licit and illicit drugs for the year 2000: are we "on track"? *Public Health* 1997;111: 271–275.
17. Warner-Smith M, Darke S, Lynskey M, Hall W. Heroin overdose: causes and consequences. *Addiction* 2001;96:1113–1125.
18. Ross M, Wodak A, Loxley W, Stowe A, Drury M. Staying negative. Summary of the results of the Australian National AIDS and Injecting Drug Use Study. ANAIDUS: Sydney; 1992.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Study to obtain comparable national estimates of problem drug use prevalence for all EU member states. Lisbon: EMCDDA; 1999.
20. National Institute on Drug Abuse. The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States; 1992. Available at: <http://165.112.78.61/EconomicCosts/Index.html>
21. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 2006;19(4):265–76
22. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Informe Anual de la Situación de las Drogas en Chile. CONACE; 2006. Available at: http://www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Obser_ok.pdf
23. Martínez-Mantilla JA, Amaya-Naranjo W, Campillo HA, Rueda-Jaimes GE, Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA. Substance abuse amongst adolescents. Bucaramanga, Colombia, 1996–2004. *Rev. Salud Pública* 2007;9(2):215–229. Available at: www.scielosp.org
24. Dormitzer CM., González GB, Penna M, Bejarano J, Obando P, Sanchez M et al. The PACARDO research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 15(6):400–416.
25. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Use of psychotropic drugs in Brazil: household survey in the 107 biggest Brazilian cities—2001. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(special edition):888–95.
26. Bucardo J, Brouwer KC, Magis-Rodriguez C, Ramos R, Fraga M, Perez SG et al. Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections. *Drug and Alcohol Dependence*. September 2005;79(Issue 3,1):281–293.
27. Medina-Mora ME, Cravioto P, Ortiz A, Kuri P, Villatoro J. Mexico: systems for the epidemiological diagnosis of drug abuse. *Bulletin on Narcotics* 2003;LV(1& 2):105–119.
28. Cravioto P, Medina-Mora ME, Rosa B, Galvan F, Tapia-Conyer R. Heroin consumption patterns in a northern Mexican border prison: obstacles to treatment access. *Salud Pública Méx* 2003; 45(3):181–190.
29. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2003;37(6):751–759.
30. Peres CA, Paiva V, Silveira F, Peres RA, Hearst N. AIDS prevention among incarcerated teenagers, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):76–81. Disponible en: www.scielosp.org
31. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotropicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Publica de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, São Paulo: CEBRID; 2004.
32. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. CICAD; septiembre 2006. Disponible en: www.cicad.oas.org/oid
33. Chávez KAP, O'Brien B, Pillon SC. Drugs use and risk behavior in a university community. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13(spe2): 1194–1200. Disponible en: www.scielo.br
34. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. São Paulo: CEBRID; 2005.
35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2005 National Survey on Drug Use & Health. Rockville, MD: SAMHSA; 2006.
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Preliminary Results from the 1996 Household Survey on Drug Abuse. Rockville, MD: SAMHSA; 1997.
37. UNAIDS, The Joint United Nations Program on HIV/AIDS/World Health Organization. AIDS Epidemic update; 2006. Disponible en: <http://www.unaids.org>

38. Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saúde Pública* 2006;22(4):761-770.
39. White EF, Garfein RS, Brouwer KC, Lozada R, Ramos R, Fiirestone-Cruz M et al. Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the U.S. *Salud pública Méx* 2007;49(3): 165-172.
40. Burattini MN, Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Carvalho HB. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saúde Pública* 2000;34(5):431-436. Disponible en: www.scielo.br
41. Rossi D, Pia Pawlowicz M, Rangugni V, Zunino SD, Goltzman P, Cymerman P et al. The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(4):741-750.
42. Aguilar-Gaxiola S, Medina-Mora ME, Magana CG, Vega WA, Alejo-Garcia C, Quintanar TR et al. Illicit drug use research in Latin America: Epidemiology, service use and HIV. *Drug and Alcohol Dependence* 2006; 84S:S85-S93
43. Villatoro JA, Medina-Mora ME, Hernández Valdés M, Fleiz CM, Amador NG, Bermúdez P. La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: noviembre 2003. Prevalencia y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2005;28(1):38-51.

LA EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO, LOS INTENTOS Y LAS IDEACIONES SUICIDAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Robert Kohn¹ y Harry Friedmann¹

INTRODUCCIÓN

Se ha observado que históricamente América Latina posee una tasa de suicidio inferior al promedio mundial (1). Aunque esto puede atribuirse a muchos factores, es importante resaltar el hecho de que los datos de mortalidad de esta Región han sido descritos como “irregulares”, especialmente si se comparan con los de los países europeos (2). Además, la disponibilidad de datos en materia de suicidio es reciente. Por ejemplo, hasta los años noventa, no se disponía de información en más de 40% de los países del continente americano (1). El retraso temporal en la aparición de datos, a una escala más amplia, ilustra algunas de las dificultades fundamentales en cuanto a la caracterización y notificación de este comportamiento que provoca la muerte. El carácter único del suicidio reside en el hecho de que incumple muchas de las características diagnósticas tradicionales de edad, raza y factores genéticos, clásicamente asociadas con las enfermedades no transmisibles. Con respecto a la edad, por ejemplo, la tasa de suicidio es mayor entre los ancianos (de 65 años y más); sin embargo, entre personas más jóvenes, el número total de muertes por suicidio es mayor (3). Además, las

grandes diferencias de tasas entre los países dificulta aun más la observación de las tendencias en materia de suicidio en la Región.

Una de las dificultades de la clasificación de las tendencias relativas al suicidio proviene directamente del proceso de notificación y extracción de los datos. La tasa de subregistro de las muertes varía ampliamente entre los diferentes países de América Latina y el Caribe; por ejemplo, el subregistro de la mortalidad general varía de 1,1 en Guadalupe a 92,1 en Haití (4). La validez de los datos puede verse afectada por las variables culturales, la estigmatización y la clasificación errónea (5), y como consecuencia, es más probable que la subnotificación de los suicidios sea mayor que la de otras causas de muerte (6). Sin embargo, a pesar de las múltiples complejidades y anomalías existentes, parece estar surgiendo un claro patrón: la tasa mundial de suicidios ha ido en aumento.

TASAS Y TENDENCIAS DE SUICIDIO

Las tasas de suicidio varían ampliamente en América Latina y el Caribe. En el Caribe, por ejemplo, las tasas de suicidio fluctúan de 0,1 por 100.000 habitantes en Jamaica a 23,1 por 100.000 en Guyana (Cuadro 1). En América del Sur, las tasas varían de 0,7 por 100.000 habitantes en Bolivia a un máximo de 15,9 por 100.000 en Uruguay. En 2005, la tasa de suici-

¹ Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

CUADRO 1. Tasas de suicidio (por 100.000 habitantes) ajustadas para causas de muerte indeterminadas, América Latina y el Caribe, 1990, 1991 y 2001–2006.

País	Año ^a	Total	Hombres	Mujeres
Anguila	2006	0,0	0,0	0,0
Antigua y Barbuda	2004	2,9	5,8	0,0
Antillas Holandesas	2000	3,7	7,8	0,0
Argentina	2005	8,5	13,7	3,6
Aruba	2000	11,1	13,8	8,5
Bahamas	2000	3,6	6,1	1,3
Barbados	2001	0,7	1,4	0,0
Belice	2001	7,6	13,4	1,6
Bermudas	2002	4,8	6,7	3,1
Bolivia	2003	0,7	0,7	0,6
Brasil	2004	5,3	8,5	2,3
Chile	2005	10,3	17,4	3,4
Colombia	2005	6,0	9,2	2,8
Costa Rica	2005	6,6	11,4	1,8
Cuba	2005	12,8	19,0	6,6
Dominica	2004	2,8	2,8	2,8
Ecuador	2005	7,4	10,6	4,2
El Salvador	2005	8,3	11,9	4,8
Guayana Francesa	2005	13,5	15,4	11,6
Granada	2002	0,0	0,0	0,0
Guadalupe	2005	11,0	15,2	7,0
Guatemala	2004	3,2	4,7	1,8
Guyana	2005	23,1	34,3	11,6
Haití	2004	0,8	1,5	0,0
Honduras	1990	7,7	12,3	3,1
Islas Caimán	2004	0,0	0,0	0,0
Islas Turcas y Caicos	2005	0,0	0,0	0,0
Islas Vírgenes (Reino Unido)	2003	4,6	9,0	0,0
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	2005	1,8	3,8	0,0
Jamaica	1991	0,1	0,1	0,0
Martinica	2005	6,8	12,3	1,9
México	2005	4,8	8,2	1,6
Montserrat	2003	0,0	0,0	0,0
Nicaragua	2005	12,5	18,8	6,1
Panamá	2004	7,3	11,7	2,9
Paraguay	2005	7,8	10,2	5,5
Perú	2004	1,6	2,4	0,9
Saint Pierre et Miquelon	2005	28,5	28,4	28,7
Puerto Rico	2005	7,3	13,1	2,0
República Dominicana	2004	4,8	7,9	1,6
Saint Kitts y Nevis	2005	2,1	4,1	0,0
Santa Lucía	2002	8,6	11,5	5,8
San Vicente y las Granadinas	2003	3,6	7,2	0,0
Suriname	2005	21,0	34,4	7,5
Trinidad y Tabago	2002	12,0	20,2	4,1
Uruguay	2004	15,9	26,1	6,4
Venezuela	2005	5,1	8,3	2,0

^a Último año del que se dispone de datos.

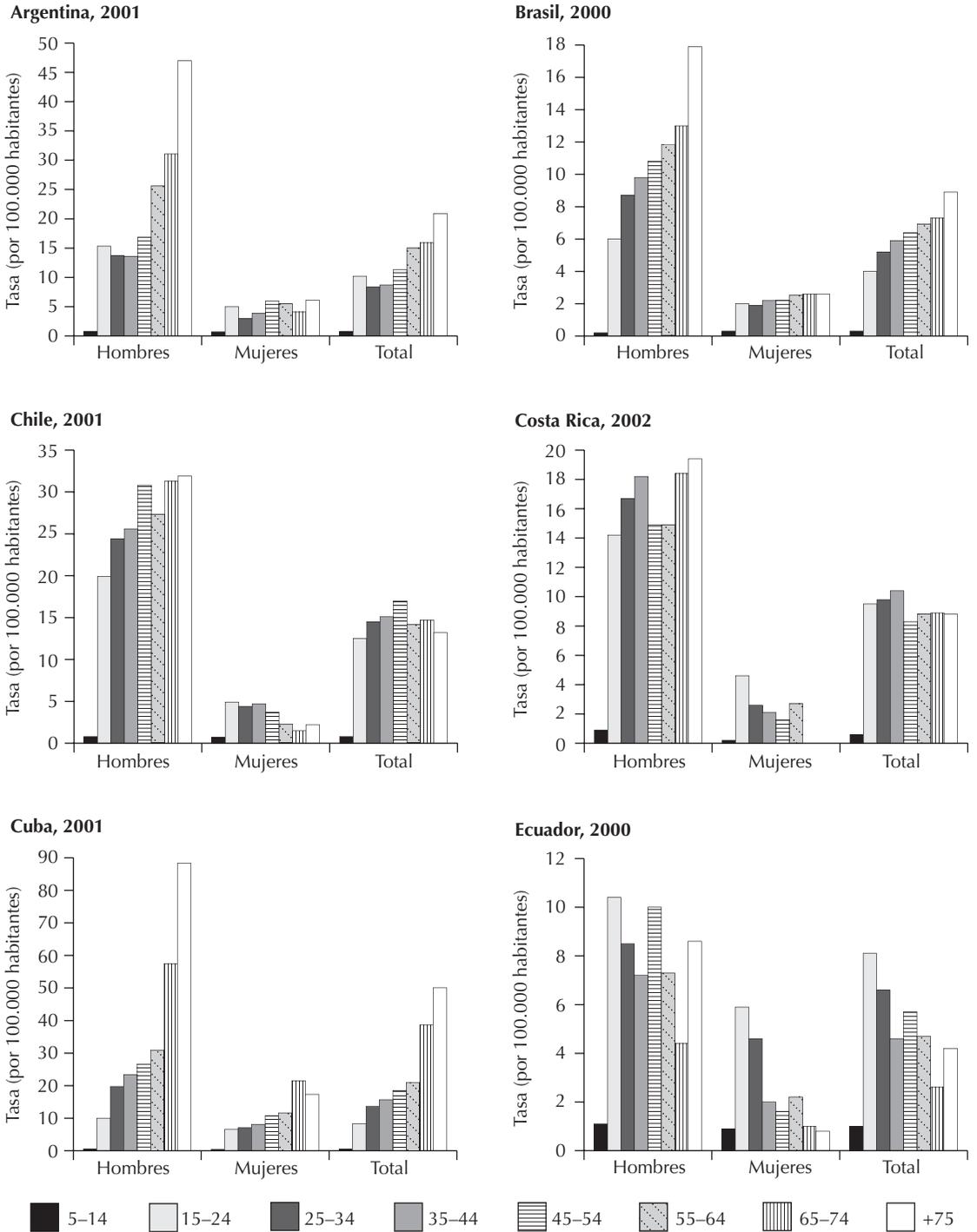
Fuente: Datos obtenidos de las bases de datos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

dio en América Latina y el Caribe era de 6,8 por 100.000 habitantes (10,8 por 100.000 para los hombres y 2,8 por 100.000 para las mujeres). Entre los adolescentes, las tasas de suicidio en edades comprendidas entre 15 y 19 años son generalmente mayores en los varones que en las mujeres, con la excepción de cinco paí-

ses del mundo, tres de los cuales pertenecen a América Latina y el Caribe: Cuba, Ecuador y El Salvador (5).

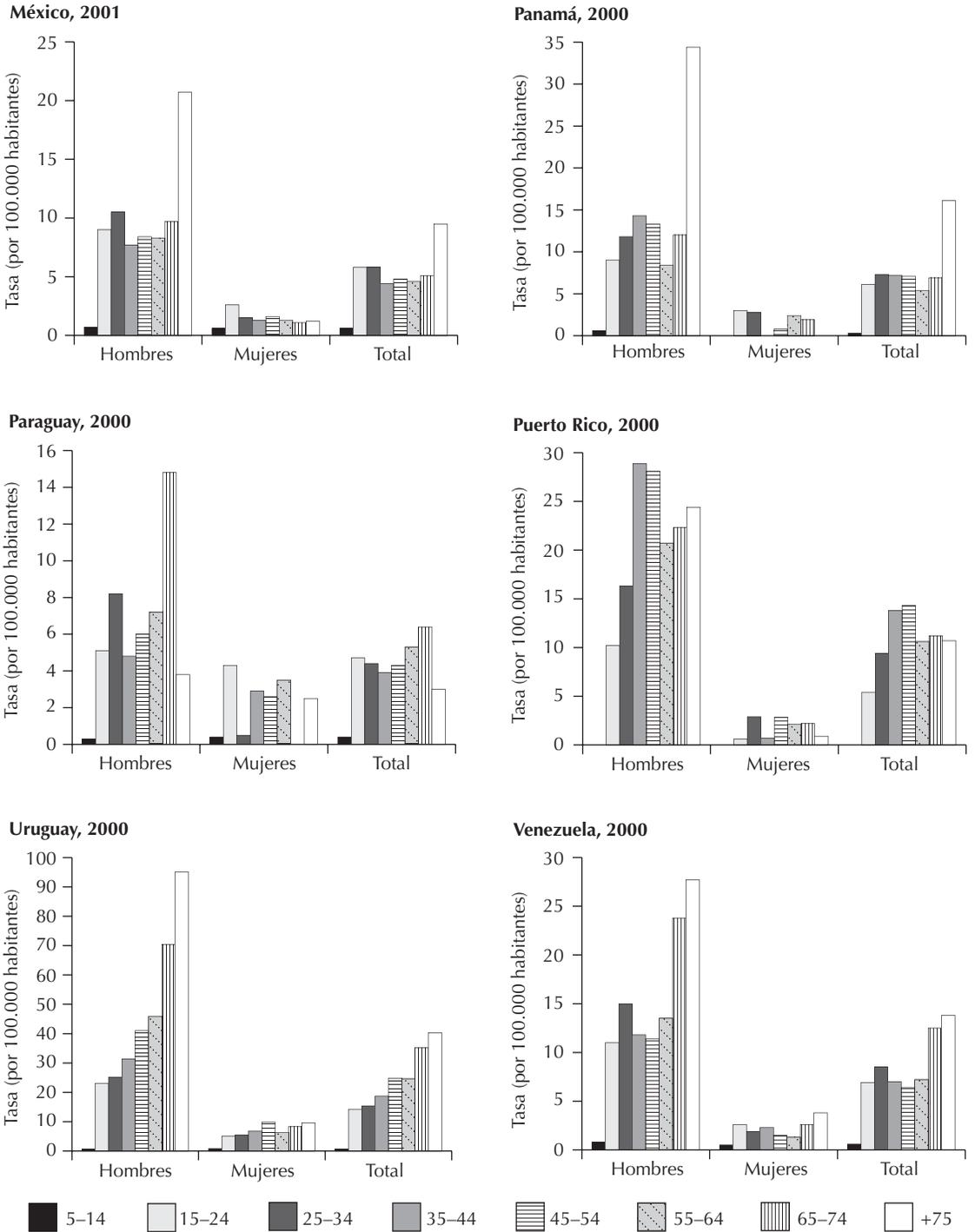
La distribución del suicidio por edades también varía entre los diferentes países de América Latina y el Caribe. En la figura 1 se presenta la tasa de suicidio (por 100.000 habitantes)

FIGURA 1. Tasa de suicidio según el sexo y la edad en determinados países de América Latina y el Caribe.



(continúa)

FIGURA 1. Tasa de suicidio según el sexo y la edad en determinados países de América Latina y el Caribe (continuación).



Fuente: Datos obtenidos de las bases de datos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

según el sexo y la edad en determinados países de América Latina y el Caribe. Por ejemplo, en Argentina, Brasil, Cuba y Uruguay se observa un persistente aumento del suicidio con la edad entre los hombres. En el Ecuador, las tasas parecen disminuir con la edad, excepto en el extremo correspondiente a los de edad avanzada. La mayor parte de los países presentan tasas poco constantes o casi uniformes. La tendencia en las mujeres muestra poca variabilidad con la edad, en contraposición con lo observado en los hombres.

Como se observa en el cuadro 2, la tasa de suicidios entre los hombres aumentó entre 1990 y 2005 en muchos países, aunque en algunos más notablemente que en otros. Por ejemplo, en Uruguay la tasa de suicidio aumentó de 15,0 por 100.000 habitantes a 22,5 por 100.000 entre los hombres, mientras que en otros países, tales como Cuba y Puerto Rico, la tasa de suicidios disminuyó. Con algunas excepciones, las tasas

han variado poco con el transcurso del tiempo entre las mujeres. Mientras que en Cuba ha habido una considerable disminución, en el Uruguay se observa un ascenso marcado del número de suicidios en mujeres. En México, el incremento de la tasa general de suicidios ha sido importante: 1,1 por 100.000 habitantes en 1970, 2,9 en 1994 y 4,4 en 2002 (7). Los mayores incrementos observados en México se produjeron entre personas de 65 años y más.

Los efectos de cohorte, que tienen como consecuencia el aumento del número de suicidios en algunas regiones, han sido atribuidos a los cambios sociales; por ejemplo, ante el aumento de las tasas observadas en Río de Janeiro entre 1979 y 1998, se formuló la hipótesis de que posiblemente habían intervenido factores tales como la mayor disponibilidad de armas de fuego, el consumo de drogas y el desempleo (8). En Trinidad y Tabago, el análisis del aumento de la tasa de suicidio de 5,0 por 100.000

CUADRO 2. Tendencias en las tasas de suicidio (por 100.000 habitantes) ajustadas por tasas de edad y para causas de muerte indeterminadas mediante el índice de correlación de Pearson, América Latina y el Caribe, 1990 y 2005.

País	Hombres			Mujeres		
	1990	2005	Correlación	1990	2005	Correlación
Argentina	11,5	12,9	0,41	3,9	3,3	-0,31
Belice	4,1 ^a	14,8 ^b	-0,22	0,8 ^a	1,5 ^b	0,18
Bermudas	6,6	4,8 ^c	0,66	0,0	2,4 ^c	0,44
Brasil	7,3	8,7 ^b	0,42	2,5	2,4 ^b	-0,34
Chile	23,3	16,1	-0,49	3,7	3,1	-0,12
Colombia	6,0	8,6	0,77	1,4	2,5	0,85
Costa Rica	10,3	11,4	0,70	1,2	1,8	0,41
Cuba	22,9 ^d	15,2	-0,93	16,9 ^d	5,8	-0,97
Ecuador	7,2	10,8	0,31	3,4	3,9	-0,33
El Salvador	15,9 ^e	10,6 ^b	-0,76	7,8 ^e	4,9 ^b	-0,78
Guatemala	6,9	5,7 ^b	-0,28	1,3	1,9 ^b	0,36
México	5,0	7,8	0,97	0,8	1,4	0,95
Nicaragua	12,1	17,9	0,79	3,7	5,5	0,64
Panamá	10,3 ^f	12,2 ^b	0,67	1,4 ^f	2,4 ^b	0,53
Paraguay	4,9	8,3	0,62	4,4	3,8	0,10
Perú	1,8	2,4 ^b	0,02	1,1	0,7 ^b	-0,29
Puerto Rico	20,6	11,3	-0,91	1,5	1,5	-0,71
República Dominicana	7,7	6,0 ^b	-0,41	2,1	1,3 ^b	0,56
Suriname	16,1	34,2	-0,64	2,7	7,2	0,17
Trinidad y Tabago	22,6	22,5 ^c	-0,50	7,7	5,7 ^c	-0,44
Uruguay	15,0	22,5 ^b	0,77	3,4	5,6 ^b	0,71
Venezuela	9,9	7,7	-0,38	2,3	1,6	-0,16

^a 1991. ^c 2002. ^e 2001.

^b 2004. ^d 1992. ^f 1996.

Nota: la correlación para Bermudas, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico y Uruguay es de 0,05 < p.

Fuente: Datos obtenidos de las bases de datos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

habitantes en 1978 a 20,8 por 100.000 en 1992, mostró una correlación con los factores sociales. El incremento del número de suicidios se asoció con un aumento del malestar social, según mediciones de la tasa de delitos graves y el desempleo (9). Un artículo publicado recientemente en el Brasil indicó que las tasas de suicidio en las personas mayores de 40 años se correlacionan con la incidencia de defunciones por cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares (10).

MÉTODO DE SUICIDIO

En América Latina y el Caribe existe cierta variabilidad en cuanto al método de suicidio elegido según el sexo, la subregión y los países. La asfixia es el principal método de suicidio en

todos los países, con excepción de los del Caribe no latino, donde el envenenamiento constituye el principal método. En América del Sur, las armas de fuego son el segundo método más frecuentemente utilizado. En el Caribe latino, el suicidio por quemaduras es el principal método entre las mujeres. El cuadro 3 proporciona un análisis más detallado de los métodos de suicidio empleados en la Región.

Tendencias relativas al método de suicidio en determinados países

Argentina

Los datos correspondientes al período de 1997 a 2005 muestran que los suicidios causados por armas de fuego representaban 38,3% de los

CUADRO 3. Método de suicidio y porcentaje del número total de suicidios, América Latina y el Caribe, 2000–2004.

Método	Istmo Centroamericano ^a	Caribe latino ^b	América del Sur ^b	Caribe no latino
Total				
Cortes con armas blancas	1,0	1,6	1,3	0,4
Asfixia por sumersión	0,5	0,9	1,2	0,7
Precipitación	0,8	2,1	2,5	1,6
Fuego	0,2	10,8	1,3	2,5
Armas de fuego	15,5	6,0	21,4	4,8
Envenenamiento	23,2	14,0	16,6	55,6
Asfixia por ahorcadura	57,2	62,8	50,9	31,2
Otros	1,5	1,8	4,7	3,0
Hombres				
Cortes con armas blancas	1,1	1,7	1,4	0,6
Asfixia por sumersión	0,4	0,8	1,0	0,8
Precipitación	0,7	1,8	2,0	1,6
Fuego	0,2	2,7	0,7	0,9
Armas de fuego	17,0	7,2	23,7	5,6
Envenenamiento	18,1	11,2	12,6	52,7
Asfixia por ahorcadura	61,0	72,7	54,2	34,5
Otros	1,4	1,8	4,3	3,4
Mujeres				
Cortes con armas blancas	0,6	1,0	1,1	0,0
Asfixia por sumersión	0,5	1,2	2,3	0,5
Precipitación	1,4	3,3	4,4	1,5
Fuego	0,5	38,4	3,2	9,0
Armas de fuego	8,8	1,7	12,6	1,7
Envenenamiento	45,1	23,5	31,7	66,8
Asfixia por ahorcadura	40,8	29,6	38,2	17,8
Otros	2,3	1,5	6,3	2,7

^a Incluido México.

^b Incluido Brasil.

Fuente: Datos obtenidos de las bases de datos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

suicidios en 1997 y la asfixia, 35,2%. En 2005, el número de suicidios por armas de fuego se mantuvo constante, mientras que los casos de asfixia casi se triplicaron (58,1% del total de suicidios). A lo largo de estos años, el número total de suicidios fue en aumento y en los adolescentes de 10 a 19 años, se duplicó.

Brasil

Los métodos de suicidio predominantes en la población general desde 1996 a 2005 eran la asfixia (56,3%), el envenenamiento (15,6%) y las armas de fuego (14,3%). En términos generales, las tasas de suicidio aumentaron durante ese período. Sin embargo, las tasas de suicidio por 100.000 habitantes se mantuvieron constantes en las personas de 45 a 59 años de edad entre 1990 y 2004 y disminuyeron levemente en los mayores de 60 años. Se produjo un discreto aumento del número de suicidios en adultos de 25 a 59 años y en jóvenes menores de 24 años. Aunque en el país las tasas más elevadas se observan entre los ancianos, cada vez son más frecuentes los suicidios entre la población más joven (11).

En algunas regiones, las tasas varían ampliamente, particularmente entre la población indígena guaraní de Mato Grosso do Sul. Los guaraníes tienen la tasa de suicidio más alta de toda América del Sur: 19 veces más alta que la tasa nacional y 10 veces más alta que la de Mato Grosso do Sul, el estado con la tasa más alta de suicidio del país. En 2000–2005, de un total de 286 suicidios, 283 fueron causados por asfixia y tres por envenenamiento. Los menores de 30 años representaban 70% de la población guaraní y 85% de los suicidios (12).

Además de los suicidios entre los indígenas, en la zona de Mato Grosso do Sul se ha observado un gran número de suicidios por envenenamiento, específicamente con plaguicidas. Entre 1992 y 2002, la Secretaría de Salud registró 1.355 casos de ingesta de productos agroquímicos tóxicos, de los cuales 506 eran intentos de suicidio fracasados y 139 suicidios consumados (13); de las 1.355 intoxicaciones notificadas, casi la mitad eran actos suicidas.

Se han analizado otros factores de riesgo asociados con las tasas de suicidio en el Brasil. Un estudio, basado en el número de horas de luz solar, demostró que los cambios estacionales no se correlacionaban con las variaciones de las tasas de suicidio (14). En un estudio llevado a cabo en Rio Grande do Sul se observaron tasas mayores entre los hombres de las zonas tradicionales protestantes (15), tasas inferiores entre las mujeres que vivían en zonas con viviendas para personas solteras, tasas más altas entre las personas divorciadas, y una relación inversa con el nivel educativo (16). Sin embargo, el objetivo primario, que era determinar si existía una asociación con las actividades agrícolas y el acceso a los plaguicidas, obtuvo un resultado negativo.

Chile

La asfixia sigue siendo el método más frecuente de suicidio: 73,8% de los casos en 1996 y 77,1% en 2005 (64% en adultos de 25 a 59 años de edad). Las armas de fuego constituían la segunda elección como método de suicidio (9,9% en 1996 y 9,6% en 2005), más de una cuarta parte en ancianos. El envenenamiento, con 8,9% y 7,7%, respectivamente, sigue de cerca a las armas de fuego como método empleado.

La tasa de suicidio ha disminuido en todas las edades entre la población chilena. Los estudios locales notifican una tasa general de 5,0 por 100.000 habitantes y una tasa algo mayor (6,6 por 100.000) en la Región Metropolitana de Santiago. Se observa un incremento en el número de suicidios, si se comparan los datos de 1930 con los de 1971–1990 (17).

Colombia

Entre 1997 y 2005 se produjeron cambios en cuanto a los métodos de suicidio utilizados: de 37,2% para las armas de fuego, 29,6% para el envenenamiento y 22,4% para la asfixia a 36,8% para la asfixia, 28,8% para el envenenamiento y 26,3% para las armas de fuego. Los tres métodos en su conjunto representan 90% de todos los suicidios. Entre las mujeres, el envenena-

miento es el método empleado en la mitad de los suicidios.

Las tasas de suicidio se han ido incrementando en el país desde 1998, sobre todo entre los adultos jóvenes y los hombres. Las tasas más elevadas entre los hombres se observaron en el grupo de 20 a 29 años de edad y en los mayores de 70 años, con un incremento de las mismas con el transcurso del tiempo. Entre las mujeres, las tasas más elevadas se registraron en el grupo de 10 a 19 años de edad (18). En términos generales, entre 1990 y 2005 las tasas en los hombres aumentaron de 5,9 a 8,6 por 100.000 habitantes y en las mujeres, de 1,2 a 2,1 por 100.000.

En un estudio de casos y controles realizado en el país, en el que se empleó el método de autopsia psicológica para evaluar a las personas que murieron por suicidio (casos) y por accidentes de automóvil (controles), se observó que los acontecimientos vitales adversos durante los seis meses anteriores, los antecedentes familiares de suicidio, un episodio depresivo mayor y la expresión del deseo de morir constituían factores de riesgo significativos.

Los resultados del estudio colombiano indicaban que estos factores de riesgo posiblemente no diferían entre las distintas culturas (19). Un estudio, con base en registros de autopsias realizadas a personas fallecidas por suicidio entre 1985 y 2000, demostró que los factores de riesgo más frecuentemente asociados no se habían modificado con el transcurso del tiempo; sin embargo, se observó una mayor presencia de infección por VIH/sida y que los diagnósticos de adicciones entre las mujeres eran más frecuentes (20).

Costa Rica

El envenenamiento, la asfixia y las armas de fuego representaban 97,7% de los suicidios en el país en 2005. Entre 1990 y 2005 se observó un aumento muy moderado de las tasas de suicidio entre los hombres y no se observaron cambios entre las mujeres. Las tasas de suicidio en el país son inferiores a las de los Estados Unidos (21). El uso de armas de fuego en casos de suicidio y asesinato es también menor en

Costa Rica que en los Estados Unidos. El ahorcamiento, sin embargo, era uno de los métodos de suicidio más frecuente en el país. A diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos, en Costa Rica las tasas de suicidio no aumentan con la edad.

Cuba

La tasa de suicidio ha disminuido sistemáticamente entre 1992 y 2005 en todos los grupos de edad, aunque el método de suicidio predominante entre las mujeres es particularmente violento. En 2001 se registraron 223 casos de quemaduras autoinfligidas (190 en mujeres y 33 en hombres). Esta es una característica del suicidio impulsivo, en que el tiempo transcurrido entre el impulso y la acción es de menos de una hora y a veces, de menos de cinco minutos.

Ecuador

A diferencia de otros países de América Latina y el Caribe, en que la asfixia es la forma más frecuente de muerte, en 1997 el método de suicidio más prevalente era el envenenamiento (43,9%). Sin embargo, en 2005, la asfixia había aumentado hasta 47,4% y superó al envenenamiento (40,4%). Ese año se produjo un aumento lento de las tasas de suicidio (de 7,2 a 10,8 por 100.000 habitantes en los hombres y de 3,1 a 3,9 por 100.000 en las mujeres).

El Salvador

En los años noventa, el país tenía una de las tasas de suicidio más elevadas del continente americano; desde entonces el país ha ido experimentando una disminución. Entre 1990 y 2005, el suicidio descendió de 18,5 a 10,6 por 100.000 habitantes en los hombres y de 9,8 a 4,8 por 100.000 en las mujeres. El método principal de suicidio en 2005 era el envenenamiento (92,0%).

México

El país ha experimentado un importante aumento de las muertes por suicidio desde los

años noventa. Entre 1990 y 2005, las tasas de suicidio aumentaron de 4,7 a 7,8 por 100.000 habitantes en los hombres y de 0,7 a 1,2 por 100.000 en las mujeres. Las armas de fuego constituían el segundo método más prevalente (21,9%) después de la asfixia (61,3%). El mayor aumento se produjo entre los adolescentes (de 0,8 a 2,3 por 100.000) y la tasa más elevada (13,6 por 100.000) se observó entre los ancianos. Como método de suicidio, la asfixia aumentó de 61,3% en 1998 a 73,8% en 2006, mientras que el porcentaje de suicidios causados por armas de fuego disminuyó de 21,8% a 13,8%. En 1994, los estados de Tlaxcala y México tuvieron las tasas más bajas, mientras que las más altas se observaron en Tabasco y Campeche (22).

Nicaragua

Se ha observado un aumento brusco de las tasas de suicidio en todas las edades, con excepción de los ancianos. La tasa de suicidio en el país es de las más elevadas de Centroamérica y entre 1990 y 2005 aumentó de 12,1 a 17,4 por 100.000 habitantes en los hombres y de 3,2 a 5,1 por 100.000 en las mujeres. El envenenamiento (75,9%) y la asfixia (17,2%) representaban 93% de los suicidios ocurridos entre 1997 y 2005.

Paraguay

Entre 1990 y 2005, las tasas de suicidio experimentaron un aumento en los hombres (de 4,9 a 6,8 por 100.000 habitantes) y una disminución en las mujeres (de 3,7 a 3,0 por 100.000). En 1996, los métodos principales de suicidio eran la asfixia (32,7%), las armas de fuego (29,6%) y el envenenamiento (25,5%). En 2005, los porcentajes habían variado: 48,4% para la asfixia, 22,3% para las armas de fuego y 21,1% para el envenenamiento.

Perú

El país tiene una de las tasas más bajas de suicidio de América Latina. Mientras que entre 1990 y 2004 se produjo un aumento moderado entre los hombres (de 1,8 a 2,4 por 100.000 ha-

bitantes), entre las mujeres hubo una disminución (de 0,8 a 0,6 por 100.000). En 1999, los principales métodos de suicidio eran el envenenamiento (64,3%), la asfixia (12,9%) y los no especificados (12,4%). En 2004, los métodos siguieron el siguiente orden en cuanto a frecuencia: envenenamiento (57,5%), asfixia (31,5%) y armas de fuego (3,7%).

Puerto Rico

El país experimentó una disminución brusca de las tasas de suicidio entre 1990 y 2005. En los hombres, la tasa descendió de 20,6 a 11,3 por 100.000 habitantes y en las mujeres, de 2,1 a 0,0 por 100.000. Los casos de asfixia aumentaron de 60,9% a 69,3% entre 1999 y 2005. Durante ese período, los suicidios producidos por armas de fuego pasaron de 18,3% a 15,2% y los envenenamientos, de 9,3% a 9,7%.

República Dominicana

Ha habido una moderada disminución de las tasas de suicidio entre 1990 y 2005. En los hombres, las tasas fluctuaron entre 6,3 y 6,0 por 100.000 habitantes y en las mujeres, entre 1,1 y 1,0 por 100.000. Sin embargo, el suicidio por asfixia aumentó como método principal (de 38,5% en 1996 a 54,7% en 2004). Ha habido una disminución paralela de los suicidios por envenenamiento y armas de fuego.

Suriname

Las tasas de suicidio han aumentado entre 1990 y 2005. En los hombres, las tasas fluctuaron entre 15,6 y 26,6 por 100.000 habitantes y en las mujeres, entre 2,7 y 7,2 por 100.000. Estas tasas son de las más altas registradas en el continente americano.

Trinidad y Tabago

Entre 1990 y 2003, las tasas de suicidio descendieron de 22,5 por 100.000 habitantes a 18,5 por 100.000 en los hombres y de 7,7 por 100.000 habitantes a 3,5 por 100.000 en las mujeres (en 2002). El envenenamiento era la prin-

principal causa de muerte (73,4%), seguido de la asfixia (23,0%).

Uruguay

El país ha experimentado un aumento considerable de las tasas de suicidio durante 1990–2004 (de 15,0 a 22,5 por 100.000 habitantes en los hombres y de 3,4 a 5,6 por 100.000 en las mujeres). En 1997, las armas de fuego representaban 48,4% de los suicidios, la asfixia, 34,9% y el envenenamiento, 6,9%. La muerte por ahogamiento, generalmente inferior a 1% en la mayor parte de los países, alcanzó un porcentaje de 4,3%. En 2005, la asfixia representaba 51,0% de los suicidios, las armas de fuego, 35,3%, el envenenamiento, 4,7%, y el ahogamiento, 4,4%.

Uruguay presenta una elevada tasa de suicidio en comparación con las tasas internacionales, lo cual lo coloca en primer lugar entre los países no industrializados. La distribución del suicidio por sexo y edad mostró un predominio entre los hombres y las personas mayores de 70 años. La mayor parte de ellos emplearon métodos violentos y más de 50% mostraban indicios de confusión psíquica (23).

Venezuela

Las tasas de suicidio han descendido de 9,9 a 7,7 (por 100.000) en los hombres y de 2,3 a 1,4 en las mujeres durante 1990–2005. La asfixia, el envenenamiento y las armas de fuego representaban 95,6% de los suicidios.

Ideaciones e intentos suicidas

En varios centros de América Latina se han llevado a cabo extensas investigaciones sobre las ideaciones y los intentos suicidas.² En una bús-

² Las ideaciones son pensamientos relacionados con el suicidio y se clasifican como pre-suicidas porque anteceden a actos suicidas de autolesión, con consecuencias mortales o no. Entendemos aquí por intentos los actos suicidas sin consecuencias mortales. Todos los datos aportados sobre intentos de suicidio hacen referencia únicamente a autolesiones, sin consecuencias mortales. Los suicidios son intentos consumados, pero no se añaden a los intentos frustrados.

queda no exhaustiva, centrada en el continente americano, se encontraron 93 estudios sobre el suicidio, 51 artículos que estudiaban los intentos y 28 que estudiaban la ideación (Cuadro 4). Todos los estudios en materia de ideación que mostraban datos por edades indicaban una disminución de la misma a lo largo de la vida, a medida que las personas envejecían. Ningún estudio aportaba datos sobre la disminución de la muestra como consecuencia del suicidio.

Argentina

Un estudio llevado a cabo en 1992 en Buenos Aires, con 619 hombres de 18 años de edad, analizó la ideación suicida mediante una encuesta anónima autoadministrada (24). Se observó que 16,8% tenía pensamientos suicidas y 3,1% había planificado el suicidio. Los resultados del análisis multifactorial mostraron una razón de posibilidades de 27,4 de que los entrevistados tuvieran ideaciones suicidas si habían padecido anteriormente de depresión, si habían consumido marihuana, y si habían mostrado un temperamento triste durante la infancia.

Brasil

Se han realizado varias encuestas comunitarias para estudiar el suicidio. En el Estudio Multicéntrico de Intervención sobre Comportamientos Suicidas de la Iniciativa de la OMS para la Prevención del Suicidio, se entrevistó a 516 personas mayores de 16 años de la ciudad de Campinas acerca de sus actitudes en relación con el suicidio (25). Entre otras causas, el suicidio se atribuía a la enfermedad mental, la debilidad moral y los problemas espirituales. La prevalencia de las ideaciones suicidas era de 18,6%, la segunda más alta de las registradas en los ocho sitios internacionales donde fue realizado el estudio. Las tasas de los planes y los intentos suicidas concordaban más con los de otros sitios (5,2 y 3,1%, respectivamente). El 38% de los que habían presentado comportamientos suicidas, sin incluir los intentos consumados, habían acudido en busca de atención médica. Se debe destacar que el suicidio en el Brasil está penalizado.

CUADRO 4. Número de estudios encontrados en MEDLINE y LILACS sobre el suicidio, los intentos y las ideaciones suicidas y su prevención, América Latina y el Caribe.

País	Suicidio	Intentos	Ideaciones	Prevención
Argentina	1	1	1	... ^a
Bolivia	...	2	...	...
Brasil	38	17	11	2
Chile	10	6	2	...
Colombia	12	3	4	...
Costa Rica	8	...	...	...
Cuba	5	9	1	1
Ecuador	...	1	...	...
Honduras	2	1	...	...
Jamaica	...	1	1	...
México	4	4	6	...
Nicaragua	1	2	2	...
Perú	1	...	...	...
Puerto Rico	3	...	...	...
República Dominicana	1	...	...	...
Trinidad y Tabago	1	...	...	...
Uruguay	4	2	...	...
Venezuela	2	2	...	...
Total	93	51	28	3

^a Sin información.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en MEDLINE y LILACS.

El Caribe

Una encuesta realizada con 1.805 estudiantes de 14 a 20 años de edad analizó las tasas de ideaciones e intentos suicidas en Trinidad y Tabago (26). Se observó que las mujeres presentaban mayores tasas tanto de ideaciones como de intentos suicidas que los hombres; las tasas de intentos de suicidio eran de 9,8 y 4,5%, respectivamente. Se observaron tasas menores de ideaciones suicidas, pero no de intentos, entre los que asistían con frecuencia a los servicios religiosos. Tanto las ideaciones como los intentos de suicidio eran menos frecuentes entre las personas que mantenían una estructura familiar. También se observó una asociación entre el comportamiento suicida y el alcoholismo.

Otra encuesta nacional llevada a cabo con adultos en Puerto Rico, mediante la Entrevista Diagnóstica Programada, reveló una tasa de ideaciones suicidas a lo largo de la vida de 9,5%. Las tasas eran más elevadas entre las mujeres (10,7%) que entre los hombres (8,2%) (27). La tasa de intentos de suicidio entre la población era de 5,9% (7% para las mujeres y 4,8% para los hombres). Aunque sin significado estadístico, las tasas de comportamientos suicidas eran más elevadas entre los divorcia-

dos o separados. La tasa de ideaciones suicidas era algo mayor que la de la población general entre las personas con depresión mayor (10,1%), trastornos de ansiedad (9,9%) y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (10,6%). Las tasas de prevalencia de intentos de suicidio entre las personas aquejadas de un trastorno psiquiátrico eran de 6,1%, 6,4% y 7,1%, respectivamente.

Colombia

La Encuesta Mundial de Salud Mental, realizada con una muestra nacional representativa de 4.426 adultos, analizó las tasas de ideaciones e intentos suicidas (28). Las tasas de ideaciones, planes e intentos suicidas observadas en la población eran de 12,4%, 4,1% y 4,7%, respectivamente. El grupo con mayor riesgo era el de edades comprendidas entre los 18 y los 29 años.

La investigación en Colombia también se ha centrado en los adolescentes. En un estudio se analizó a 197 estudiantes menores de 18 años, seleccionados aleatoriamente, provenientes de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá (29). En el momento de la entrevista, 4,4% de los estudiantes notificó ideaciones suicidas

y 13% había tenido ideaciones suicidas durante el año anterior. Los investigadores observaron una tasa más elevada de ideaciones suicidas entre las mujeres, las personas con síntomas depresivos y las que tenían antecedentes de maltrato en la niñez.

México

Una revisión de las tasas de ideaciones e intentos suicidas observadas en diferentes estudios llevados a cabo entre 1990 y 1999 mostró que de 1,4% a 40,7% de los estudiantes adolescentes tenían ideaciones suicidas (30). En los hombres, las tasas variaban de 0,3% a 37,9% y en las mujeres, de 1,8% a 43,6%. Entre los adultos, las ideaciones suicidas eran aún más frecuentes y variaban de 5,7% a 10,1% en los diferentes estudios (de 3,7% a 6,8% en los hombres y de 6,4% a 11,6% en las mujeres). Una proporción considerable (de 3,0% a 10,1%) de los estudiantes adolescentes habían llevado a cabo intentos de suicidio (de 0,3% a 6,3% en los varones y de 2,4% a 13,3% en las mujeres). Entre los adultos, las tasas de intentos de suicidio variaban de 1,7% a 6,1% en los diferentes estudios, con un intervalo de 0,8% a 4,6% en los hombres y de 2,0% a 6,6% en las mujeres.

En una muestra nacional de 5.782 adultos, correspondiente a la encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS, se investigó la relación de las ideaciones de suicidio, los planes y los intentos suicidas entre los mexicanos (31). El estudio mostró que los mexicanos presentaban tasas a lo largo de la vida de 8,3% para las ideaciones, 3,2% para los planes y 2,8% para los intentos suicidas. Las tasas de prevalencia de los comportamientos suicidas en los 12 meses previos a la entrevista eran de 2,3%, 1,0% y 0,6%, respectivamente. Las mujeres tenían una mayor tasa de comportamientos suicidas. Los trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida eran frecuentes entre los que tenían ideaciones (60,9%), planes (75,6%) e intentos suicidas (74,6%). El riesgo más alto de comportamientos suicidas se observaba entre los adolescentes y los adultos jóvenes, y existía otro período de alto riesgo alrededor de los

cincuenta años (32). La existencia de ideaciones suicidas persistía a lo largo de toda la vida; sin embargo, los planes y los intentos suicidas eran menos frecuentes en períodos posteriores de la vida. Los trastornos previos a lo largo de la vida se relacionaban temporalmente con la presencia de comportamientos suicidas. Asimismo, se observó que la utilización de los servicios era mucho mayor entre las personas que presentaban comportamientos suicidas que en la población general de México. La mayor parte de ellas, sin embargo, habían hecho un intento antes de utilizar los servicios psiquiátricos (32).

Se llevaron a cabo también investigaciones similares en 3.005 adolescentes de 12 a 17 años de edad en la ciudad de México (33). El 11,5% de los adolescentes notificó ideaciones a lo largo de la vida, mientras que 3,9% notificó planes suicidas y 3,1% intentos de suicidio a lo largo de la vida. Los comportamientos suicidas se presentaban aproximadamente a los 10 años de edad, y la edad de mayor riesgo era la de 15 años. Las mujeres tenían tasas mayores de comportamientos suicidas que los hombres (en las mujeres, las ideaciones se observaban en 15,3%, los planes en 5,6% y los intentos en 4,7%; en los hombres, los porcentajes respectivos eran de 7,6%, 32,3% y 1,6%). Más de 80% de los que tenían comportamientos suicidas tenían también antecedentes de un trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida. La prevalencia de comportamientos suicidas era más alta entre los adolescentes con antecedentes de un acontecimiento traumático. La tasa de prevalencia más alta de ideaciones suicidas se observó entre los que notificaban que habían sido víctimas de violación (43%). Cualquier acontecimiento traumático se asociaba con un incremento de 3,2 veces en las probabilidades de ideación, de 5,1 veces en las probabilidades de planificación y de 6,6 veces en las probabilidades de intento de suicidio. El número de acontecimientos también se asociaba con el aumento de los comportamientos suicidas, por ejemplo, era 13,7 veces más probable que las personas con antecedentes de tres o más acontecimientos notificaran un intento de sui-

cidio que las que no tenían ningún antecedente similar (34).

Nicaragua

Se investigó la conducta suicida en una muestra aleatoria de 278 personas de 15 a 24 años de edad en la ciudad de León, mediante el cuestionario de actitudes ante el suicidio (35). La prevalencia general en un año de cualquier expresión suicida era de 44,8% entre los hombres y de 47,4% entre las mujeres. En el último año, 2,1% de los hombres y 1,5% de las mujeres notificaron un intento de suicidio. Los factores sociodemográficos no se asociaban con la expresión suicida en Nicaragua. Sin embargo, la exposición a la conducta suicida por parte de personas representativas estaba asociada a una mayor frecuencia de pensamientos suicidas.

En un estudio de seguimiento a lo largo de tres años de todos los intentos de suicidio que se atendieron en el hospital de León se observó una tasa de 71,3 por 100.000 habitantes en personas de 15 años de edad y más (36). La mayor parte de los intentos de suicidio fueron perpetrados por mujeres. Además, la edad de las mujeres que intentaron suicidarse era menor que la de los hombres (la tasa más elevada correspondía a la edad de 15 a 19 años). En 19,1% de los intentos se utilizaron plaguicidas. Casi la mitad (46,5%) de los que habían intentado suicidarse habían acudido al sistema de atención de salud en los seis meses anteriores.

CONCLUSIONES

Muchos de los estudios de investigación realizados en América Latina y el Caribe hacen un llamamiento a favor de programas de prevención del suicidio. Uno de los problemas que enfrenta este tipo de llamado en favor de la acción, es la necesidad de que esos programas demuestren una reducción de las tasas de suicidio. Se trata de una tarea difícil debido a la falta de valores de referencia fiables y de datos previos sólidos y fidedignos en materia de suicidio. Actualmente, la notificación del suicidio es deficiente en muchos países, tal como indica

el subregistro de la mortalidad en general. Por consiguiente, el primer paso hacia la prevención de los suicidios en la Región es el establecimiento de sistemas de vigilancia confiables. Los métodos de vigilancia utilizados y las definiciones empleadas deben ser de fácil acceso y estar a disposición de planificadores e investigadores en materia de salud pública.

La investigación sistemática realizada sobre los intentos, los planes y las ideaciones suicidas contribuye en gran manera a distinguir las poblaciones en situación de riesgo potencial. Si se tienen en consideración sus resultados y los datos existentes en materia de suicidio, es evidente que los jóvenes adultos y los adolescentes constituyen una población en situación de riesgo a la que deben dirigirse las iniciativas. Son pocos los países de América Latina y el Caribe que, tal como se lleva a cabo en el Brasil, recopilan sistemáticamente los datos sobre autolesiones. Una mejor recopilación sistemática de datos en los servicios de urgencias de los hospitales proporcionaría una gran cantidad de información necesaria sobre las poblaciones en situación de riesgo de intento —y posible consumación— de suicidio. Las encuestas comunitarias periódicas pueden ser útiles para conseguir que los recursos se dirijan a los grupos en situación de mayor riesgo. Finalmente, se deberán adaptar las iniciativas de intervención a los diferentes entornos, dado que la epidemiología del suicidio varía mucho entre países, e incluso entre las regiones de un mismo país.

REFERENCIAS

1. Vijayakumar L, Nagaraj K, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in developing countries (1): frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators. *Crisis* 2005;26:104–11.
2. Bertolote JM, Fleischman A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002;7:6–8.
3. Friedmann H, Kohn R. Mortality in the suicidal population. *Suicide Life Threat Behav* 2008;38:287–301.
4. Organización Panamericana de la Salud. Sobre la estimación de tasas de mortalidad para países de la Región de las Américas. *Boletín Epidemiológico/OPS* 2003;24(4):1–13.

5. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry* 2005;4:114–20.
6. Phillips M. Suicide prevention in developing countries: where should we start? *World Psychiatry* 2004;3:156–7.
7. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública Mex* 1996;38:197–206.
8. Rodrigues NC, Werneck GL. Age-period-cohort analysis of suicide rates in Rio de Janeiro, Brazil, 1979–1998. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:192–6.
9. Hutchinson GA, Simeon DT. Suicide in Trinidad and Tobago: associations with measures of social distress. *Int J Soc Psychiatry* 1997;43:269–75.
10. Placido A, Sposito AC. Association between suicide and cardiovascular disease: Time series of 27 years. *Int J Cardiol* 2008 Jun 20 (publicación electrónica previa a la edición impresa).
11. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980–2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:131–4.
12. Coloma C, Hoffman JS, Gawryszewski VP, Bennett MD, Crosby AE. Suicide trends and characteristics among persons in the Guaraní Kaiowá and Nandeva Communities—Mato Grosso do Sul, Brazil, 2000–2005. *MMWR* 2007;56:7–9.
13. Pires DX, Caldas ED, Recena MCP. Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005;21:598–604.
14. Nejar KA, Benseñor IM, Lotufo PA. Sunshine and suicide at the tropic of Capricorn, São Paulo, Brazil, 1996–2004. *Rev Saude Publica* 2007;41:1062–4.
15. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Epidemiological aspects of suicide in Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Saude Publica* 2004;38:804–10.
16. Faria NM, Victora CG, Meneghel SN, de Carvalho LA, Falk JW. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cad Saude Publica* 2006;22:2611–21.
17. Trucco Burrows M. Tendencias del suicidio en Chile, 1971–1990. *Rev Chil Neuro-psiquiatr* 1993;31(4 supl):5–17.
18. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Suicide trends in Colombia, 1985–2002. *Rev Panam Salud Pública* 2007;22:231–8.
19. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, López M. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case-control study of psychological autopsy in a developing country. *Arch Suicide Res* 2007;11:297–308.
20. Sánchez R, Orejarena S, Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985–2000. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2004;6:217–34.
21. Lester D. Suicide and homicide in Costa Rica. *Med Sci Law* 1995;35:316–8.
22. Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990–2001. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16:102–9.
23. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay: consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev Med Urug* 1990;6:203–15.
24. Serfaty E, Ustaran JK, Andrade J, D'Aquila H, Boffi-Boggero H, Masautis A, Foglia L. Ideas de suicidio y factores de riesgo en hombres con residencia en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, 1992. *Bol Acad Nac Med BAires* 1994;72:233–45.
25. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Tran Thi Thanh H, Phillips M, Schlebusch L, Värnik A, Vijayakumar L, Wasserman D. Suicide attempts, plans and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005;35:1457–65.
26. Ali A, Maharajh HD. Social predictors of suicidal behaviour in adolescents in Trinidad and Tobago. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:186–91.
27. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipeck M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999;29:9–17.
28. Posada-Villa J, Rodríguez M, Duque P, Garzón A. Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 (ENSM). *NOVA* 2007;5:84–91.
29. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002;22 Supl 2:407–16.
30. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* 2001;24:4–15.
31. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora M, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005;28:40–7.
32. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara C, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiol-

- ogy of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37:627–40.
33. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:41–52.
 34. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Molnar BE, Nock MK. Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:654–66.
 35. Rodríguez AH, Caldera T, Kullgren G, Renberg ES. Suicidal expressions among young people in Nicaragua: a community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:692–7.
 36. Caldera T, Herrera A, Renberg ES, Kullgren G. Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. *Scand J Public Health* 2004;32:349–55.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL: SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Armando J. Vásquez Barrios¹

MARCO CONCEPTUAL

El concepto de inteligencia ha sido un constructo teórico utilizado para representar la capacidad de razonamiento lógico, hipotético-deductivo y otras funciones mentales relacionadas con el aprendizaje, la memoria, la atención y la ejecución de tareas básicas de cálculo, la ubicación temporo-espacial y las habilidades sociales.

La presencia o ausencia de este tipo de capacidades han sido generalmente exploradas a través de distintos tests psicológicos destinados a medir dicha capacidad y desempeño, y se expresan cuantitativamente a través de un resultado denominado coeficiente intelectual.

En el siglo XVI, Sir Anthony Fitzherbert (1) calificaba de "idiotas" e "imbéciles" a aquellas personas que no eran capaces de decir quienes eran su padre y su madre. Desde esa época hasta nuestro tiempo encontraremos que, por acuerdo o conveniencia, la discapacidad intelectual ha sido denominada de distintas maneras: retraso o retardo mental, discapacidad mental, incapacidad intelectual, trastornos del aprendizaje o discapacidad intelectual. Esta diversidad de términos demuestra que aún no se han armonizado totalmente los criterios

teóricos para llegar a un concepto estándar que homologue las diferentes tendencias, lo cual se traduciría en una definición más universal o comúnmente aceptada. Sin embargo, podemos identificar tres criterios comunes a las diferentes acepciones, en las que coinciden los diferentes autores, que pueden conducir a una conceptualización común: la limitación significativa del funcionamiento intelectual, la limitación significativa del comportamiento adaptativo y su comienzo, antes de la edad adulta.

Estos tres elementos y las definiciones que mencionaremos a continuación se convierten en el punto de referencia para la armonización y unificación de criterios que conduzcan a alcanzar un concepto amplio, adecuado y universal.

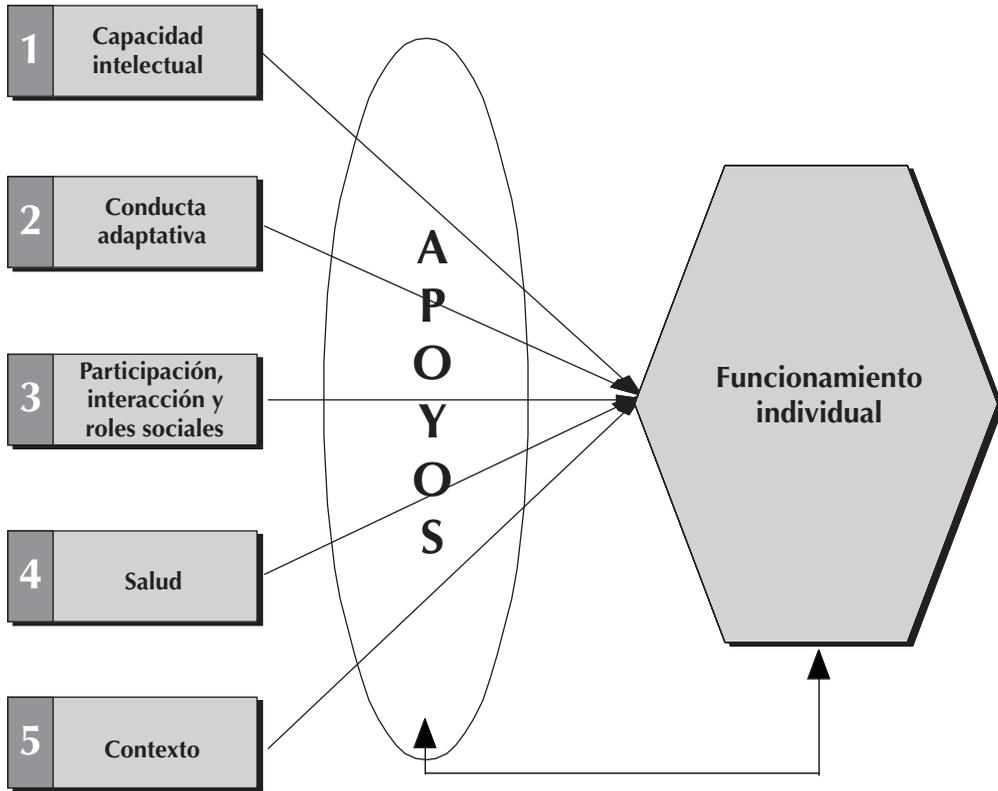
Definición de la Asociación Americana para el Retraso Mental, propuesta en su manual del año 2002

“. . . El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiesta en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Dicha discapacidad comienza antes de los 18 años. . .”.

Este marco conceptual propone un modelo multidimensional (2) en el que se distinguen cinco dimensiones: la capacidad intelectual, la

¹ Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile, Chile.

FIGURA 1. Modelo teórico de retraso mental.



Fuente: extraído de Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix W et al. Mental retardation: definition, classification, and system of supports. American Association on Mental Retardation. Washington, DC; 2002.

conducta adaptativa, la participación, interacción y roles sociales, la salud y el contexto (Figura 1).

La *capacidad intelectual* hace referencia a la consideración general de la inteligencia y comprende el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, la rapidez del aprendizaje y el aprendizaje basado en la experiencia.

La *conducta adaptativa* se entiende como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para realizar actividades de la vida diaria, como leer, escribir, relacionarse con otros, autocontrolarse, seguir reglas, comer, asearse, vestirse, transportarse, utilizar los medios de comunica-

ción, atender el hogar y manejar dinero, entre otras.

La *participación, interacción y roles sociales*, destacada por su pertinencia conceptual y operativa, propone tener en cuenta las fortalezas y debilidades del individuo y resaltar la posibilidad de analizar también sus oportunidades y restricciones en su dimensión social, para establecer así los mecanismos de apoyo para una adecuada participación en su entorno comunitario y educativo. Mientras que las otras dimensiones se centran en aspectos personales o ambientales, en este caso el análisis se dirige a evaluar las interacciones con los demás y el rol social desempeñado en su grupo de referencia y en la familia. Esta participación social y comunitaria se evalúa por medio de la observa-

ción directa y el registro riguroso de las actividades de la vida diaria de la persona. En este sentido, la conducta adaptativa da cuenta del grado de integración de la persona con su entorno y del grado de involucramiento con respecto al rol esperado (activo/pasivo, en-paracon, etc.).

La *salud*, entendida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, va más allá de la evaluación del comportamiento psicopatológico o de los factores etiológicos. La preocupación por la salud de los individuos con discapacidad intelectual se basa en las serias dificultades que pueden presentar para reconocer sus propios problemas físicos y emocionales (obesidad y depresión, por ejemplo), así como para gestionar su atención en los servicios de salud, y comunicar adecuadamente sus síntomas y sentimientos o comprender los planes e instrucciones para el tratamiento de los mismos.

El *contexto* describe las condiciones ambientales y culturales interrelacionadas de las personas en la vida diaria. Esta dimensión plantea una perspectiva ecosistémica para la descripción y el análisis de la situación de una persona en tres niveles: a) el *microsistema*, correspondiente al espacio físico y social inmediato, es decir la persona, la familia y los amigos; b) el *mesosistema*, que abarca la vecindad, la comunidad y las organizaciones e instituciones que prestan servicios sociales, educativos o de salud y c) el *macrosistema*, que son los patrones generales de cultura, la sociedad, los grandes grupos poblacionales, países o influencias sociopolíticas.

Cada una de estas dimensiones ejerce influencia en el grado de funcionamiento de la persona, cuya estimación determinará el tipo y la intensidad del apoyo necesario. Por otra parte, el apoyo influye, de manera favorable o no, en el desarrollo de las aptitudes de la persona, transformándose en fuerzas o en limitaciones en cada una de las dimensiones, lo que evidencia una relación de reciprocidad entre la persona y los ambientes. Finalmente, se puede decir que el modelo multidimensional propuesto plantea que la discapacidad intelectual

no es una condición sustantiva del individuo, ni tampoco es solo un trastorno médico o mental, sino que más bien es un estado particular del funcionamiento que comienza en la infancia y su evolución está directamente relacionada con la disponibilidad de apoyos personalizados y efectivos para la integración socio-comunitaria, educativa y laboral.

Definición de retraso mental de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

La CIE-10 define el retraso mental como (3): “estado de desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo las funciones cognitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales. El retraso puede tener lugar con o sin otra alteración mental o física. Las habilidades intelectuales y la adaptación social pueden cambiar con el tiempo y, aunque sean pobres, pueden mejorarse como resultado del adiestramiento y la rehabilitación. El diagnóstico deberá basarse en los niveles de funcionamiento actuales”.

Esta definición es amplia y flexible; a su vez, la CIE-10 clasifica el retraso mental de acuerdo al coeficiente intelectual y proporciona los criterios para el diagnóstico de cada una de las categorías de retraso mental.

La CIF (4) establece las bases para la promoción de un lenguaje unificado, así como el marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la misma. Distingue una serie de dominios y códigos diagnósticos (funciones mentales globales intelectuales y funciones específicas del lenguaje), que ofrecen una mirada más amplia (multidimensional) y profunda de la condición de salud y del desarrollo de la persona, así como de su funcionamiento integral y participación social en el contexto ambiental y personal. Esta clasificación complementa a la CIE-10 y forma parte de la familia de clasifica-

ciones que permiten desarrollar una descripción más acabada de los diferentes déficits y sus consecuencias en el funcionamiento humano (competencias y limitaciones).

El uso conjunto de la CIE-10 y la CIF se está transformando en una práctica regular por parte de los equipos de salud. En la actualidad, existe un conocimiento cada vez mayor de los instrumentos derivados de estas nuevas clasificaciones, entre los que destaca el Cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS. De extenderse y formalizarse cada vez más su uso, se facilitaría también el uso de un lenguaje común para una mejor descripción de las diferentes variables presentes en cada caso, así como la posibilidad de determinar, con mayor rigurosidad, el apoyo necesario en función de los diferentes grados de severidad presentes en el diagnóstico.

Definición de retraso mental del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), de la Asociación Psiquiátrica Americana y del Manual de la Asociación Psicológica Americana

El DSM-IV, en su última versión, define el retraso mental como (5): “Funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media ($CI < 70$), asociado a déficit del funcionamiento adaptativo actual en al menos dos sectores (comunicación, autonomía, vida familiar, aptitudes sociales e interpersonales, aprovechamiento de los recursos del contexto, responsabilidad individual, utilización de las experiencias adquiridas en la escuela, el trabajo, los momentos de ocio, salud y seguridad, que aparece antes de los 18 años”.

Según el coeficiente intelectual, el retraso mental también es clasificado en leve, moderado, grave, profundo y de gravedad no especificada.

La Asociación Psicológica Americana (6) indica que el retraso mental se caracteriza por limitaciones significativas del funcionamiento global y limitaciones significativas concurrentes de las aptitudes adaptativas, así como también por manifestarse antes de los 22 años.

También clasifica el retraso mental según el grado de severidad en leve, moderado, grave y profundo.

Una rápida revisión de esta evolución conceptual permite establecer al menos tres grandes dimensiones de contenidos:

- Se ha avanzado desde el examen aislado y estático de una condición individual hacia una visión dinámica e integral que abarca el funcionamiento global de la persona en su contexto de vida. Las limitaciones de funcionamiento deben ser consideradas tomando en cuenta el contexto comunitario común a los pares en cuanto a edad y cultura.
- El centro de atención ha evolucionado desde la simple clasificación diagnóstica del déficit o problema (encuadre negativo) hacia abordajes más bien centrados en el diseño de los apoyos necesarios para el adecuado funcionamiento de la persona (encuadres positivos, centrados en el desarrollo de las capacidades, competencias y recursos existentes). En una persona, las limitaciones coexisten con sus capacidades; ciertamente, la importancia de describir esas limitaciones responde al propósito de poder definir el perfil de los apoyos necesarios para mejorar su funcionamiento y desempeño.
- El análisis lineal y unidimensional del fenómeno (causa-efecto) ha dado paso al análisis complejo y multidimensional de las diferentes variables que influyen en la situación de la persona (factores personales y contextuales). Una evaluación diagnóstica es válida en la medida en que integra la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias de comunicación y los aspectos sensoriales, motores y comportamentales.

Todo lo anterior ha incidido en la necesidad de diferenciar y distinguir claramente las implicaciones teóricas y operativas entre conceptos como *retraso mental* y *discapacidad intelectual*. Más allá del carácter peyorativo del significado del término “retraso mental”, o de la reducción a una categoría diagnóstica de ori-

gen psicopatológico, la principal razón para establecer este cambio en la terminología es ampliar la comprensión de la persona desde una perspectiva de derechos (4-6). Si observamos las tendencias de la evolución conceptual antes planteada, podemos identificar que hemos pasado del paradigma biomédico a un modelo basado en los derechos de las personas, promovidos sobre la base de instrumentos internacionales que promulgan, entre otras cosas, el trato respetuoso y el uso de un lenguaje no peyorativo cuando se refiere a las personas con discapacidad (Recuadro 1).

Esta tendencia se hace más visible en la década de los setenta y sienta bases sólidas en el tema de la discapacidad intelectual en la Conferencia de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud sobre discapacidad intelectual, realizada en Montreal en 2004, donde surge la Declaración

de Montreal, instrumento dirigido a guiar a los gobiernos y a la sociedad civil con el objetivo de asegurar una ciudadanía plena para las personas con discapacidad intelectual. Sin lugar a dudas, esta Conferencia permitió posicionar el tema de la discapacidad intelectual en el contexto internacional de protección y defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Posteriormente, el enfoque de los derechos humanos obtiene un gran logro cuando durante el sexagésimo primer período de sesiones, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, mediante la resolución 61/106, del 13 de diciembre de 2006, que entra en plena vigencia el 12 de mayo de 2008. Esta es la primera Convención de derechos humanos del siglo XXI, que ayudará a combatir la discriminación y otros obstáculos que impidan el goce pleno de todos los derechos, por todas las personas con discapacidad.

RECUADRO 1. Instrumentos internacionales sobre discapacidad y derechos humanos.

- Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (ONU, 1971)
- Declaración de los Derechos de los Impedidos (ONU, 1975)
- Programa de Acción Mundial para los Impedidos (ONU, 1982)
- Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (OIT, 1983)
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU, 1991)
- Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1993)
- Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica (OPS/ OMS, 1990)
- Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales (UNESCO, 1994)
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA, 2001)

PROGRAMAS, SERVICIOS Y RECURSOS PARA LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

El Atlas mundial sobre recursos dedicados a la discapacidad intelectual (7), publicado por la OMS en 2007 con la participación de los países de las Américas y el apoyo técnico de la OPS, señala que 80% de los países del continente americano utiliza el término retraso mental para referirse a discapacidad intelectual. Indica, además, que los sistemas de diagnóstico y clasificación de uso más frecuente en relación con la discapacidad intelectual son el DSM-IV (52%) y la CIE-10 (48%).

El 72% de los países de la Región cuenta con políticas y programas nacionales sobre discapacidad intelectual. Sin embargo, en otros países el tema se incorpora en programas y políticas relacionados con salud, educación y seguridad social (72,2%, 66,7% y 44,4%, respectivamente). El control y financiamiento de los servicios para niños y adolescentes con discapacidad intelectual es responsabilidad del sector de educación en 84% de los países; en cuanto a los adultos, en 72% de los países la responsabilidad recae en el sector salud. En

CUADRO 1. Porcentaje de países que otorgan beneficios sociales gubernamentales a las personas con discapacidad intelectual, Región de las Américas.

Beneficios	Países (%)
Pensión por discapacidad	44,0
Subsidios (para vivienda, alimentación, medicamentos y transporte)	44,0
Seguro de salud	24,0
Seguridad social	44,0
Pago directo para propósitos específicos	40,0
No provee ningún beneficio	24,0

Fuente: World Health Organization (WHO). Atlas. Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. Geneva: WHO; 2007.

84% de los países de la Región, el financiamiento de los servicios para personas con discapacidad intelectual se obtiene del pago de la tributación general, siendo también una fuente importante de financiamiento el pago directo por los usuarios o sus familias (62,5%).

Muchos de los países proporcionan beneficios sociales gubernamentales a las personas adultas con discapacidad intelectual o a las familias que tienen niños con este tipo de discapacidad (Cuadro 1). Sin embargo, el acceso a estos beneficios es generalmente muy bajo; 57% de los países notificó que menos de 10% de las personas elegibles (adultos o familias de personas con discapacidad intelectual) fueron beneficiados.

El 80% de los países dispone de legislación sobre protección para las personas con discapacidad intelectual. El 52% tiene sistemas de protección judicial para niños y adolescentes y 44%, para adultos. Este tipo de sistema de protección judicial involucra a la familia y puede tomar la forma de curador, tutor o asesor. En cuanto a los agresores con discapacidad intelectual que han sido condenados por un tribunal y que quizás necesiten algún tipo de apoyo, 52,2% de los países cuenta con reglas especiales para niños y adolescentes y 65,2%, con reglas especiales para adultos.

Servicios

El 65,2% de los países de las Américas que participaron en el estudio de la Organización

Mundial de la Salud (OMS) sobre recursos para personas con discapacidad intelectual (7) informó que el nivel gubernamental es el responsable de la provisión de servicios. El 95,2% notificó que estos servicios se brindan junto con otros destinados a la población general. Sin embargo, 72,2% informó que cuentan con algunos servicios específicos para personas con discapacidad intelectual y 83,3%, que los proveen junto con servicios a personas con enfermedades mentales. De esta manera, se observa que en la mayoría de los países existe una combinación de diferentes modalidades de prestación de servicios.

Los modelos de servicios ofrecidos pueden ser institucionales o comunitarios; la tendencia en pasadas décadas ha sido la evolución desde la institución asilar, de larga estadía, a los modelos de atención basados en la comunidad. A pesar de ello, el servicio institucional tipo asilo aún existe en la Región: para adultos, en 64,3% de los países y para niños y adolescentes, en 52,9%.

A los efectos del estudio de la OMS, los servicios fueron clasificados en cuatro tipos: hospitalización, atención primaria, especializados y de rehabilitación física. En el cuadro 2 se presenta el porcentaje de países que disponen de esta clase de servicios. Las cifras aparentemente son altas y podrían considerarse aceptables a primera vista, pero el problema principal radica en la cobertura real que ofrecen a la población con necesidades.

La detección, evaluación y orientación fue el tipo de atención específica brindado con más frecuencia a niños y adolescentes con discapacidad intelectual (86,4% de los países), seguido de las intervenciones especializadas en psiquiatría o psicología (82,6%). Solo 59,1% de los países brinda atención en centros de día. En los adultos, los servicios brindados con más frecuencia fueron las intervenciones especializadas en psiquiatría o psicología (90,9%) y la rehabilitación psicosocial (83,3%) (Cuadro 3).

Otros de los aspectos indagados en el estudio de la OMS para el Atlas de recursos globales para personas con discapacidad intelectual han sido la educación, el trabajo, los servicios a la familia y cualquier otro tipo de servicios.

CUADRO 2. Porcentaje de países que brindan servicios de salud a niños, adolescentes y adultos con discapacidad intelectual, Región de las Américas.

Servicios	Para niños y adolescentes (% de países)	Para adultos (% de países)
Hospitalización	72,7	86,4
Atención primaria en salud	87,0	95,5
Servicios especializados	72,7	81,8
Rehabilitación física	91,3	82,6

Fuente: World Health Organization (WHO). Atlas. Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. Geneva: WHO; 2007.

CUADRO 3. Porcentaje de países que realizan intervenciones en salud para niños, adolescentes y adultos con discapacidad intelectual, Región de las Américas.

Intervenciones	Para niños y adolescentes (% de países)	Para adultos (% de países)
Detección, evaluación y orientación	86,4	80,0
Intervención precoz	71,4	... ^a
Intervención individual y manejo de caso	65,0	72,2
Atención especializada de psicología o psiquiatría	82,6	90,9
Rehabilitación psicosocial	75,0	83,3
Centro u hospital de día	59,1	57,1

^a Sin información.

Fuente: World Health Organization (WHO). Atlas. Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. Geneva: WHO; 2007.

Con respecto a la educación para niños y adolescentes, los países que participaron en la encuesta informaron que 100% dispone de escuelas especiales; 85% ofrece la oportunidad de clases especiales en escuelas regulares o escuelas integradoras, y 81% dispone de apoyo en clases regulares. Para los adultos, 66,7% cuenta con programas de adiestramiento profesional y 55,6%, con programas de alfabetización (Cuadro 4). En relación con el campo laboral, 81,8% informó disponer de programas de empleo protegido y 61,9%, de programas para desarrollo de habilidades para el trabajo. En cuanto a los servicios para la familia, 72% de los países dispone de servicios de apoyo psicológico, 68%, de educación sobre discapacidad intelectual y 56%, de servicios de apoyo a la defensa de los derechos.

Los factores más comunes que afectan el acceso a los servicios que los países ofrecen para las personas con discapacidad intelectual son

el estatus socioeconómico (79,2%) y la ubicación geográfica, ya sea urbana o rural (75%). Según el informe de la OMS, 25% de los países de América Latina que participaron en el estudio notificaron que la etnicidad es un factor que afecta el acceso a los servicios, siendo este porcentaje mayor que el de otras regiones de la OMS: África (22,6%), Sudeste-Asiático (0%), Europa (4,4%), Mediterráneo Occidental (7,7%) y Pacífico Occidental (8,2%).

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA DISCAPACIDAD GENERAL Y LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Dada la falta de uniformidad de criterios en cuanto al uso de metodologías e instrumentos estandarizados para la medición de la prevalencia de la discapacidad, hay una amplia variedad de resultados dentro de los países del

CUADRO 4. Porcentaje de países que brindan oportunidades educativas y otros servicios a niños, adolescentes y adultos con discapacidad intelectual, Región de las Américas.

Oportunidades educativas y otros servicios	Para niños y adolescentes (% de países)	Para adultos (% de países)
Escuelas especiales	100,00	... ^a
Escuelas integradoras o clases especiales en escuelas regulares	84,0	...
Apoyo en clases regulares	81,0	...
Programas de adiestramiento profesional	...	66,7
Programas de alfabetización	...	55,6
Programa de educación del adulto	...	50,0
Actividades recreativas	81,0	81,0
Servicios de apoyo y defensa de los derechos	68,2	73,9
Transporte	63,2	58,8

^a Sin información.

Fuente: World Health Organization (WHO). Atlas. Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. Geneva: WHO; 2007.

continente americano. Esto se refleja en la disponibilidad de información epidemiológica poco clara, fragmentada y de datos de prevalencia basados en estimaciones que varían en cada país.

Fuentes de información

Las fuentes de información tradicionales que se utilizan para medir la discapacidad son los censos, las encuestas y los registros administrativos.

Históricamente, los censos de población han representado una fuente oficial de referencia para caracterizar cualquier tipo de discapacidad en la población general. Sin embargo, esta clase de instrumento subestima la magnitud de esta condición, al identificar, por lo general, solo deficiencias expresadas en su máxima gravedad y casi nunca la función alterada en relación con la discapacidad.

Las encuestas de hogares, al admitir un mayor cruce de variables y el análisis posterior de más información, representan instrumentos que, con mayor probabilidad, nos permiten conocer mejor la situación de la discapacidad en la población. Sin embargo, continúa prevaleciendo un enfoque más centrado en las deficiencias tradicionales que en el funcionamiento integral.

En los sistemas de salud, las estadísticas de registro continuo son en general deficientes o el dato correspondiente a la discapacidad está totalmente ausente. Recientemente, se han desarrollado encuestas específicas mediante la base técnica del WHO-DAS II, esquema de evaluación de discapacidad de la OMS basada en la CIF, que evalúa el grado de discapacidad de una persona a partir de alteraciones del funcionamiento y de sus niveles de dificultad para realizar sus actividades y desempeñarse en su entorno. Los aportes de algunos estudios que han utilizado la CIF nos permiten tener un conocimiento general de la magnitud de la situación de la discapacidad en la Región.

Otra fuente formal de información para identificar la situación en algunos países de la Región la constituyen los registros nacionales y locales de personas con discapacidad. Estos registros son establecidos por ley como trámite formal para la certificación de la discapacidad y el acceso a beneficios sociales. Registran principalmente información de diagnósticos médicos y el tipo de deficiencias que presentan las personas.

Prevalencia de la discapacidad

La gran variedad de datos que, como ya se ha mencionado, refleja la disparidad y la falta

de armonización entre fuentes y modelos conceptuales (Cuadro 5), hace que la información sobre la prevalencia de la discapacidad sea difícilmente comparable, constituyéndose en una limitación, no solo para la caracterización de la discapacidad intelectual de manera global en la Región, sino también dentro de los propios países.

Los datos que se presentan a continuación han sido tomados de tres publicaciones: Estado del arte de los estudios de caracterización de la discapacidad en las Américas (8), Salud en las Américas (9) y La discapacidad: preven-

ción y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados (10).

Entre el grupo de países que utilizaron la CIF para los estudios de caracterización de la discapacidad (Cuadro 6), se observa que en Panamá las deficiencias intelectuales tienen una prevalencia de 13,3% (11, 12). En Colombia, 11,9% de la población tiene una dificultad para entender o aprender y 9,9%, para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales. En el Uruguay, del total de personas con

CUADRO 5. Prevalencia de discapacidad en la población general, Región de las Américas.

País	Censos de la ronda 2000 Prevalencia (%)	Encuestas de hogares 2000–2005 (%)	Estudios de prevalencia 2002–2006 (%)	Otros estudios 2000–2005 (%)
Argentina	... ^a	...	7,1	...
Belice ^b	5,9	...	...	...
Bahamas	2,3	...	...	...
Barbados	4,6	...	...	...
Brasil	14,5	6,0	...	...
Bolivia	3,8	9,3	...	...
Canadá	18,5	...	14,3	...
Chile	2,2	5,3	12,9 ^c	...
Cuba ^d	...	...	...	3,2
Colombia	6,4 ^c	...	...	...
Costa Rica	5,3	...	...	...
Ecuador	4,6	13,2	12,1 ^c	...
El Salvador	4,2 ^{c,e}	1,5	6,5	4,1
Estados Unidos	18,1	...	...	...
Guatemala	6,2	...	3,8	...
Guyana ^f	2,2	3,9	...	...
Haití	2,0	...	...	...
Honduras	...	2,6	...	...
Jamaica	6,2	...	...	...
México	1,8	2,3	...	...
Nicaragua	...	...	10,3 ^c	...
Panamá	1,8	...	11,8 ^c	...
Paraguay	1,1	...	...	3,0
Perú	...	10,9	...	5,7
Puerto Rico	2,7	...	...	...
República Dominicana	4,7	...	...	...
Suriname ^g	2,8	...	...	...
Trinidad y Tabago	4,5	...	...	...
Uruguay	...	7,6 ^c	...	...
Venezuela	4,1	...	...	6,4

^a Sin información.

^b Datos de 1990.

^c Se utilizó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como base técnica.

^d Deficiencia severa.

^e Limitación permanente.

^f Datos disponibles: año 1981.

^g Datos disponibles: año 1980.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de Rehabilitación. Revisión documental.

CUADRO 6. Discapacidad relacionada con el área intelectual y mental en población con discapacidad, Región de las Américas.

País	Censos de la ronda 2000 Prevalencia (%)	Encuestas de hogares 2000–2005 (%)	Estudios de prevalencia 2002–2006 (%)	Otros estudios 2000–2005 (%)
Argentina	... ^a	...	12,1 (14)	...
Bahamas	13,3 (14)	...	...	...
Brasil	8,3 (14)	...	...	...
Bolivia	...	3 (14)	...	...
Canadá	29,8 (22) ^b	...	...	...
	64,9 (2)	...	...	...
	31,9 (19)	...	...	...
	1,9 (2)	...	...	...
	1,8 (23) ^c	...	...	...
	0,5 (22)	...	...	...
	2,2 (19)	...	...	...
Chile ^d	...	...	9 (1)	...
	...	...	7,8 (5)	...
	...	...	33,4 (6)	...
	...	...	45,1 (7)	...
	...	...	25,4 (8)	...
	...	...	27,7 (9)	...
	...	...	18,3 (10)	...
	...	...	25,7 (11)	...
	...	...	12,5 (12)	...
Cuba	...	...	...	38,3 (15)
Colombia ^d	11,9 (2)	...	...	...
	9,9 (3)	...	...	...
Costa Rica	0,5 (15)	...	...	...
	0,33 (16)	...	...	...
Dominica	0,8 (14)	...	...	...
Ecuador ^d	...	...	47 (4)	...
	...	...	7 (3)	...
El Salvador ^d	2,8 (15) ^e	...	3,6 (18)	...
	...	...	1,8 (19)	...
Estados Unidos	8 (2)	...	...	12,2 (21) ^g
	7 (20) ^f	...	...	...
Guatemala	...	...	12,6 (14)	...
Guyana	...	27 (2)	...	...
Honduras	...	2,7 (15)	...	...
	...	0,9 (17)	...	...
Jamaica	9 (14)	...	...	...
México	16,1 (14)	...	...	...
Nicaragua ^d	...	...	58 (13)	...
	...	...	26 (3)	...
Panamá ^d	...	...	13,3 (1)	...
Paraguay	25,49 (14)	...	...	...
Perú	...	12 (15)	...	...
República Dominicana	12 (15)	...	...	...
Uruguay ^d	...	10,9 (2)	...	...
	...	6,2 (3)	...	...
Venezuela	0,15 (15)	...	...	...

^a Sin información.^b Población de 0 a 14 años de edad.^c Población de 15 años de edad y más.^d Se utilizó la CIF como base técnica.^e Población de 3 a 7 años de edad.^f Población de 3 a 17 años de edad.^g Población de 3 a 21 años de edad.

Notas: los números entre paréntesis corresponden al tipo de discapacidad. (1) Deficiencias intelectuales; (2) Dificultad del aprendizaje; (3) Dificultad para relacionarse con los demás; (4) Limitación leve a moderada para aprender; (5) Deficiencias psiquiátricas; (6) Dificultad para aprender cosas nuevas; (7) Dificultad para recordar cosas importantes; (8) Dificultad para entender lo que la gente dice; (9) Dificultad para hablar con desconocidos; (10) Dificultad para relacionarse con las amistades; (11) Dificultad para hacer nuevas amistades; (12) Dificultad para participar en organizaciones; (13) Dificultades de participación; (14) Discapacidad mental; (15) Retardo mental; (16) Trastorno mental; (17) Demencia; (18) Discapacidad intelectual; (19) Discapacidad psicológica; (20) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; (21) Usan servicios de educación especial; (22) Retardo/Desorden del desarrollo; (23) Problemas relacionados con la memoria

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de Rehabilitación. Revisión documental.

discapacidad, 10,9% presenta dificultad para el aprendizaje y 6,2%, para relacionarse con los demás; en ambos casos el sexo más afectado es el masculino. El estudio de prevalencia del Ecuador señala que de las personas con discapacidad de 5 años y más, 47% presenta limitación leve a moderada para el aprendizaje y 7%, para relacionarse con los demás (13).

En Chile, del total de personas con discapacidad, 9% presentaba deficiencias intelectuales y 7,8%, deficiencias psiquiátricas. Las principales dificultades que experimentaban eran aprender cosas nuevas (33,4%), recordar cosas importantes (45,1%), comprender lo que la gente dice (25,4%), hablar con desconocidos (27,7%), relacionarse con amistades (18,3%), hacer nuevas amistades (25,7%) y participar en organizaciones (12,5%) (14, 15).

El estudio de Nicaragua notificó que 58% de la población con discapacidad tenía dificultades de participación, en especial problemas de aprendizaje, y 26% de las personas con discapacidad tenía problemas o dificultades para relacionarse con los demás (16).

Entre los países que realizaron encuestas específicas no basadas en la CIF, se observa que en Argentina, 73,9% de las personas con discapacidad informó tener una sola discapacidad (12,1% de esa cifra corresponde a discapacidad mental). El 26,1% notificó tener dos o más discapacidades, ya sean mentales o intelectuales (17, 18). En Guatemala, del total de la población con discapacidad, 12,6% tenía una discapacidad mental (19).

En Bolivia, las personas con discapacidad mental representan 3% del total de la población con alguna discapacidad (20); en el Brasil, representan 8,3%, y es más prevalente en los hombres que en las mujeres (21). En el Perú, la prevalencia de retraso mental es de 12% (22) y en Venezuela, de 0,15%. En Costa Rica, la tasa de retraso mental es de 5 por 1.000 habitantes y de 3,3, por 1.000 para el trastorno mental (23). En Honduras, la tasa de retraso mental es de 27 por 1.000 habitantes y de 9 por 1.000 para la demencia. En El Salvador la prevalencia de discapacidad intelectual es de 3,6% y las psicológicas, de 1,8% (24). El Censo de 2007 notificó que

2,8% de la población con discapacidad tiene retraso mental (25). En la República Dominicana, el retraso mental tiene una prevalencia de 12%. En 2001, los desórdenes mentales representaban la tercera causa de discapacidad, con una prevalencia de 253 por 10.000 habitantes (26). En el Paraguay, el Censo de 2002 notificó que del total de personas con discapacidad, 25,49% presentaba discapacidad mental; bajo esta condición están el Síndrome de Down (6,10%), la demencia (3,74%), la parálisis cerebral total (0,38%), el retraso mental (15,11%) y el autismo (0,15%) (27).

En algunos países del CARICOM, como Bahamas, Jamaica y Dominica, la discapacidad mental representa 13,3%, 9,0% y 0,8%, respectivamente, de la discapacidad general (28). En Guyana, 27% de las personas con discapacidad general tiene problemas de aprendizaje (29).

En México, la discapacidad mental representa 16,1% de la discapacidad general. En los Estados Unidos, en 2002, las deficiencias del aprendizaje afectaban a 8% de los niños de 3 a 7 años de edad, y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, a 7% de los niños y adolescentes entre 3 y 17 años. Durante 2003–2004, 12,2% de los niños y los adolescentes (de 3 a 21 años) utilizaban los servicios de educación especial.

CONCLUSIONES

En la última década se ha avanzado significativamente en la cuantificación y caracterización de la discapacidad en la Región de las Américas. Los informes de situación de los años ochenta daban cuenta de la necesidad de mejorar los datos o realizar estudios específicos de discapacidad basados en un enfoque más integral. En la actualidad, los países disponen de información general o específica que les permite tener un conocimiento general de la magnitud del problema de la discapacidad y las características de las personas que lo presentan (8).

Sin embargo, los límites conceptuales son variables. En muchos países el problema se notifica como diagnóstico de un déficit, según la

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), por lo tanto se registra como retardo mental, mientras que en algunos estudios de prevalencia se investiga como discapacidad intelectual, haciendo hincapié en el funcionamiento. A partir de una revisión general de informes censales, encuestas de hogares y encuestas específicas de prevalencia de discapacidad basadas en la CIF, se obtuvieron los datos sobre prevalencia de discapacidad intelectual en la Región que aparecen en este capítulo. Las variaciones en los datos encontrados son reflejo de la diversidad de metodologías e instrumentos de recolección empleados en los diferentes estudios.

En lo concerniente a programas, servicios y recursos disponibles para la discapacidad intelectual en los países de la Región, se observa una evolución progresiva hacia modalidades de servicios basados en la comunidad y técnicas de intervención más amplias e integrales. No obstante, los niveles de cobertura de la población aún son bajos y hay diferentes factores que actúan como barreras para el acceso a los servicios.

La promoción de un lenguaje homogéneo, no peyorativo, para referirse a las personas con discapacidad, se sustenta en un enfoque de derecho, lo que ha permitido la evolución del abordaje de la discapacidad desde un modelo biomédico a otro de tipo bio-psico-social, más integral. En este escenario, la CIF (4) permite utilizar un lenguaje comúnmente aceptado y de acuerdo con las normas e instrumentos internacionales. Algunos de los términos que se usan, como retardo mental y otros, deben ser revisados y sus conceptos adaptados a los nuevos enfoques.

Para tratar la diversidad del espectro diagnóstico y las alteraciones funcionales relacionadas con el "área mental/intelectual", es importante distinguir los enfoques de base. Tradicionalmente, todo lo que se ha notificado o identificado en las Américas está basado en la dimensión (déficit): retardo mental, trastornos del desarrollo, trastornos psiquiátricos/psicológicos, trastornos del aprendizaje. Para

ello se ha utilizado la CIE-10, las Escalas de maduración, el DSM-IV y el Test CI, entre otros. La CIF amplía esta dimensión (déficit) a otras dimensiones: actividad (capacidad de realizar, ejecutar una actividad) y participación (desempeño en el entorno), a lo que se agrega la relación con el ambiente, lo cual es clave para la caracterización del funcionamiento del individuo. La CIF no solo promueve el uso de un lenguaje homogéneo y positivo, sino también profundiza en la situación real de las personas.

REFERENCIAS

1. Martin JF. La déficience intellectuelle: Concepts de base. Editions Saint-Martin; 2002.
2. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix W et al. Mental Retardation: Definition, classification, and system of supports. American Association on Mental Retardation. Washington, DC; 2002.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a Revisión. Washington, DC: OPS; 1993.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS; 2001.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: APA; 2000.
6. Jacobson J, Mullick JA. Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation. Washington, DC: American Psychological Association, Division of Mental Retardation and Developmental Disabilities; 1996.
7. World Health Organization. Atlas Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. Geneva: WHO; 2007.
8. Zepeda M. Estado del arte de los estudios de caracterización de la discapacidad en las Américas. Washington, DC: OPS; 2008. (Documento inédito).
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2007.
10. Organización Panamericana de la Salud. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados. Washington, DC: OPS; 2006 (Documento Técnico, 47^o Consejo Directivo de la OPS).
11. La discapacidad en Panamá: Situación actual y perspectiva. OPS-MINSAL-SENADIS; 2005.
12. Primera Encuesta Nacional de Discapacidad Panamá. PENDIS 2005. SENADIS. Panamá.

13. Ecuador: La discapacidad en cifras. CONADIS-BID-INEC-Banco Mundial; 2005.
14. Estudio Nacional de Discapacidad Chile. EN-DISC 2004. INE-FONADIS-OPS.
15. La discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. FONADIS; 2005.
16. La Discapacidad en Nicaragua: Situación actual y perspectiva. OPS-MINSA; 2005.
17. Encuesta Nacional de Discapacidad. Argentina, ENDIS 2001. INDEC-CONADES.
18. La discapacidad en Argentina: Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Fundación PAR; 2005.
19. Encuesta Nacional de Discapacidad Guatemala. ENDIS 2005. CONADIS-INE-BID-PNUD.
20. Perfil de país: Estudio de personas con discapacidad en Bolivia. Agencia de Cooperación Internacional del Japón, Centro de Salud y Desarrollo Internacional; 2000.
21. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde. Brasil: Ministério de Saúde Brasil; 1996.
22. Estudios sobre discapacidad en el Perú. Comisión especial de estudio sobre discapacidad. Congreso de la República-PNUD; 2006.
23. La discapacidad en Costa Rica: Situación actual y perspectiva. OPS-MINSAL-CNREE; 2004.
24. Encuesta de Personas con Discapacidad. El Salvador. OMS-GTZ-UDB; 2001.
25. VI Censo de población y vivienda 2007. Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Economía. El Salvador.
26. La discapacidad en la República Dominicana: Un perfil a partir de datos censales. ONE-CONADIS-OPS; 2006.
27. Censo de población y vivienda. Paraguay. Dirección General Estadísticas, Encuestas y Censos. Paraguay; 2002.
28. Report of the National Task Force on Disability. Bahamas: Ministry of Housing & Social Development; 1999.
29. NCD Survey: Raising the profile of disability in Guyana. An agenda for action. UNICEF-VSO-NCD of Guyana; 2006.

SECCIÓN V
ESTUDIOS
EN POBLACIONES
ESPECIALES

LA SALUD MENTAL DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS

Robert Kohn¹ y Jorge Rodríguez²

INTRODUCCIÓN

Se estima que la población indígena de América Latina y el Caribe representa (con 45 a 50 millones de personas) el 10,2% de la población total, de la cual 90% se concentra en Centroamérica y la Subregión Andina. La población indígena de América Latina y el Caribe habla 400 idiomas diferentes. Entre los países con mayor porcentaje de población indígena (de 40% a 70%) están Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú. En Belice, Chile, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Panamá representan entre 5% y 20% de la población total (1-4) y constituyen el 40% de la población rural de la Región. La definición de población indígena varía de un país a otro. El cuadro 1 contiene estimados de población indígena y mestiza en los países de América Latina y el Caribe.

En comparación con el resto de los habitantes, la población indígena de la Región es desproporcionadamente pobre, presenta altas tasas de analfabetismo y una mayor probabilidad de desempleo. En el Brasil, por ejemplo, en el cuartil de ingresos más bajos se encuentran los mulatos (29,5%), los indígenas (27,9%) y los

negros (23%), mientras que solo 13,4% de los blancos y 8,1% de los asiáticos pertenecen a este grupo (5). En Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú reciben ingresos que son inferiores a la mitad del salario del resto de la población y alcanzan una escolaridad de tres a cuatro años más baja (6). Según el informe del Banco Mundial *Poverty Reduction and Growth: Virtuous and Vicious Circles* (Reducción de la pobreza y crecimiento: círculos virtuosos y círculos viciosos), la población indígena percibe, en promedio, entre 46% y 60% del ingreso de las poblaciones no indígenas (7). Presentan también parámetros de salud más deficientes, como mayores tasas de mortalidad infantil y materna, así como de mortalidad por causas externas (8).

EL ESTIGMA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

En Guatemala se llevó a cabo una investigación sobre el reconocimiento de los síntomas psicóticos y otros síntomas psiquiátricos y la percepción de los mayas sobre los enfermos mentales (9). Se utilizaron viñetas para la interpretación y se evaluaron elementos de distancia social entre grupos de informantes clave. Los entrevistados pertenecían a cuatro grupos: 1) mayas que vivían en Santiago Atitlán, un pueblo tradicional con acceso limitado a la atención de salud; 2) mayas que vivían en

¹ Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

² Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

Ciudad de Guatemala; 3) ladinos³ o personas de etnia diferente a la maya que vivían en Ciudad de Guatemala y 4) empleados del hospital psiquiátrico de Ciudad de Guatemala. Los mayas de Santiago Atitlán mostraron menor probabilidad (29,8%) de conocer a alguien que padeciera alguna enfermedad mental que los residentes de Ciudad de Guatemala (41,9%) o que el grupo ladino (60,5%). No obstante, en sentido general, eran capaces de reconocer mejor a las personas con síntomas (Cuadro 2). Esto indica que es menos probable que el maya tradicional etiquete fácilmente a una persona como enferma mental, aunque puede tener más agudeza para identificar a las personas con esquizofrenia en la comunidad.

Los mayas de Santiago Atitlán tuvieron una probabilidad significativamente menor de ver algo raro o identificar algún problema mental en las viñetas sobre esquizofrenia, depresión grave, alcoholismo y epilepsia (Cuadro 3). Los mayas de Ciudad de Guatemala pueden haberse “aculturado”, por lo tanto, en relación con la detección de enfermedades mentales severas y el reconocimiento de personas con síntomas, sus respuestas se colocaron entre las de los mayas de la comunidad tradicional y las de la población ladina. Dado que los enfermos mentales suelen permanecer más ocultos en las zonas urbanas que en la comunidad indígena tradicional, donde son más visibles, es menos probable que los miembros de la comunidad tradicional detectaran o identificaran al enfermo mental como alguien anormal. Los especialistas en salud mental y los médicos de atención primaria eran los proveedores de tratamiento recomendados con mayor frecuencia

para los casos psiquiátricos, aun cuando no contaran con tales servicios. Es interesante observar que, inclusive en la comunidad tradicional, solo 10% recomendó a un curandero, lo cual indica que no se confía en ellos para el tratamiento de las personas con trastornos mentales severos.

La distancia social fue utilizada para medir el estigma. Los nueve ítems de distancia social utilizados comprendieron desde “¿puede esa persona vivir con su familia?” hasta “¿le gustaría que esa persona se case con su hijo?”, calificados en una escala de tres puntos. Los entrevistados mayas de Santiago Atitlán presentaban un estigma en relación con la esquizofrenia considerablemente menor (en términos de distancia social) que los mayas y los ladinos que vivían en Ciudad de Guatemala y equivalente al de los empleados del hospital psiquiátrico. Curiosamente, exhibieron un estigma significativamente mayor que los otros tres grupos con respecto a la depresión y a la epilepsia grave (Cuadro 4). Asimismo, se observaron pequeñas diferencias entre los grupos con respecto al alcoholismo. Los mayas residentes en una comunidad tradicional como Santiago Atitlán, en su mayoría no percibieron a los enfermos mentales como peligrosos, perezosos ni ajenos a la comunidad (Cuadro 5). Los mayas “aculturados” de la ciudad presentaban percepciones y distancias sociales similares a las de la comunidad ladina. Es posible que la mayor visibilidad de las personas con esquizofrenia en una comunidad maya tradicional reduzca el estigma y mejore las actitudes. Además, la falta de una etiqueta de enfermedad mental puede reducir la distancia social entre las personas con esquizofrenia y la comunidad. En las muestras de Ciudad de Guatemala, la existencia de tratamientos para las enfermedades que se pueden considerar modificables en las zonas urbanas, puede haber reducido la distancia social en cuanto a la depresión y la epilepsia.

LA PSICOSIS SIN TRATAR

Lamentablemente, muchos o casi todos los indígenas que padecen esquizofrenia o síntomas

³ La población ladina de Guatemala tiene reconocimiento oficial como grupo étnico, e incluye tanto a la población mestiza, como a la población de descendencia indígena que se considera mestizada culturalmente. El Ministerio de Educación de Guatemala la define de la siguiente forma: “La población ladina ha sido caracterizada como una población heterogénea que se expresa en idioma español como idioma materno, que posee determinadas características culturales de arraigo hispano matizadas con elementos culturales indígenas y viste a la usanza comúnmente llamada occidental.”

CUADRO 1. Poblaciones indígenas y mestizas^a estimadas en América Latina y el Caribe (clasificadas por porcentaje de indígenas) y porcentaje de la población general e indígena que vive en la pobreza.

Clasificación	País	Población indígena (por 1.000 habitantes)	Porcentaje de la población total		Porcentaje que vive en la pobreza	
			Indígena	Mestiza	Población general	Población indígena
Grupo 1 Más de 40%	Bolivia	5.662	71	...	52,5	64,3
	Guatemala	7.129	66	...	65,6	86,6
	Perú	11.655	47	37	53,0	79,0
	Ecuador	5.235	43	65	...	...
Grupo 2 De 5% a 20%	Belice	44	19	44	...	...
	Honduras	922	15	90	...	...
	México	13.416	14	60	22,6	80,6
	Chile	1.186	8	...	...	...
	El Salvador	422	7	90	...	...
	Suriname	25	6	...	...	...
	Guyana	51	6	...	...	...
	Panamá	132	6	70	...	...
	Nicaragua	240	5	69	...	...
Grupo 3 De 1% a 4%	Guyana Francesa	4	4	...	...	...
	Paraguay	157	3	95	20,5	36,8
	Trinidad y Tabago	26	2	...	...	...
	Colombia	816	2	71	...	...
	Venezuela	465	2	65	...	...
	Jamaica	51	2	...	...	...
	Puerto Rico	72	2	...	...	...
	Dominica	54	2	...	...	...
	Barbados	3	2	...	...	...
	Guadalupe	3	2	...	...	...
	Martinica	1	2	...	...	...
	Bahamas	3	1	...	...	...
	Argentina	361	1	...	...	...
	Costa Rica	38	1	3	...	...
Grupo 4 Menos de 1%	Brasil	332	0,2	40	...	...
	Uruguay	1	0,02	8	...	...
Total		48.496	10,2	...	...	...

^a Se refiere a la mezcla de blancos e indígenas.

^b Sin información.

Nota: Los datos de Bolivia se basan en las poblaciones urbanas. Los datos de Paraguay se basan en la población que habla guaraní y no es bilingüe.

Fuentes: Kohn R. Mental health and cultural psychiatry in Latin America. En: Bhui K, Bhugra D, eds. Culture and Mental Health: A Comprehensive Textbook. London: Hodder Arnold; 2007. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. Lancet 2006;367:1859-69. Pan American Health Organization. Equity in health from an ethnic perspective. Washington, DC: PAHO; 2001.

psicóticos no reciben tratamiento en las comunidades rurales. En el estudio realizado en Guatemala se compararon 27 mayas de Santiago Atitlán que padecían psicosis y no habían recibido ningún tratamiento, con 33 personas tratadas en Ciudad de Guatemala. Quienes no recibieron tratamiento, notificaron menos síntomas cuando se les interrogó acerca de los

mismos; sin embargo, tras una evaluación formal, la calificación psiquiátrica demostró que los síntomas positivos y negativos eran mayores en el grupo sin tratar. La gravedad de los síntomas psicóticos fue mayor en el grupo no tratado. Estas diferencias sugieren que los indígenas con enfermedad mental grave que no reciben tratamiento presentan mayor discapaci-

CUADRO 2. Reconocimiento de los síntomas psicóticos y otros síntomas psiquiátricos en la comunidad (%).

	Mayas		Ladinos
	Santiago Atitlán (N = 121)	Ciudad de Guatemala (N = 62)	Ciudad de Guatemala (N = 147)
Conoce a alguien que . . .			
es enfermo mental	29,8	41,9	60,5
actúa extrañamente	70,8	52,5	20,5
oye voces	54,2	53,2	17,7
ve cosas	51,7	40,3	17,8
es paranoide	47,5	30,6	13,0
es muy desconfiado	56,7	40,3	13,7
está hablando de ustedes	64,2	37,1	12,4
lo están espiando	55,0	32,2	8,0
piensa que alguien lo va a agredir	50,0	41,9	15,9
piensa que es Dios o Jesús ^a	8,5	14,5	5,5
piensa que está poseído	39,2	35,5	10,3
evita a otras personas	50,0	37,1	14,5
desea siempre que lo dejen solo	58,8	45,2	12,4
siempre habla solo	65,6	45,2	15,8
grita con frecuencia en público	20,8	33,9	8,3
es violento con los demás	42,5	41,9	11,7
se quita la ropa en la calle	15,0	16,1	1,4
tira piedras a los demás	39,2	25,5	4,1

^a No es significativo.

Nota: $p < 0,0001$.

Fuente: Kohn R, Rodríguez J. Psychosis in Indigenous population in Guatemala. Strengthening Mental Health Research Capacity in Latin America and the Caribbean. Kingston, Jamaica: Pan American Health Organization; 2007.

CUADRO 3. Porcentaje de entrevistados que afirmó haber encontrado algo raro o anormal en la viñeta.

Entrevistados	Esquizofrenia	Depresión grave	Alcoholismo	Epilepsia
Mayas de Santiago Atitlán	75,6	58,1	60,7	66,7
Mayas de Ciudad de Guatemala	86,2	63,8	74,1	91,2
Ladinos de Ciudad de Guatemala	94,5	85,4	94,4	87,3
Empleados del hospital psiquiátrico	97,8	91,3	95,6	97,8

Fuente: Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. Int J Soc Psychiatry 2005; 51:119–27.

CUADRO 4. Escala de distancia social para los casos de las viñetas (media).

Entrevistados	Esquizofrenia	Depresión grave	Alcoholismo	Epilepsia
Mayas de Santiago Atitlán	11,1	8,2	10,6	9,8
Mayas de Ciudad de Guatemala	13,6	5,4	10,5	6,9
Ladinos de Ciudad de Guatemala	14,7	6,5	12,0	8,0
Empleados del hospital psiquiátrico	11,3	5,0	8,6	5,9

Fuente: Kohn R, Rodríguez J. Psychosis in Indigenous population in Guatemala. Strengthening Mental Health Research Capacity in Latin America and the Caribbean. Kingston, Jamaica: Pan American Health Organization; 2007.

dad y síntomas psiquiátricos que los que reciben tratamiento; sin embargo, los indígenas no tratados que viven en las zonas rurales probablemente no reconozcan sus síntomas, lo cual es un factor negativo a la hora de buscar ayuda.

PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La precaria situación sanitaria de los pueblos indígenas de América del Sur y del Caribe se

CUADRO 5. Actitudes y percepciones sobre los enfermos mentales (%).

	Mayas		Ladinos	Empleados del hospital psiquiátrico N = 92 (%)
	Santiago de Atitlán (N = 121) (%)	Ciudad de Guatemala (N = 62) (%)	Ciudad de Guatemala (N = 141) (%)	
Actitudes y percepciones				
Se pueden curar	38,5	37,7	34,0	32,6
Pueden mejorar	41,4	52,5	49,7	82,6
Son contagiosos	9,5	3,3	8,3	9,8
Son perezosos	20,0	33,3	43,8	29,3
Son peligrosos para los demás	38,6	50,0	60,4	45,7
Son peligrosos para sí mismos	50,0	66,7	70,8	70,7
Son violentos	12,5	26,7	14,6	3,3
Pueden residir en la comunidad	56,1	53,3	35,4	56,5
Se deberían excluir	16,8	31,7	36,8	16,3
Se deberían encerrar	29,8	46,2	58,0	57,5
Son una vergüenza para la comunidad	33,0	21,7	23,6	23,9
Son una vergüenza para la familia	27,4	38,3	23,6	32,6

Fuente: Kohn R, Rodríguez J. Psychosis in Indigenous population in Guatemala. Strengthening Mental Health Research Capacity in Latin America and the Caribbean. Kingston, Jamaica: Pan American Health Organization; 2007.

relaciona con la exclusión social, la pobreza, las dificultades de acceso a los servicios de salud general y de salud mental, así como con la opresión histórica a la que han sido sometidos (10). Se ha sugerido que ello determina una alta vulnerabilidad ante los problemas de salud mental por parte de la población indígena. Sin embargo, es muy escasa la investigación realizada sobre el estado de salud mental de estas comunidades y se conoce muy poco sobre la prevalencia, la incidencia, los factores de riesgo y los factores protectores de los trastornos mentales.

Se han realizado algunos estudios de salud mental de los refugiados mayas que huyeron a Chiapas (México) durante la guerra civil guatemalteca, un conflicto que duró 36 años, hasta 1996, y que produjo el desplazamiento de cientos de miles de personas. Más de 200.000 refugiados mayas abandonaron Guatemala. Durante esos años, los mayas guatemaltecos sufrieron múltiples eventos traumáticos de tipo violento, como desapariciones, desplazamientos forzados de muchas comunidades, torturas, asesinatos, masacres, violaciones y destrucción de pueblos. Un estudio de 170 adultos mayores de 16 años reveló que 20 años después, 11,8% sufría síntomas compatibles con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. También

la ansiedad (54,4%) y los síntomas depresivos (39,1%) eran sumamente frecuentes (11). Se observó la existencia de una relación entre el trastorno de estrés postraumático y el haber sido testigo de actos de violencia contra otros, de la desaparición de personas y de haber estado cerca de la muerte. En el análisis multivariante, el haber presenciado acciones violentas contra otros no estuvo asociado con el trastorno de estrés postraumático. La ansiedad se relacionó con antecedentes de violación o abuso sexual, tortura, desaparición de personas y el haber presenciado una masacre, siendo este último el único factor que mantuvo una asociación significativa con la ansiedad en el análisis multivariante. La depresión fue mayor en las mujeres, especialmente en casos relacionados con la desaparición de personas, la tortura y las mutilaciones. Sin embargo, solo el hecho de ser mujer y el de haber presenciado la desaparición de personas conservaron significación estadística en el análisis corregido.

Los mismos investigadores realizaron otro estudio en 179 refugiados repatriados a Guatemala (12). El índice de ansiedad (17,3%) era inferior al de los refugiados en Chiapas. La tasa de trastorno de estrés postraumático era de 8,9% y la de depresión, de 47,8%. Se observó que el haber experimentado un hecho traumá-

tico (por ejemplo, haber sufrido algún traumatismo grave; haber sido testigo de traumas graves infligidos a otros; haber sufrido una agresión sexual; haber sido separado por la fuerza de la familia; haber presenciado el asesinato de un desconocido, de familiares o de amigos; haber sido testigo de la desaparición de alguna persona o de la mutilación de familiares) estuvo asociado al síndrome de estrés postraumático. Sin embargo, en el análisis multivariante solo se encontró asociación entre el síndrome de estrés postraumático y el antecedente de haber sufrido algún traumatismo grave o de haber sido testigo de la mutilación de algún familiar. La ansiedad se relacionó con el antecedente de haber sufrido algún traumatismo grave, agresión sexual o violación y de haber presenciado la mutilación de parientes o amigos. En un análisis corregido, todos estos antecedentes traumáticos se asociaron en forma significativa con la ansiedad y también con el hecho de ser mujer. El haber sido testigo de la desaparición de un familiar se asoció con el síndrome de estrés postraumático en un análisis bivariante, pero no en el análisis multivariante. Ninguno de estos hechos traumáticos estuvo asociado con la depresión en el análisis corregido. En el análisis bivariante, la muerte de un niño y la agresión sexual o la violación eran variables significativas. Estos dos estudios demostraron que los problemas de salud mental en los mayas de Guatemala afectados por el conflicto civil eran endémicos. Sin embargo, en un estudio de 58 niños mayas guatemaltecos en dos campamentos de refugiados en Chiapas, se observaron evidencias mínimas de trauma psicológico, pero se identificó la asociación existente entre la salud mental del niño y la salud física y mental de la madre (13).

Una encuesta realizada en 75 hogares mapuches y no-mapuches de Chile, mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) mostró pocas diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia simple y la drogodependencia eran menos prevalentes en los entrevistados mapuches (14) (Cuadro 6).

Según las observaciones realizadas por Muñoz (15) y Biedermann (16), la frecuencia de la psicosis en los mapuches era alta. Esta asociación con la psicosis no fue confirmada en el estudio aleatorio de la comunidad realizado por Vicente y colaboradores (14); además, no se observó un riesgo aumentado de alcoholismo. En un estudio realizado mediante el tamizaje de 57 personas pertenecientes a otro grupo indígena de Chile, los pehuenches, se halló una presunta tasa de prevalencia de trastornos mentales de 40,4%, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (17).

CONSUMO DE ALCOHOL

El uso indebido de alcohol se ha transformado en un serio problema de salud pública entre los grupos indígenas, con graves consecuencias para la comunidad, como la aparición de problemas sociales, el incremento de la morbilidad y la mortalidad, la pobreza y la marginalización de la población. Asimismo, diversos informes sugieren que el consumo de alcohol está aumentando entre la población indígena urbana, en particular entre mujeres viudas, abandonadas o aisladas. Sin embargo, los datos cuantitativos existentes son escasos.

En Venezuela se realizó un estudio de prevalencia en 105 indígenas caribes mediante la prueba de detección de trastornos por uso de alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT) (18). El consumo fue frecuente tanto en los hombres (98%) como en las mujeres (53%); se observó además que 86,5% de los hombres y 7,5% de las mujeres padecían trastornos por el uso de alcohol. Los investigadores crearon grupos focales con los entrevistados y encontraron que el modelo tradicional de consumo compulsivo de licor de maíz había sido remplazado por el consumo de cerveza comercial y ron. Habían también aumentado los períodos de consumo excesivo y las consecuencias sociales negativas, dando lugar a hechos de violencia familiar, divorcio y problemas con la justicia. En los grupos de discusión se atribuyeron las modificaciones de las costumbres relacionadas con el consumo de

CUADRO 6. Tasas de prevalencia de 12 meses y de vida de los trastornos en mapuches y personas de otras etnias.

Trastorno	Prevalencia de 12 meses				Prevalencia de vida			
	Mapuche		No mapuche		Mapuche		No mapuche	
	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)
Trastornos afectivos	3,9	(0,0-11,7)	5,3	(3,5-7,1)	6,7	(3,4-10,0)	10,2	(8,6-11,8)
Episodio depresivo grave	...	...	1,1	(0,0-3,1)	1,2	(0,0-3,6)	1,5	(0,0-4,0)
Episodio maniaco	...	...	3,5	(0,0-8,4)	7,8	(2,5-13,1)	5,8	(0,0-12,5)
Distimia	...	...	7,9	(2,2-13,6)	9,3	(0,9-17,7)	14,6	(8,3-20,9)
Cualquier trastorno afectivo	3,9	(0,0-11,7)	7,9	(2,2-13,6)	9,3	(0,9-17,7)	14,6	(8,3-20,9)
Trastornos de ansiedad	...	...	0,6	(0,0-2,0)	...	...	1,3	(0,1-2,5)
Trastorno de pánico	3,3	(0,0-7,8)	2,1	(0,7-3,5)	6,9	(2,2-11,6)	5,2	(3,2-7,2)
Agorafobia sin pánico	0,1	(0,0-0,3)	1,9	(0,7-3,1) ^b	0,1	(0,0-0,3)	3,3	(1,9-4,7) ^b
Trastorno de ansiedad generalizado	2,0	(0,0-4,9)	5,5	(2,4-8,6)	6,6	(0,0-16,2)	7,5	(3,0-12,0)
Fobia social	4,4	(2,6-6,2)	11,3	(6,4-16,2) ^b	4,7	(2,5-6,9)	14,5	(11,0-18,0) ^b
Fobia simple	6,0	(2,1-9,9)	15,4	(8,1-22,7) ^b	14,5	(6,5-22,5)	21,9	(18,4-25,4)
Cualquier trastorno de ansiedad	6,0	(2,1-9,9)	15,4	(8,1-22,7) ^b	14,5	(6,5-22,5)	21,9	(18,4-25,4)
Trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas	3,0	(0,0-8,1)	3,3	(1,5-5,1)	6,4	(0,7-12,1)	7,3	(4,9-9,7)
Abuso de alcohol	1,4	(0,0-3,9)	2,9	(2,0-3,9)	4,0	(0,0-9,7)	5,1	(3,9-6,3)
Alcoholismo	...	...	...	...	...	...	0,1	(0,0-0,3)
Abuso de drogas	...	...	0,5	(0,0-1,5)	...	...	1,4	(1,2-1,6) ^b
Drogodependencia	2,6	(0,0-8,1)	4,6	(3,0-6,2)	5,9	(0,0-13,3)	5,4	(3,8-7,0)
Dependencia de la nicotina	4,4	(0,0-9,1)	6,4	(3,7-9,1)	10,3	(1,9-18,7)	12,6	(9,9-15,3)
Cualquier trastorno por consumo de alcohol o drogas	4,4	(0,0-9,1)	6,4	(3,7-9,1)	10,3	(1,9-18,7)	12,6	(9,9-15,3)
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	7,0	(0,0-14,6)	8,3	(5,6-11,0)	12,3	(4,7-19,9)	14,9	(12,2-17,6)
Otros trastornos	...	...	0,1	(0,0-0,3)	...	...	0,1	(0,0-0,3)
Psicosis no afectiva	1,7	(0,0-4,4)	3,2	(1,8-4,6)	5,2	(0,0-12,6)	3,3	(2,1-4,5)
Trastorno somatomorfo	...	...	1,8	(0,0-4,0)	...	...	1,8	(0,0-4,0)
Trastorno de los hábitos alimentarios	...	...	...	...	5,7	(1,2-10,2)	0,5	(0,0-1,3)
Trastorno cognoscitivo	...	...	...	...	...	...	...	...
Cualquier trastorno del Estudio chileno de prevalencia psiquiátrica (ECP) ^c	15,7	(6,9-24,5)	25,7	(18,6-32,8)	28,4	(17,2-39,6)	38,0	(33,3-42,7)

^a Sin información.^b $p < 0,05$.^c No incluye la dependencia de la nicotina ni el trastorno cognoscitivo.

Notas: IC = intervalo de confianza. Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III).
Fuente: Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldívar S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. Int J Soc Psychiatry 2005;51:119-27.

bebidas alcohólicas a un mayor contacto con la civilización occidental, que favorece el acceso a grandes cantidades de bebidas alcohólicas comerciales durante todo el año y la exposición a modelos de abuso de alcohol (19). Aunque esta investigación incluyó a un solo grupo autóctono, pone sobre la mesa el problema de que los indígenas de América Latina y el Caribe se encuentran en riesgo de alcanzar índices epidémicos de alcoholismo similares a los de los indígenas norteamericanos (20).

Por otro lado, una serie de estudios realizados en Bolivia (21), México, Nicaragua y Panamá, resaltan el problema del consumo excesivo de alcohol en comunidades indígenas de esos países. Entre los Cacopera, de San Pablo, Nicaragua, se estimó que 51% de los hombres, 45% de las mujeres y 11% de los niños consumían alcohol. Entre los Aymaras, de Puno, en el Perú, 65% de los hombres consumían alcohol mientras que en los Shipibo del Amazonas, el consumo era de 20% a 35%. El estudio de Perú halló que el uso de alcohol estaba asociado a la violencia doméstica contra las esposas, los hijos y los adultos mayores.

VIOLENCIA DOMÉSTICA

La principal causa de violencia doméstica en las comunidades autóctonas es la desigualdad relacionada con el género (22). Por ejemplo, los hombres indígenas a menudo sostienen que tienen derecho a ejercer violencia sexual, física y psíquica con el propósito de controlar el comportamiento de sus parejas cuando sospechan de ellas (23).

En Nicaragua, 32% de las mujeres en zonas rurales consideran aceptable que el marido golpee a su esposa ante la simple sospecha de que lo ha estado engañando. Tres cuartas partes de las mujeres nicaragüenses casadas han sido golpeadas, obligadas a tener relaciones sexuales o maltratadas de alguna manera (24). La violencia puede ser una vía que adoptan los hombres indígenas a fin de reafirmar su masculinidad, en especial cuando encuentran dificultades en el cumplimiento de sus funciones como generadores de ingresos, principalmente a causa del desempleo creciente en sus

comunidades y a las mayores tasas de fecundidad (22).

Hughes ofrece una explicación sobre la forma en que los valores cambiantes en las poblaciones indígenas pueden influir en la violencia doméstica (22): "En el Paraguay, las mujeres indígenas sostienen que la violencia doméstica en sus comunidades es el producto de haber adoptado ciertas actitudes del hombre paraguayo. En épocas anteriores, entre los nivaklé, las mujeres ejercían toda la iniciativa sexual en sus relaciones; estaban investidas de cierta preponderancia y protagonismo en el amor, con lo cual podían elegir al hombre de su preferencia. Actualmente, los tipos de relaciones románticas características de las personas blancas han influido sobre los indígenas. Quien toma la iniciativa en las relaciones sexuales ya no es la mujer sino el hombre, imitando el patrón de los blancos; ahora él se atreve a obligar a las mujeres a hacer el amor". También se puede atribuir la violencia doméstica al aumento de la tasa de alcoholismo. Un estudio sobre las mujeres Wayúu de Venezuela indicó que la violencia doméstica proviene de comportamientos "aprendidos de la cultura occidental, como el consumo de drogas y el alcoholismo" (22).

Otra preocupación creciente en relación con la violencia son los severos castigos físicos infligidos a los niños. En un estudio publicado recientemente que incluye datos sobre Guatemala, se resalta el empleo del castigo físico en Latinoamérica (25). Los datos se tomaron de encuestas representativas nacionales (la población indígena representaba el 30% de la muestra). El 41,0% de las mujeres indígenas notificó haber sido golpeada durante la infancia por comparación con 32,8% de la población ladina. Entre los hombres indígenas y los ladinos, la diferencia no era estadísticamente significativa (48,3% frente a 44,5%). El alto índice de violencia ejercida contra los niños entre la población indígena del país, constituye un tema de preocupación en el campo de la salud pública. El hecho de ser víctima de la violencia durante la niñez puede tener efectos duraderos a largo plazo, en particular un mayor riesgo de violencia íntima contra la pareja y problemas de salud mental cuando se convierten en adultos.

SUICIDIO

En la cultura tradicional maya el suicidio por ahorcamiento era considerado una forma honorable de morir. La diosa maya Ixtab, representada como un cadáver con una soga alrededor del cuello, acompañaría a su eterno descanso a quienes se suicidaran. No se cuenta con datos actuales confiables al respecto en los grupos mayas.

Las investigaciones sobre suicidio en los guaraníes y los ñandevás, en el Brasil, han arrojado tasas extremadamente altas en comparación con el índice nacional brasileño, en particular en los hombres jóvenes; en 2000, este grupo representó 9% de todas las muertes (26). Se han propuesto varias hipótesis con el fin de explicar la elevada tasa de suicidio: la rápida transculturación que rompe las normas y tradiciones sociales; la influencia de la cultura no indígena que genera anomia social, y la sociedad que experimenta modificaciones estructurales internas, entre las que podemos mencionar los conflictos intergeneracionales y los cambios económicos. Los guaraníes atribuyen su propio significado cultural al suicidio (27), que denominan "nhemyrv". El nhemyrv corresponde a un estado de ánimo que se caracteriza por la represión de intensos sentimientos de ira y pasividad, pero no se lo considera ni depresión ni tristeza. Este estado de ánimo proviene de la frustración y del deseo de morir, que dan lugar al "orekojohu", un estado de trascendencia espiritual. Además, el suicidio puede estar asociado a un encantamiento, "mohv", causado por un disturbio cósmico denominado "arapaju". El acto suicida también ha sido interpretado como la culminación de una serie de enfermedades culturalmente descritas que pueden ser contagiosas. Para los guaraníes, cuando alguien se suicida renuncia a la buena muerte que permite al alma pasar a una especie de paraíso (28).

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Se estima que solo 30% de las poblaciones indígenas de Guatemala tiene acceso a los servicios de salud, frente a 60% de la población

general (29). En el Ecuador, casi 90% de los pueblos indígenas carecen de una cobertura suficiente que permita el acceso regular a los servicios básicos de salud (30). En México, si bien existen 96,3 médicos por 100.000 habitantes a escala nacional, en las regiones donde las poblaciones indígenas representan como mínimo 40% de los habitantes solo se cuenta con 13,8 médicos por 100.000 (31).

El estudio chileno de los mapuches es el único estudio de prevalencia que ha examinado el acceso a los servicios de salud por parte de un grupo indígena (14). De los 27 mapuches con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida, solo 6,5% había buscado tratamiento en los últimos seis meses. Ninguno había solicitado atención especializada, ni tampoco había acudido a curanderos ni a líderes religiosos en busca de tratamiento de salud mental.

CONCLUSIONES

Los indígenas de América Latina y el Caribe constituyen una proporción considerable de la población de la Región. Sin embargo, son escasos los estudios sobre el estado de la salud mental de esta población y muy a menudo se limitan a muestras pequeñas. Algunos de esos estudios corroboran que las personas con trastornos mentales severos son más visibles y menos estigmatizadas en las comunidades indígenas tradicionales; sin embargo, el no dar tratamiento a la enfermedad constituye un factor negativo para su evolución y pronóstico, aunque viva en un medio tradicional más protector y menos estigmatizante.

Los problemas de la violencia doméstica y el alcoholismo en comunidades indígenas deben ser evaluados cuidadosamente para adoptar medidas de intervención apropiadas, en especial en el campo de la prevención. El acceso a los servicios de salud mental para los indígenas, especialmente en áreas rurales, es muy limitado. Es preciso profundizar en la investigación cualitativa sobre cómo las comunidades indígenas perciben y hacen uso de los servicios de salud mental y cómo ven el pronóstico de las enfermedades tratadas en la comunidad

con medios tradicionales o en servicios especializados. En un estudio realizado se observó que los indígenas mayas, aun viviendo en su medio tradicional, identificaban a los profesionales de salud mental como la mejor fuente de ayuda para un enfermo con psicosis. Cabe destacar que el estado actual de la investigación sobre la salud mental de las poblaciones indígenas de la Región presenta carencias y deficiencias y debería recibir mayor prioridad.

REFERENCIAS

- Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2007.
- Kohn R. Mental health and cultural psychiatry in Latin America. En: Bhui K, Bhugra D, eds. *Culture and Mental Health: A Comprehensive Textbook*. London: Hodder Arnold; 2007.
- Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet* 2006;367:1859–69.
- Torres C. 1996: Una mirada desde la perspectiva de la etnicidad. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2001. Based on data from the National Household Sample Survey (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios—PNAD).
- Zoninsein J. 2002: El caso económico para combatir la exclusión racial y étnica en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001.
- López H, Maloney W. Poverty reduction and growth—virtuous and vicious circles. Washington, DC: The World Bank; 2006.
- Pan American Health Organization. Health of the Indigenous Peoples of the Americas. Washington, DC: OPS; 2006 (Document CD47/13).
- Kohn R, Rodríguez J. Psychosis in Indigenous population in Guatemala. *Strengthening Mental Health Research Capacity in Latin America and the Caribbean*. Kingston, Jamaica: Pan American Health Organization; 2007.
- Incayawar M. Indigenous peoples of South America—inequalities in mental health care. En: Bhui K, Bhugra D, eds. *Culture and Mental Health: A Comprehensive Textbook*. London: Hodder Arnold; 2007.
- Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA* 2003; 290:635–42.
- Sabin M, Sabin K, Kim HY, Vergara M, Varese L. The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Rev Panam Salud Pública* 2006;19:163–71.
- Miller KE. The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: a mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Dev* 1996;67: 89–106.
- Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry* 2005;51:119–27.
- Muñoz L, Marconi J, Horwitz J, Naveillan P. Crosscultural definitions applied to the study of functional psychoses in Chilean Mapuches. *Br J Psychiatry* 1996;112:1205–15.
- Biedermann N, Barria C, Maass J, Steil W. Estudio de diez casos de psicosis en mapuches. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1983;29:294–300.
- Vicente B, Rioseco P, Medina E, River B, Velma M, Saldivia S. Estudio exploratorio de la salud mental de los pehuenches de Alto Bío-Bío. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1998;44:169–76.
- Seale JP, Seale JD, Shellenberger S, Alvarado M, Vogel RL, Terry NE. Prevalence of problem drinking in a Venezuelan Native American Population. *Alcohol Alcohol* 2002;37:198–204.
- Seale JP, Shellenberger S, Rodríguez C, Seale JD, Alvarado M. Alcohol use and cultural change in an indigenous population: a case study from Venezuela. *Alcohol Alcohol* 2002;37:603–08.
- Kohn R. Mental health and cultural psychiatry in the United States and Canada. En: Bhui K, Bhugra D, eds. *Culture and Mental Health: A Comprehensive Textbook*. London: Hodder Arnold; 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y salud de los pueblos indígenas. Washington, DC: OPS; 2005.
- Hughes J. Gender, Equity, and Indigenous Women's Health in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2004.
- Center of Studies and Information of the Multiethnic Woman, CEIMM of the University of the Autonomous Regions of the Caribbean Nicaraguan Coast, URACCAN. 2002: Background Paper on Gender from the Indigenous Women's Perspective First Indigenous Women's Summit of the Americas, Oaxaca, Mexico Nov 30–Dec 4 2002: 22. Disponible en: http://www.mujiresindigenas.net/documentos_de_discusion/ingles/geno-desde-la-vision-de-las-mujeres-indigenas-ingles.doc

24. Correia M, Pena V. Panorama de género en América Central. Región de América Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Mundial; 2002.
25. Speizer IS, Goodwin MM, Samandari G, Kim SY, Clyde M. Dimensions of child punishment in two Central American countries: Guatemala and El Salvador. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 23:247–56.
26. Hoffman JS, Crosby A. Suicide among Guarani Kaiowa and Nandeva youth in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Arch Suicide Res* 2006;10:191–207.
27. Foti MA. Morte por Jejuvy Entre os Guarani do Sudoeste Brasileiro. Funasa; 2004.
28. Meliá B. ¿Son los Guaraníes potencialmente suicidas? *Acción* 1994;144:30–33.
29. United Nations Children’s Fund. *The State of the World’s Children 2006. Excluded and Invisible*. New York: UN; 2005.
30. Encalada E, García F, Ivarsdotter K. La participación de los pueblos indígenas y negros en el desarrollo de Ecuador. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999. Disponible en: www.iadb.org/sds/ind/publication/publication_133_2171_e.htm. 125.
31. Pan American Health Organization. *Equity in health from an ethnic perspective*. Washington, DC: PAHO; 2001. Disponible en: www.paho.org/English/HDP/HDD/etnia.pdf

LA SALUD MENTAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Corina Benjet*¹

INTRODUCCIÓN

La infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en la cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar del futuro. Los trastornos de salud mental que se inician en la infancia o la adolescencia, además del sufrimiento que presentan para el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como consecuencias sociales en cuanto al costo económico y productivo para la sociedad. A una edad temprana, estos trastornos perjudican el alcance educativo y laboral, las relaciones íntimas y la elección de parejas, los embarazos no deseados y el funcionamiento general como adulto (1-3). Los jóvenes menores de 15 años representan 30% de la población de América Latina y el Caribe y más de 40% en algunos países como Guatemala y Belice (4), y los de edades comprendidas entre los 15 y 24 años, 19% de la población (5). Sin embargo, el rezago de los datos epidemiológicos para conocer las necesidades de atención, la disponibilidad de servicios, los recursos humanos especializados y las políticas

de salud mental para la población joven en América Latina y el Caribe, es considerable.

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL EN JÓVENES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Los trastornos psiquiátricos

Los estudios de epidemiología psiquiátrica en población infantil o adolescente de América Latina y el Caribe han sido escasos y poco comparables en cuanto a los instrumentos de medición, el rango de edades, la fuente de información (niño, adolescente, padre o maestro) y el período de referencia. Una revisión sobre trabajos de investigación epidemiológica en el campo de la salud mental infantil identificó 10 estudios, en seis países, realizados entre 1982 y 1999 (6). Ellos proporcionan un indicador inicial de la magnitud del problema de los trastornos mentales en la Región antes del año 2000, que en su conjunto alcanza entre 15% y 20%. Sin embargo, estos estudios tienen dos carencias importantes. En primer lugar, la mayoría de ellos fueron realizados entre escolares, a pesar de que la deserción escolar es un problema importante en la Región y que los niños que han desertado de la escuela tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno mental. Por ende, se podría considerar que los hallazgos de estos

¹Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, DF, México.

Nota: La elaboración de este capítulo contó con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Proyecto CONACYT CB-2006-01-60678).

estudios subestiman la población infantil general. En segundo lugar, solo uno de los estudios utilizó un instrumento estructurado para obtener diagnósticos según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*) (7) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (8)

Desde el año 2000 se han identificado otros seis estudios epidemiológicos, dos de ellos realizados en México (9, 10), y los otros cuatro en Puerto Rico (11), Brasil (12), Chile (13) y Colombia (14) (Cuadro 1). Si bien la mitad de los estudios fueron realizados en población escolar, la mayoría de los más recientes utilizaron instrumentos diagnósticos estructurados o semiestructurados que proporcionan diagnósticos según el DSM-IV. Las estimaciones de prevalencia aumentan según aumenta la edad de la muestra (cuando esta incluye a adolescentes) y conforme a un mayor período de referencia. La prevalencia de cualquier trastorno actual varía de 12,7% a 15%, mientras que la prevalencia en los últimos 12 meses varía de 8,5% con un trastorno grave, a 39,5% con cualquier trastorno, entre ellos las fobias, que podrían ser transitorias. Los grupos de trastornos más frecuentes son los de ansiedad y de conducta, además de exhibir las edades de inicio más tempranas. Las adolescentes tienden a presentar mayores tasas de depresión y ansiedad, mientras que los varones prepúberes tienden a mostrar tasas mayores de trastorno por déficit de atención que las niñas, y tasas ligeramente mayores de trastorno disocial y opositorista desafiante, aunque no de manera consistente. Cabe mencionar que estos estudios no incluyen autismo, retraso mental, ni psicosis. Si se considera que la prevalencia de los trastornos mentales en jóvenes de América Latina y el Caribe es de 20%, como estimación cruda y conservadora, por lo menos 53 millones de niños, niñas, adolescentes y jóvenes requieren atención en salud mental en los países de la Región.

El uso de sustancias

Es importante conocer el alcance del uso y el abuso de sustancias entre los jóvenes de la Re-

gión, cuyos patrones se inician generalmente en la adolescencia. El proyecto de investigación PACARDO examinó el consumo de sustancias y las oportunidades de exposición en 12.797 estudiantes de Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Guatemala y la República Dominicana (15). En total, 52% de los jóvenes han consumido alcohol, 5%, inhalantes y 5%, drogas ilícitas, siendo la marihuana la droga ilícita de mayor uso. Estos datos son muy similares a los de la población general de jóvenes entre 12 y 17 años de la Ciudad de México, donde se observa también que 5,2% consumió alguna vez sustancias ilícitas (16). La edad media de inicio para el uso de sustancias ilícitas en la Ciudad de México es de 14 años, uno a dos años después del inicio del uso de alcohol y tabaco.

En 10 ciudades del Brasil se ha registrado un consumo mayor (24,4% notificó consumo de sustancias ilegales o inhalantes) (17). Según una encuesta realizada, el consumo de drogas es aún mayor en alumnos de Barbados, Belice y Guyana (prevalencia de 36,5%, 26,2% y 35,0%, respectivamente) (18). Aunque estas cifras son menores a las de otros países, como los Estados Unidos (19), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, a través del Observatorio Interamericano sobre Drogas, ha documentado un incremento en América Latina y el Caribe en las últimas décadas (20), donde las drogas de preferencia entre los jóvenes son los inhalantes y la marihuana. El uso de cocaína, heroína y otras sustancias, a pesar de su aumento, sigue siendo más bajo.

En general estos estudios muestran una prevalencia mayor de uso de drogas en los hombres. La diferencia puede ser atribuida a que las oportunidades de exposición para el uso de drogas son menores en las mujeres (15, 21), probablemente debido a ideas culturales sobre el uso de sustancias, así como a una menor participación en actividades fuera del hogar y en situaciones de riesgo. Sin embargo, se están observando cambios; las diferencias en el consumo de drogas por género están disminuyendo en las cohortes más jóvenes ya que las mujeres tienen cada vez mayor acceso a sustancias.

CUADRO 1. Estudios de epidemiología psiquiátrica en población infantil y adolescente, América Latina y el Caribe, 2004–2009.

Autor	Lugar	No. de estudios	Edad	Fuente de información	Período de referencia	Prevalencia (%)
Benjet (9)	Ciudad de México (población general)	3.005	12–17	Adolescente	12 meses	8,5 (trastorno grave) 39,5 (cualquier trastorno) 24,7 (cualquier trastorno sin fobias)
Caraveo-Anduaga (10)	Ciudad de México (población general)	1.685	4–16	Cuidador	Actual	51,3 (cualquier trastorno) 36,0 (cualquier trastorno sin fobias) 15,0 (cualquier trastorno)
Canino (11)	Puerto Rico (población general)	1.886	4–17	Niño Cuidador	12 meses	16,4 (cualquier trastorno, con disfunción) 19,8 (cualquier trastorno, sin disfunción)
Fleitch-Bilyk (12)	Taucaté, Brasil (población escolar)	1.251	7–14	Niño Cuidador Maestro Clínico	Actual	12,7 (cualquier trastorno)
Haquín (13)	Calama, Chile (población escolar)	1.069	11–18	Adolescente	No específica	29,2 (psicopatología elevada) 37,0 (síntomatología depresiva elevada)
Pérez-Olmos (14)	Tres municipios de Cundinamarca, Colombia (población escolar)	493	5–14	Niño Cuidador	No específica	16,8 (estrés postraumático: guerra crónica) 23,2 (estrés postraumático: guerra reciente) 1,2 (estrés postraumático: sin guerra)

El 11% de los alumnos entrevistados en el proyecto de investigación PACARDO (15) y 29% de los adolescentes de 12 a 17 años de la Ciudad de México (21) notificaron haber tenido la oportunidad de consumir drogas ilícitas. Estas cifras están por debajo de las de los jóvenes de los Estados Unidos, donde 78% ha tenido la oportunidad de consumir marihuana a los 21 años de edad (22). Entre los jóvenes mexicanos, los varones, los adolescentes de mayor edad, los que han desertado de la escuela, aquellos cuyos padres tienen algún problema de abuso de drogas y los menos religiosos, tienen mayores oportunidades para el consumo; de los que informaron haber tenido alguna oportunidad, 18% la consumieron. Los adolescentes de mayor edad y los que han desertado de la escuela son los más propensos a consumir si se presenta la oportunidad, mientras que aquellos con mayor supervisión por parte de sus padres o cuidadores principales y los más religiosos, son menos propensos. Dada la oportunidad, la probabilidad de consumir drogas es igual tanto en las jóvenes como en los jóvenes (21).

El suicidio

El suicidio consumado es uno de los componentes del espectro de la conducta suicida, la cual consta también de ideación suicida (pensamientos sobre la idea de lesionarse o matarse), planeación (realización de un plan de cómo quitarse la vida), gestos (lesionarse sin el deseo de morir) e intentos (lesionarse con la intención de morir).

El suicidio consumado es una de las principales causas de mortalidad entre los jóvenes. En un estudio de 16 países de la Región de las Américas llevado a cabo entre 1980 y 1999, se encontró que la tendencia de la mortalidad por suicidio en jóvenes había aumentado en Panamá, México, Trinidad y Tabago, Ecuador, Argentina y Brasil, mientras que en los demás países se mantuvo estable (23). Las diferencias en el subregistro de muertes por suicidio entre los países dificultan la comparación de la información. Las tasas registradas para varones de 10 a 19 años de edad en el Brasil eran de 2,4 por

100.000 habitantes, mientras que para El Salvador eran de 7,0 por 100.000. Las tasas para mujeres de las mismas edades eran de 0,0 por 100.000 habitantes en Puerto Rico y de 9,7 por 100.000 en El Salvador. Entre 28 países de diferentes regiones del mundo, México ha tenido uno de los aumentos más importantes en las tasas de suicidio entre 1990 y 2000 (150% en personas de 5 a 14 años de edad y 74% entre las de 15 a 24 años) (24). El 17% de todos los suicidios consumados en el país ocurren en adolescentes (25). En la Ciudad de México, 11,5% de los jóvenes entre 12 y 17 años de edad han tenido ideación suicida alguna vez en la vida, 3,9%, un plan para suicidarse y 3,1% ha realizado un intento (26). El riesgo de conducta suicida comienza a los 10 años de edad y alcanza su pico a los 15 años. Los adolescentes tienen mayor riesgo de ideación, planeación e intento que los adolescentes. Entre aquellos con ideación, el intento de suicidio se asocia a tener un plan y en la mayoría se lleva a cabo el mismo año en el que aparece la ideación. La presencia de algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo para la conducta suicida y conforme aumenta el número de trastornos comórbidos, también aumenta el riesgo suicida.

EL CONTEXTO SOCIAL PARA LA SALUD MENTAL

La salud mental está influenciada no solo por factores internos de la persona (como la genética y la resiliencia personal) sino también de manera muy importante por el entorno. Los menores de edad son en particular muy vulnerables a su entorno, ya que cuentan con pocos recursos o poder para cambiarlo. Además, el propio proceso de desarrollo implica mayor plasticidad y por ende mayor adaptabilidad y receptividad a ser influenciado por él. Un entorno que promueve la salud mental es aquel que proporciona seguridad, respeto y amor para que los jóvenes desarrollen un concepto positivo de sí mismos y un trato similar con los demás; la estabilidad suficiente para que sepan qué esperar de su entorno; consecuencias claras, consistentes y apropiadas de sus

acciones, y, finalmente, oportunidades de crecimiento. Por lo tanto, la salud mental está en riesgo cuando los niños, niñas y adolescentes viven en la pobreza, tienen responsabilidades adultas más allá de su etapa de desarrollo, viven en situaciones de violencia en sus hogares o comunidades, carecen de oportunidades para estudiar, o sus familias son caóticas y sin reglas claras. Muy a menudo, en América Latina y el Caribe los jóvenes deben enfrentar un entorno que pone en riesgo su bienestar emocional, ya que muchos de ellos viven en la pobreza, trabajan en la calle, tienen embarazos tempranos y están expuestos a la violencia dentro y fuera de sus hogares.

La pobreza

En 2006, 36,5% de la población de América Latina se encontraba en situación de pobreza y 13,4%, en pobreza extrema (27). En los países del Caribe la proporción de la población en pobreza en 2001 variaba de 9% en las Bahamas a 75% en Haití (27); los niños constituyen el grupo de población más pobre de la Región. La pobreza es una condición múltiple que repercute en la calidad de vida e implica carencias en cuanto a las necesidades básicas como la nutrición, el agua potable, la vivienda, los servicios de salud y un menor acceso a la educación. La pobreza influye en el estrés crónico, la violencia, la delincuencia y la vulnerabilidad a la explotación laboral y la trata de niños (por ejemplo, trabajo doméstico, explotación sexual, conscripción militar, matrimonio y mendicidad). El estrés crónico de los padres de familia o cuidadores principales también influye en la salud mental de los menores, ya que repercute en la efectividad de las habilidades de crianza, la supervisión parental y la consistencia y claridad de los límites y reglas familiares.

El trabajar o vivir en la calle

El trabajo infantil es una necesidad para muchas familias en la Región. Se estima que uno de cada cinco niños en América Latina trabaja,

la mayoría en el sector informal, y que sin su ingreso la incidencia de la pobreza aumentaría entre 10% y 20% (28). Un estudio de más de 40.000 menores entre 6 y 17 años de edad que trabajan en las calles y espacios públicos de 100 ciudades mexicanas, estima que 55% trabaja entre cuatro y ocho horas y 23%, entre ocho y 12 horas por día, la mayoría (69,8%) de cinco a siete días a la semana (29). Además de exponerlos a riesgos en cuanto a hostigamiento sexual y por parte de la policía, lesiones físicas y oportunidades para el uso de sustancias, el trabajo infantil les priva de oportunidades educativas y de participar en actividades necesarias para su desarrollo, como jugar y establecer amistades con pares. El Brasil es uno de los países de América Latina que presenta mayor número de niños de la calle, más de 80% de los cuales consumen sustancias, principalmente pegamento, seguido de marihuana y cocaína nasal (30). Los menores que trabajan o viven en la calle son los más vulnerables a explotación, violencia y violación de sus derechos humanos; por ende, su salud mental está en mayor riesgo.

El embarazo adolescente y el matrimonio temprano

En América Latina y el Caribe, 29% de las mujeres de 20 a 24 años contraen matrimonio antes de los 18 años. En Nicaragua, las cifras alcanzan aproximadamente el 43% (31). Estas niñas tienen un menor nivel educativo, un mayor número de hijos, están casadas con hombres de mayor edad y tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia doméstica. El embarazo adolescente y el tener hijos a una edad temprana están vinculados con problemas de salud mental tanto para la madre como para sus hijos (32). En América Latina y el Caribe la proporción de adolescentes que dan a luz antes de los 19 años de edad varía de 13% en Paraguay a 28% en Honduras y Nicaragua (33). En México, el tener responsabilidades adultas en la adolescencia, como estar casado, tener un hijo o trabajar tiempo completo, conlleva mayor riesgo de todo tipo de psicopatología (9).

La violencia

La población joven es la más expuesta a la violencia dentro y fuera de sus hogares. El tipo de violencia más frecuente es la que sufren dentro del hogar en forma de maltrato físico, sexual o psicológico o como testigo de violencia intrafamiliar. Un estudio realizado en una comuna suburbana de Santiago, Chile, estimó la prevalencia de maltrato en niños, niñas y adolescentes menores de 15 años a partir de información registrada en escuelas, consultorios, servicios de urgencia, policía y juzgados. La tasa de maltrato para el sector educación era de 23,2%, 25,3% para el sector salud y 27,1% para el sector judicial (34). En otro estudio realizado en cuatro estados de México, de 14,3% a 20,9% de los alumnos de secundaria informaron haber sufrido maltrato físico, de 47,1% a 60,4%, maltrato emocional, de 0,9% a 9,1%, abuso sexual, y de 3,6% a 9,1%, maltrato por negligencia (35).

Los niños, niñas y adolescentes de la Región están también expuestos a violencia en sus comunidades, fuera de sus hogares. Las tasas de mortalidad por homicidio entre jóvenes de 10 a 24 años son mayores que en la población adulta (23). De 16 países de América Latina estudiados, nueve muestran un aumento de las tasas de homicidio en jóvenes entre 1980 y 1990 (Puerto Rico, Trinidad y Tabago, Argentina, Uruguay, Panamá, Costa Rica, Venezuela, Ecuador y Brasil). Colombia, El Salvador, Puerto Rico, Venezuela y Brasil presentan una alta mortalidad por homicidio en jóvenes.

Un estudio realizado en tres municipios de Colombia entre niños escolares de 5 a 14 años, con diferentes grados de exposición a la guerra, estimó una prevalencia de estrés postraumático de 1,2% en un municipio no expuesto a la guerra, 23,2%, en uno con exposición reciente y 16,8%, en uno con exposición crónica (14). Los niños en municipios expuestos al conflicto armado tenían 19 veces mayor riesgo de estrés postraumático. El estrés postraumático es solamente una manifestación del malestar emocional en situaciones de violencia y conflicto. Según el estudio los jóvenes también te-

nían mayor prevalencia de trastornos de conducta y de aprendizaje y estaban más expuestos a maltrato físico y psicológico.

Un estudio de adolescentes en la Ciudad de México reveló que 68,9% ha vivido algún suceso traumático; maltrato físico por sus cuidadores, 13%; haber sido testigo de violencia intrafamiliar, 19,4%; abuso sexual, 4,7%; violación, 1,3% y 16,2% haber sido asaltado o amenazado con un arma (36). Estos traumas conllevan riesgo de estrés postraumático y conducta suicida, siendo el abuso sexual y la violación los traumas de mayor riesgo (36, 37).

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El acceso a los servicios de salud mental de los niños, niñas y adolescentes está limitado por la poca disponibilidad y la distribución geográfica de los mismos. Además, para que un menor de edad reciba servicios de salud mental, un adulto, ya sea el padre, la madre, el profesor o el pediatra, debe detectar el problema, averiguar a dónde debe llevar al menor y en muchos casos, pagar por estos servicios. Por tanto, no es sorprendente la baja utilización de servicios que se observa en este grupo de población.

Belfer y Rohde (38) describen los servicios de salud mental para jóvenes en América Latina como servicios con un enfoque primordialmente psicoanalítico (aunque esta situación está cambiando), con demasiado énfasis en los trastornos graves pero poco comunes, así como poco acceso a intervenciones basadas en evidencia empírica. No hay suficientes recursos humanos y servicios de salud mental dirigidos a niños y adolescentes, y los que existen, están centralizados en las ciudades grandes. En México, por ejemplo, un país de más de 100 millones de habitantes, hay un solo hospital psiquiátrico infantil situado en la ciudad capital. En el Brasil, hay 300 psiquiatras infantiles en todo el país y se estima que entre seis y ocho millones de niños y adolescentes brasileños con algún trastorno psiquiátrico re-

quieren atención (12). Claramente, los recursos para la salud mental infantil en América Latina y el Caribe no pueden satisfacer las necesidades existentes.

En Puerto Rico, donde los estudios muestran la mayor tasa de utilización de servicios por menores, solo 26% de los afectados utilizaron los servicios en el último año (11). En la Ciudad de México las carencias son mayores, con una prevalencia de utilización de 13,7% de adolescentes con algún trastorno psiquiátrico en el último año. Además, solo la mitad de los que acudieron a los servicios recibieron algún tratamiento mínimamente adecuado. Los adolescentes con trastornos por uso de sustancias son los que más utilizan los servicios (posiblemente debido a una red de centros comunitarios para jóvenes con problemas de sustancias en diferentes partes de la ciudad), y aquellos con algún trastorno de ansiedad, los que menos los utilizan. El uso de servicios está relacionado con el nivel educativo de los padres (39). Este hallazgo es prometedor ya que sugiere la posibilidad de aumentar el uso de servicios a través de campañas educativas sobre los trastornos mentales dirigidas a padres de familia y la comunidad en general. Sin embargo, una campaña educativa para aumentar la utilización de servicios de salud mental primero tendría que estar acompañada de la disponibilidad de servicios.

CONCLUSIONES

Si se consideran los retos sociales que enfrenta la población joven en América Latina y el Caribe en cuanto a pobreza, explotación y violencia, se esperarían tasas de enfermedad mental mayores a las de países desarrollados o en condiciones sociales más adecuadas, pero esto no es siempre así.

Los estudios realizados en países desarrollados muestran que la prevalencia mundial de los trastornos psiquiátricos de la niñez y la adolescencia varía entre los países (de 8% a 45% en algunos, con una prevalencia mediana de 25%) (40) y de 8% a 57% en otros (41). Las investigaciones epidemiológicas locales realizadas, las cuales no representan a América Latina y el Ca-

ribe en su totalidad, estiman que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos infantiles de la Región se ubica en el promedio mundial y debajo de algunos países desarrollados. Esto indica que existen algunos factores protectores en la cultura latinoamericana y caribeña, tales como mayores redes de apoyo social debido a familias extendidas y de varias generaciones, así como un mayor valor cultural del colectivismo, que potencialmente protegen contra ciertas adversidades o aumentan la resiliencia. Una tarea importante de investigación sería identificar estos factores protectores en nuestra Región y aprender cómo explotarlos mejor.

Hace ya más de treinta años que la Organización Mundial de la Salud recomendó que cada país tuviera un plan nacional para la salud mental infantil. A pesar de esta recomendación, solo 7% de los países en el mundo tiene un programa que reconoce los problemas de salud mental de los menores y que enumera un plan de acción para enfrentarlos (42). Por un lado, se requiere el desarrollo e implementación de políticas y planes para la salud mental infantil, legislación en la materia y mayor compromiso gubernamental para su implementación. Por otro, se requiere mayor investigación epidemiológica para evaluar las necesidades de atención, aumentar el reconocimiento de la salud mental infantil como una prioridad, estimular el reconocimiento de la necesidad de desarrollar e implementar un plan nacional y guiar de manera informada dichas políticas y planes.

Cualquier plan de acción tendría que incluir campañas educativas en salud mental; una mayor formación de recursos humanos especialistas en salud mental de niños y adolescentes (en tratamientos basados en la evidencia); una mayor disponibilidad de servicios y mejor distribución de los servicios ya disponibles; sistemas de vigilancia continua, así como un mayor compromiso gubernamental para la protección de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes para promover su salud mental. Asimismo, dichas políticas y planes no deberían restringirse tan solo al sector salud, pues la salud mental infantil requiere la integración de los sectores educativo, social y judicial, además del trabajo con las familias.

Los niños, niñas y adolescentes, quienes menos voz tienen en la sociedad, requieren de políticas específicas dirigidas a sus necesidades particulares. Además, una inversión en la salud mental infantil de América Latina y el Caribe es una inversión en el futuro de la Región.

REFERENCIAS

- Bernfort L, Nordfeldt S, Persson J. ADHD from a socio-economic perspective. *Acta Paediatr* 2008; 97(2):239–45.
- Bresalu J, Lane M, Sampson N, Kessler RC. Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *L Psychiatr Res* 2008;42(9):708–16.
- Ramrakha S, Bell ML, Paul C, Dickson N, Moffitt TE, Caspi A. Childhood behavior problems linked to sexual risk taking in young adulthood: a birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(10):1272–1279.
- Population Reference Bureau. 2007 World population data sheet. Washington, DC: World Population Bureau; 2007.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. Latin American Youth in an era of socio-economic and political change. En: *United Nations World Youth Report 2007*. New York: United Nations; 2007.
- Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: Present and future epidemiologic research 2003;33(3):203–222.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth Mental Health in a Populous City of the Developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50:386–395.
- Caraveo-Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30(1):48–55.
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:85–93.
- Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(6):727–734.
- Haquín C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr* 2004;75(5):425–433.
- Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev Salud Pública* 2005; 7(3):268–280.
- Dormitzer CM, González GB, Penna M, Bejarano J, Obando P, Sanchez M et al. The PACARDO Research project: youthful drug involvement in Central America and the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Pública* 2004;15(6):400–416.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Blanco J, Zambrano J et al. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction* 2007;102: 1261–1268.
- Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Braz J Med Biol Res* 2004;37(4):523–531.
- OAS, CICAD, OIDA, SIDUC. Drug prevalence survey of secondary school students: A comparison report of three Caribbean countries: Barbados, Belize and Guyana. Available at <http://www.cicad.oas.org/oid/Estadisticas/siduc/3caribe-siduc/default.htm>. Accessed on January 23, 2008.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg, JE. *Monitoring the future national results on adolescent drug use, Overview of key findings 2005*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2006 (NIH Publication No. 06-882).
- Observatorio Interamericano sobre drogas. Available at: <http://www.cicad.oas.org/oid/Estadisticas/default.htm>. Accessed on January 23, 2008.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Zambrano J, Orozco R et al. Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents in the Mexico Metropolitan Area. *Drug and Alcohol Dependence* 2007;90(2-3): 128–134.
- Chen CY, Storr CL, Anthony JC. Influences of parenting practices on the risk of having a chance to try cannabis. *Pediatrics* 2005;111:1631–1639.

23. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la Región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(3):102-171.
24. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372-394.
25. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud: Mortalidad 2000-2005. Available at: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>. Accessed February 9, 2007.
26. Borges G., Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock MK. Suicide ideation, plan and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008;47(1):41-52.
27. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2007. Available at: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>. Accessed February 8, 2008.
28. UNICEF. The state of the world's children. Oxford and New York: Oxford University Press for UNICEF; 1997.
29. Medina-Mora ME, Villatoro J, Fleiz C. Yo también cuento: Estudio de niñas, niños y adolescentes entre 6 y 17 años trabajadores en 100 ciudades. México: UNICEF, DIF, PNUFID; 1999.
30. Scanlon TJ, Tomkins A, Lynch MA, Scanlon F. Street children in Latin America. *BMJ* 1998;316: 1596-1600.
31. UNICEF. Early marriage: A harmful traditional practice. New York: UNICEF; 2005.
32. Sendin Mitsuhiro S, Chalem E, Moraes Barros M, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(2):122-5.
33. Ashford L, Clifton D, Kaneda R. The world's youth 2006 data sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2006.
34. de la Barra FM, Rodríguez JT, Alvarez PP, Vergara AS, Toledo VD. Maltrato infantil y juvenil en una comuna de Santiago. Parte I: estimación de la prevalencia. *Rev Chil Pediatr* 1998;69(3): 126-131
35. Villatoro J, Quiroz N, Gutiérrez ML, Díaz M, Amador N. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de maltrato infantil y factores asociados, 2006. México DF: Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM); 2006.
36. Orozco-Zavala R, Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, López-Carrillo L. Traumatic Life Events and Posttraumatic Stress Disorder among Mexican Adolescents: Results from a Survey. *Salud Pública de México* 2008;50(S1):29-37.
37. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Molnar B, Nock MK. Negative life events and suicide related outcomes among Mexico City Adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008;47(1):41-52.
38. Belfer ML, Rohde LA. Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research 2005;18(4/5):359-365.
39. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Wang PS. Treatment of Mental Disorders for Adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization* 2008;86(10):757-764.
40. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44:972-986.
41. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369:1302-13.
42. Shatkin JP, Belfer ML. The global absence of child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health* 2004;9(3):104-108.

TRASTORNOS MENTALES EN LOS ADULTOS MAYORES

*Enrique Vega García,¹ Josefa González Picos,²
Juan de Jesús Libre Rodríguez³ y Magaly Ojeda Hernández²*

INTRODUCCIÓN

La salud mental de los adultos mayores en América Latina y el Caribe es motivo de preocupación, especialmente en los aspectos relacionados con la prevención, la atención y la rehabilitación. Existen limitantes y deficiencias en la estructuración de programas y servicios y en la preparación de recursos humanos, por lo que en las últimas décadas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha llevado a cabo numerosas actividades de cooperación técnica con los países de la Región.

Una de las principales debilidades es la falta de estudios epidemiológicos y de publicaciones sobre el tema que den a conocer la magnitud del problema. Para tal fin se realizó la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento). Este estudio puerta a puerta, realizado en el año 2000, investigó las condiciones de salud de los adultos mayores de 60 años en las principales zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe: Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay,

y dio a conocer cifras significativas en el área de la salud mental.

El presente trabajo pretende acercarse al conocimiento que existe en la Región sobre la epidemiología de los trastornos mentales en los adultos mayores y algunos determinantes que influyen en la salud mental de este grupo de población.

LA SALUD MENTAL EN LOS NUEVOS ESCENARIOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La esperanza de vida de la población mundial es cada vez mayor. En la actualidad, 73,8% de las personas que nacen vivirán más allá de los 60 años y casi 34% sobrepasará los 80 años. Sin embargo, mientras que solo 48% de la población de África llegará a la tercera edad y 16,9% cumplirá los 80 años, el doble de europeos (83,4%) sobrepasará los 60 años y 42,3% alcanzará los 80 años de edad.

En América Latina y el Caribe, con una esperanza de vida al nacer de 72,9 años, más de 80% de las personas que nacen vivirán más allá de los 60 años y 40% sobrepasará los 80 años de edad.

En 2007, aproximadamente 50 millones de personas en la Región (9,1%) tenía 60 años o más de edad. Mientras que la población en

¹ Proyecto de Envejecimiento y Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

² Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, La Habana, Cuba.

³ Universidad Médica de la Habana, La Habana, Cuba.

general tiene un crecimiento anual de 1,3%, la población mayor de 60 años lo hace a un ritmo de 3,4%. Este movimiento demográfico llevará a que alrededor de 2050, 24% de la población (aproximadamente 200 millones de personas), serán adultos mayores. Este envejecimiento, además de ser un símbolo de madurez demográfica, es un producto concreto de los avances sociales y sanitarios de la Región, y representa uno de los retos más importantes que deberá enfrentar América Latina y el Caribe en el presente siglo. Se estima que en 2025 la Región tendrá 14 millones de personas mayores de 80 años y más de 100.000 centenarios.

El índice de envejecimiento se cuadruplicará para mediados de siglo: de 25 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años a principios de siglo, a 128 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15 años en 2050.

La transición demográfica en los países de la Región está ocurriendo muy rápidamente, lo que ha acentuado la dificultad de afrontar los retos del envejecimiento, debido al poco tiempo que los países tienen para adaptarse a la nueva situación. La transición demográfica no es un fenómeno homogéneo, por lo que los países se encuentran en diferentes etapas de transición.

El reto es particularmente importante para los proveedores de servicios de salud, dado que la familia, la cual brinda la mayor parte de los cuidados, será incapaz de continuar haciéndolo si no recibe el apoyo de la sociedad y de las instituciones que deben proveer los servicios sociales y de salud.

El desplazamiento de la mortalidad de un primer plano de las condiciones de salud y su sustitución por la morbilidad y quizás después por la discapacidad como fuerzas predominantes, hacen necesario un nuevo enfoque para la salud pública en la Región.

DETERMINANTES SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

La pobreza y la discriminación afectan negativamente a la salud de las personas de edad.

Aproximadamente 50% de los participantes en el estudio SABE expresaron que no tenían los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades diarias. Según otros estudios, 33% de las personas mayores en las zonas urbanas y 50% en las rurales están en la pobreza.

Existen otros determinantes que se relacionan con la salud, entre ellos el nivel de educación. Aquellas personas con menor nivel de educación notificaron con más frecuencia tener una salud regular o mala y el doble de hábitos nocivos como el tabaquismo y la inactividad física. Cabe resaltar que en 2000, en las regiones menos desarrolladas, aproximadamente la mitad de las personas de 60 años o más eran analfabetas.

La mayoría de las personas que participaron en el estudio SABE informó tener una salud regular o mala. Las mujeres tenían peor salud que los hombres. La combinación de mala salud y niveles de vida más bajos entre las adultas mayores y una mejor esperanza de vida, crea una gran población de mujeres ancianas dependientes.

Si se toma en cuenta el número de mujeres que llega a los 60 años sin cónyuge o pareja, que a la edad de 80 años la mayoría de ellas puede esperar vivir 9,1 años más y que 34,6% es pobre en cuanto a sus ingresos y 7,6% tiene las necesidades básicas insatisfechas, es probable el crecimiento de un grupo poblacional feminizado, francamente envejecido y con desventaja socioeconómica.

Estos datos permiten pronosticar la alta probabilidad de que se presenten trastornos mentales en las personas que envejecen, al no poder contar con recursos suficientes para satisfacer sus necesidades más elementales.

Un cambio fundamental en la conceptualización del envejecimiento consiste en poder visualizar esta etapa como una más del ciclo de vida, en la que las personas pueden seguir contribuyendo, desarrollando su potencial y ejerciendo sus derechos, entre los cuales el derecho a decidir sobre su vida es esencial. Aunque la edad avanzada ha sido descrita como un factor de riesgo para padecer enfermedades mentales, no todos los estudios han sido definitivos al respecto.

En una sociedad donde el ciclo de vida de las personas es cada vez más largo, el papel de las enfermedades mentales en la morbilidad crónica y la discapacidad es muy importante, lo cual a su vez se refleja en una mayor necesidad de servicios sanitarios y sociales.

LOS TRASTORNOS MENTALES EN LOS ADULTOS MAYORES

Entre los problemas mentales que generan mayor demanda de atención en los adultos mayores se encuentran la depresión, la ansiedad, los trastornos del sueño, los trastornos delirantes, los problemas conductuales relacionados con las demencias y el consumo de sustancias, especialmente el alcohol. En el Cuadro 1 se presentan algunos de los porcentajes registrados.

Es muy frecuente que la población adulta mayor notifique alteraciones emocionales en las consultas especializadas y generales, independientemente del motivo por el que asisten a la consulta. En un estudio realizado en una consulta ambulatoria de medicina, la tristeza y la sensación de soledad estaban presentes en todos los casos: afectación del estado emocional (66,6%), trastornos del sueño (20%) y afectaciones de la memoria (40%).

Las tasas de prevalencia e incidencia de los trastornos mentales no son reales en muchos casos, debido a que se notifican a través de términos ambiguos como "otros problemas encontrados". Cabe destacar que se han realizado estudios que muestran una influencia significativa de las enfermedades psíquicas en la mortalidad de los adultos mayores.

Depresión y conducta suicida

La depresión puede ser el problema mental más frecuente en los adultos mayores. La frecuencia cambia según la situación, de ahí los informes disímiles. Se calcula que hasta 30% de los mayores de 65 años tiene depresión en sus diversas formas de presentación. Los niveles de intervención son de 15% a 25% para la atención primaria, alrededor de 10% para los hospitalizados con enfermedad aguda, hasta 50% para los hospitalizados por cual-

CUADRO 1. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los adultos mayores.

Trastorno	Prevalencia (%)
Demencia	5,8
Delirium	25,0
Depresión mayor	1,0-3,0
Distimia	2,0
Síndrome depresivo	5,0-20,0
Ansiedad	5,0
Esquizofrenia	1,0
Insomnio	10,0
Alcoholismo	2,0-5,0

Fuente: Lama VJ, Varela PL, Ortiz SPJ. Prevalencia y factores de riesgo del estado confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencias médicas. *Rev Med Hered* 2002;13(1).

quier causa y entre 15% y 37% para las instituciones. Se añade a esto que un alto porcentaje de los adultos en edad avanzada creen que la depresión es parte normal del envejecimiento, lo que puede influir en la notificación.

La depresión mayor tiene una prevalencia entre 1% y 9%, que se incrementa a 12% en ancianos institucionalizados. Tanto la prevalencia como la incidencia se duplican entre las edades de 70 a 85 años, así como también aumenta el trastorno bipolar.

Los porcentajes de los informes generales que no especifican el tipo de trastorno difieren con respecto a su frecuencia, a los factores relacionados, al tipo de anciano estudiado, así como al lugar de intervención. En un estudio realizado en una comunidad rural se observó que 10,1% tenía depresión, mientras que 37,9% tenía riesgo de padecerla, lo cual se relacionó con la disminución de la capacidad funcional, la pérdida importante de autonomía y un mayor nivel de dependencia.

En un estudio realizado en una consulta geriátrica externa se observó mayor frecuencia de depresión en las mujeres que en los hombres (11,5% y 4,5%, respectivamente). En 15 patologías estudiadas, la depresión ocupó el tercer lugar en las mujeres y el decimoquinto lugar en los hombres. Otras investigaciones realizadas en servicios ambulatorios muestran una prevalencia de 19% y 20% y una relación de mujeres a hombres de 2:1.

Otro estudio, realizado a adultos mayores reclusos, mostró porcentajes similares. Sin embargo, del total de adultos mayores atendidos por cualquier causa en un servicio de geriatría ambulatorio, 58,2% respondió afirmativamente a la pregunta de estar frecuentemente triste o deprimido y 47% presentaba depresión. El trastorno se relacionó con peor auto-percepción de la salud y la funcionalidad, más quejas subjetivas de problemas de memoria, mayor frecuencia de caídas, mayor número de consultas al año y mayor hospitalización.

En un estudio de adultos mayores institucionalizados se encontró una prevalencia de depresión entre 29,0% y 37,7%. Entre los riesgos estaba ser mujer y no tener pareja, así como también la comorbilidad, la mala auto-percepción de la salud y no salir de la institución. Se observó mayor demanda de atención médica en el último año. Las diferencias podrían estar muy relacionadas con los métodos de evaluación, el modo de realizar la encuesta y las características del personal que realizó las investigaciones.

Se pueden distinguir entre 15% y 30% de estados afectivos donde la sintomatología depresiva, aunque con síntomas característicos, no cumple los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM IV) para el diagnóstico de un trastorno depresivo. Esta podría ser una de las causas que determina la presencia relativamente alta de trastornos depresivos en el estudio SABE (Cuadro 2).

Las depresiones en adultos mayores están muy relacionadas con las tasas de suicidio, que varían según las culturas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de suicidio aumenta con la edad. En los hombres la tasa aumenta en los mayores de 75 años. En este grupo poblacional los suicidios representan la punta del iceberg de los problemas psicológicos, físicos y sociales (del total de suicidios, entre 71% y 95% padecían alguna patología psiquiátrica). En un estudio de adultos mayores deprimidos se encontró que 42,9% presentaba ideación suicida; la relación entre

CUADRO 2. Porcentaje de personas de más de 60 años con síntomas depresivos.

Ciudades	Hombres (%)	Mujeres (%)
Buenos Aires	10,7	14,6
Bridgetown	4,8	4,3
La Habana	12,0	23,6
Ciudad de México	15,2	20,7
Montevideo	11,1	22,4
Santiago de Chile	22,2	27,7
São Paulo	11,6	21,0
Promedio	13,6	20,3

Fuente: SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento); 2000.

intentos de suicidio y suicidios consumados era muy superior a la de la población general y podía llegar a ser de 4:1.

Los adultos mayores con más riesgo de intento suicida en América Latina y el Caribe pertenecen a estratos socioeconómicos y nivel de escolaridad bajos, presentan sintomatología depresiva o trastornos mentales (básicamente depresión y ansiedad) y sobre todo, en ellos se observa la asociación de más de uno de estos factores.

Entre 1995 y 2002 la tasa de suicidio se incrementó en Argentina, Costa Rica, México, Nicaragua y Panamá. El 14% de los ancianos que consuma el suicidio recibe atención psiquiátrica y 43% ha estado en contacto con sus médicos generales en el mes anterior. En ellos el trastorno depresivo mayor se asocia a una mortalidad general alta, que se cuadruplica en sujetos de más de 55 años, de los cuales las mujeres tienen el doble o triple de intentos de suicidio respecto de los hombres, aunque en estos últimos el índice de suicidio es más alto.

Ansiedad

La ansiedad es un trastorno frecuente en el anciano; sin embargo recibe poca atención, no se notifica con frecuencia y a veces no se detecta por presentarse a través de síntomas somáticos o considerarse un componente natural del envejecimiento. Puede aparecer como trastorno independiente o acompañado de enfermedades mentales o físicas.

Con frecuencia los trastornos de ansiedad en el adulto mayor son infradiagnosticados, lo que puede estar condicionado por las clasificaciones utilizadas para su evaluación, que son criterios desarrollados para estudiar la morbilidad psiquiátrica en adultos jóvenes, sin considerar que en la tercera edad los síntomas de ansiedad pueden presentarse de manera atípica.

Al menos 12% de los adultos mayores que viven en la comunidad presentan ansiedad. Entre los adultos mayores internados por algún tipo de trastorno orgánico se calcula que entre 40% y 50% padecen ansiedad y entre los que se encuentran en instituciones geriátricas, entre 70% y 94%. Estos datos difieren de los registrados para la prevalencia de este tipo de trastorno en la población general.

Se ha documentado también la existencia de cuadros de ansiedad como efecto secundario a fármacos en el padecimiento de enfermedades somáticas, psiquiátricas, físicas o asociadas a situaciones de estrés y somatizaciones diversas.

Trastornos delirantes

Las ideas delirantes pueden presentarse en alrededor de 10% de las personas en edad avanzada que padecen diferentes trastornos, como demencia, depresión, delirium, enfermedades cerebrovasculares, intoxicaciones farmacológicas y trastornos delirantes crónicos. Las ideas que predominan son las paranoides y se presentan en 6% de las personas mayores de 70 años y en 7% de las mayores de 85 años, inclusive entre los ancianos sin demencia.

Con respecto a la esquizofrenia, es un trastorno relativamente poco estudiado, debido tal vez a los escasos pacientes con este tipo de trastorno en edades avanzadas.

Las ideas delirantes son frecuentes en los trastornos mentales orgánicos y afectan a más de la mitad de los pacientes con demencia y a más de 20% de los que padecen delirium.

Dentro de los factores que incrementan el riesgo del trastorno delirante podemos mencionar la falta de estimulación, la soledad, las enfermedades físicas, el déficit sensorial, el estado civil (soltero o viudo), un menor nivel de edu-

cación y una mayor comorbilidad. La presencia de estos cuadros requiere realizar una evaluación exhaustiva biopsicosocial para descartar la presencia de alguna condición mórbida que pueda poner en riesgo la vida del paciente.

Estado confusional agudo

Según lo informado en la literatura mundial, la incidencia del estado confusional agudo, llamado también delirium, oscila entre 14% y más de 60%. En los servicios de geriatría, el estado confusional agudo se presenta en uno de cada tres sujetos admitidos y ocupa el octavo lugar como causa de ingreso, con una incidencia de 14,5%. Por otro lado, no siempre es reconocido en los servicios de urgencias, lo que provoca mayor comorbilidad y gran variación en la incidencia notificada (las tasas mayores se registran en el postoperatorio y varían de 24,4% a 67,7%). El estado confusional agudo se presenta con más frecuencia en los hombres y se plantea que algunos identifican el género masculino como predictor independiente de delirium en el anciano.

El delirium es el síndrome psiquiátrico orgánico más frecuentemente observado por psiquiatras y por muchos otros médicos, y su frecuencia varía según los niveles de atención. De los pacientes ingresados en servicios de psiquiatría de hospitales generales, 46% presentaba delirium. Los porcentajes en otro tipo de servicios son los siguientes: servicios médicos (20%–25%), servicios de geriatría (35%) y cirugía general (10%–14%). Entre los pacientes con fractura de cadera, de 44% a 50% presentaba delirium. En los pacientes con delirium predominan los trastornos del ritmo sueño-vigilia, los trastornos cognitivos, las manifestaciones somáticas, las alteraciones emocionales y las perceptivas.

El estado confusional agudo está asociado a un pobre pronóstico al momento del alta hospitalaria; en el seguimiento a largo plazo se evidencia un incremento de la mortalidad (10%–65%), prolongación de la hospitalización, mayor institucionalización, declinación funcional y déficit cognoscitivo.

Trastornos del sueño

El sueño cambia con la edad al disminuir tanto el número de horas como la calidad del mismo. Los estudios sobre la prevalencia del insomnio para la población general muestran cifras muy dispares, que varían entre 10% y 44%.

Entre los trastornos del sueño en los ancianos están los cambios fisiológicos del sueño, las alteraciones del sueño relacionadas con otras enfermedades que afectan a este grupo de edad y los tratamientos correspondientes. Los estudios realizados señalan una presencia variada de la problemática en la población anciana.

El insomnio y la hipersomnía son trastornos del sueño que se encuentran entre los desórdenes mentales que con mayor frecuencia presentan los adultos mayores, ya sea como parte de otro trastorno o de manera independiente.

Abuso de sustancias y uso de medicamentos

El consumo de sustancias psicoactivas y sedantes en el adulto mayor puede ocasionar la presencia de trastornos, como el abuso y las

dependencias, al igual que en otros grupos poblacionales. La particularidad es que pueden ser causa de complicaciones en las enfermedades que estos grupos poblacionales presentan, con la consecuente disminución de la capacidad funcional.

Varios estudios comunitarios han notificado prevalencias de alcoholismo en adultos mayores con diferencias entre géneros. La mayor frecuencia de consumo se registró entre los hombres de 64 a 67 años de edad. El "alcoholismo de inicio tardío" se puede presentar en los adultos mayores. Entre 11% y 33% desarrolla un trastorno relacionado con el alcohol en situaciones de aislamiento, cambio de roles o enfermedad. La forma de presentación del alcoholismo en los adultos mayores es mediante caídas, delirium y depresión.

Un estudio realizado en Colombia demostró que la sustancia psicoactiva de mayor uso en los adultos mayores es el cigarrillo, con una prevalencia mensual y de vida de 29% y 45%, respectivamente. La presencia de otras sustancias no fue significativa en los adultos mayores.

En el Cuadro 3 se exponen algunos de los resultados obtenidos en relación con el consumo de sustancias en los adultos mayores y el uso

CUADRO 3. Consumo de sustancias en adultos mayores.

País	Año	Tipo de consumo	Adultos mayores (%)
Uruguay	2006	Alcohol	11,0–33,0
Colombia	2003	Otras sustancias ^a (hombres alguna vez en la vida)	13,9
		Otras sustancias ^a (mujeres alguna vez en la vida)	0,1
		Otras sustancias ^a (hombres en los últimos 12 meses)	5,5
		Otras sustancias ^a (mujeres en los últimos 12 meses)	0,0
		Otras sustancias ^a (alguna vez en la vida)	6,6
		Otras sustancias ^a (en los últimos 12 meses)	2,6
Perú	1999	Dependencia alcohólica	7,20
Perú	2002–2004	Uso inadecuado de medicamentos (psicofármacos) en servicios de geriatría	27,6
Cuba	2000–2001	Uso inadecuado de medicamentos (psicofármacos) en la comunidad	50,5

^a Consumo de cocaína, marihuana, tranquilizantes y otras sustancias.

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud. Boletín de la Unidad de Salud Mental y Programas Especializados. Pérez MVT. Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente "Ana Betancourt." *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007;23(2). Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Oscanoa T, Lira G. Calidad de prescripción de medicamentos en pacientes geriátricos. *Anales de la Facultad de Medicina* 2005;66(3). Juanola M et al. Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004;20(5–6). Rosell CF et al. Influencia de la gerocultura sobre la salud en un grupo de ancianos que asistieron a los cursos de cultura médica de la Universidad del Adulto Mayor. Universidad del Adulto Mayor, Complejo Gerontológico del Hospital Docente Dr. Salvador Allende, Ciudad de la Habana, Cuba, septiembre de 2004–junio de 2005.

inadecuado de psicofármacos en cuatro países de América Latina.

Las mujeres mayores consumen más medicamentos que los hombres (79% y 64%, respectivamente). El uso de psicofármacos para dormir es elevado (22% de la población encuestada), con predominio también en las mujeres (74%). De la población que consume este tipo de medicación, 82% lo hace en forma permanente o con mucha frecuencia.

Un estudio realizado a personas mayores de 65 años que residen en sus casas mostró que 29,9% toma ansiolíticos de forma regular, 28,9% presenta nerviosismo o insomnio y del 30,8% que practica la automedicación, 11,2% utiliza hipnóticos y sedantes-hipnóticos. Esta cifra se eleva considerablemente en las residencias de ancianos.

El 81% de los ancianos que sufren caídas toman algún tipo de medicamento y dos tercios ingieren habitualmente más de un fármaco, cifra que aumenta con la edad, según indican estudios realizados. Las benzodiacepinas pueden ser el grupo de fármacos más claramente relacionado con las caídas y aunque de consumo muy difundido, se consideran de alto riesgo en los adultos mayores.

TRASTORNOS MENTALES, COMORBILIDAD Y DISCAPACIDAD

Los efectos acumulativos de los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida a lo largo del ciclo vital incrementan la posibilidad de que se presenten trastornos a medida que avanza la edad. Las condiciones crónicas que se encuentran proporcionalmente más ligadas a los adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, reumáticas, cáncer, osteoporosis, Parkinson, demencias, diabetes y depresión; todas ellas conllevan otro fenómeno característico de estas poblaciones que es la comorbilidad.

En un estudio realizado en la Ciudad de la Habana, a partir de la información obtenida del estudio SABE, se encontró una relación directamente proporcional entre la depresión y el número de enfermedades crónicas no trans-

misibles: a mayor número de enfermedades crónicas no transmisibles, mayor prevalencia de depresión.

Hasta un 25% de las personas que padecen enfermedades crónicas (diabetes, infarto de miocardio, infarto cerebral, entre otras) desarrollan un episodio depresivo mayor durante su enfermedad, que se enmascara, o no se diagnostica, pues se interpreta como parte de la condición médica; por otro lado, el trastorno depresivo mayor se asocia a un alto índice de mortalidad porque incrementa la probabilidad de la conducta suicida y además empeora el pronóstico de las enfermedades orgánicas.

La discapacidad, producto de distintas enfermedades, puede estar asociada con el inicio y la persistencia de un trastorno depresivo en pacientes geriátricos. El alcoholismo es otro de los trastornos que presenta una alta comorbilidad con la depresión, la ansiedad y la disfunción cognitiva. En el cuadro 4 se presentan los datos obtenidos sobre diversos estudios que relacionan distintas condiciones médicas con trastornos mentales.

Con respecto a la capacidad funcional, las personas mayores con algún tipo de limitación tienen mayor probabilidad de presentar trastornos mentales (con predominio de los trastornos del estado de ánimo, sueño y ansiedad) por el hecho de requerir mayor apoyo para interactuar en su medio debido a desajustes biopsicosociales que actúan como estresores emocionales.

La demencia en mujeres mayores de 75 años y la discapacidad en una o más actividades instrumentales aumentan la fragilidad al tener mayor probabilidad de comorbilidad, más deterioro cognitivo y mayor frecuencia de caídas.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DEMENCIAS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Los estimados recientes (basados en revisiones sistemáticas de datos de prevalencia y en un consenso de expertos) calculan que 24,2 millones de personas sufren de demencia en todo el mundo (con 4,6 millones de nuevos casos anuales). Esta cifra se duplica cada 20 años y

CUADRO 4. Comorbilidad entre distintas enfermedades y algunos desórdenes mentales en adultos mayores.

Enfermedad médica	Trastorno mental	Adultos mayores (%)
Enfermedades crónicas (diabetes, infarto del miocardio, infarto cerebral)	Episodio depresivo mayor	25,0
Enfermedades cardiovasculares, metabólicas y endocrinas	Síntomas depresivos	19,3
Enfermedades oftalmológicas progresivas (glaucoma, retinopatía proliferante diabética)	Trastornos depresivos con elementos ansiosos	57,5
Enfermedad cerebro vascular	Alteraciones del estado de ánimo	50,0
Post-accidente cerebro vascular	Depresión	50,0–60,0
Úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, insuficiencia cardíaca, hiperplasia de próstata, artritis reumatoide	Trastornos del sueño	... ^a
Cáncer	Depresión	15,0–25,0
Fibromialgia	Trastornos del sueño	56,0–72,0

^a Sin información.

Fuentes: Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Educación médica continua. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2006;70(2):154. Benavides O et al. Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos ambulatorios. Citado en: Reyes Ortiz CA et al. Diagnósticos más frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle, Colombia. Colombia Médica 2000;31(4) <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO4/Henriksson> MM et al. Mental disorders in cancer suicides. J Affect Disord 1995;36(1–2):1–20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Bodurka-Beyers D et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol 2000;78:302–8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Lloyd-Williams M, Friedman T: Depression in palliative care patients—a prospective study. Eur J Cancer Care (Engl) 2001;10(4):270–4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. Med Clin North Am 1987;71(2):243–58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Lynch ME: The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. J Palliat Care 1995;11(1):10–8.

en 2040 habrá 80 millones de personas con demencia, incremento que será más marcado en las regiones en vías de desarrollo (300%) que en las regiones desarrolladas (100%).

En América Latina y el Caribe el crecimiento en el número de personas con demencia entre 2000 y 2020 será de 120%, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo. Se estima que, en la actualidad, el número de personas con demencia en América Latina y el Caribe es de 1,8 millones y alcanzará las cifras de 4,1 millones en 2020 y de 9,1 millones en 2040, es decir que será similar a la de Norteamérica.

El costo del cuidado de las demencias ha sido estimado en US\$ 315.400 millones anuales a escala mundial. Los países con mayores costos son Norteamérica y Europa. Los enormes gastos que producen las demencias y el reto que representa el incremento del número de adultos mayores producirán un cambio dramático en los sistemas de atención en todo el mundo.

Un estudio sobre el impacto de las enfermedades en el ámbito mundial realizado en 2003 demostró que la demencia es el mayor contri-

buyente de años vividos con discapacidad en las personas de 60 años y más (11,2%), en una proporción mayor que la enfermedad cerebrovascular (9,5%), las enfermedades musculoesqueléticas (8,9%), la enfermedad cardiovascular (5,0%) y el cáncer (2,4%).

La bibliografía sobre investigaciones epidemiológicas de las demencias en América Latina no es muy extensa. Si bien se han realizado estudios en otros países, solo se han publicado en revistas indexadas tres estudios descriptivos llevados a cabo en Brasil, Colombia y Cuba.

En el estudio del Brasil se encontró una prevalencia de demencia de 7,1%. En 55,1% de los pacientes, el diagnóstico se clasificó como enfermedad de Alzheimer, después de una evaluación que incluyó exámenes de laboratorio y tomografía computarizada de cráneo. La incidencia notificada de demencia resultó de 1,35%, señalándose una asociación de la demencia con la edad, el bajo nivel educacional y el hecho de ser mujer.

En un estudio de corte transversal puerta a puerta, realizado en la Ciudad de la Habana, se

registró una prevalencia de 8,2% del síndrome demencial. La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer era de 5,13% y la de la demencia vascular, de 1,93%. La edad, el ser mujer, la presencia de antecedentes patológicos personales y el no tener vínculo conyugal, por ser viudo o soltero, figuraron en el perfil de riesgo.

Entre las múltiples variables estudiadas en el SABE se exploró la prevalencia del deterioro cognitivo global. En la Ciudad de la Habana, 8,5% de los entrevistados presentaba deterioro cognitivo, con una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres.

El Grupo de Investigación en Demencias 10/66 fundado en 1998, que consiste en un grupo de investigadores de América Latina, África y Asia, trabaja para revertir la asimetría existente en las investigaciones: 66% de las personas con demencia viven en los países en vías de desarrollo, en los que solamente se realizan 10% de las investigaciones sobre dicha enfermedad.

El protocolo 10/66 es un estudio puerta a puerta basado en diversos componentes: evaluación cognitiva exhaustiva; entrevista clínica; encuesta sociodemográfica y de factores de riesgo; entrevista al informante más cercano; examen físico y neurológico, y diversos exámenes complementarios. El diagnóstico de demencia se basa en los criterios del DSM IV, así como en un algoritmo probabilístico creado por el propio grupo. Otras variables de salida incluyen el uso de los servicios de salud, los tipos de cuidado y la sobrecarga del cuidador.

Durante 1999–2001, el grupo realizó estudios piloto en 11 países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Siete países de nuestro continente terminaron posteriormente los estudios poblacionales utilizando el mismo protocolo (Argentina, Brasil, Cuba, República Dominicana, Perú, Venezuela y México). Estos estudios permitirán establecer comparaciones acerca de la prevalencia, el impacto y los costos asociados a la demencia.

La prevalencia de demencia específica por edad, según los criterios del 10/66, es general-

mente más alta que la obtenida cuando se aplican los criterios estrictos del DSM IV, debido a que el algoritmo 10/66 identifica estadios y casos más leves en comparación con los criterios del DSM IV. Este importante hallazgo fue notificado en el resto de los países que integran el proyecto 10/66 y permite plantear que la prevalencia de la demencia en los países en vías de desarrollo ha sido subestimada en otros estudios.

Se han notificado diferencias entre los diferentes países en cuanto a patrones de nutrición, dieta, actividad física y perfiles de riesgo cardiovascular. Por ejemplo, los niveles más bajos de factores de riesgo cardiovasculares, entre ellos el hábito de fumar y la presión arterial, se registraron en el Perú. En los países del Caribe, como Cuba, República Dominicana y Venezuela, se presenta la prevalencia de hipertensión arterial más alta y otros factores de riesgo cardiovasculares, así como una mayor prevalencia de demencia. Los factores de riesgo vasculares, en particular dietas con alto contenido de grasas, fumar, diabetes, hipertensión arterial y los estilos de vida sedentario, son comunes en América Latina. Estos son los resultados preliminares de este grupo de trabajo que, muy pronto, comenzará la fase del estudio de incidencia de los factores de riesgos genéticos y ambientales de la demencia, la enfermedad cerebrovascular y los patrones de mortalidad.

En América Latina y el Caribe la mayoría de los cuidadores de los adultos mayores son las esposas o las mujeres más jóvenes; los valores de estrés y sobrecarga del cuidador son elevados y se expresan en la alta morbilidad psicológica que ellos presentan y las elevadas puntuaciones en la Escala de Sobrecarga de Zarit. Los resultados son muy similares a los que se presentan en el estudio EUROCARE. Sin embargo, en algunos aspectos difieren, pues las personas con demencia viven en núcleos familiares extensos.

La demencia por lo general está infradiagnosticada, no sospechada en muchas ocasiones por la familia, y, en general, los servicios de salud para las personas con demencias son escasos en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Es la enfermedad que re-

quiere mayores cuidados; aproximadamente la mitad de los pacientes necesitan atención la mayor parte del tiempo. Los cuidadores de enfermos con demencia tienen mayor estrés que los que cuidan a un anciano con problemas de salud física y por lo tanto tienen una probabilidad de tres a cinco veces mayor de sufrir depresión.

EL RETO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES

Las estrategias de intervención para los problemas mentales de los adultos mayores en la Región aún resultan insuficientes. Si bien la proyección de trabajo hacia la atención primaria de salud mejora la accesibilidad a los servicios y disminuye la demanda de institucionalización, aún queda mucho por hacer para reforzar este enfoque: mejorar la calidad de la prevención y promover la identificación temprana y el tratamiento comprensivo de las enfermedades mentales en los adultos mayores.

Entre las acciones requeridas por parte de los encargados de la toma de decisiones en salud podemos mencionar:

- la disminución de la brecha de financiamiento que existe entre los servicios disponibles y las necesidades actuales y previstas;
- la formación de recursos humanos con un abordaje integral del problema;
- la estimulación de la intersectorialidad en las actividades, teniendo en cuenta los límites de los sistemas de seguridad social y la disparidad de distribución y oferta de servicios en zonas rurales en relación con las urbanas;
- la rehabilitación psicosocial como un elemento crucial para una adecuada inclusión social de los adultos mayores;
- la promoción del trabajo en grupo (autoayuda y ayuda mutua) entre los propios adultos mayores y con sus cuidadores;
- el fortalecimiento de los sistemas de información en salud mental para poder identificar indicadores de morbimortalidad y riesgos, establecer prioridades y planificar acciones;

- la difusión de materiales informativos para uso profesional, técnico y popular y el intercambio de experiencias innovadoras en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abril VE, Román PR, Cubillas RMJ. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y salud* 2005; 15(001):131.
- Aguilar NSG, Reyes GJ, Borgues G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública Mex* 2007;49 (supl 4):S467-S474.
- Almenar C. Trastornos del sueño. En: López PS, Turón A, Aguera LF, eds. *Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas*. Barcelona: Science; 2005.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: AMA; 1994.
- Aranda C, Pando M, Flores E, García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2001;28(2):69-74.
- Arranz Santamaría LC. Envejecer y enfermedad: el anciano frágil; 2001. saludalia@saludalia.com
- Benavides O, Reyes-Ortiz CA, Herrera JA. Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos ambulatorios. Citado en: Reyes Ortiz CA et al. Diagnósticos más frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle, Colombia. *Colombia Médica* 2000;31(4) <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL31NO4/>
- Berenguer GM, González HE, Sanjurjo AMC, Mediaceja AN. La gerodontology en el Policlínico Docente Carlos J. Finlay, Santiago de Cuba. *Instituto Superior de Ciencias Médicas*; 2000.
- Blazer D, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987;27:281-7.
- Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL et al. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000;78:302-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Cáceres Rodas RI. Estado de salud físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica. *Población y salud en Mesoamérica*. San José: Centro Centroamericano de Población; 2000.
- Campo AA. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Artículo de revisión. *MEDUNAB* 2001; 4(12)163.
- Cardona AD, Estrada RA, Agudelo GHB. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos com-

- ponentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Tesis de Maestría, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"; 2002.
- Cardona AD. Salud mental del adulto mayor. Hacia un plan operativo de salud mental para Antioquia. Organización Panamericana de la Salud y Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003. <http://www.disaster-info.net>
- Cataldi ARM, Iriso SA, Santos JA, González A. Manejo del delirium en el anciano. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. http://www.smiba.org.ar/med_interna/revista_mi.htm
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005.
- De Portugal E, Cervilla J. Trastorno delirante. Madrid: Grupo Aula Médica SA; 2004. www.grupoaulamedica.com
- Echávarri C, Erro ME. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *An Sist Sanit Navar* 2007;30 (Supl.1):155-161.
- El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Programa anual 2001-2002 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria. Principios básicos en la asistencia al enfermo geriátrico. Grandes síndromes geriátricos 2003. <http://www.medynet.com>
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 2005; 366(9503):2112-2117.
- Fridman G. Depresiones. Centro de Información de medicamentos (CENIME). Boletín N 2-06; 2000.
- Gascón S, Lombarda MC. Salud de los mayores 10. Maestría en Servicios de Gerontología. Instituto Universitario ISALUD, Argentina; 2004.
- Guzmán JM. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo 28. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE); 2002.
- Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS et al. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995;36(1-2):1-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Herrera E Jr, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2002;16(2):103-108.
- Hoyl MT, Valenzuela AE, Marín LPP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad como instrumento de tamizaje de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Méd Chile* 2000;128(11).
- Illanes E, Bustos L, Lagos X, Navarro N, Muñoz S. Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco. *Rev Méd Chile* 2002;130:885-91.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la niñez y del adulto mayor. Lima: INEI; 2006 (Informe Técnico No. 06).
- Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS Study). *Journal of Gerontology* 2001;56A:448-453.
- Juanola M, Conill GJL, Pulido RJC, Paz CA, CI. Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004;20(5-6).
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(4/5):229-40.
- Lama VJ, Varela PL, Ortiz SPJ. Prevalencia y factores de riesgo del estado confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencias médicas. *Rev Med Hered* 2002;13(1). <http://www.scielo.org.pe/img/revistas/rmh/v13n1/>
- Llibre RJ, Prince M. Epidemiology of dementia in Latin America: findings from the 10/66 Dementia Research Group's Programme. Proceedings of the XI Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology. May 3-5, 2007, Gothenburg, Sweden.
- Lloyd-Williams M, Friedman T: Depression in palliative care patients—a prospective study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2001;10(4):270-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Roy JF, Grupo Zarademp. El estado del proyecto Eurodem: epidemiología de las demencias en Europa. En: *Alzheimer 2003 ¿que hay de nuevo?* Madrid: Grupo Aula Médica; 2003.
- López Masó IM, Rodríguez Hernández HM. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(1). <http://www.scieloprueba.sld.cu>
- Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Educación médica continua. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2006;70(2)154.
- Lynch ME: The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. *J Palliat Care* 1995;11(1):10-8.
- Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and the underreporting of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc* 1995;43: 216-21. <http://www.bireme.br>
- Marín LPP, Carrasco GM, Cabezas UM, Gac EH, Hoyl MT, Duery DP et al. Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos. Artículo de investigación. *Rev Méd Chile* 2004;132: 573-578.

- Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* 1987;71(2):243-58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17(5-6):353-361.
- Monchablon EA. Psicosis en la tercera edad. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2004; 11(2). <http://www.alcmeon.com.ar/contacto.htm>
- Organización Mundial de la Salud. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Mejoramiento de la salud y el bienestar en la vejez: en defensa del envejecimiento activo. Madrid, abril de 2002.
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio, 35.ª Sesión del Subcomité del Comité Ejecutivo de Planificación y Programación. Washington, DC, 14 a 16 de marzo de 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. Boletín de la Unidad de Salud Mental y Programas Especializados; 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional de datos básicos en salud. Sistema generador de tablas 2005. <http://www.paho.org/>
- Organización Panamericana de la Salud. Manejo Integral para Promover el Envejecimiento Activo en Mujeres Adultas Mayores en Latinoamérica y en el Caribe (IMPACTA). Reunión Primeras Damas en el Salvador, Noviembre de 2007.
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil de las condiciones de salud de los adultos mayores de América Latina y el Caribe. *Boletín Epidemiológico* 1997;2.
- Organización Panamericana de la Salud. Situación actual de la salud mental en Costa Rica. San José: OPS y Ministerio de Salud; 2004 (Serie Análisis de Situación de Salud, No.10).
- Ortiz-Hernández L et al. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(6):1255-1272.
- Oscanoa T, Lira G. Calidad de prescripción de medicamentos en pacientes geriátricos. *Anales de la Facultad de Medicina* 2005;66(3).
- Palloni A et al. Demographic and Health Conditions of Aging in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Epidemiology* 2002;31: 761-762.
- Pantelides EA. Acceso de los adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. CONICET y Centro de Estudios de Población (CENEP). Argentina; 2000. eap@cenep.org.ar
- Peláez M, Pratts O, Palloni A, Hennis AJ, Ham-Chande R, León Díaz EM et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(5-6):307-322.
- Peña MA, Redondo García A, Groning E. Consumo de medicamentos en ancianos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(3).
- Pereda Salcedo C. Paciente geriátrico y estado nutricional. Citado en: Alvarez Gómez JL. Prevalencia de las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo en dos consultorios del médico de familia. *Rev Cubana de Medicina General Integral* 1989;4(4):7-17.
- Pérez Barrero S A. Factores protectores del comportamiento suicida en el anciano. *Red Latinoamericana de Gerontología*. <http://www.gerontologia.org/>
- Pérez Martínez VT. Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente "Ana Betancourt". *Rev Cubana Med Gen Integr* 2007;23(2).
- Prager S, Jeste DV. Sensory impairment in late-life schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:755-772.
- Prince M, Acosta D, Chiu H, Sczufca M, Varghese M. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *The Lancet* 2003; 361:909-917.
- Prince M, Graham N, Brodaty H, Rimmer E, Varghese M, Chiu H et al. Alzheimer Disease International's 10/66 Dementia Research Group—one model for action research in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19(2):178-181.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robin LN et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States and Socio-demographic characteristics: The epidemiologic Catchment Area Study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88:35.
- Rivero NMA, Pichardo FA. Incidencia y factores etiológicos del delirium. *Archivo Geriátrico* 2003; 6(2):40-42.
- Rodríguez Del ÁA, Vicario CA, Alvarez RR, Uribe CMJ. Diagnóstico y tratamiento de una pseudodemencia depresiva en un paciente anciano <http://www.geriatrianet.com>
- Rodríguez MO, Apolinaire PJJ, Alonso Alomá I. Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(4).
- Rosell CF, Carrasco GMR, Hernández MG, Dueñas BF, Gómez RM, Gómez SC. Influencia de la gerocultura sobre la salud en un grupo de ancianos que asistieron a los cursos de cultura médica de la Universidad del Adulto Mayor. Universidad del Adulto Mayor, Complejo Gerontológico del Hospital Docente Dr. Salvador Allende, Ciu-

- dad de la Habana, Cuba, septiembre de 2004–junio de 2005.
- Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O et al. The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. *GENECO. Rev Neurol* 2000;30(5):428–432.
- SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento); 2000.
- Sánchez JE. Aproximaciones al paciente geriátrico agudo. Hospital San Juan de Dios. Curso Avances en cuidados críticos en geriatría. *Medwave* 2005;9.
- Santander J. Depresión en el adulto mayor: abordaje diagnóstico. *Medwave* 2005(3)
- Saucedo MDE, Mendieta CD, Vázquez GA, Salinas MR. Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. *Medicina Universitaria* 2005;7(28):123–7.
- Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. EURO-CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I-Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999; 14:651–661.
- Streim JE: Confusión y amnesia. En: Forcea MA, Lavizzo R, eds. *Secretos de la geriatría*. México, DF: McGraw Hill Interamericana; 1999.
- Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *The Lancet* 2005;366(9496):1578–1582.
- The 10/66 Dementia Research Group. Dementia in Developing Countries. A preliminary consensus statement from the 10/66 Dementia Research Group. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000;15:14–20.
- The Atlas of Heart Disease and Stroke. Mackay J, Mensah G, eds. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Valverde M. Deterioro intelectual postoperatorio en pacientes ancianos. *Anest Analg Reanim* 2004; 19(2).
- Vega E. Health and Aging in Latin-American and the Caribbean. En: Robinson M, ed. *Global Health and Global Aging*. Jossey-Bass; 2007.
- Vitiello M, Prinz P. Alzheimer's disease and the sundown syndrome. *Neurology* 1992;42:S83–S94.
- Wimo A, Winblad B, Jönsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*; 2007:81–91.
- Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986;26:260–266.

LA REPERCUSIÓN DE LOS DESASTRES Y LA VIOLENCIA POLÍTICA SOBRE LA SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA

Fran H. Norris¹ y Robert Kohn²

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La salud mental en América Latina no puede entenderse por completo sin considerar las repercusiones de los numerosos desastres naturales y de origen humano que han sacudido a la Región durante los últimos decenios. Por diversas razones geofísicas, el Continente Americano se ha visto afectado por terremotos de gran magnitud, erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones y otros desastres naturales. Desde 1970, más de 311.000 personas han muerto en América Latina, ya sea por desastres naturales (284.000) o tecnológicos (27.000), tales como accidentes laborales y de tránsito.³

¹ Facultad de Medicina de Dartmouth, Hanover, NH, EUA; Centro Nacional del Trastorno de Estrés Posttraumático, Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.

² Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

³ Los datos sobre el número de personas fallecidas y afectadas por los desastres naturales y tecnológicos se obtuvieron del Centro para la Investigación de la Epidemiología de los Desastres (*Centre for Research on the Epidemiology of Disasters*, CRED). Consultado el 21 de diciembre de 2007: <http://www.em-dat.net>.

Nota: Este trabajo contó con el apoyo del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, por medio del Consorcio Nacional para el Estudio del Terrorismo y las Respuestas al Terrorismo (subvención No. N00140510629) y el Instituto Nacional de Salud Mental, por medio del Centro Nacional para la Investi-

Los terremotos, el desastre más mortífero, han causado 122.000 muertes en América Latina desde 1970, de las cuales 68.000 se registraron en el Perú. Las inundaciones han causado 52.000 muertes (30.000 en Venezuela) y las tormentas de viento, predominantemente huracanes, 48.000 (22.000 en Honduras). Sin embargo, estas cifras se empequeñecen frente al número de personas afectadas de una manera u otra por los desastres (Cuadro 1). Los desastres son complejos y multifacéticos, y abarcan factores traumáticos potencialmente estresantes, tales como el dolor por la muerte de seres queridos, las lesiones, el terror y el horror; la pérdida del hogar, de posesiones y de recursos psicosociales; las continuas adversidades generadas por las iniciativas de recuperación, el desplazamiento y las dificultades financieras, y las alteraciones a escala comunitaria de las redes sociales y las tradiciones culturales. Por lo tanto, no sorprende el interés que durante decenios ha despertado la manera en que estos sucesos influyen sobre la salud mental.

Aunque la mayoría de los estudios sobre desastres se han llevado a cabo en los Estados

gación de la Salud Mental con relación a los Desastres (subvención No. P60 MH082509-01). Las opiniones o recomendaciones son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos ni del Instituto Nacional de Salud Mental.

CUADRO 1. Personas afectadas por desastres naturales y tecnológicos en América Latina, 1970–2007.

País	Desastres naturales y tecnológicos										Total
	Terremotos	Inundaciones	Accidentes laborales	Aluviones	Accidentes de tránsito	Erupciones volcánicas	Marejadas	Incendios naturales	Tormentas de viento		
Argentina	45.500	12.816.200	50	0	220	62.000	0	152.000	122.400	13.198.370	
Bolivia	11.100	1.702.795	0	165.690	0	0	0	6.500	12.085	1.898.170	
Brasil	15.000	11.563.979	550.243	90.000	138	0	0	12.000	199.800	12.431.160	
Chile	3.398.477	814.590	500	65.000	105	64.350	0	300	328.216	4.671.538	
Colombia	832.520	8.357.104	0	8.345	9	29.600	0	0	131.074	9.358.652	
Costa Rica	16.323	383.413	0	200	0	70.450	0	1.200	855.336	1.326.922	
Cuba	5.829	1.010.584	1.000	0	0	0	0	0	10.576.606	11.594.019	
Ecuador	82.950	1.391.582	0	81.156	500	539.670	0	800	0	2.096.658	
El Salvador	2.129.648	108.342	100	0	0	2.000	0	0	156.741	2.396.831	
Guatemala	3.780.655	146.363	0	2.720	0	16.643	0	0	588.563	4.534.944	
Honduras	500	845.072	0	0	0	0	1.720	0	2.884.920	3.732.212	
México	2.407.015	2.157.350	776.829	200	0	143.408	0	0	5.427.086	10.911.888	
Nicaragua	407.700	339.538	23.000	5.751	0	320.695	0	16.000	1.392.280	2.504.964	
Panamá	11.500	136.662	0	0	0	0	0	1.436	14.232	163.830	
Paraguay	0	795.340	0	0	0	0	0	125.000	0	920.340	
Perú	5.080.511	2.843.894	3.000	49.600	89	7.000	0	1.000	86.682	8.071.776	
Puerto Rico	0	12.305	2.000	0	14	0	0	0	165.315	179.634	
República Dominicana	2.000	1.459.445	0	0	141	0	0	0	2.183.650	3.645.236	
Uruguay	0	151.700	0	0	0	0	0	0	3.300	155.000	
Venezuela	300	603.948	40.000	15.000	0	0	0	0	1.645	660.893	
Total	18.227.528	47.640.206	1.396.722	483.662	1.216	1.255.816	1.720	316.236	25.129.931	94.453.037	

Nota: Datos obtenidos del Centro para la Investigación de la Epidemiología de los Desastres.

Unidos y otros países desarrollados (1, 2), algunos de los ocurridos en América Latina han atraído la atención de los investigadores. En el cuadro 2 se resumen los resultados de unos 40 artículos publicados. La aplicación de métodos epidemiológicos modernos para calcular las consecuencias sobre la salud mental de los desastres ocurridos en la Región fue introducida formalmente como respuesta a una confluencia de desastres acaecidos en 1985, tales como las inundaciones y aluviones de barro de Puerto Rico, los terremotos de México y Chile y una erupción volcánica en Colombia. El trabajo epidemiológico se ha mantenido hasta el presente y entre ellos están los estudios sobre el huracán Mitch, que devastó Honduras y Nicaragua en 1998 (3-5) y las inundaciones y aluviones de barro ocurridos en México en 1999 (6-8). En su conjunto, los estudios resumidos en el cuadro 2 han facilitado la comprensión de una amplia gama de resultados adversos experimentados por los sobrevivientes de los desastres acaecidos en América Latina.

Lamentablemente, la violencia política ha alcanzado niveles horribles en América Latina desde 1970 (que llegaron al máximo en los años ochenta) como consecuencia de situaciones de guerra, insurgencias, contrainsurgencias y otros conflictos civiles. Las cifras estimadas de mortalidad son a menudo motivo de disputa por parte de los gobiernos y las organizaciones de derechos humanos, pero posiblemente se aproximen a 475.000 (200.000 en Guatemala, 75.000 en El Salvador, 60.000 en Nicaragua, 50.000 en el Perú, 45.000 en Colombia, 30.000 en Argentina, 13.000 en Chile y 2.000 en el Brasil).⁴ Se desconoce el número total de personas afectadas, pero es innegable que alcanza decenas de millones. Cientos de miles de refugiados abandonaron sus países, principalmente hacia México, los Estados Unidos y Canadá, pero también hacia lugares tan distantes como Suecia y Australia. La violencia

adoptó diversas formas espantosas, tales como masacres e incendios de poblaciones, torturas, violaciones de mujeres y las omnipresentes "desapariciones". En el cuadro 3 se muestran los resúmenes de aproximadamente 25 artículos que describen las consecuencias psicosociales de la violencia política en poblaciones latinoamericanas, en particular las de las personas refugiadas y repatriadas. Se ha limitado la revisión bibliográfica a los estudios sobre refugiados en la Región de las Américas, aunque también se han llevado a cabo algunos estudios en otros lugares. Del mismo modo que la bibliografía ya existente en materia de desastres, estos estudios han demostrado una amplia variedad de consecuencias psicosociales y para la salud.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Antes de sintetizar los resultados de estos estudios, hay que plantear una o dos cuestiones acerca de las dificultades afrontadas y los métodos utilizados por los investigadores que han estudiado las consecuencias de los desastres y la violencia generalizada. La investigación en materia de desastres difiere de la mayoría de los restantes campos de investigación en temas de salud mental, en que gran parte del trabajo viene condicionado por una sensación de urgencia. En sus intentos de proporcionar una respuesta rápida, los investigadores con frecuencia carecen de tiempo para basar las preguntas de investigación en una evaluación crítica de las investigaciones previas o buscar financiamiento significativo. Tras los desastres, las inquietudes por el rigor científico a menudo quedan postergadas en favor de las necesidades clínicas. Por otra parte, las legítimas inquietudes por los aspectos éticos que plantea la investigación llevada a cabo con sobrevivientes de situaciones traumáticas conducen a la adopción de nuevas fórmulas metodológicas conciliatorias. Especialmente después de desastres de gran escala, el deterioro de las infraestructuras comunitarias hace que el trabajo sobre el terreno sea extremadamente dificultoso. En muchos de los artículos resumidos

⁴ Los datos sobre el número de personas víctimas de la violencia política proceden del Historical Atlas of the Twentieth Century, recopilado por Matthew White. Consultado el 21 de diciembre de 2007. <http://users.eroles.com/mwhite28/warstat1.htm>.

CUADRO 2. Estudios de las consecuencias psicológicas de los desastres naturales y tecnológicos en América Latina, por países y sucesos.

País	Suceso y año	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos		Finalidad y resultados clave
Puerto Rico	Inundaciones y aluviones de barro (1985)	Bravo, 1990 (49)	375 adultos entrevistados en 1984 y 1987 prospectivamente más 537 adultos evaluados en 1987	Entrevista diagnóstica programada ^a Suplemento para desastres ^b para el DSM-III.		La magnitud de los síntomas en la muestra prospectiva no varió según el nivel de exposición. En la muestra total, los síntomas de depresión, somatización, dependencia y consumo excesivo de alcohol y de TEPT fueron en general más altos en el grupo de exposición grave, y los efectos sobre la salud mental fueron escasos En la muestra prospectiva, la prevalencia de nuevos trastornos depresivos fue de 8% entre las personas expuestas y de 4% entre las no expuestas. En la muestra total, la prevalencia de nuevos trastornos de ansiedad fue de 10% entre las personas expuestas y de 6% en las no expuestas, y la prevalencia de TEPT fue de 4% frente a <1%.
		Canino, 1990 (16)	Igual que el anterior	Igual que el anterior		Los adultos expuestos notificaron niveles más altos de nuevos síntomas gastrointestinales y pseudoneurológicos que los adultos no expuestos, pero no difirieron en cuanto a nuevos síntomas cardiorrespiratorios.
		Escobar, 1992 (47)	Muestra de los 375 adultos que participaron en los estudios anteriores, evaluada prospectivamente	Igual que el anterior		145 adultos (16%) notificaron la presencia de ataques de nervios luego de un desastre y tenían mayores probabilidades de satisfacer los criterios de depresión, distimia, trastorno de ansiedad generalizado (TAG), pánico y TEPT. Los ataques de nervios son ejemplo de una enfermedad popular.
		Guarnaccia, 1993 (36)	Muestra total de los 912 adultos del estudio de Bravo (1990)	Ataques de nervios, ítem agregado a la Entrevista diagnóstica programada		En Puerto Rico, el apoyo emocional moderaba los efectos de los desastres sobre la angustia. La carga del apoyo se relacionó con niveles más altos de somatización, estrés postraumático y ansiedad en Puerto Rico, y con depresión y síntomas generales tanto en Puerto Rico como en St. Louis.
		Solomon, 1993 (61)	Muestra de Puerto Rico más muestra de St. Louis (453 personas), un año después de la inundación o contaminación con dioxina	Entrevista diagnóstica programada; Suplemento para desastres		

(continúa)

CUADRO 2. Estudios de las consecuencias psicológicas de los desastres naturales y tecnológicos en América Latina, por países y sucesos (continuación).

País	Suceso y año	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
Puerto Rico y República Dominicana	Huracán Georges (1998)	Sattler, 2002 (62)	Evaluación de muestras de estudiantes de Puerto Rico (n = 272) y República Dominicana (n = 177), cuatro a cinco semanas después	Cuestionario de autonoificación, incluida la medición del TEA	Las frecuencias de los diversos síntomas variaban de 2% a 27% en Puerto Rico y 6% a 24% en la República Dominicana. Los síntomas de trastorno de estrés agudo (TEA) se predijeron por la pérdida de recursos.
México	Terremoto de la ciudad de México (1985)	De la Fuente, 1990 (20)	Evaluación de una muestra aleatoria de 573 adultos alojados en los refugios, uno a dos meses después	Escalas de evaluación de la depresión y la ansiedad de Hamilton ^c Entrevista estructurada para trastornos de ansiedad para el DSM-III Igual que el anterior	El 32% manifestó TEPT, 19% TAG, 13% trastorno depresivo mayor (TDM) y 2% trastorno de pánico. Las mujeres mostraron prevalencias más elevadas de TEPT que los hombres (38% frente a 18%; del TAG (24% frente a 9%) y de TDM (16% frente a 7% El 45% manifestó un nuevo trastorno. El hecho de ser mujer, las pérdidas familiares, la separación de la familia, haber sido testigo de derrumbes, haber estado atrapado y la participación en rescates se asociaron con uno o varios diagnósticos.
	Explosión de Guadalajara (1992) y huracán Paulina (1997)	Norris, 2001 (14)	Análisis cualitativo de entrevistas no estructuradas con una muestra de conveniencia de 24 adultos	No corresponde	El diagnóstico de TEPT se correspondía con la interpretación por parte de los mexicanos del trauma emocional. De los 17 síntomas-criterio, en la entrevista no estructurada se mencionaron 14. Otros síntomas se agruparon en tres categorías: distrés agudo, trauma prolongado y quejas somáticas. Se prestó tanto apoyo emocional como material, pero este último se mencionó con mayor frecuencia. Muchos entrevistados notificaron conflictos, falta de confianza en las autoridades, miedo al saqueo y falsedades y abusos de la ayuda.
	Huracán Paulina (1997)	Ibañez, 2003 (53)	Igual que el anterior	No corresponde	Un modelo de medición de síntomas de TEPT de cuatro factores (intrusión, evitación, embotamiento y aumento de la activación) resultó ser igualmente adecuado para ambas

muestras. Cuando se controló la gravedad de la exposición, la muestra mexicana mostró puntuaciones más altas de intrusión y evitación, y en la muestra de los Estados Unidos fue mayor el aumento de la activación.

Se estableció la equivalencia conceptual del apoyo social en ambas muestras. Un modelo de tres factores, emocional, informativo y material, describía la ayuda recibida de cada fuente en cada muestra.

Se observó un efecto principal del sexo y una interacción de país según el sexo. Las tasas de TEPT variaron entre 6% para los varones blancos de los Estados Unidos y 44% para las mujeres mexicanas. En las mujeres mexicanas el efecto era sorprendentemente mayor que en los hombres mexicanos.

Los modelos de diferencias según la edad mostraron especificidad de muestra. En la muestra mexicana, los adultos más jóvenes eran los más afectados. Los adultos de más edad eran los más afectados en la muestra polaca y los de edad mediana en la muestra de los Estados Unidos.

Las prevalencias de TEPT y TDM fueron mayores en Teziutlán (46% y 15%, respectivamente) donde se habían producido muchas más víctimas y desplazamientos que en Villahermosa (14% y 7%).

Se estudió el funcionamiento social después de los desastres. Las mujeres de Teziutlán presentaban una mayor probabilidad de experimentar deterioro en el funcionamiento social. Las disparidades de sexo se incrementaron con el paso del tiempo.

El modelo de ecuaciones estructurales (*cross-lagged model*) indicó que el apoyo social protegía contra el TEPT en fases tempranas (seis a 12 meses después), pero socavaba el apoyo social a medida que la afectación se hacía crónica (18–24 meses después).

Norris, 2001
(34)
Igual que el anterior más 135 víctimas hispanas del huracán Andrew, seis meses después, y una muestra representativa No corresponde

Norris, 2001
(54) (63)
Igual que el anterior (solo las muestras de los desastres) Igual que el anterior

Norris, 2002
(64)
Igual que el anterior más 285 polacos evaluados un año después de las inundaciones de Opole Igual que el anterior

Norris, 2004
(6)
Encuesta aleatoria de 561 adultos de Villahermosa y Teziutlán, entrevistados seis, 12, 18 y 24 meses después Entrevista diagnóstica internacional compuesta^e para el DSM-IV

Norris, 2005
(7)
Igual que el anterior, con adición de una muestra normativa representativa del México urbano. Igual que el anterior

Kaniasty, 2008 (12)
Igual que el anterior (solo las muestras de los desastres) Igual que el anterior

Inundaciones y aluviones de barro (1999)

(continúa)

CUADRO 2. Estudios de las consecuencias psicológicas de los desastres naturales y tecnológicos en América Latina, por países y sucesos (continuación).

País	Suceso y año	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
		Norris, 2006 (8)	Igual que Norris 2005	Igual que el anterior	La gravedad de la exposición se relacionó con una mayor presencia de síntomas cardiopulmonares, osteomusculares, gastrointestinales y urinarios. Estos efectos estaban plenamente influidos por el TEPT posterior a los desastres. El 11% y 20% alcanzaron los criterios para TEPT y depresión, respectivamente (13% y 24% en vecindarios con intensa repercusión, 8% y 20% en vecindarios con escasa repercusión). Los factores de riesgo fueron la gravedad de la exposición, el sexo femenino y vivir en una relación de pareja consensual.
	Huracán Mitch (1998)	Kohn, 2005 (4)	Muestra de 800 adultos de Tegucigalpa estratificados según la situación socioeconómica del vecindario, dos a tres meses después.	Cuestionario de autonotificación ^f Lista de verificación de los síntomas de depresión; Entrevista internacional diagnóstica compuesta para el TEPT basado en el DSM-IV	Las prevalencias para los adultos mayores (14% de TEPT, 19% de TDM, 4% de consumo excesivo de alcohol, 21% de morbilidad según el cuestionario de autonotificación) no fueron diferentes de las de los adultos jóvenes (9% de TEPT, 20% de depresión, 6% de consumo excesivo de alcohol, 22% de morbilidad según el cuestionario de autonotificación) o de las de los adultos de edad mediana (12% de TEPT, 18% de depresión, 5% de consumo excesivo de alcohol, 22% de morbilidad según el cuestionario de autonotificación).
		Kohn, 2005 (5)	Igual que el anterior, pero desglosados por edades, con la inclusión de 103 adultos mayores de 60 años.	Igual que el anterior	Las puntuaciones de la PERI sobre desmoralización variaron en los diferentes grupos, siendo más altas las del grupo de situación socioeconómica baja y grado de exposición alto. La prevalencia más alta de TEPT se observó en los grupos con exposición alta y situación socioeconómica baja (19 y 18%), aunque se observó también una prevalencia alta en el grupo de exposición baja y situación socioeconómica baja (13%).
		Kohn (nd): Estudio en adultos (3)	Igual que el anterior	Igual que el anterior con adición de la Entrevista psiquiátrica para la investigación epidemiológica ^g	

Kohn (nd): Estudio en niños (3)	200 niños de entre 6 y 14 años, hijos de adultos del estudio de Kohn (2005)	Escala de Conners; Encuesta para la evaluación del trauma en niños y adolescentes ^h Escala multidimensional de ansiedad para niños ⁱ Inventario de depresión infantil ^j	Prácticamente no existían diferencias entre los niños dicitomizados como de exposición alta y baja. Aproximadamente de 8% a 9% mostraban puntuaciones clínicamente altas en el CDI. Solo tres niños mostraban evidencia de indicios de ansiedad elevada en ambos grupos (tasas no proporcionadas).
Caldera, 2001 (65)	496 adultos de consultorios de aten- ción primaria de cuatro comunidades rurales, seis meses después	Cuestionario de trauma de Harvard ^k para el TPET	Un total de 29 personas (6%) fueron identi- ficadas como casos al adoptar un valor discri- minatorio de 50 en el HITQ. El 10% del total y 38% de los casos de TEPT presentaban ideación suicida. De los 23 casos entrevista- dos de nuevo al año, 12 alcanzaron todos los criterios del DSM IV para el TEPT.
Goenjian, 2001 (39)	158 adolescentes de tres ciudades expuestas de manera diferencial; encuesta autoaplicada seis meses después	Índice de reacción TEPT para niños ^l Escala de autoevaluación de la depresión ^m	La gravedad de la exposición fue mayor en Posoltega, seguida por Chinandega, y en último lugar León. Las tasas de TEPT fueron de 90%, 55% y 14% y las tasas de depresión, de 81%, 51% y 29%. La ciudad fue el factor predictivo más importante de la gravedad de la reacción: le siguen las experiencias objetivas, las subjetivas y los pensamientos de venganza.
Sattler, 2006: Estudio 1 (66)	253 estudiantes universitarios en San Salvador, cuatro semanas después del segundo terremoto	Inventario de depresión multipuntuable ⁿ Método Sattler de medición del TEA	Los niveles de exposición y el estrés agudo fueron relativamente bajos. Los síntomas de TEA y los síntomas depresivos compartieron 53% de su varianza.
Sattler, 2006: Estudio 2 (66)	83 adultos de sitios cerca de San Salvador, tres semanas después del tercer terremoto	Igual que el anterior, más crecimiento postraumático	Los niveles de exposición y de TEA fueron rela- tivamente bajos, pero los participantes notifica- ron un moderado crecimiento postraumático. El TEA se predijo por un trauma emocional pre- vio, daños al hogar y la pérdida de recursos.
Pérez-Sales, 2005 (67)	Adultos de dos refugios: El Cafetalón (n = 63) y Santa Gertrudis (n = 52), tres meses después	Impresión clínica global; Entrevista de cohesión comunitaria	Los residentes de El Cafetalón tuvieron mayo- res probabilidades de sentirse humillados, menores probabilidades de sentirse felices o de participar en actividades comunitarias y más necesidad de apoyo clínico en contraste con los residentes de Santa Gertrudis, que estaban organizados por comunidad y origen (33% y 8%, respectivamente).

(continúa)

CUADRO 2. Estudios de las consecuencias psicológicas de los desastres naturales y tecnológicos en América Latina, por países y sucesos (continuación).

País	Suceso y año	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
		Vázquez, 2005 (68)	Igual que el anterior	Igual que el anterior	Los residentes hallaron significado al desastre (72%); hicieron uso de sus creencias religiosas para enfrentar la situación (88%); creían poder controlar sus emociones (68%); se percibían a sí mismos como eficaces (64%); podían establecer nuevas amistades (80%); habían experimentado un aprendizaje positivo (67%) y creían tener mejores perspectivas a largo plazo (55%).
Colombia	Erupción volcánica e inundaciones de Armero (1985)	Lima, 1987 (42)	200 adultos que vivían en campamentos o refugios, siete a ocho meses después.	Cuestionario de autonotificación	El 55% obtuvo un SRQ positivo. El estrés emocional estaba relacionado con el vivir solo antes del desastre, la pérdida del puesto de trabajo, los problemas físicos, el sentimiento de desamparo y la insatisfacción por las condiciones de vida.
		Lima, 1991 (43)	68 adultos con tamizaje positivo y 34 con tamizaje negativo según el cuestionario de autonotificación	Entrevista psiquiátrica; Lista de verificación de síntomas basada en el DSM-III	De las 68 personas cuyo tamizaje fue positivo según el cuestionario de autonotificación, 91% presentaba una enfermedad psiquiátrica, entre ellas TEPT (54%), TDM (19%) y dependencia o abuso de alcohol (4%). De las 34 personas cuyo tamizaje fue negativo, 27% fueron diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica, entre ellas TEPT (18%) y TDM (3%).
		Lima, 1990 (69)	40 adultos seleccionados de la muestra de Lima de 1987, entrevistados dos años después	Cuestionario de autonotificación	El tamizaje fue positivo en 55% a los siete u ocho meses; en 78% a los dos años. De los 22 adultos cuyo tamizaje inicial fue positivo, 86% mantuvieron el resultado, y de los 18 con tamizaje inicial negativo, 67% fue positivo en el segundo. El perfil de síntomas se mantuvo más o menos uniforme en el transcurso del tiempo.

Lima, 1993 (70)	113 víctimas que habían vivido en los campamentos y seguían residiendo en la zona en 1990, cinco años después	Igual que el anterior	La prevalencia de la morbilidad probable disminuyó de 65% a los siete meses a 31% a los cinco años. Los síntomas menos frecuentes en 1986, como infelicidad y dificultades funcionales, eran mejores factores predictivos de los problemas a más largo plazo que los síntomas más frecuentes como sueño deficiente y facilidad para asustarse.
Lima, 1991 (31)	100 adultos consecutivos en atención primaria, 50 de ellos sometidos a entrevista psiquiátrica	Cuestionario de autonotificación; Entrevista psiquiátrica; Lista de verificación de síntomas basada en el DSM-III	El 45% fue definido como casos probables. De los 33 adultos de este grupo que fueron entrevistados, se diagnosticó algún trastorno en 18 (55%); de los 17 adultos cuyo tamizaje fue negativo, se diagnosticó algún trastorno en dos (12%). En total, se diagnosticó algún trastorno en 20 personas de un total de 50 (40%); 12 casos de TEPT y seis de TAG.
Lima, 1989 (56)	Igual que el anterior	Cuestionario de autonotificación más una evaluación por parte del personal de atención primaria de salud	Mediante el cuestionario de autonotificación se detectó 45% de casos probables. El personal de atención primaria detectó 20% de casos probables pero no logró detectar a 74% de los pacientes que el cuestionario de autonotificación definió como casos.
Terremoto de Armenia (1999)	57 adolescentes voluntarios víctimas del terremoto, más 62 personas de un grupo control, ocho meses después	Inventario multifásico de personalidad de Minnesota ^o	Las víctimas obtuvieron mayores puntuaciones que el grupo control en las escalas de depresión, ansiedad y distorsiones del pensamiento, pero todas ellas dentro del intervalo de la normalidad, lo que indicaba efectos leves. Los resultados fueron interpretados teniendo en cuenta los factores protectores de la autoestima y el apoyo de la familia y la comunidad.
Ecuador Terremotos de Imbabura (1987)	150 adultos consecutivos en atención primaria, tres meses después, 37 de ellos sometidos a entrevista psiquiátrica	Cuestionario de autonotificación; Entrevista psiquiátrica; Lista de verificación de síntomas basada en el DSM-III	De los 150 adultos, 60 (40%) se consideraron casos probables. De ellos, 37 se sometieron a una entrevista psiquiátrica; 29 (78%) alcanzaron los criterios de diagnóstico psiquiátrico, 17, los de TEPT, siete, los de TDM, dos, los de TAG y uno, el de trastorno de pánico.
Terremotos de Imbabura (1987)	Igual que el anterior	Cuestionario de autonotificación	El perfil de los síntomas de casos probables del Ecuador era similar al de Colombia (Armero). Ciertos problemas emocionales están regularmente presentes y proporcionan una base sólida para la capacitación del personal sanitario.

(continúa)

CUADRO 2. Estudios de las consecuencias psicológicas de los desastres naturales y tecnológicos en América Latina, por países y sucesos (continuación).

País	Suceso y año	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
Perú	Terremoto en la zona meridional (2001)	Gargurevich, 2006; Estudio 1 (17)	88 residentes de Moquegua entrevistados en sus hogares un año después	Escala para el TEPT administrada por el clínico ^p (Cuestionario de experiencias disociativas peritraumáticas) ^q	El 16% presentaba TEPT activo y obtuvo mayor puntuación en distrés peritraumático, como temor, indefensión y horror, que aquellos con antecedentes o sin diagnóstico TEPT. Los grupos con TEPT activo, o con antecedentes de TEPT, obtuvieron mayores puntuaciones que los no diagnosticados con TEPT.
	Incendio de Lomo de Corvina (2003)	Gargurevich, 2006; Estudio 3 (17)	174 adultos del distrito de Villa El Salvador de Lima donde se reubicó a los sobrevivientes, cuatro a cinco meses después	Escala para el TEPT administrada por el clínico; Cuestionario de experiencias depresivas ^r	El 40% alcanzó los criterios de TEPT. La intrusión y el aumento de la activación se relacionaron con las mediciones de la personalidad; la evitación solo se relacionó con la autocrítica. El apoyo percibido no se relacionó con el diagnóstico de TEPT con personalidad controlada y no se observaron interacciones.
Chile	Terremoto de Santiago (1985)	Durkin, 1993 (18)	116 adultos de Santiago, ocho a 12 meses después; 288 adultos en Coalinga, California, 15 a 22 meses después	Entrevista diagnóstica programada para el DSM-III, con inclusión de un nuevo módulo para el TEPT	Las prevalencias del TEPT fueron de 3% en Coalinga y de 19% en Santiago. Las prevalencias de vida del TDM fueron de 15% en Coalinga y de 18% en Santiago. Las tasas fueron mayores en las mujeres que en los hombres.
Argentina	Explosión de la fábrica de Río Tercero (1995)	Fahreer, 1997 (34)	Encuesta poblacional de 1.222 adultos y 1.195 niños y adolescentes residentes en diferentes zonas de la ciudad, tres a cinco meses después	Cuestionario basado en el DSM-IV	El 24% de los adultos notificaron síntomas de reexperiencia, 19%, preocupación, 17%, miedo, 11%, problemas de sueño, 9%, síntomas de ansiedad. El 27% de los niños notificaron miedo, 20%, preocupación, 17%, pensamientos acerca de lo sucedido al despertar, 14%, dificultad para dormir, 13%, tristeza y 13%, pesadillas.

Nota: Las siglas que aparecen a continuación son el equivalente en inglés de los instrumentos de estudio mencionados en el cuadro.

^a DIS (Diagnostic Interview Schedule); ^bDS (Disaster Supplement); ^cSCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders); ^dRCMS (Revised Civilian Mississippi Scale); ^eCIDI (Composite International Diagnostic Interview); ^fSRQ (Self-Reporting Questionnaire); ^gPERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview); ^hCATS (Child and Adolescent Trauma Survey); ⁱMASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children); ^jCDI (Children's Depression Inventory); ^kHTQ (Harvard Trauma Questionnaire); ^lChild PTSD Reaction Index; ^mDepression Self-Rating Scale; ⁿMIDI (Multiscore Depression Inventory); ^oMMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory); ^pPCAPS (Clinician Administered PTSD Scale); ^qPDEQ (Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire); ^rDEQ (Depressive Experiences Questionnaire)

CUADRO 3. Estudios de las consecuencias psicológicas de la violencia por razones políticas y los desplazamientos en la Región de las Américas, por países y sucesos.

Pais de residencia	Pais de origen	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
Canadá	América Latina, países no notificados	Allodi, 1982 (33)	41 víctimas de torturas fueron sometidas a evaluación clínica en Canadá	Entrevista clínica	Casi todos los sobrevivientes (39 de 41) tenían problemas afectivos (depresión y ansiedad) y la mayoría (38 de 41) problemas psicósomáticos. También eran comunes los cambios conductuales y la disminución de las funciones cognitivas.
Canadá, México, Chile, Argentina	América Central y del Sur, múltiples países	Allodi, 1985 (44)	Cinco muestras de Toronto, México DF, Santiago de Chile y Buenos Aires (familias de desaparecidos)	Cuestionario de autonotificación ^a	Los familiares de personas desaparecidas obtenían los promedios de puntuaciones más altos en el Cuestionario de autonotificación seguidos por las víctimas de la violencia de Toronto. Las víctimas de tortura y las familias de los desaparecidos mostraban numerosos problemas de ajuste social y familiar.
Estados Unidos	Centroamérica (varios países)	Cervantes, 1989 (28)	120 inmigrantes de Centroamérica y México, capturados en escuelas de adultos	Instrumento de medición del TEPT de 11 ítems basado en el DSM-III	Porcentajes muy altos de refugiados centroamericanos alcanzaron los criterios TEPT: 52% de los que emigraron como consecuencia de la guerra; 49% de otros centroamericanos y 25% de inmigrantes mexicanos.
		Michultka, 1998 (30)	50 refugiados en Arizona (56% de Guatemala)	Entrevista estructurada para trastornos de ansiedad ^b (DSM-III); Escalas de evaluación de la depresión y la ansiedad de Hamilton para la depresión y la ansiedad ^c	El 68% cumplía criterios de antecedentes de TEPT, 16% de fobia específica, 8% de TAG y 12% de fobia social. Las puntuaciones medias de Hamilton se ubicaban dentro de los valores normales. El número de experiencias de guerra, ser de El Salvador y tener hijos predecían la gravedad del TEPT.
		Hovey, 2000 (40)	78 inmigrantes de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua en Los Ángeles	Escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos ^d Cuestionario de ideación suicida para adultos ^e	Los niveles de depresión fueron altos, con 53% \geq valor discriminatorio moderado de 24. El 6% alcanzó una puntuación \geq 31 en el ASIQ, valor crítico para riesgo de suicidio.

(continúa)

CUADRO 3. Estudios de las consecuencias psicológicas de la violencia por razones políticas y los desplazamientos en la Región de las Américas, por países y sucesos (continuación).

Pais de residencia	Pais de origen	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
	Centroamérica y México	Eisenman, 2003 (23)	512 inmigrantes (56% víctimas de violencia política), encuestados en centros de atención primaria de Los Angeles	Lista de verificación del TEPT ⁱ Estudio de resultados médicos en su forma abreviada — 36 ^g Evaluación de trastornos mentales en atención primaria ^h	La violencia por razones políticas aumentaba las probabilidades de satisfacer los criterios para el TEPT (18 frente a 8%), la depresión (36 frente a 20%), y el trastorno de pánico (11 frente a 5%), y se asociaba con un menor desempeño físico. Solo 3% de los expuestos a violencia política en alguna ocasión lo habían mencionado a un clínico.
Estados Unidos, Base Naval de Guantánamo	Cuba	Rothe, 2002 (29)	87 niños de 6 a 17 años que pasaron meses en Guantánamo, evaluados de cuatro a seis meses después de su llegada a Miami	Índice de reacción TEPT; Lista de verificación del comportamiento infantil (cumplimentada por el profesor)	El 32% mostró niveles moderados y 25% niveles graves de síntomas de TEPT. El 41% mostraba comportamiento regresivo grave (+ 23% moderado) y 25% mostraban síntomas somáticos graves (+ 27% moderados). Existió poca relación entre la exposición al trauma emocional y las puntuaciones de la Lista de verificación del comportamiento infantil.
		Rothe, 2005: Estudio 1 (35)	Muestra clínica de 285 niños y jóvenes de 3 a 19 años que acudían a servicios psiquiátricos en el campamento de refugiados	Índice de reacción TEPT para el DSM-III-R	La mayoría de los niños obtuvieron puntuaciones de categoría grave. Entre otros problemas, se observaron comportamiento agresivo y enuresis nocturna. Se observó ideación suicida en niños en edad escolar (25% de niñas, 14% de niños) y en adolescentes (48% y 45%). Surgió la inquietud de que los problemas de los niños hubieran sido utilizados para acelerar la entrada en los Estados Unidos.
		Rothe, 2005: Estudio 2 (35)	Muestra no clínica de 138 niños y jóvenes de 5 a 17 años que habían desembarcado en las Islas Caimán antes de ir a Guantánamo.	Cuestionario elaborado por los autores para evaluar problemas de somatización, cognitivos, funcionales, del estado de ánimo, del apetito, del sueño y de comportamiento	Los síntomas cognoscitivos eran los más prevalentes (recuerdos intrusivos (88%), de miedo (75%), dificultades de concentración (67%). La ansiedad era el problema de estado de ánimo más frecuente (66%), 35% con sentimientos depresivos. El 46% notificó pérdida del apetito, 52% cefaleas y 62% alteraciones del sueño. Se notificó comportamiento agresivo en 73%.

México	Guatemala	Miller, 1996 (73)	58 madres y niños de 7 a 16 años, mayas, en dos campamentos de refugiados en Chiapas, "segunda generación", no expuesta directamente a la violencia	Lista de verificación del comportamiento infantil con escala para TEPT y otros síntomas; Cuestionario de salud para mujeres administrado a las madres	Los síntomas de estrés postraumático fueron raros y no se agruparon según las pautas características. Los síntomas somáticos (cefaleas y dolor de barriga) fueron muy comunes pero no parecían estar relacionados con el trauma emocional. Se observaron pocos problemas conductuales. Los factores protectores presentes analizados por los autores eran los siguientes: la mayoría de los refugiados se habían reubicado como familias extensas y tenían un fuerte sentido comunitario; muchos de los refugiados estaban en negociaciones activas con el gobierno guatemalteco para lograr el retorno.
		Sabin, 2003 (22)	170 adultos de cinco campamentos de refugiados de Chiapas entrevistados en 2000, 20 años después del desplazamiento	Cuestionario de trauma de Harvard ^k Lista de verificación de síntomas de Hopkins — 251	Los participantes experimentaron un promedio de ocho sucesos traumáticos. El 12% alcanzó criterios sintomáticos de TEPT, 54% tenía síntomas de ansiedad y 39% síntomas depresivos. Los factores relacionados con la guerra civil eran los siguientes: haber sido testigo de desapariciones, haber sido herido o estado cerca de la muerte. Los altos niveles generales de trauma emocional aumentaban el riesgo.
		Warner, 2007 (48)	131 mujeres mayas (Q'eqchi') que vivían en el campamento de refugiados de Chiapas, estudiadas etnográficamente y mediante cuestionarios	Instrumentos elaborados por el investigador para la medición del TEPT, del <i>much'kej</i> y de las redes de apoyo social	El autor proporciona una descripción detallada de la estructura social de las comunidades de origen y la del campamento de refugiados. Los roles tradicionales se vieron alterados por la proximidad entre los hogares en el campamento. Las mujeres que no tenían a su madre en el campamento alcanzaron puntuaciones mayores de TEPT que aquellas que sí la tenían. El <i>much'kej</i> , una importante expresión cultural de malestar, ayudaba a las mujeres a obtener apoyo social.
México y Guatemala	Guatemala	Melville, 1992 (50)	36 niños mayas de campamentos de México y 32 niños de Guatemala (principalmente de orfanatos) de cinco a siete años después de los episodios de violencia	Cuestionario de afectos de Stewart ^m	Los niños notificaron altos niveles de miedo y de tristeza. La ira, la confusión y las dudas acerca del futuro estaban presentes pero con menor frecuencia. El impacto cultural incluía la perturbación de los rituales sociales, la dependencia de los programas alimentarios, la participación forzada en patrullas civiles y el abandono de las vestimentas tradicionales (<i>trajes</i>).

(continúa)

CUADRO 3. Estudios de las consecuencias psicológicas de la violencia por razones políticas y los desplazamientos en la Región de las Américas, por países y sucesos (continuación).

Pais de residencia	Pais de origen	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
Guatemala	Guatemala	Sabin, 2006 (21)	Adultos repatriados a Huehuetenango, Guatemala, después de 12 a 18 años en México	Cuestionario de trauma de Harvard; Lista de verificación de síntomas de Hopkins — 25	Las prevalencias eran de 9% para síntomas de TEPT, 17% para la ansiedad y 48% para la depresión. La ansiedad en la muestra de repatriados era menor que la observada en los campamentos (véase la referencia 22). No había diferencias entre el TEPT y la depresión
Honduras	Honduras	Quirk, 1994 (45)	Estudio comparativo de 25 familias con desaparición o fallecimiento natural de uno de sus miembros, o en las que no había ocurrido ninguno de esos dos hechos. En Cholulteca San Pedro Sula o Tegucigalpa	Cuestionario para evaluar los síntomas psicológicos y físicos actuales, los factores sociales y las reacciones de los niños	Se observaron pocas diferencias entre los dos grupos de comparación. Las familias de desaparecidos notificaron una mayor prevalencia de sobresaltos (30%), cefaleas (24%), insomnio (17%) y diversas reacciones fisiológicas. Los niños mostraban una mayor prevalencia de arrebatos y alteraciones del estado de ánimo (21%), menor desempeño escolar (20%) y enuresis nocturna (16%). El 90% de las familias de fallecidos recibió apoyo social, no así las de los desaparecidos. El 47% notificó que las relaciones con los vecinos eran peores tras la desaparición.
		Munczek, 1998 (74)	Niños y jóvenes de 10 a 20 años que perdieron a sus padres como consecuencia de desaparición o asesinato	Lista de verificación de la reacción al estrés posttraumático; Inventario de depresión infantil ¹⁸ Prueba Rorschach	El tamaño de la muestra hizo que las comparaciones estadísticas fueran difíciles, pero los hijos de desaparecidos experimentaron mayor conflictividad en las relaciones familiares y muchos eran evitados por vecinos y amigos. Los niños expresaban un sentido profundo de pérdida, temor a ser dañados y veían el mundo como amenazante. Se observó alta presencia de síntomas de estrés posttraumático (la mayoría de los elementos con puntuaciones de 50% o más).

Nicaragua	Nicaragua	Penayo, 1992 (38)	Muestra agrupada de 584 personas de León estudiadas durante el conflicto armado	Cuestionario de autonotificación; Examen del estado actual ^o	La prevalencia calculada de trastornos mentales fue de 28%. Los cálculos más específicos mostraban 7,5% de neurosis, 6,2% de depresión, 3,3% de crisis reactiva y 5,8% de alcoholismo. La prevalencia general fue mayor en los hombres (31%) que en las mujeres (26%); casi todos los casos de alcoholismo correspondían a hombres.
		Summerfield, 1991 (25)	43 ex refugiados de La Urbina que vivían en la zona de guerra	Cuestionario de salud general ^p	El 62% de los hombres y 91% de las mujeres clasificaron como casos en el GHQ. El 57% de los hombres y 86% de las mujeres notificaron síntomas psicósomáticos. La mayoría de las mujeres y casi la mitad de los hombres referían episodios de pánico y nerviosismo y era común el estado de ánimo deprimido. Muchos presentaban trastornos del sueño y limitaciones funcionales en el trabajo.
		Hume, 1994 (41)	72 ex combatientes (contra) heridos, 10 ex-guerrilleros y 51 controles	Cuestionario de salud general y una entrevista clínica	El 33% clasificó como caso en el Cuestionario de salud general (los combatientes muy superiores a los casos control). En total, el TEPT se diagnosticó en 13 ex combatientes (18%). Dos de cada diez ex combatientes tuvieron diagnóstico TEPT. Las interferencias en sus funciones laborales y en sus relaciones sociales eran frecuentes.
El Salvador	El Salvador	Walton, 1997 (46)	54 niños de 12 años nacidos durante la guerra y expuestos a la violencia bélica, de Ciudadela Guillermo Ungo y San Felipe, tras la firma de la paz	Instrumentos de evaluación de síntomas para niños, madres y profesores; Escala de inteligencia de Wechsler para niños ^q para medir la inteligencia	El 10% de los niños o más respondieron "mucho" para dependencia, problemas de autoestima, problemas de concentración, escasa memoria, problemas de aprendizaje y preocupaciones por los malos recuerdos. Los niños de la Ciudadela Guillermo Ungo estuvieron sometidos a un mayor número de estresantes de guerra y tenían la salud mental más afectada que los niños de San Felipe.
		Bowen, 1992 (75)	31 mujeres de un campamento interno de refugiados cerca de San Salvador.	Entrevista programada basada en el DSM-III-R	Todas las participantes experimentaron sucesos traumáticos (87% de ellas, tres o más). De 31 mujeres, 13 (41%) notificaron variedad y gravedad de síntomas compatibles con el diagnóstico de TEPT.

(continúa)

CUADRO 3. Estudios de las consecuencias psicológicas de la violencia por razones políticas y los desplazamientos en la Región de las Américas, por países y sucesos (continuación).

Pais de residencia	Pais de origen	Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Instrumentos básicos de medición de los trastornos psicopatológicos	Finalidad y resultados clave
Colombia	Colombia	Pineda, 2002 (27)	Muestra aleatoria estratificada de 202 adultos de San Joaquín, dos años después del ataque de la guerrilla	Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM-IV ^r Lista de verificación del TEPT para el DSM-IV	Validar la lista de verificación del TEPT. En total, 76 participantes (38%) alcanzaron los criterios de TEPT en la Entrevista clínica estructurada (el "criterio de referencia/gold standard").
		Pérez-Olmos, 2005 (24)	Muestra representativa de niños de 5 a 14 años de tres poblaciones con diferentes grados de exposición a la guerra: La Palma, Arbeláez y Sopó	Escala para el TEPT administrada por el clínico ^s (DSM-IV) y entrevista clínica	La prevalencia del TEPT en relación con la guerra fue de 17% en La Palma (exposición crónica), 23% en Arbeláez (exposición reciente) y 1% en Sopó (sin exposición). Las prevalencias de TEPT crónico fueron, respectivamente, de 14%, 12% y 1%. Otras prevalencias evaluadas fueron las del trastorno de déficit de la atención (19%, 21% y 17%); las del trastorno de conducta (16%, 18% y 7%); las de depresión (23%, 19% y 17%) y las del trastorno psicopatológico (29%, 30% y 31%).
		Sistiva-Castro, 2005 (26)	49 adultos desplazados y 50 adultos no desplazados en Barrancabermeja	Escala diagnóstica del estrés postraumático ^t (DSM-IV)	El 29% de los desplazados y 8% de los no desplazados alcanzaron los criterios de TEPT. Las personas no desplazadas mostraban niveles más altos de actividad, de evitación y afrontamiento religioso.

Nota: Las siglas que aparecen a continuación son el equivalente en inglés de los instrumentos de estudio mencionados en el cuadro.

^aSRQ (Self-Reporting Questionnaire); ^bADIS-R (Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised); ^cHamilton Rating Scales of Depression and Anxiety; ^dCES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale); ^eASIQ (Adult Suicidal Questionnaire); ^fPTSD Checklist; ^gSF-36 (Medical Outcomes Study Short Form — 36); ^hPRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders); ⁱCBCL (Child Behavioral Checklist); ^jWomen's Health Questionnaire; ^kHTQ (Harvard Trauma Questionnaire); ^lHopkins Symptom Checklist-25; ^mStewart Affect Questionnaire; ⁿCDI (Children's Depression Inventory); ^oPSE (Present State Examination); ^pGHQ (General Health Questionnaire); ^qWISC (Wechsler Intelligence Scale for Children); ^rSCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV); ^sCAPS (Clinician Administered PTSD Scale); ^tPPSDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale).

en los cuadros 2 y 3 los autores lamentaban la imposibilidad de seleccionar aleatoriamente o de evaluar longitudinalmente a los participantes de la investigación. Estas deficiencias plantean inquietudes básicas sobre la posibilidad de generalizar los resultados de este conjunto de investigaciones a las poblaciones afectadas, e incertidumbres sobre hasta qué punto describen adecuadamente el inicio y la evolución de los trastornos psicopatológicos a través del tiempo. Al respecto, las revisiones bibliográficas pueden ser especialmente útiles, ya que la replicación brinda credibilidad a conclusiones que son difíciles de alcanzar sobre la base de un único estudio o acontecimiento.

La investigación en materia de desastres en América Latina resulta aún más complicada, debido a que con frecuencia los investigadores son invitados y no ciudadanos del país afectado. Cuando los investigadores emprenden un proyecto que traspasa los límites culturales y nacionales, surgen numerosas dificultades, entre ellas la naturaleza de la auténtica colaboración, el idioma, la validez de los métodos de medición, la protección de los participantes y la colaboración de la comunidad objeto del estudio (9). La comprensión transcultural del trauma emocional y del trastorno por estrés posttraumático (TEPT) es todavía rudimentaria, lo que a menudo conduce a debates epistemológicos que, en gran medida, dependen más de los conocimientos acumulados que de las pruebas científicas.

Por último, existen problemas graves de medición. En su revisión de la bibliografía mundial sobre refugiados, Hollifield y colaboradores (10) llegaron a la conclusión de que en la mayoría de los estudios se han utilizado instrumentos de fiabilidad y validez limitados o no demostrados. Reconocieron la necesidad de prestar mayor atención a las experiencias de enfermedad, pero fueron más allá al solicitar investigaciones que relacionaran estas expresiones culturales locales de sufrimiento con el deterioro. La medición del TPET fue particularmente problemática en algunos de los estudios resumidos en los cuadros 2 y 3. Al tratarse de una incorporación relativamente reciente de

la nomenclatura psiquiátrica, los criterios de definición del TPET fueron modificados drásticamente en las diferentes versiones (III, III-R, IV) del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (11). En algunos estudios, los investigadores propusieron sus propios métodos de medición, cuyas propiedades psicométricas eran desconocidas, y en otros, los investigadores emplearon métodos apropiados de medición de los síntomas pero no evaluaron el deterioro funcional, que ha desempeñado un papel cada vez más importante en el diagnóstico psiquiátrico a partir de la publicación del DSM-IV. Este problema se observa en muchos métodos de medición de la depresión y la ansiedad así como en los métodos tempranos de medición del TEPT.

VARIEDAD DE RESULTADOS

La discusión de las consecuencias ha sido organizada en tres conjuntos amplios: a) los resultados psicológicos y psiquiátricos, entre ellos los del TEPT, otros trastornos de ansiedad, la depresión y el malestar psíquico inespecífico, en particular la "morbilidad" (*caseness*) indiferenciada, la desmoralización y los índices globales de bienestar; b) los resultados en materia de salud física y conductual, tales como los síntomas somáticos y el consumo de drogas, y c) los resultados sociales, entre los que están los conflictos familiares, la pérdida de las tradiciones sociales o culturales y la disminución en el apoyo y el arraigo social. Los tres conjuntos no son independientes y, de hecho, pueden verse afectados entre sí. Por ejemplo, el TEPT es un factor de riesgo de disminución de la salud física (8) y el deterioro del apoyo social es un factor de riesgo de resultados psicológicos adversos (12).

Resultados psicológicos y psiquiátricos

Este conjunto de resultados incluye series de síntomas de estrés posttraumático, depresión, ansiedad y otros problemas psiquiátricos,

así como diagnósticos basados en criterios de TEPT, trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de pánico (TP). Indudablemente, el proceso evaluado y observado con mayor frecuencia en estas muestras (Cuadros 2 y 3) fue el TEPT, clasificado como un trastorno de ansiedad.

Trastorno por estrés postraumático

Hay dos aspectos de la investigación del TEPT que están reflejados en la bibliografía latinoamericana sobre desastres. El primero se relaciona con la fenomenología del estrés postraumático y la validez transcultural del concepto de TEPT. Un diagnóstico de TEPT implica tres agregados de síntomas conocidos como criterios B (de intrusión o reexperiencia), C (de evitación y embotamiento, entre ellos la evitación de recordatorios, el desapego, la pérdida de interés y la incapacidad para sentir), y D (de aumento de la activación, como los sobresaltos, la hipervigilancia, la irritabilidad, las alteraciones del sueño y la incapacidad para concentrarse). Se ha cuestionado la aplicabilidad de estos criterios a la población latinoamericana. Por ejemplo, basándose en el trabajo con mujeres salvadoreñas que viven en América del Norte, Jenkins (13) observó que el embotamiento emocional era raro mientras que la intrusión, particularmente los sueños perturbadores y el aumento de la activación eran frecuentes. Sin embargo, en la investigación en materia de desastres también se ha observado que, en general, los síntomas de intrusión y el aumento de la activación eran muy prevalentes y los de evitación no tanto (1, 2), de manera tal que la poca frecuencia relativa de los síntomas correspondientes al criterio C no se explica necesariamente por las diferencias culturales.

Norris y colaboradores iniciaron su investigación en México mediante un estudio cualitativo (14) en el que se pedía a 24 adultos que describieran, con sus propias palabras, las emociones que observaban en sí mismos o en otras personas tras una explosión (en Guadalajara) o después del huracán Paulina (en un pueblo de pescadores de la costa de Oaxaca).

De los 17 síntomas que constituyen criterios diagnósticos de TEPT, los participantes mencionaron 14, a pesar de recibir estimulación escasa o nula. Se describía con mayor frecuencia el malestar relacionado con el evento, la hipervigilancia, las evocaciones recurrentes y la evitación de recordatorios. Las reacciones que no cumplían criterios diagnósticos específicos fueron analizadas de forma agregada y se formaron tres conjuntos primarios: el malestar psicológico agudo (ataques de nervios, depresión), el trauma prolongado y las quejas somáticas (dolor y enfermedad, debilidad). El conjunto correspondiente al "trauma prolongado" contenía abundantes expresiones ("vivir siempre con temor", "las personas seguían traumatizadas") que no cumplían criterios diagnósticos específicos pero que implicaban claramente que el concepto de trauma, definido más generalmente, era significativo.

Posteriormente, estos investigadores compararon los datos recopilados seis meses después del huracán Paulina en 200 residentes de Acapulco con otros datos similares recopilados seis meses después del huracán Andrew en 270 residentes no hispanos de Miami (15). Un modelo de medición del TEPT de cuatro factores resultó ser totalmente apropiado para ambas muestras y los factores se correlacionaron de forma equivalente con la gravedad de la exposición, lo que aportaba sólidos datos empíricos probatorios de la validez conceptual transcultural. Cuando se controló la gravedad de la exposición, en la muestra mexicana se observó una mayor prevalencia de la intrusión y la evitación, y en la muestra de los Estados Unidos predominaba el aumento de la activación. Se requieren otras investigaciones similares con objeto de validar el concepto de TEPT en diversas poblaciones latinoamericanas; no obstante, estos resultados obtenidos en México fueron prometedores.

La segunda área de investigación del TEPT se relaciona con la determinación de su prevalencia tras los desastres y los episodios de violencia generalizada en América Latina. Los cálculos realizados en las comunidades expuestas a desastres (Cuadro 2) incluyen: 4%, dos años después de la inundación de 1985 en Puerto

Rico (16); 11%, en Tegucigalpa, tres meses después del huracán Mitch (4); 14% (a los seis meses) y 8% (a los dos años), en Villahermosa (México), después de las inundaciones de 1999 (6); 16%, en Moquegua (Perú), un año después del terremoto de 2001 (17); 19%, en los proyectos de viviendas de Santiago, ocho a 12 meses después del terremoto de 1985 (18); 32%, en los refugios de la ciudad de México, dos meses después del terremoto de 1985 (19, 20); 40%, en una comunidad reubicada cerca de Lima, cuatro meses después del incendio de Lomo de Corvina (17); 46% (a los seis meses) y 19% (a los dos años), en una comunidad reubicada fuera de Teziutlán (México), después de las inundaciones y los aluviones de barro de 1999 (6). Por lo tanto, en términos generales, la prevalencia del TEPT en la población afectada durante el primer año después del desastre tiende a variar entre 10% y 20%, pero puede ser considerablemente mayor en poblaciones de refugiados o desplazados, en las que son más probables las experiencias particularmente intensas y las adversidades continuas. Los estudios posteriores al huracán Mitch en Honduras, las inundaciones y aluviones de barro de 1999 en México, el terremoto de 2001 y el incendio de 2003 en Corvina de Lomo en Perú, aplicaron métodos de medición avanzados que determinan los síntomas relacionados específicamente con el suceso y evalúan todos los criterios del DSM IV, entre ellos el deterioro funcional.

La prevalencia del TEPT también ha sido estudiada después de episodios de violencia política (Cuadro 3). Estos estudios varían mucho en cuanto a la secuencia temporal de la evaluación y muchos de ellos proporcionaban datos sobre la frecuencia de diversos criterios diagnósticos en lugar de aportar cálculos apropiados de la prevalencia del trastorno. Los diferentes cálculos son los siguientes: 9% de prevalencia activa (de síntomas) en una muestra de guatemaltecos repatriados después de 12 a 18 años de residencia en México (21); 12% de prevalencia activa (de síntomas) en una muestra de refugiados mayas en México, 20 años después de abandonar Guatemala (22); 18% de prevalencia activa (de síntomas) en una muestra de inmigrantes de Centroamérica expuestos

a situaciones de violencia y observados en entornos de atención primaria de Los Ángeles (23); 17% de prevalencia en una muestra de niños de dos ciudades de Colombia con exposición crónica y 23% con exposición reciente (24); 25% de prevalencia activa en varones y 50% en mujeres de una muestra que vivía en una zona de guerra de Nicaragua (25); 29% en una muestra de colombianos desplazados a otra ciudad del país (26); 38% de prevalencia en una muestra de colombianos, dos años después de un ataque de la guerrilla (27); 52% en un estudio temprano e influyente de 120 refugiados políticos en Los Ángeles (28) y 57% de prevalencia activa (de síntomas) en una muestra de jóvenes de Miami tras abandonar Cuba en barco (29). En general, los niveles de TEPT fueron mucho mayores en estos estudios que en los estudios sobre desastres, aunque con frecuencia fueron llevados a cabo algunos años después de la exposición a la violencia. Son pocos los estudios en que se ajustaron los resultados para deterioro funcional y, por lo tanto, los cálculos de prevalencia quizá sean exagerados. El estudio temprano, y frecuentemente citado, de Cervantes y colaboradores (28) fue muy importante para atraer la atención hacia el problema del TEPT en los refugiados centroamericanos; sin embargo, según las normas actuales, los resultados son dudosos, dada la poca precisión de los criterios del DSM III y la falta de métodos de medición estandarizados en el momento en que se llevó a cabo la investigación. Al respecto, es notable que en los inmigrantes que se marcharon de Centroamérica por razones distintas a la guerra, la prevalencia de TEPT era también alta (49% frente a 52% de los que se marcharon a causa de la guerra). No obstante, tres estudios colombianos publicados después de 2002 adoptaron los criterios del DSM IV y emplearon métodos de medición "de referencia"; en ellos también se observó una prevalencia importante del TEPT, que variaba entre 17% y 38% (24, 26, 27).

Ansiedad y pánico

La investigación descrita en los cuadros 2 y 3 muestra claramente que el TEPT no es el único

trastorno psicológico prevalente en las comunidades afectadas por los desastres o la violencia. También surgen otros trastornos de ansiedad, aunque con menor frecuencia que el TEPT. El 19% y 2% de la muestra correspondiente al refugio de la ciudad de México satisfacían criterios de TAG y TP, respectivamente, y 32%, de TEPT (19). En el estudio llevado a cabo en Arizona con refugiados centroamericanos, 8% alcanzaba los criterios de antecedentes de TAG, 16% de fobia específica y 12% de fobia social, frente a 68% que presentaba antecedentes de TEPT (30). En el estudio llevado a cabo en un entorno de atención primaria de Los Ángeles, 11% de las personas expuestas a violencia política satisficieron los criterios de TP y 18%, los de TEPT (23). En el estudio realizado en un entorno de atención primaria colombiano se detectaron seis casos de TAG y 12 de TEPT (31), y en el estudio de atención primaria del Ecuador se detectaron dos casos de TAG, un caso de TP y 17 casos de TEPT (32).

Los trastornos de ansiedad distintos al TEPT son raros, pero los síntomas de ansiedad son muy comunes. Los niveles de ansiedad eran muy elevados entre los refugiados mayas de México (54% por encima del valor discriminatorio de la escala) (22), aunque inferiores (17%) entre los mayas repatriados a Guatemala (21). Casi todas las víctimas de tortura sometidas a evaluación clínica en el Canadá notificaron "nerviosismo" (33), y aproximadamente 20% de los adultos y niños expuestos a la explosión de la fábrica de Río Tercero en Argentina notificó "preocupación" (34). La ansiedad era el trastorno del estado de ánimo más frecuentemente observado (66%) en la muestra no clínica de niños cubanos confinados en Guantánamo (35). En Puerto Rico, tras las inundaciones ocurridas en 1985, 16% informó haber padecido ataques de nervios, una enfermedad popular semejante a la ansiedad y el pánico (36, 37).

Depresión y propensión al suicidio

La prevalencia de la depresión aparece en segundo lugar, después del TEPT, luego de situaciones de desastre o violencia generalizada. Las prevalencias del TDM observadas en América

Latina (Cuadros 2 y 3) son las siguientes: 6% en León (Nicaragua), en pleno conflicto armado (38); 8% en los adultos expuestos, dos años después de las inundaciones de 1985 en Puerto Rico (16); 7% en Villahermosa y 15% en Teziutlán, seis meses después de las inundaciones de 1999 en México (6); 13% en los refugios, dos meses después del terremoto de la ciudad de México en 1985 (19, 20); 18% en Santiago, ocho a 12 meses después del terremoto de 1985 (18); y 19% a 23% en las muestras expuestas a situaciones de violencia crónica (La Palma) o violencia reciente (Arbeláez), en Colombia (24). Por otra parte, numerosos estudios han observado incrementos de los síntomas depresivos de acuerdo con mediciones provenientes de escalas de autonotificación. Los porcentajes de puntuaciones por encima de los criterios fijados en el estudio (generalmente valores discriminatorios de escala) eran de 9% en niños y 20% en adultos en Tegucigalpa, tres meses después del huracán Mitch (3, 4); 29% a 81% en tres muestras de escolares de Nicaragua, seis meses después del huracán Mitch (39); 53% en la muestra de centroamericanos del estudio de Hovey en Los Ángeles (40); 36% en la muestra de centroamericanos del estudio de Eisenman y colaboradores, en Los Ángeles (23); 39% entre los refugiados mayas de México (22) y 48% entre los mayas repatriados a Guatemala (21).

Existe relativamente poca información acerca de la propensión al suicidio. En un estudio llevado a cabo en refugiados centroamericanos se determinó que 6% de la muestra (dos veces la norma de 3%) presentaba riesgo de suicidio; los que estaban en situación de riesgo tendían a obtener puntuaciones altas de depresión y bajas de religiosidad y apoyo social (40). La ideación suicida era muy común entre los jóvenes que acudían a los servicios psiquiátricos de Guantánamo tras el éxodo cubano en barco de 1994 (de 14% entre los jóvenes varones a 48% entre las niñas adolescentes) (35).

Malestar psicológico inespecífico

La expresión de malestar psicológico inespecífico hace referencia al incremento de diversos síntomas psicológicos relacionados con el es-

trés y no a un síndrome en particular, como el TEPT o la depresión. Un ejemplo específico apropiado es el concepto de “desmoralización”, que se mide por medio de la Entrevista Psiquiátrica para la Investigación Epidemiológica (*Psychiatric Epidemiology Research Interview*, PERI). Los 800 adultos de Tegucigalpa estudiados tras el huracán Mitch se estratificaron según la situación socioeconómica del vecindario y la gravedad de la exposición. Las puntuaciones de la PERI variaban significativamente entre los diferentes grupos y eran más altas entre las personas con valores bajos de situación socioeconómica y con alta exposición (3).

El malestar inespecífico también se incluye en el concepto de “morbilidad” (*caseness*), sin diferenciación en cuanto a la naturaleza exacta del diagnóstico probable. El Cuestionario de salud general ha sido utilizado para este fin en numerosos estudios llevados a cabo en situaciones de desastre en todo el mundo, en particular América Latina. En dos estudios no relacionados realizados en Nicaragua, 62% de los hombres y 91% de las mujeres de La Urbina, y 33% de una muestra de ex combatientes, fueron clasificados como casos según el Cuestionario de salud general (25, 41). El método más prominente de medición de la “morbilidad” en la investigación latinoamericana ha sido el Cuestionario de autnotificación (*Self-Reported Questionnaire*, SRQ). Por medio del Cuestionario de autnotificación, Lima y colaboradores determinaron que 55% de los adultos que vivían en campamentos después de la erupción volcánica de Armero (Colombia) eran casos probables (42). De los que obtuvieron una calificación positiva en el tamizaje mediante el Cuestionario de autnotificación, 91% fueron diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica en una entrevista clínica posterior (43). En las muestras de entornos de atención primaria estudiadas después de este desastre y del terremoto de 1987 en el Ecuador, 45% y 40%, respectivamente, fueron detectados como casos probables (31, 32). El Cuestionario de autnotificación se utilizó como un método permanente de medición del malestar en un estudio llevado a cabo en sitios múltiples con personas expuestas a la violencia por razones políticas.

Los familiares de las personas desaparecidas en Chile y Argentina obtuvieron las puntuaciones promedio más altas en el Cuestionario, seguidos por los refugiados que vivían en el Canadá y México (44).

Problemas específicos de los niños

Aunque se ha comprobado que al igual que los adultos los niños pueden sufrir TEPT, depresión y síntomas de ansiedad, ellos también padecen otras formas de malestar exclusivas de su etapa de desarrollo. Muchos niños cubanos que llegaron a Miami tras el éxodo de 1994 mostraron comportamientos regresivos de carácter moderado (23%) o grave (41%) (29). Cuando aún estaban confinados en Guantánamo, 73% de los niños cubanos mostraban un comportamiento agresivo (35). En Honduras, los niños hijos de desaparecidos tenían riesgo de presentar arrebatos emocionales (21%), disminución del rendimiento escolar (20%) y enuresis nocturna (16%) (45). Entre los niños expuestos a situaciones de guerra en El Salvador, 10% o más notificaban elevada dependencia, problemas de autoestima y dificultades de aprendizaje (46). Entre los niños expuestos a situaciones de guerra en Colombia de forma crónica, reciente o indirecta, las tasas de trastorno por déficit de atención fueron de 19%, 21% y 17%, respectivamente, y las de trastorno del comportamiento, de 16%, 18% y 7% (24).

Resultados en materia de salud física y conductual

Síntomas somáticos

La distinción entre malestar inespecífico y síntomas psicósomáticos no siempre es clara, pero en este apartado se incluyen los síntomas que se refieren específicamente al cuerpo, como las cefaleas y el dolor físico. Este conjunto de resultados es importante en la investigación latinoamericana debido a la idea de que las culturas autóctonas son especialmente propensas a experimentar o expresar el malestar en forma somática. En concordancia con ello, se han observado niveles elevados de somatización

entre las víctimas de desastres (Cuadro 2) y violencia política (Cuadro 3). En Puerto Rico, los adultos expuestos a las inundaciones tenían niveles más altos de nuevos síntomas digestivos y pseudoneurológicos que los no expuestos (47). Casi todos los participantes de un estudio clínico realizado con personas víctimas de torturas que vivían en Canadá informaron padecer problemas psicosomáticos, tales como dolor, cefaleas, insomnio o temblores (33). Entre los inmigrantes atendidos en servicios de atención primaria, la exposición a la violencia política se asociaba significativamente con un menor desempeño físico, peores percepciones de su propia salud general, mayores limitaciones en las funciones relacionadas con la salud y el dolor crónico (23). En una muestra no clínica de niños cubanos confinados en Guantánamo, 46% presentaba pérdida del apetito, 52% cefaleas y 62% alteraciones del sueño (35). En una muestra de nicaragüenses expuestos a situaciones de guerra, 57% de los hombres y 86% de las mujeres notificaron síntomas psicosomáticos, tales como cefaleas, dolores físicos y mareo (25).

Los problemas de salud que se presentan después de los desastres tal vez sean secundarios a los problemas de salud mental que aparecen después del hecho o causados por ellos. Luego de las inundaciones de 1999 en México, las víctimas obtuvieron puntuaciones por encima de las normas mexicanas en todas las mediciones de salud (las normas procedían de otro estudio llevado a cabo en cuatro ciudades de ese país donde no habían ocurrido desastres recientemente) (8). La gravedad de la exposición se relacionaba con una mayor cantidad de síntomas cardiopulmonares, osteomusculares, digestivos, urinarios y de problemas generales de salud. Sin embargo, estos efectos estaban plenamente influidos por el TEPT posterior a los desastres. Por lo tanto, la exposición grave predijo el TEPT, el TEPT predijo síntomas de salud, y el TEPT explicó la relación entre la gravedad de la exposición y la salud física.

También se han notificado ciertas enfermedades populares que ilustran la superposición entre el malestar psicológico inespecífico y los

problemas somáticos. Uno de los mejores ejemplos de la bibliografía lo constituye la descripción efectuada por Warner (48) del *muchkej* en las mujeres mayas (Q'eqchi') que vivían en los campamentos de refugiados de Chiapas. La traducción aproximada de esta palabra es *cramps* en inglés y calambres en español, aunque en general hace referencia a un dolor generalizado que se desplaza por todo el cuerpo; el *muchkej* se convirtió en una enfermedad oportuna por la que a menudo las mujeres pedían ayuda y obtenían compasión, apoyo social y liberación de tareas físicamente agotadoras. Más de la mitad de las participantes en la investigación de Warner informaron que padecían esta enfermedad dos o más días por semana.

Consumo de drogas

La exposición a desastres o situaciones de violencia generalizada parece relacionarse con un mayor riesgo de consumo excesivo o dependencia de alcohol pero, en general, los efectos son escasos y limitados a algunos subgrupos de la población. En Puerto Rico, la prevalencia del consumo excesivo y la dependencia de alcohol eran más elevadas entre las víctimas más severamente expuestas, pero los efectos de la exposición sobre el uso indebido de alcohol no fueron confirmados por los análisis de regresión que se controlaban con los síntomas previos al desastre y los aspectos demográficos (49). La prevalencia del consumo excesivo de alcohol era de 4% a 6% en Tegucigalpa después del huracán Mitch, principalmente como consecuencia de los incrementos observados en los grupos con situación socioeconómica baja y alto grado de exposición (3, 5). De los 68 casos estudiados mediante el Cuestionario de autonotificación en los campamentos establecidos tras la erupción volcánica de Armero, 4% alcanzaban criterios de consumo excesivo o dependencia de alcohol, lo que indicaba una prevalencia general aproximada de 2% (43). La prevalencia de alcoholismo en León, Nicaragua, en medio del conflicto armado, era aproximadamente de 6%. Casi todos los casos de alcoholismo correspondían a hombres (38).

Resultados sociales

Ajuste familiar

Los desastres y la violencia generalizada pueden afectar tanto al ajuste social como a la salud psíquica y física de las personas. Varios estudios realizados en América Latina, o con refugiados latinoamericanos, comprueban la necesidad de tener en cuenta los resultados sociales, con énfasis particular en el ajuste familiar en el contexto de cambio de las tradiciones culturales. En comparación con otros inmigrantes, los sobrevivientes de torturas estudiados en Toronto mostraban de forma significativa un menor ajuste social y notificaban más discusiones familiares y un menor interés por sus hijos (44). Las familias de los desaparecidos en Santiago y en Buenos Aires, en cuanto a vida familiar y ajuste social, mostraban resultados peores que las víctimas de Toronto y los inmigrantes (44). Uno de cada cuatro ex combatientes de Nicaragua notificaba emociones que obstaculizaban las relaciones sociales y causaban conflictos familiares (41). En Honduras, los niños hijos de desaparecidos experimentaban relaciones familiares conflictivas y evitación por parte de los vecinos y amigos (45). Warner proporcionó una descripción detallada (etnográfica) de cómo la estructura social de un campamento de refugiados mayas los apartaba de la cultura de la comunidad de origen y ponía a las mujeres, especialmente a las que no tenían madre, en riesgo de aislamiento y soledad (48). Asimismo, Melville describió cómo la violencia por razones políticas perturbaba los rituales sociales y las tradiciones culturales entre los mayas de México y Guatemala (50).

Disminución del apoyo social percibido y del arraigo social

Los resultados referentes a los conflictos familiares y a la alteración de las tradiciones sociales pueden considerarse dentro de un área más amplia de la investigación interesada en el apoyo social. El apoyo social ha sido definido

como el conjunto de interacciones sociales que proporcionan a los individuos asistencia real y los integran en una trama de relaciones sociales percibidas como afectuosas, solidarias y de fácil acceso en momentos de necesidad (51). Esta definición general señala tres aspectos principales del apoyo social: arraigo social (magnitud, proximidad y dinamismo de las redes), apoyo recibido (prestación real de ayuda) y apoyo percibido (sentido de pertenencia y expectativas de que se dispondrá de ayuda si fuere necesaria). El apoyo social constituye un poderoso factor protector después del trauma emocional, pero las víctimas de desastres a menudo experimentan una disminución de este importante recurso (52).

Norris y colaboradores, con base en sus investigaciones anteriores sobre las consecuencias sociales de los desastres en los Estados Unidos, han tratado ampliamente el tema del apoyo social después de los desastres de México. En un estudio cualitativo inicial sobre los desastres en Guadalajara y la zona costera de Oaxaca, los sobrevivientes describieron con sus propias palabras las iniciativas de ayuda y los esfuerzos para sobrellevar la situación que observaron en sus comunidades después del desastre (53). Aunque recibieron tanto apoyo emocional como material, este último fue mencionado mucho más a menudo. No se mencionó ningún tipo de apoyo que pudiera considerarse como específico de aquella cultura. Muchos entrevistados notificaron conflictos, falta de confianza en las autoridades, miedo al saqueo y falsedades y abuso de la ayuda.

Posteriormente, se realizó un estudio cuantitativo y comparativo con muestras de las víctimas del huracán Andrew, en Miami (1992) y del huracán Paulina, en Acapulco (1997) (54) para determinar el apoyo social recibido. La estructura del apoyo social no varió en una serie de análisis factoriales confirmatorios de muestras múltiples. Los mexicanos, al igual que las otras personas, confiaban principalmente en la familia, después en los distintos grupos de apoyo primarios tales como amigos y vecinos, y finalmente en los extraños. Los ejemplos de apoyo emocional, informativo y

material mostraron una frecuencia por orden de importancia similar dentro de la muestra y formaban una pauta equivalente en todas las muestras.

Después de las inundaciones y los aluviones de barro de 1999 en México se realizó un estudio longitudinal del apoyo social percibido y el arraigo social en Villahermosa, afectada por una inundación grave en la zona costera y en Teziutlán, donde se produjeron muchas víctimas y desplazamientos humanos como consecuencia de los aluviones de barro (7). En Teziutlán, familias de diversas colonias de la ciudad, donde se habían derrumbado los cerros, fueron reubicadas conjuntamente en una nueva colonia totalmente aislada de la ciudad. Para la mayoría de las personas, la nueva comunidad estaba lejos de los hogares de los familiares y de los amigos, y el costo de un trayecto en autobús hasta la ciudad equivalía a 25% del salario de un día. En términos generales, el apoyo social percibido y el arraigo social en las comunidades afectadas por el desastre fueron muy inferiores a las normas mexicanas (que procedían de otro estudio llevado a cabo en cuatro ciudades de México donde no había ocurrido ningún desastre recientemente). Los efectos y las interacciones de la ciudad, según el sexo, indicaron que los residentes de Teziutlán, en especial las mujeres, tenían mayores probabilidades de deterioro en sus experiencias de percepción del apoyo social. Las disparidades según el sexo en cuanto al apoyo social se incrementaron con el paso del tiempo. Estos investigadores también examinaron las relaciones causales entre el apoyo social y los síntomas de TEPT (12). El modelo de ecuaciones estructurales indicó que la percepción del apoyo social de la familia protegía contra el TEPT en las fases tempranas de recuperación de los desastres (de 6 a 12 meses después), pero el TEPT socavaba el apoyo percibido a medida que el trastorno se hacía crónico (de 18 a 24 meses después).

IMPLICACIONES EN MATERIA DE INTERVENCIÓN

Esta revisión de la investigación en América Latina aporta datos irrefutables en cuanto a

que la comunidad sanitaria internacional necesita estar preparada para enfrentar las epidemias de TEPT y otros trastornos psiquiátricos posteriores a los desastres o la violencia política, especialmente cuando los sucesos causan múltiples víctimas y un grado alto de destrucción o desplazamiento de las comunidades. Sin lugar a duda, estos resultados señalan la necesidad de establecer intervenciones tempranas y sostenidas que proporcionen atención de salud mental a las víctimas de los desastres y a los refugiados, mediante procedimientos que sean culturalmente apropiados y factibles en los lugares en los que existen pocos profesionales de la salud mental (55). La alta prevalencia en América Latina de las expresiones psicósomáticas de malestar exige esfuerzos renovados para integrar la detección y el tratamiento de los trastornos mentales a la atención primaria (31, 32, 56, 57).

Sin embargo, hasta la fecha existen pocas pruebas empíricas con respecto a la eficacia de los tratamientos y de las intervenciones después de los desastres. Teniendo en cuenta esta brecha, un panel de expertos a escala mundial se reunió con el objeto de intentar consensuar principios de intervención en materia de desastres y situaciones de violencia masiva (58). El grupo llegó a la conclusión de que las intervenciones deben procurar promover el sentido de seguridad, de tranquilidad, de conciencia de la propia eficacia y de la eficacia comunitaria, de vinculación y esperanza, y que deben tratar de hacerlo tanto en el ámbito individual como comunitario. Según observaron, la psicoterapia por sí sola no puede lograr estas metas; los profesionales de la salud en general, y los de la salud mental en particular, deben colaborar con los diversos líderes y miembros de la comunidad para interrumpir el ciclo de pérdida de recursos.

Los resultados obtenidos también indican que los planificadores deben ser conscientes de las consecuencias sociales y psíquicas de los desastres y de las situaciones de violencia masiva. Desde esta perspectiva, Norris y Alegría (59) elaboraron varias recomendaciones para la atención de la salud mental después de los desastres que pueden ser ampliamente

aplicables en América Latina. Estas recomendaciones, modificables cuando sea necesario, se resumen brevemente a continuación.

Evaluar las necesidades de la comunidad de forma temprana y frecuente. Las evaluaciones de necesidades proporcionan información inestimable acerca de en qué medida los sobrevivientes se están recuperando del desastre, se han recuperado o todavía requieren ayuda. Los diagnósticos psiquiátricos proporcionan una medida incompleta del sufrimiento después de los desastres y, por lo tanto, las evaluaciones de necesidades deben incluir mediciones del malestar y el desempeño. Pueden observarse y abordarse las brechas existentes entre las tasas de recuperación, la información sobre los servicios y la utilización de los mismos.

Proporcionar servicios de bajo costo y fácilmente accesibles. Las víctimas de los desastres a menudo carecen de medios para pagar servicios de salud mental. Es más probable que utilicen los servicios que estén cerca de su hogar, que sean comunitarios, y que se ofrezcan de forma concertada con otros servicios y actividades.

Trabajar de manera participativa y proactiva con objeto de reducir el estigma y la desconfianza. La mayoría de las víctimas de desastres, en particular las que han sufrido intensamente, no acudirán a los servicios profesionales de salud mental, ya que tenderán a confiar en las familias, los amigos y otras fuentes naturales de ayuda (52, 54). Considerar este hecho como una ventaja y no como un problema a superar, les recuerda a los agentes de ayuda humanitaria y a los trabajadores de la salud que deben actuar en colaboración con los asistentes naturales de la comunidad. Los programas deben fomentar la confianza y ser intensamente proactivos. Si hay escasez de profesionales, estos pueden ser más útiles como consultores, instructores y supervisores. Se debe involucrar desde el principio a los representantes locales de las comunidades en la preparación y planificación de las respuestas a los desastres y las situaciones de violencia.

Validar y normalizar el malestar. Una y otra vez, los clínicos expertos en desastres y traumas emocionales recalcan que un cierto grado de malestar constituye una reacción normal

ante un suceso anormal. Pero ello no significa que la ayuda no pueda reducir ese malestar o acelerar la recuperación. Tanto la búsqueda de ayuda como los síntomas, pueden y deben ser normalizados. Incluso cuando el nivel de estrés es muy alto, la mayoría de las personas poseen fortalezas a las que pueden recurrir; por lo tanto, una tarea importante del clínico es ayudar a los individuos a que descubran y movilicen sus recursos naturales (55). La meta de normalización del malestar es a menudo llevada a cabo de manera satisfactoria por los compañeros y los paraprofesionales.

Valorar la interdependencia así como la independencia como metas apropiadas de la intervención. El individuo está inserto en un contexto familiar, interpersonal y social más amplio. Las dimensiones culturales, especialmente en cuanto al individualismo o al colectivismo, proporcionan indicios para el contenido de las intervenciones. En las culturas individualistas, que subrayan la importancia de la independencia, resulta apropiado que la autoactualización constituya la meta primordial de las intervenciones psicológicas; en cambio, en las culturas colectivistas, que recalcan la interdependencia, sería más apropiado centrar la atención en el logro de relaciones sociales armoniosas (60). Por lo tanto, el profesional debe dedicar cierto tiempo a la evaluación y al abordaje de las cogniciones y las emociones socialmente pertinentes, entre las que están, sin carácter limitativo, las percepciones del apoyo social, el sentido de pertenencia y la confianza; el retraimiento, la soledad, el distanciamiento y la vergüenza; las obligaciones familiares y las cargas causadas por el cuidado de personas; la hostilidad, la alienación social y las percepciones de abandono. En términos generales, la meta de las intervenciones es mejorar el funcionamiento social, ayudando a la persona a mantener o recuperar sus funciones sociales.

Promover la actuación comunitaria. Se deben buscar estrategias nuevas e innovadoras que impliquen a las comunidades en su propia recuperación, persiguiendo metas específicas y realizables. Los profesionales, mediante el ejercicio de una función consultora o facilitadora, pueden ayudar a las comunidades a escoger

sus opciones con conocimiento de causa, teniendo siempre en cuenta que las elecciones corresponden a la propia comunidad.

Admitir que la competencia cultural constituye un proceso y no un resultado final. Los profesionales solo experimentarán desesperación si se espera de ellos que sepan todo aquello que pudiera resultar útil sobre cada una de las culturas que constituyen América Latina.

Promover, facilitar, o llevar a cabo investigaciones en materia de tratamiento y evaluación. Existen pocos datos en los que basar las recomendaciones para proporcionar una atención de salud mental que sea culturalmente sensible (58). En última instancia, las víctimas de los desastres y la violencia recibirán una mejor atención si juntos los profesionales y los investigadores colaboran en probar la eficacia y la efectividad de las diferentes estrategias de intervención.

Dejar un legado. A pesar del dolor y el estrés que ocasionan, los desastres proporcionan oportunidades para educar a la población acerca del trauma emocional y la salud mental, para desestigmatizar los problemas y los servicios de salud mental, para establecer lazos de confianza entre los proveedores de servicios y las comunidades, y para desarrollar relaciones de colaboración que puedan ser útiles a toda la población en los años venideros.

REFERENCIAS

- Norris F, Friedman M, Watson P, Byrne C, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak, Part I: an empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry* 2002;65:207–239.
- Norris F, Friedman M, Watson P. 60,000 disaster victims speak, Part II: summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry* 2002;65:240–260.
- Kohn R. Hurricane Mitch and mental health: a study of Tegucigalpa, Honduras (documento inédito preparado por la Organización Panamericana de la Salud).
- Kohn R, Levav I, Donaire I, Machuca M, Tamashiro R. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18:287–295.
- Kohn R, Levav I, Donaire GI, Machuca M, Tamashiro R. Prevalence, risk factors, and aging vulnerability for psychopathology following a natural disaster in a developing country. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:835–841.
- Norris F, Murphy A, Baker C, Perilla J. Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *J Trauma Stress* 2004;17:283–292.
- Norris F, Baker C, Murphy A, Kaniasty K. Social support mobilization and deterioration after Mexico's 1999 flood: effects of context, gender, and time. *Am J Community Psychol* 2005;36:15–28.
- Norris F, Slone L, Baker C, Murphy A. Early physical health consequences of disaster exposure and acute disaster-related PTSD. *Anxiety, Stress, Coping: Int J* 2006;19:95–110.
- Murphy A, Perilla J, Jones E. Conducting research in other countries. En: Norris F, Galea S, Friedman M, Watson P, eds. *Methods for disaster mental health research*. New York: Guilford Press; 2006. Pp. 278–288.
- Hollifield M, Warner T, Lian N, Krakow B, Jenkins J, Kesler J, Stevenson J, Westermeyer J. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA* 2007;288:611–621.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
- Kaniasty K, Norris F. Longitudinal linkages between perceived social support and psychological distress: a test of sequential model of social causation and social selection. *J Trauma Stress* 2008 (en prensa).
- Jenkins J. Culture, emotion, and PTSD. En: Marsella A, Friedman M, Gerrity E, Surfild R, eds. *Ethnocultural aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: APA; 1996. Pp. 165–182.
- Norris F, Weisshaar D, Kirk L, Diaz E, Murphy A, Ibañez G. A qualitative analysis of PTSD symptoms among Mexican victims of disaster. *J Trauma Stress* 2001;14:741–756.
- Norris F, Perilla J, Murphy A. Postdisaster stress in the United States and Mexico: a cross-cultural test of the multi-criterion conceptual model of posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol* 2001; 110:553–563.
- Canino G, Bravo M, Rubio-Stipec M, Woodbury M. The impact of disaster on mental health: prospective and retrospective analyses. *Int J Ment Health* 1990;19:51–69.
- Gargurevich R. *Posttraumatic stress disorder and disasters in Perú*. Leuven, Belgium: Katholieke Universiteit Leuven; 2006.
- Durkin M. Major depression and posttraumatic stress disorder following the Coalinga (California) and Chile earthquakes: a cross-cultural comparison. En: Allen R, ed. *Handbook of disaster interventions*. Corte Madera, CA: Select Press; 1993. Pp. 405–420.

19. Caraveo J, Ramos L, Medina Mora ME, Tapia R, de la Fuente J. The Mexican earthquakes: Acute emotional reactions. En: Stefanis C, et al., ed. *Psychiatry: A world perspective: proceedings of the VIII World Congress of Psychiatry, Athens, 13–19 October, 1989*, v. 4. New York: Elsevier Science Publishers; 1990. Pp. 406–411.
20. de la Fuente R. The mental health consequences of the 1985 earthquakes in Mexico. *Int J Ment Health* 1990;19:21–29.
21. Sabin M, Sabin K, Yong Kim H, Vergara M, Varese L. The mental health status of Mayan refugees after repatriation to Guatemala. *Pan Am J Public Health* 2006;19:163–171.
22. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA* 2003;290:635–642.
23. Eisenman D, Gelberg L, Liu H, Shapiro M. Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA* 2003;290:627–634.
24. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñerera P, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev. Salud Pública* 2005;7:268–280.
25. Summerfield D, Toser L. 'Low intensity' war and mental trauma in Nicaragua: A study in a rural community. *Medicine and War* 1991;7:84–99.
26. Sistiva-Castro D, Sabatier C. Violence sociopolitique, ESPT et coping religieux: une étude comparative en Colombie. *Stress et Trauma* 2005;5:97–107.
27. Pineda D, Guerrero O, Pinilla ML, Estupiñán M. Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población Colombiana. *Revista de Neurología* 2002;34:911–916.
28. Cervantes R, Salgado de Snyder V, Padilla A. Post-traumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:615–619.
29. Rothe E, Lewis J, Castillo-Matos H, Martinez O, Busquets R, Martinez I. Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatr Serv* 2002;53:970–976.
30. Michultka D, Blanchard E, Kalous T. Responses to civilian war experiences: Predictors of psychological functioning and coping. *J Trauma Stress* 1998;11:571–577.
31. Lima B, Pai S, Caris L, Haro J, Lima A, Toldedo V, Lozano J, Santacruz H. Psychiatric disorders in primary health care clinics one year after a major Latin American disaster. *Stress Med* 1991;7:25–32.
32. Lima B, Chavez H, Samaniego N, Pai S. Psychiatric disorders among emotionally distressed disaster victims attending primary mental health clinics in Ecuador. *Bull PAHO* 1992;26:60–66.
33. Allodi F, Cowgill G. Ethical and psychiatric aspects of torture: A Canadian study. *Can J Psychiatry* 1982;27:98–102.
34. Fahrner R, Pecci M, Prieto C, Besozzi A, Garzarón M. Salud mental y desastres: Consecuencias psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar de Río Tercero, Córdoba, Argentina. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 1997;43:202–211.
35. Rothe E. Post-traumatic stress symptoms in Cuban children and adolescents during and after refugee camp confinement. En: Corales T, ed. *Trends in post-traumatic stress disorder research*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers; 2005. Pp. 101–127.
36. Guarnaccia P, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M. The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study. *The J Nerv Ment Dis* 1993;181:157–165.
37. Guarnaccia P. Ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study: culture-bound syndrome or popular illness. *Med Anthropol* 1993;15:157–170.
38. Penayo U, Caldera T, Jacobsson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Bol Of Sanit Panam* 1992;113:137–139.
39. Goenjian A, Molina L, Steinberg A, Fairbanks L, Alvarez M, Goenjian H, et al. Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch. *Am J Psychiatry* 2001;158:788–794.
40. Hovey J. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2000;30:125–139.
41. Hume F, Summerfield D. After the war in Nicaragua: a psychosocial study of war wounded ex-combatants. *Med War* 1994;10:4–25.
42. Lima B, Pai S, Santacruz H, Lozano Guillén J, Luna J. Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:561–567.
43. Lima B, Pai S, Santacruz H, Lozano J. Psychiatric disorders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:420–427.
44. Allodi F, Rojas A. The health and adaptation of victims of political violence in Latin America (Psychiatric effects of torture and disappearance). En: Pichot P, Berner P, Wolf R, Thau K, eds. *Psychiatry: the state of the art*, vol. 6: Drug dependence and alcoholism, forensic psychiatry, military psychiatry. New York: Plenum Press; 1985. Pp. 243–248.
45. Quirk G, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Soc Sci Med* 1994;12:1675–1679.

46. Walton J, Nuttall R, Vazquez NE. The impact of war on the mental health of children: a Salvadoran study. *Child Abuse Neglect* 1997;21:737-749.
47. Escobar J, Canino G, Rubio-Stipec M, Bravo M. Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1992;149:965-967.
48. Warner F. Social support and distress among Q'eqchi' refugee women in Maya Tucún, Mexico. *Med Anthropol Q* 2007;21:193-217.
49. Bravo M, Rubio-Stipec M, Canino G, Woodbury M, Ribera J. The psychological sequelae of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *Am J Community Psychol* 1990;18:661-680.
50. Melville M, Lykes M. Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism. *Soc Sci Med* 1992;34:533-548.
51. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures, and models. *Am J Community Psychol* 1986;14:413-445.
52. Kaniasty K, Norris F. Social support dynamics in adjustment to disasters. En: Duck S, ed. *Handbook of personal relationships*. New York: Wylie; 1997. Pp. 595-620.
53. Ibañez G, Khatchikian N, Buck C, Weisshaar D, Abush-Kirsh T, Lavizzo E, Norris F. A qualitative analysis of social support and conflict among Mexican and Mexican-American disaster survivors. *J Community Psychol* 2003;31:1-24.
54. Norris F, Murphy A, Kaniasty K, Coronel-Ortiz D, Perilla J. Postdisaster social support in the United States and Mexico: Conceptual and contextual considerations. *Hispanic J Behavioral Sci* 2001;23:469-497.
55. Somasundaram D, Norris F, Asukai N, Murthy R. Natural and technological disasters. En: Green B, Friedman M, de Jong J, Solomon SD, Keane T, Fairbank J, Donelan B, Frey-Wouters E., eds. *Trauma in war and Peace: Prevention, practice, and policy*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003. Pp. 291-318.
56. Lima B, Pompei S, Santacruz H, Lozano J, Pai S. La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre: Experiencia en Armero, Colombia. *Salud Mental* 1989;12:6-13.
57. Lima B, Santacruz H, Lozano J, Chavez H, Samaniego N, Pompei M et al. Disasters and mental health: experience in Colombia and Ecuador and its relevance for primary care in mental health in Latin America. *Int J Ment Health* 1990;19:3-20.
58. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry* 2007;70:283-369.
59. Norris F, Alegría M. Mental health care for ethnic minority individuals and communities in the aftermath of disasters and mass violence. *CNS Spectrums* 2005;10:132-140.
60. Draguns J. Ethnocultural considerations in the treatment of PTSD: therapy and service delivery. In Marsella A, Friedman M, Gerrity E, Scurfield R, eds. *Ethnocultural aspects of PTSD: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: APA; 1996. Pp. 459-482.
61. Solomon S, Bravo M, Rubio-Stipec M, Canino G. Effect of family role on response to disaster. *J Trauma Stress* 1993;6:255-269.
62. Sattler D, Preston A, Kaiser C, Olivera V, Valdez J, Schlueter S. Hurricane Georges: a cross-national study examining preparedness, resource loss, and psychological distress in the U.S. Virgin Islands, Puerto Rico, Dominican Republic, and the United States. *J Trauma Stress* 2002;15:339-350.
63. Norris F, Perilla J, Ibañez G, Murphy A. Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *J Trauma Stress* 2001;14:7-28.
64. Norris F, Kaniasty K, Inman G, Conrad L, Murphy A. Placing age differences in cultural context: a comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the U.S, Mexico, and Poland. *J Clin Geropsychol* 2002;8:153-173.
65. Caldera T, Palma L, Penayo U, Kullgren G. Psychological impact of the hurricane Mitch in Nicaragua in a one-year perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:108-114.
66. Sattler D, Glower de Alvarado A, Blandon de Castro N, Van Male R, Zetino A, Vega R. El Salvador earthquakes: relationships among acute stress disorder symptoms, depression, traumatic event exposure, and resource loss. *J Trauma Stress* 2006;19:879-893.
67. Pérez-Sales P, Cervellón P, Vázquez C, Vidales D, Gaborit M. Post-traumatic factors and resilience: The role of shelter management and survivors' attitudes after the earthquakes in El Salvador (2001). *J Community Applied Soc Psychol* 2005;15:368-382.
68. Vázquez C, Cervellón P, Pérez-Sales P, Vidales D, Gaborit M. Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Anxiety Disord* 2005;19:313-328.
69. Lima B, Pai S, Lozano J, Santacruz H. The stability of emotional symptoms among disaster victims in a developing country. *J Trauma Stress* 1990;3:497-505.
70. Lima B, Pai S, Toledo V, Caris L, Haro J, Lozano J et al. H. Emotional distress in disaster victims: a follow-up study. *The J Nerv Ment Dis* 1993;181:388-393.
71. Scott R, Knoth R, Beltran-Quiones M, Gomez N. Assessment of psychological functioning in adolescent earthquake victims in Colombia using the MMPI-A. *J Trauma Stress* 2003;16:49-57.
72. Lima B, Chávez H, Samaniego N, Pompei S, Santacruz H, Lozano J, Pai S. Seriedad de los desastres y trastorno emocional: implicaciones para la atención

- primaria de la salud mental en países en desarrollo. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 1989;52:1-16.
73. Miller K. The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: A mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Development* 1996;67:89-106.
74. Munczek D, Tuber S. Political repression and its psychological effects on Honduran children. *Soc Sci Med* 1998;47:1699-1713.
75. Bowen D, Carscadden L, Beighle K, Fleming I. Post-traumatic stress disorder among Salvadoran women: Empirical evidence and description of treatment. En: Cole E, Espin O, Rothblum E, eds. *Refugee women and their mental health: Shattered societies, shattered lives*. New York: Haworth Press; 1992. Pp. 267-280.

SECCIÓN VI

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN CENTROAMÉRICA Y LA REPÚBLICA DOMINICANA

Víctor Aparicio,¹ Shekhar Saxena² y Jorge Rodríguez³

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la salud mental en Centroamérica y la República Dominicana es compleja y está relacionada con una larga historia de sufrimientos causados por el embate frecuente de los desastres naturales (huracanes, volcanes, terremotos y otros), a los que se suman los conflictos armados que durante décadas han afectado a estos países, dejando importantes secuelas de carácter psicosocial; todo ello, en un contexto de altos niveles de pobreza y grupos poblacionales (como los indígenas) excluidos socialmente de manera histórica. Los últimos conflictos armados internos finalizaron en la década de los noventa y abrieron el camino para la construcción de la paz y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos.

La Declaración de Caracas de 1990 (1) marcó un hito e impulsó en la Región de las Américas los procesos de reestructuración de los servicios de atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud, con un modelo de aten-

ción centrado en la comunidad y la superación del modelo convencional, cuyo eje es el hospital psiquiátrico tipo manicomial. La Declaración puso énfasis, además, en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. La resolución sobre salud mental del 43.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2001 expresó de forma clara el compromiso de la OPS y los Estados Miembros con el desarrollo de programas integrales de salud mental (2). En 2005, la Conferencia de Brasilia “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas” (3), auspiciada por la OPS/OMS y el Gobierno del Brasil, evaluó el camino recorrido y discutió los nuevos desafíos en nuestro continente de cara al siglo XXI.

A partir de 2005 el Programa de Salud Mental de la OPS/OMS, con el apoyo de la OMS, comenzó la evaluación de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana. El proceso terminó en 2008. Los resultados de la evaluación han sido publicados parcialmente y se presentan de manera resumida en este capítulo.

MÉTODO

La recopilación de la información se hizo mediante el Instrumento de Evaluación para Siste-

¹ Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud, Ciudad de Panamá, Panamá.

² Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

³ Proyecto de Salud Mental, Discapacidades y Rehabilitación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EUA.

mas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS o *WHO AIMS*, por sus siglas en inglés) (4). Los tres primeros países en realizar el estudio fueron Nicaragua, El Salvador y Guatemala (5) en 2005, seguidos de Panamá y la República Dominicana en 2006 y de Honduras y Costa Rica en 2007. Los datos obtenidos en cada país correspondían a los registros del año anterior: 2004 para Nicaragua, El Salvador y Guatemala; 2005 para Panamá y la República Dominicana y 2006 para Honduras y Costa Rica.

El IESM-OMS tiene como objetivo dotar a los países de metodologías válidas para la mejora de la atención de salud mental, después de conocer sus fortalezas y debilidades. Su primera versión oficial se publicó en 2005, aunque en 2003 hubo una versión piloto que fue validada en países con diferentes idiomas y culturas. El IESM-OMS permite recopilar información esencial con el fin de obtener una visión amplia del sistema de salud mental de un país, una región, un estado, una provincia o un departamento. Las 10 recomendaciones del Informe sobre la salud en el mundo 2001 han servido como base para este instrumento. Asimismo, la evaluación pone de manifiesto la preocupación por el tema de los derechos humanos, tanto en el marco de políticas y legislación como en las prácticas y los instrumentos para el control y la defensa de estos derechos.

El IESM-OMS consta de seis secciones interdependientes y relacionadas conceptualmente. Las secciones comprenden 28 apartados temáticos, con un total de 156 ítems o indicadores. Se cuenta con un manual en español, que constituye la guía técnica, y la información obtenida se compila en una base de datos prevista en la metodología.

Cada sección cuenta con una lista recomendada de fuentes de datos, las cuales son ajustadas de acuerdo con las características particulares de los distintos países. En general, se utilizan todas las fuentes de información, pertinentes y disponibles en el ámbito nacional, así como en los niveles provincial/estatal, de distrito o de base (centro, unidad, servicio o dispositivo).

Los hallazgos del IESM-OMS sirven para abogar por la introducción de reformas en salud mental; para desarrollar planes y programas sustentados en parámetros iniciales claros y objetivos, y para monitorear el cambio y evaluar el progreso de las políticas de reforma, incluida la provisión de servicios comunitarios y la participación de los usuarios, familias y otras partes interesadas en acciones de salud mental.

En cada país, la recolección de datos fue realizada por un consultor, quien recibió el adiestramiento correspondiente. Los programas y oficinas nacionales de salud mental de los ministerios de salud y las representaciones de la OPS/OMS de cada país brindaron apoyo técnico. La información fue revisada en una primera fase por el Asesor Subregional de Salud Mental para Centroamérica de la OPS/OMS y, en la segunda fase, por un equipo del Departamento de Salud Mental de la OMS en Ginebra. Una vez culminada la revisión y validación de los datos, los equipos nacionales redactaron un informe final.

La fase siguiente consistió en dar a conocer el informe final y sus conclusiones a los trabajadores de salud mental, a las autoridades nacionales y a otras entidades implicadas e interesadas, tales como las asociaciones de usuarios y/o familiares, miembros de los sistemas judicial y educativo, representantes de la medicina tradicional, entre otros, con el fin de diseñar un plan operativo que recogiera las prioridades que requerían intervención a corto, medio y largo plazo. En 2007, los primeros países que habían realizado el análisis de sus servicios de salud mental mediante el IESM-OMS (Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Panamá) organizaron talleres para la discusión de sus prioridades en salud mental, así como las intervenciones esenciales, basándose en los resultados de la evaluación.

MARCO SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PAÍSES

Entre los países estudiados, Guatemala presenta el porcentaje más reducido de población alfabeta (69,1) y una esperanza media de vida

CUADRO 1. Datos sociodemográficos, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Población (2007)	Esperanza de vida al nacer (años) (2007)	Población alfabetizada ^a (> 15 años) (%)	Renta per cápita 2005 (\$US) en valor PPA ^b
Costa Rica	4.468.000	78,8	94,9	9.680
El Salvador	6.857.000	71,9	80,6	5.120
Guatemala	13.354.000	70,3	69,1	4.410
Honduras	7.106.000	70,2	80,0	2.900
Nicaragua	5.603.000	72,9	76,7	3.650
Panamá	3.343.000	75,5	93,1	7.310
República Dominicana	9.760.000	72,2	87,0	7.150

^a Datos obtenidos de encuestas nacionales entre 1999 y 2005.

^b Paridad de poder adquisitivo.

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

—al igual que Honduras— de 70 años, que también resulta la más baja (6). Cabe destacar que Guatemala es el país con mayor número de habitantes (alrededor de 13 millones) y que representa más de la cuarta parte de la población del grupo de países donde se realizó el estudio. Se estima que aproximadamente la mitad de su población es indígena, uno de los sectores más vulnerables de la sociedad.

En el otro extremo está Costa Rica, con uno de los índices de esperanza de vida más alto de las Américas (78,8 años) y una población alfabetizada de casi 95%, seguida de cerca por Panamá, que tiene la población más envejecida de Centroamérica. Ambos países cuentan con la menor cantidad de habitantes.

Costa Rica, Panamá y la República Dominicana tienen la renta per cápita más elevada (US\$ 9.680, 7.310 y 7.150, respectivamente) y Honduras y Nicaragua, la más baja (US\$ 2.900 y 3.650) (Cuadro 1).

RESULTADOS

Políticas, planes y marco legislativo

A partir del proceso de evaluación de los datos se observó que todos los países habían iniciado o culminado la formulación o revisión de sus planes nacionales de salud mental después de 2003, con excepción de Guatemala, que la había realizado en 1997. Sin embargo, después de esta evaluación, Guatemala desarrolló una

CUADRO 2. Marco político y legislativo, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Política ^a	Plan ^a	Ley ^a
Costa Rica	2006	2004	1999
El Salvador	No	2005	No
Guatemala	No	1997	No
Honduras	2001	2007	1999
Nicaragua	No	2004	No
Panamá	No	2003	2003
República Dominicana	2006	2006	2006

^a Último año de la promulgación o revisión.

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

nueva versión de su plan de salud mental. En cuatro países (El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá) no había una política explícita de salud mental y en tres de ellos (El Salvador, Guatemala y Nicaragua) no se contaba con un marco legislativo definido sobre el tema (Cuadro 2). Después de la evaluación, Guatemala comenzó la preparación de un documento en el que se delineaba la política de salud mental y El Salvador está en proceso de hacerlo.

A nivel legislativo, aunque no exista una ley de salud mental como tal, la mayoría de los países cuentan con muchas piezas de legislación relacionadas con el tema, dispersas en diferentes instrumentos legales, pero que requieren ser revisadas y actualizadas acorde con los estándares internacionales vigentes.

En resumen, los países han tenido mayor tendencia a generar marcos operativos (pla-

nes) que marcos estratégicos (políticas) o legales-normativos (leyes). Sin embargo, el análisis mediante el IESM-OMS les ha facilitado iniciar los procesos de mejoramiento de sus instrumentos de políticas y legales.

Derechos humanos

Se advirtieron algunas debilidades relacionadas con el tema de la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales. Cinco países (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá) mencionaron la existencia de un organismo generalmente denominado Procuraduría de los Derechos Humanos o Defensoría del Pueblo. Se trata de instituciones estatales fiscalizadoras en este campo, aunque sus resoluciones no tienen un carácter mandatorio legal, sino moral.

En Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Panamá está contemplada la inspección de los dispositivos o servicios de salud mental por parte de los organismos de protección de los derechos humanos, aunque en general no se realiza de manera sistemática y periódica ni mediante un programa o convenio preestablecido. Costa Rica y Guatemala notificaron haber recibido una inspección anual en sus hospitales psiquiátricos.

Los temas del control del internamiento involuntario y de la aplicación de medidas de restricción física o aislamiento a personas con trastornos mentales en hospitales están directamente relacionados con la calidad de la asistencia médica y la protección de los derechos humanos y, por lo general, no hay regulaciones o normativas claras y precisas al respecto (7). En la práctica, ningún país recolecta datos de manera sistemática sobre la aplicación de este tipo de medidas. Solamente El Salvador y Panamá aportaron información sobre la proporción de ingresos involuntarios en las camas de hospitalización psiquiátrica recopilados en el marco del estudio.

En general se puede señalar que no existe una política de revisiones periódicas del estado de salvaguarda de los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos, como tampoco se ofrece una capacitación sistemática en ese

campo destinada a los trabajadores de los dispositivos de salud mental.

Financiación de los servicios de salud mental

El presupuesto de los ministerios de salud para la salud mental, medido en relación al presupuesto total de salud, es de 3% en Costa Rica y Panamá; en la mayoría de los países es de alrededor de 1% y en la República Dominicana llega a ser menos de 1%.

La estructura del gasto en salud mental varía según el país. En Panamá y la República Dominicana se dedica 50% o menos del presupuesto de salud mental a la financiación de los hospitales psiquiátricos. Costa Rica se encuentra en una posición intermedia, con 67,0%, mientras que Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua dedican más de 88% del presupuesto a los hospitales psiquiátricos. En promedio, los siete países dedican 1,6% del presupuesto de salud a la salud mental, del cual 75% se destina a los hospitales psiquiátricos (Cuadro 3). Esta estructura del gasto en salud repercute negativamente en el desarrollo de un modelo comunitario de atención.

En Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, las instituciones públicas de seguro social cubren los costos de la atención a los trastornos mentales, pero solo en Costa Rica y Panamá estas ofrecen una cobertura significativa que se extiende a la mayor parte de la población.

Los medicamentos psicotrópicos resultan prácticamente inaccesibles para las personas con bajos niveles de ingreso. Por ejemplo, la proporción del salario mínimo que un usuario debería destinar a la compra de la dosis diaria necesaria de un antipsicótico y un antidepresivo (los genéricos más baratos del mercado) en El Salvador, correspondería a 46% y 28%, respectivamente; en Guatemala sería de 29% y 17% y en Nicaragua, de 5% y 4%.

Servicios de salud mental

El modelo de atención de salud mental que aún predomina es de tipo institucional, cen-

CUADRO 3. Financiamiento de la salud mental, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Porcentaje del gasto de salud dedicado a la salud mental	Porcentaje del gasto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos
Costa Rica	2,9%	67,0%
El Salvador	1,1%	92,0%
Guatemala	1,4%	90,0%
Honduras	1,6%	88,0%
Nicaragua	0,8%	91,0%
Panamá	2,9%	44,0%
República Dominicana	0,4%	50,0%
Promedio	1,6%	75,0%

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

trado en los hospitales psiquiátricos, pero con matices y excepciones. En El Salvador y Honduras no existen unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y en Guatemala solo dos, con poca funcionalidad. En Costa Rica y Panamá hay cierto grado de desarrollo de la hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, ya sea en servicios específicos de salud mental o en camas de las unidades de medicina interna (Cuadro 4). El índice más alto de camas en hospitales generales corresponde a Panamá (3,93 por 100.000 habitantes) seguido de Costa Rica (1,97 por 100.000). Este último es el país con mayor número de unidades psiquiátricas en hospitales generales, con un total de 26.

Los hospitales psiquiátricos por lo general están situados en las ciudades capitales y concentran la casi totalidad de las camas psiquiátricas de estos países. En gran medida, continúan con modelos de atención de tipo asilar, pobres condiciones de vida de las personas internadas y problemas con respecto a la protección de los derechos humanos. Con frecuencia, el promedio de estadía de internamiento sigue siendo alto; por ejemplo, más de 40% de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Managua han permanecido allí por más de 10 años. Estos hospitales generalmente no responden a las necesidades crecientes de salud mental de la población. Costa Rica tiene el indicador más elevado de camas en hospitales psiquiátricos

CUADRO 4. Tasa de camas en los hospitales generales y psiquiátricos, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Hospitales generales	Hospitales psiquiátricos
Costa Rica	1,97	22,1
El Salvador	0,0	6,3
Guatemala	0,02	2,64
Honduras	0,0	5,14
Nicaragua	0,33	2,98
Panamá	3,93	11,3
República Dominicana	0,9	1,75

Nota: tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS

(22,1 por 100.000 habitantes) y la República Dominicana, el más bajo (1,75 por 100.000).

En Panamá se ha observado una importante disminución de camas en el hospital psiquiátrico (63%) en los cinco años previos al estudio. En la República Dominicana, la reducción fue de 25%; en El Salvador, de 7% y en Costa Rica, de 6%. El resto de los países no presentaron cambios en su dotación de camas en estas instituciones.

Un problema especial es la hospitalización de menores de 18 años en los hospitales psiquiátricos de Costa Rica, Honduras, Guatemala y El Salvador, este último con un porcentaje de menores hospitalizados de 22%.

CUADRO 5. Dispositivos de salud mental, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Hospitales generales con camas psiquiátricas	Hospitales psiquiátricos	Servicios de salud mental ambulatorios	Servicios ambulatorios (solo infantil)	Hospital de día	Servicios residenciales comunitarios
Costa Rica	26	2	38	1	2	35
El Salvador	0	2	49	1	0	0
Guatemala	2	2	32	1	2	0
Honduras	0	2	31	3	1	0
Nicaragua	3	1	34	3	5	31
Panamá	8	1	103	2	3	0
República Dominicana	9	1	56	3	1	1
Total	48	11	343	14	14	67

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

Los establecimientos residenciales comunitarios propiamente dichos, destinados a enfermos con trastornos mentales de larga evolución, son casi inexistentes. Se notifican en esta categoría centros básicamente de tipo asilar, pertenecientes al sector privado, destinados a ancianos o a personas con discapacidad intelectual; algunos de ellos se dedican al tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.

Todos los países disponen de una red de servicios de salud mental ambulatorios con mayor o menor grado de desarrollo. Panamá tiene el número más alto de este tipo de dispositivos (103), mientras Honduras, Guatemala y Nicaragua, la menor cantidad (31, 32 y 34, respectivamente) (Cuadro 5). El principal problema de los servicios ambulatorios radica en el hecho de que están concentrados en la capital o en los grandes centros urbanos, mientras que existen amplias zonas, especialmente rurales, sin cobertura. La mayoría de los servicios ambulatorios brindan esencialmente asistencia clínica; las intervenciones psicosociales y de promoción-prevención son muy limitadas y no se ofrece seguimiento comunitario a los casos de manera rutinaria. Solo Nicaragua notificó que 50% de sus establecimientos de salud brindan seguimiento comunitario.

Un total de 389.262 usuarios fueron atendidos en establecimientos ambulatorios de salud mental en los siete países participantes (base anual), con un promedio de 55.608 usuarios por país. Esto representa una tasa de 803,95 usuarios por 100.000 habitantes tratados en

un período de un año. El cuadro 6 muestra el comportamiento por cada país de este indicador. El 60% de las personas atendidas por estos dispositivos de salud mental fueron de sexo femenino y el 6% de usuarios fueron niños o adolescentes (17 años de edad o menos). Según datos aportados por seis de los siete países evaluados, el índice promedio de contactos por usuario era de 3,43 (base anual).

Los dispositivos de hospitalización parcial son escasos. En El Salvador no existe ninguno, mientras que Nicaragua tiene la mejor red de este tipo de servicio (cinco hospitales de día distribuidos en el país) (Cuadro 5).

Teniendo en cuenta los porcentajes muy altos de población joven existente (más de 40%), los servicios de salud mental dedicados a niños, niñas y adolescentes, aunque existen

CUADRO 6. Usuarios tratados en servicios ambulatorios, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Cantidad de usuarios por 100.000 habitantes
Costa Rica	1.916,31
El Salvador	627,28
Guatemala	781,55
Honduras	1.579,97
Nicaragua	145,06
Panamá	587,83
República Dominicana	265,53

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

en todos los países, son escasos o limitados (entre uno y tres por nación) (Cuadro 5).

En general, todos los países informaron índices evidentes de inequidad:

- Casi en su totalidad, tanto las camas psiquiátricas como los recursos humanos y financieros están concentrados en las capitales, particularmente en los hospitales.
- Los usuarios de zonas rurales, los grupos indígenas y otras minorías étnicas y lingüísticas, están significativamente subrepresentados en el uso de los servicios ambulatorios de salud mental.
- No hay estrategias formales que garanticen el acceso equitativo a los servicios de salud mental para los grupos indígenas y otras minorías étnicas.

La existencia de protocolos para la atención de problemas clave de salud mental en los centros de atención primaria es nula o insignificante. Costa Rica es el único país del estudio donde más de 50% de los centros cuentan con este tipo de normativa o manual de procedimientos. La relación con la medicina tradicional es casi inexistente; solo Panamá y Nicaragua cuentan con información acerca de una limitada relación entre la atención primaria y la medicina tradicional.

Recursos humanos

A pesar de ser el país de Centroamérica con mayor población, Guatemala tiene el menor

número de profesionales en el campo de la salud mental (0,57 psiquiatras por 100.000 habitantes por comparación con 3,06 en Costa Rica y 3,46 en Panamá) (Cuadro 7). La República Dominicana y Panamá presentan los índices más altos de psicólogos (3,17 y 2,99 por 100.000, respectivamente), Guatemala y Honduras, los más bajos (0,35 y 0,77 por 100.000). El personal de enfermería formado en la especialidad es limitado, a pesar de ser este un recurso muy importante para aquellos países que requieren desarrollar sus sistemas de salud mental. Panamá y Costa Rica son la excepción, con un índice de más de cuatro enfermeras de salud mental por 100.000 habitantes. En general, se aprecia una mejor situación en cuanto a los recursos humanos especializados en Costa Rica y Panamá.

La figura 1 muestra la razón entre el número de psiquiatras (por 100.000 habitantes) en la ciudad más grande y el número de psiquiatras en todo el país. En la figura 2 se puede observar la razón entre el número de personal de enfermería (por 100.000 habitantes) en la ciudad más grande y el número de personal de enfermería en todo el país. En ambos casos, Honduras y Nicaragua presentan la mayor concentración de recursos. Los países con mayor descentralización de psiquiatras son Costa Rica y la República Dominicana, y en el caso del personal de enfermería, El Salvador y Panamá.

El porcentaje de tiempo dedicado a temas de salud mental en la carrera de medicina varía entre los distintos países (desde 1% en Guatemala a 7% en El Salvador). El porcentaje de escuelas de enfermería varía de 3% en Guate-

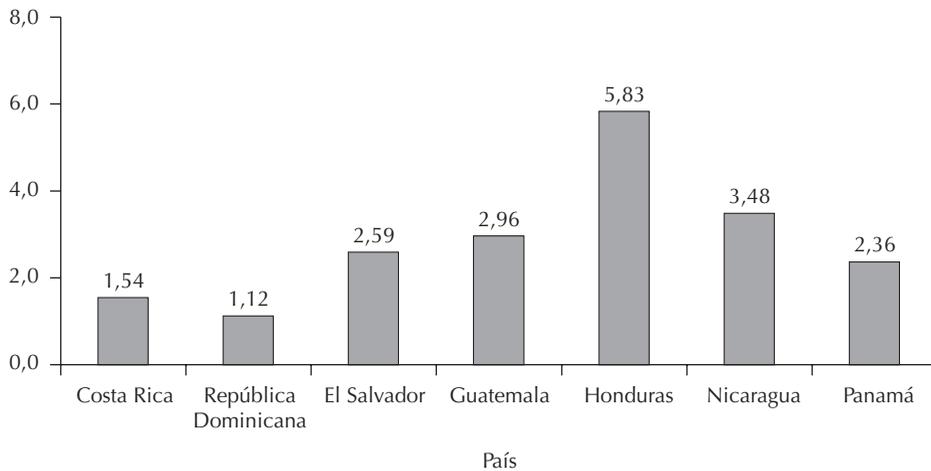
CUADRO 7. Tasa de profesionales de salud mental, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Psiquiatras	Psicólogos	Personal de enfermería
Costa Rica	3,06	1,88	4,13
El Salvador	1,39	1,68	2,11
Guatemala	0,57	0,35	1,28
Honduras	0,81	0,77	2,58
Nicaragua	0,90	2,11	1,7
Panamá	3,46	2,99	4,38
República Dominicana	2,07	3,17	1,61

Nota: tasas por 100.000 habitantes.

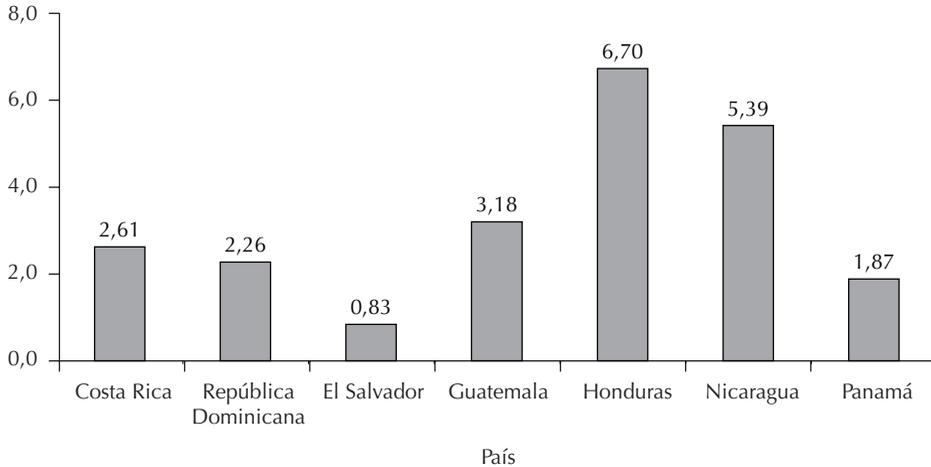
Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

FIGURA 1. Razón entre el número de psiquiatras (por 100.000 habitantes) en la ciudad más grande y el número de psiquiatras en todo el país.



Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

FIGURA 2. Razón entre el número de personal de enfermería (por 100.000 habitantes) en la ciudad más grande y el número de personal de enfermería en todo el país.



Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

mala a 12% en Panamá (Cuadro 8). La actualización en temas de salud mental para los médicos y personal de enfermería en atención primaria es muy limitada. En El Salvador, solo 16% de los médicos de atención primaria poseen un estándar mínimo de capacitación en

salud mental y en la República Dominicana, 12%. En Costa Rica se da la cifra más baja (3%) y en Guatemala no se pudo identificar el dato (Cuadro 9).

En todos los países hay programas de formación de especialistas en psiquiatría (Resi-

CUADRO 8. Porcentaje de tiempo dedicado a temas de salud mental en las escuelas de enfermería, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Tiempo (%)
Costa Rica	9
El Salvador	4
Guatemala	3
Honduras	7
Nicaragua	7
Panamá	12
República Dominicana	4

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

CUADRO 9. Porcentaje de médicos y personal de enfermería de atención primaria con dos días de actualización en salud mental o psiquiatría en el último año, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Médicos (%)	Personal de enfermería (%)
Costa Rica	3	... ^a
El Salvador	16	13
Guatemala	...	...
Honduras	4	2
Nicaragua	4	0
Panamá	7	...
República Dominicana	12	0

^a No se disponía de datos a nivel nacional.

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

dencias) con una duración de tres o cuatro años. El número de unidades docentes para la formación de especialistas varía y la mayoría está en los hospitales psiquiátricos, lo cual es una contradicción si se pretende formar profesionales con base en un modelo comunitario de salud mental. En todos los países egresan anualmente especialistas en psiquiatría; las cifras del último año evaluado van desde uno en Nicaragua hasta seis en la República Dominicana y El Salvador (Cuadro 10).

El movimiento migratorio hacia otros países registrado en los cinco primeros años después

CUADRO 10. Número de graduados especialistas en psiquiatría en el año previo al estudio, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Graduados especialistas en psiquiatría
Costa Rica	5
El Salvador	6
Guatemala	5
Honduras	4
Nicaragua	1
Panamá	5
República Dominicana	6

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

de alcanzar la especialidad, es nulo en Honduras y El Salvador. En el resto de los países, la emigración varió de 1% a 20%.

Los movimientos asociativos de usuarios de los servicios de salud mental y de familiares de personas con trastornos mentales no tienen aún mucha fuerza. En los siete países participantes hay un total de 747 usuarios que son miembros de asociaciones y 292 personas involucradas en organizaciones familiares. En general, el sector público no presta apoyo financiero o de otra índole a las asociaciones de usuarios. Salvo en Costa Rica, donde existen siete organizaciones de este tipo y en Nicaragua, que cuenta con 12, el movimiento asociativo es casi inexistente en Honduras, El Salvador y Guatemala.

Vinculación de la salud mental con otros sectores

Honduras y Nicaragua son los únicos países del estudio que notificaron tener algún mecanismo o instancia institucional para coordinar las actividades de educación en salud mental dirigidas a la población.

Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Nicaragua y Panamá cuentan con legislación concerniente a la obligación de los empresarios y organismos de contratar cierto número de empleados discapacitados. Sin embargo, Costa Rica es el único país que aplica de

CUADRO 11. Escuelas públicas por país que disponen de atención en salud mental, Centroamérica y la República Dominicana.

País	Número de escuelas con asistencia en salud mental	%
Costa Rica	145	3,6
El Salvador	31	0,5
Guatemala	41	2
Honduras	... ^a	...
Nicaragua	829	12
Panamá	24	0,7
República Dominicana	2.264	16

^a No se disponía de datos a nivel nacional.

Fuente: Informes de las evaluaciones de los sistemas de salud mental en Centroamérica y la República Dominicana (2005–2007) mediante el IESM-OMS.

manera efectiva la ley y donde los dispositivos de salud mental facilitan o gestionan empleo externo a personas con trastornos mentales severos.

Al evaluar el número de escuelas públicas que empleaban o recibían los servicios a tiempo completo o parcial de algún trabajador (técnico o profesional) de salud mental, se observó que la proporción era en general muy baja (desde 0,5% en El Salvador hasta 16% en la República Dominicana). Este es un índice relevante porque va a determinar en gran medida la capacidad de impulsar programas de promoción y protección de la salud mental en el medio escolar (Cuadro 11).

En El Salvador y Costa Rica, los centros penitenciarios proporcionan servicios de salud mental a los reclusos, dentro o fuera de la prisión. En muy pocas cárceles de la República Dominicana, Guatemala, Honduras y Panamá se brinda atención de salud mental.

Sistemas de información e investigación

Con excepción de Guatemala, todos los dispositivos y servicios de salud mental de los países evaluados recopilan datos. Los hospitales psiquiátricos son los que brindan más información basada en el número de camas, las admisiones o internamientos, los días de estancia y los diagnósticos. Ningún país recoge datos

sobre los internamientos involuntarios, ni sobre las personas que sufren contención física o aislamiento. La República Dominicana es el único país que emite un informe anual con comentarios sobre los datos.

Del análisis de los informes nacionales se concluye que los sistemas de información adolecen de múltiples deficiencias: no todas las unidades o servicios de salud mental informan a los ministerios de salud; los datos que se recolectan son insuficientes para un análisis adecuado; existe subregistro o mala calidad en el registro primario; no se dispone de datos del sector privado; no hay publicaciones o informes anuales sobre salud mental, y no existen sistemas de vigilancia epidemiológica.

La falta de investigación es, sin lugar a dudas, una debilidad de los países evaluados. Costa Rica parece ser el país con más fortaleza en la investigación en salud mental pues cuenta con una mayor cantidad de profesionales de salud mental comprometidos formalmente con el tema. Sin embargo, Nicaragua y Costa Rica tienen mayor porcentaje de publicaciones de salud mental con respecto al total de publicaciones de salud del país registradas en Pub Med (24% y 20%, respectivamente).

CONCLUSIONES

La obtención de los datos necesarios para el estudio presentó grandes dificultades, ya que los sistemas de información sanitaria de los países carecían de los mismos y con frecuencia los registros de las instituciones eran muy rudimentarios o no recopilaban los datos solicitados. Sin embargo, en todos los países se observa cierta sensibilidad en cuanto a la necesidad de mejorar el componente de salud mental en los sistemas de información sanitaria.

Uno de los grandes problemas que enfrentan los países centroamericanos es la brecha existente entre la carga que representan los trastornos mentales (morbilidad, mortalidad y discapacidad) y el presupuesto que se dedica a los sistemas de salud mental. La financiación de la salud mental solo alcanza 3% del gasto de salud en Costa Rica y Panamá, que a su vez son

los únicos con una seguridad social que abarca a la mayor parte de la población; en el resto de los países, es de alrededor de 1%. Pero más preocupante resulta aún el hecho de que ese gasto exiguo se destina en muchos de los países a los grandes hospitales psiquiátricos ubicados en las capitales. Esta estructura del gasto en salud repercute muy negativamente en la prestación de servicios.

A manera de consideraciones finales destacamos:

1. En general, los países tienen importantes limitaciones en sus sistemas nacionales de salud mental; distinguiéndose de manera positiva Panamá y Costa Rica.
2. Existe una marcada insuficiencia de recursos financieros y personal calificado, así como una concentración de servicios en la ciudad capital.
3. Se observan evidentes deficiencias en la protección de los derechos humanos de los pacientes, dado que en la práctica no hay un control efectivo y sistemático, en especial sobre los hospitales psiquiátricos.
4. Los hospitales psiquiátricos continúan siendo hegemónicos a pesar de algunos avances logrados en la asistencia ambulatoria. Panamá y la República Dominicana son los únicos países en los que se ha producido una disminución significativa de las camas de los hospitales psiquiátricos. La hospitalización psiquiátrica en hospitales generales solo tiene cierto desarrollo en Costa Rica y Panamá. Los servicios de internación parcial (hospitales de día) y los dispositivos para la atención infanto-juvenil son muy limitados.
5. Un problema clave es el pobre desarrollo del componente salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS). Por lo general, no existen protocolos de salud mental para APS o no han sido diseminados e implementados.
6. Se requiere sistematizar los procesos de capacitación y actualización de los profesionales de la salud mental y los trabajadores de APS.
7. La participación de la sociedad civil es aún muy limitada. Los movimientos asociativos de usuarios y familiares son escasos y poco diversificados.
8. Es necesario desarrollar una amplia cartera de servicios de salud mental que permita la implementación de un modelo de atención de base comunitaria; en especial consolidar una red de dispositivos especializados ambulatorios descentralizados y vinculados con la atención primaria.

El análisis realizado mediante el IESM-OMS ha brindado una oportunidad para que estos países avancen en la consecución de su objetivo de reestructurar y mejorar sus servicios de salud mental con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

El informe completo de este estudio podrá encontrarse a partir de 2010 en la página Web de la OPS/OMS (www.paho.org)

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas (1990). Cuad Psiquiatr Comunitaria 2006; 6(1):70-1.
2. <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43/index-s.htm>
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración de Brasilia (2005). Cuad Psiquiatr Comunitaria 2006;6(1): 67-9.
4. World Health Organization. Assessment Instrument for Mental Health Systems. Versión 2.2. Geneva: WHO; 2005.
5. Rodríguez JJ, Barrett T, Narváez S, Caldas JM, Levav I, Saxena S. Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. Rev Panam Salud Pública 2007;22(5):348-57.
6. Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2007. Washington, DC: OPS; 2007.
7. Gable L, Vázquez J, Gostin LO, Jiménez HV. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. Rev Panam Salud Pública 2005;18(4/5): 366-73.

LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y LA BRECHA DE TRATAMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Robert Kohn¹ e Itzhak Levav²

INTRODUCCIÓN

Las encuestas comunitarias de salud mental han demostrado altas tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe. En números, se calcula que la depresión mayor por sí sola puede afectar a más de 21 millones de personas en América Latina y el Caribe en un año determinado. Estos trastornos están representados en la carga de enfermedad, la cual experimenta un crecimiento continuo. Durante el último decenio la magnitud de la discapacidad atribuida a los trastornos neuropsiquiátricos aumentó de 8,8 a 22,2%.

La significativa carga de discapacidad causada por los trastornos mentales es consecuencia de la manifestación de los síntomas en edades tempranas (1) y de la alta prevalencia de los trastornos. Además, solo una pequeña proporción de las personas que requieren tratamiento acuden a los servicios de atención de salud mental especializados o a los servicios de atención de salud general para abordar el problema satisfactoriamente (2). Por último, y sin ser este un listado exhaustivo de posibles

causas, la búsqueda de atención puede postergarse durante años (3).

Se han esgrimido numerosos factores, subjetivos y objetivos, para explicar la brecha en la atención y la demora en la búsqueda de los servicios. Entre los primeros figuran la negación del problema, la suposición de que el tratamiento no existe o es poco o nada eficaz, la creencia errónea de que el problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda externa (4) o la simple carencia de conocimientos sobre los trastornos mentales y el estigma (5, 6). Los factores objetivos se refieren a las barreras para la atención, tales como los aspectos financieros (7), la escasa o nula disponibilidad de los servicios, los problemas de accesibilidad y la adaptación culturalmente inadecuada de los servicios a los usuarios (8). Para reducir la carga de morbilidad atribuida a las enfermedades mentales es preciso abordar no solo la brecha en la atención, sino también la demora en la búsqueda de los servicios. Este conjunto de factores reclama programas de intervención creativos (9). Sin embargo, a pesar de todo lo expuesto, hasta hace poco tiempo se prestaba escasa atención a la investigación sobre la utilización de los servicios de salud mental en la Región, y la información disponible para los salubristas y clínicos, entre otros, se basaba en la población atendida.

¹ Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

² Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel.

ESTUDIOS SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Diversas encuestas realizadas para estudiar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos también han servido para analizar la utilización de los servicios de atención. A continuación se describen algunos estudios sobre el tema realizados en Brasil, Chile, Colombia, México y Puerto Rico.

Brasil

En dos distritos de la ciudad de São Paulo, donde las necesidades de salud son atendidas por un centro médico universitario, se llevó a cabo un estudio para analizar la utilización de los servicios de salud por parte de la población (10, 11). Esta zona mostraba una situación socioeconómica similar a la del promedio de la ciudad, aunque no era representativa de la población nacional. Se evaluó una muestra de 1.464 personas mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) (12) para obtener diagnósticos de la CIE-10 y se pudo recopilar importante información sobre la utilización de los servicios de atención de salud en el país. El 41,0% de los pacientes que presentaba un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses había acudido en busca de atención médica general el mes anterior a la entrevista, y 15,8% había utilizado el sistema especializado de salud mental en el mismo período. Entre los pacientes que presentaban un trastorno a lo largo de la vida, 34,4% utilizaron los servicios de atención médica general y 10,6% los de salud mental. Aproximadamente 5% de las personas que no presentaron ningún trastorno psiquiátrico según la CIDI, pero que podían padecer otro tipo de trastornos, habían recibido tratamiento en los servicios de salud mental durante el mes anterior. Cabe hacer notar que las variables que predecían estadísticamente y de manera significativa la utilización de los servicios de atención médica general en las personas a las que se les diagnosticaba un trastorno en los últimos 12 meses (prevalencia-

año), eran pertenecer al género femenino, tener de 45 a 59 años de edad y contar con algún seguro privado. No se asociaba la utilización de los servicios de salud mental con el género. En cambio, la asociación identificada era no tener pareja. Los investigadores observaron también que era menos probable que las personas con bajos ingresos, por lo regular las más propensas a padecer trastornos mentales (13), acudieran en busca de atención de salud mental. En el cuadro 1 se muestra el porcentaje de personas con algún trastorno mental en los últimos 12 meses que recibieron atención en los servicios de salud el mes anterior al estudio.

En 2003 se realizó la Encuesta Mundial de Salud Mental en la que participaron aproximadamente 5.000 personas. La investigación se centró en la depresión mayor, la esquizofrenia y otros cuatro trastornos médicos crónicos (14). El trastorno más prevalente era la depresión mayor (19,2%), mientras que para la esquizofrenia el porcentaje era de 1,7. Las tasas de tratamiento a lo largo de la vida eran de 67,8% para la depresión (70,6% en las mujeres y 61,3% en los hombres) y de 77,1% para la esquizofrenia (75,0% en las mujeres y 80,8% en los hombres). El tratamiento farmacológico de ambos trastornos durante las semanas previas a la entrevista fue escaso. Solo 32,9% de las personas con depresión declararon que estaban tomando medicamentos (36,2% de las mujeres y 24,9% de los hombres). Algo más de la mitad de las personas con algún trastorno compatible con la esquizofrenia (57,1%) tomaban medicamentos (46,2% de los hombres y 53,7% de las mujeres).

Chile

El Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica (ECPP) consistió en una investigación nacional llevada a cabo en hogares, en la que se entrevistó a 2.987 personas de 15 años y más para obtener diagnósticos según criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III R). La encuesta incluía una sección que analizaba la utilización

CUADRO 1. Utilización de los servicios de salud en el último mes, por personas con trastornos mentales en los últimos 12 meses, São Paulo, Brasil (N = 1.464).

Trastorno	Servicios especializados ^a %	Servicios generales ^b %
Cualquier trastorno	13,0	38,3
Cualquier trastorno del estado de ánimo	23,2	46,7
Cualquier trastorno de ansiedad	19,7	36,4
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	10,0	32,1
Trastorno somatomorfo	8,7	44,8
Cualquier trastorno a lo largo de la vida (distinto a otro trastorno)	4,9	34,4
Ningún trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida	5,2	23,7
Muestra total	7,7	29,0

^a Psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera psiquiátrica, psicoterapeuta.

^b Médico de atención primaria, médico especialista, enfermera, terapia ocupacional, otro especialista de atención de salud.

Notas: Para la evaluación de los trastornos se utilizó la CIDI 1.1. Para la clasificación de los trastornos se utilizó la CIE-10.

Fuente: Andrade L et al. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316–25.

CUADRO 2. Utilización de los servicios de salud mental (por regiones) en los últimos seis meses, por personas con trastornos mentales en los últimos 12 meses, Chile (N = 2.978).

Regiones	Servicios de salud mental			Servicios de atención por abuso de sustancias (%)
	Todos los servicios (%)	Servicio no especializado ^a (%)	Servicio especializado ^b (%)	
Región del Bío-Bío	17,6	15,2	5,2	0,1
Región Metropolitana	1,1	17,1	6,7	0,3
Región de Tarapacá	25,9	24,3	5,6	0,4
Región de la Araucanía	12,0	10,7	3,4	0,1
Total de encuestados (N = 2.978)	20,1	17,7	5,6	0,2
Sin diagnóstico psiquiátrico (N = 2.349)	14,8	12,9	3,5	0,1
Con diagnóstico psiquiátrico (N = 629)	38,5	34,1	13,1	0,7

^a Médico de atención primaria, médico especialista, enfermera, terapia ocupacional, otro especialista de atención de salud.

^b Psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera psiquiátrica, psicoterapeuta.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III R).

Fuentes: Saldívia S et al. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:71–6. Vicente B et al. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:935–42.

de los servicios de salud mental en los seis meses precedentes y exploraba las barreras existentes para el acceso al tratamiento psiquiátrico (4, 15). En este estudio se observó que la gravedad del trastorno psiquiátrico se correlacionaba con la intensidad de la búsqueda de atención. Solo una limitada proporción de las personas diagnosticadas con algún trastorno acudieron en busca de servicios especializados de atención de salud mental. Se

observó la existencia de disparidades e inequidades regionales en el acceso a los servicios de atención (16) (Cuadro 2).

En otra encuesta comunitaria se estudió la utilización de los servicios de salud mental durante los seis meses anteriores en una muestra de 3.870 personas (17), con el objetivo de obtener diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y analizar la prevalencia de estos en el mes anterior. Para

tal fin se utilizó el Formulario de Entrevista Clínica Revisado (18). Solo 19,8% de las personas a las que se les había diagnosticado un trastorno psiquiátrico habían consultado a un profesional y, de ellas, solo 3,5% había acudido a un psiquiatra. La probabilidad de buscar atención era más alta entre los que tenían un seguro privado (29,2%) que entre los que tenían seguro público (15,1%) y de 18,0% para los que no contaban con seguro médico. La búsqueda de ayuda se incrementaba con la gravedad del trastorno (23,7% y 25,7%, respectivamente para los que presentaban trastornos más graves y los discapacitados). El nivel educativo, la ocupación y la calidad de la vivienda no modificaron los resultados. Era menor la probabilidad de que las personas con trastornos mentales consultaran a un profesional de la salud por su psicopatología, independientemente del tipo de seguro médico. Se observó que las personas que tenían seguro médico público presentaban una tasa mayor de prevalencia de trastornos mentales que las que tenían seguro privado y que, aunque la gravedad de su condición era mayor, la tasa de consulta por estos trastornos era menor. De forma similar al estudio llevado a cabo en Brasil (11), en las personas con menores ingresos la morbilidad por este tipo de trastornos era mucho más fre-

cuente, y la probabilidad de que acudieran en busca de tratamiento, mucho menor.

Colombia

El Estudio Nacional de Salud Mental llevado a cabo en una muestra de 4.426 personas (19) mostró que 86,1% de las que padecían un trastorno psiquiátrico no recibían tratamiento en los servicios de atención de salud. El estudio se realizó por medio de la CIDI y en él se analizó la prevalencia en los últimos 12 meses de los trastornos definidos según el DSM-IV, en personas de 18 a 65 años. El 13,2% de los que presentaban un trastorno psiquiátrico acudieron a los servicios de atención de salud formal en busca de asistencia. Las personas que presentaban trastornos más graves hacían mayor uso de los servicios de salud. El cuadro 3 muestra las tasas de utilización de los servicios según los principales grupos diagnósticos.

México

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en una muestra nacional de 5.826 personas de 18 a 65 años mediante el WMH-CIDI, reveló que la probabilidad de acudir a los servicios de salud era más alta

CUADRO 3. Utilización de los servicios de salud mental por personas con trastornos mentales en los últimos 12 meses, Colombia (N = 4.426).

Trastorno	Psiquiatras (%)	Otros especialistas de salud mental ^a (%)	Servicios generales de salud ^b (%)	Cualquier proveedor de atención sanitaria (%)	Búsqueda de cualquier otro tipo de ayuda ^c (%)
Trastorno afectivo	2,2	9,5	5,2	14,2	17,6
Trastorno de ansiedad	1,9	6,3	5,6	12,0	15,2
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	1,6	3,7	0,0	5,3	7,5
Cualquier trastorno psiquiátrico	2,1	6,3	4,1	11,0	3,4
Ningún diagnóstico	0,4	1,3	1,1	2,6	3,9

^a Psicólogo, asistente social, enfermera psiquiátrica, psicoterapeuta.

^b Médico de atención primaria, médico especialista, enfermera, terapia ocupacional, otro especialista de atención de salud.

^c Curandero, líder religioso.

Notas: No se entrevistó al total de la muestra, sino solo a quienes padecían algún trastorno según el DSM-IV y a 25% de las que no padecían ningún trastorno. Para el diagnóstico de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

Fuente: Posada-Villa JA et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. Rev Colomb Psiquiatr 2004;33:241-62.

CUADRO 4. Utilización de los servicios de salud mental por personas con trastornos mentales en los últimos 12 meses (prevalencia-año), México (N = 2.362).

Trastorno	Psiquiatras (%)	Otros especialistas de salud mental ^a (%)	Servicios generales de salud ^b (%)	Cualquier proveedor de atención sanitaria (%)	Búsqueda de cualquier otro tipo de ayuda ^c (%)
Trastorno afectivo	5,1	8,8	11,2	22,2	26,0
Trastorno de ansiedad	3,8	5,7	6,0	13,2	15,4
Trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	8,2	7,1	2,8	17,1	19,6
Cualquier trastorno psiquiátrico	4,4	6,4	6,5	15,8	18,6
Ningún diagnóstico	0,3	1,5	1,1	2,7	3,4

^a Psicólogo, asistente social, enfermera psiquiátrica, psicoterapeuta

^b Médico de atención primaria, médico especialista, enfermera, terapia ocupacional, otro especialista de atención de salud

^c Curandero, líder religioso.

Nota: Para la clasificación de los trastornos se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

Fuente: Medina-Mora ME et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003;26:1-16. Borges G et al. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006;163:1371-8.

entre las personas con trastornos afectivos (20) (Cuadro 4). Además, era más probable que buscaran atención las personas que presentaban trastornos comórbidos que aquellas que no los tenían. Del total de pacientes tratados, 57% había recibido un tratamiento que podía considerarse como poco adecuado (21). Aquellos con trastornos por abuso de sustancias psicotrópicas presentaban las tasas más bajas de tratamiento poco adecuado. No existía ningún correlato demográfico estadísticamente significativo con respecto a quién recibía tratamiento poco adecuado.

En un estudio circunscrito a la ciudad capital se entrevistó a 1.937 personas de 18 a 64 años de edad (22-24) y se observó que 56,6% de las diagnosticadas con depresión mayor había solicitado tratamiento. Un menor número de personas con otros trastornos había solicitado tratamiento (25,9% para el trastorno bipolar y 7,9% para el trastorno obsesivo-compulsivo). Otro estudio, en el que solo fueron analizados los trastornos afectivos en zonas rurales en una muestra de 2.509 personas de 15 a 89 años (25) demostró que el número de personas con depresión mayor que había solicitado tratamiento era inferior al número de personas que había solicitado tratamiento para la distimia (33,7% y 42,0%, respectivamente).

Puerto Rico

El último estudio que informara sobre la tasa de utilización de los servicios se llevó a cabo en este país y utilizó el Formulario de Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*) en 1.984 personas de 18 a 64 años (26). Casi todos los entrevistados diagnosticados con psicosis no afectiva acudieron en busca de tratamiento (90,3%), pero solo lo hicieron 30% y 24,0% de los diagnosticados con depresión mayor y trastorno por consumo de alcohol, respectivamente.

BARRERAS PARA EL TRATAMIENTO

Hasta la fecha, son escasos los estudios que han analizado las barreras para el acceso a los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. En el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica se preguntó a los entrevistados diagnosticados con un trastorno psiquiátrico acerca de los motivos que habían impedido que acudieran en busca de tratamiento (27). La mayoría creía que el problema se resolvería espontáneamente (65,7%), o que lo podrían solucionar por sí mismos (60,1%). Menos de la mitad de los entrevistados atribuyeron el hecho de no acudir en busca de ayuda a razo-

CUADRO 5. Resultados sobre cobertura de atención de salud mental y adherencia, según el estudio multinacional consensuado Delphi.

Diagnóstico	Brasil		México		Todos los países ^a	
	Cobertura actual (%)	Adherencia (%)	Cobertura actual (%)	Adherencia (%)	Cobertura actual (%)	Adherencia (%)
Esquizofrenia	63,0	60,0	34,3	38,0	48,3	47,0
Trastorno bipolar	63,0	55,5	34,0	35,5	46,2	44,7
Depresión	41,0	58,5	38,1	47,3	39,6	45,5
Trastorno de pánico	36,5	66,0	19,0	41,1	27,1	41,5
Consumo excesivo de alcohol	21,5	32,5	28,3	27,5	25,1	23,3
Alcoholismo	44,0	37,3	22,1	21,4	31,6	25,2
Enfermedad de Alzheimer	21,7	64,4	12,9	41,3	20,6	47,5
Epilepsia	72,0	77,0	61,3	67,5	59,9	60,7

^a Brasil, China, Egipto, Ghana, India, México y Tailandia.

Fuente: Ferri C et al. Resource utilisation for neuropsychiatric disorders in developing countries: a multinational Delphi consensus study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:218–27.

nes financieras (43,6%). El miedo ante el diagnóstico (36,7%), la preocupación por lo que pensarían los demás (24,1%) y el temor de que alguien lo descubriera (22,1%), eran las razones frecuentemente señaladas. Entre otras barreras, se citaban los factores relacionados con el sistema de atención de salud, tales como la falta de confianza en los proveedores de los servicios (22,2%) y el no saber dónde obtener ayuda (29,0%). El bajo nivel educativo, los ingresos escasos y el estado civil constituían variables predictivas de barreras específicas para la atención.

En un estudio longitudinal de un año de duración sobre el incumplimiento del tratamiento de la esquizofrenia en 50 pacientes ambulatorios de São Paulo (28), los investigadores definieron el incumplimiento como la toma de menos de 75% de la medicación prescrita durante los 30 días anteriores. La tasa de incumplimiento a lo largo de un año era de 48%. Los factores demográficos no fueron predictivos del cumplimiento del tratamiento medicamentoso. Las molestias causadas por los efectos colaterales eran la principal razón esgrimida como causa del incumplimiento, seguida del deseo de ser normal y del estigma asociado al tratamiento.

En un estudio internacional basado en los criterios de un grupo consensuado de expertos se analizó la adherencia al tratamiento en

diversos trastornos psiquiátricos (29). Los expertos brasileños calcularon que 60,0% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia cumplía el tratamiento, pero solo lo hacían 37,3% de los pacientes con alcoholismo. Los expertos mexicanos calcularon que la adherencia al tratamiento en su país mostraba tasas similares (61,3% para la esquizofrenia y 30,6% para el alcoholismo). El cuadro 5 proporciona un resumen de la cobertura existente en ese momento para los trastornos estudiados en los servicios de atención primaria de Brasil y México, por comparación con la media de los siete países en desarrollo participantes en el ejercicio. La cobertura para algunos trastornos específicos era muy baja (por ejemplo, 34,3% para la esquizofrenia en México). Aunque la exactitud de estos cálculos es cuestionable por provenir de las opiniones de los expertos, los resultados pueden considerarse como una aproximación a los porcentajes de cobertura y adherencia.

Algunos estudios realizados en América Latina y el Caribe analizaron la percepción y el conocimiento de las enfermedades mentales por parte del público. Diez de ellos, publicados entre 1980 y 2001, fueron revisados y seleccionados (30). Los investigadores observaron cierta tendencia a adoptar actitudes positivas hacia las personas con enfermedades mentales, especialmente entre los encuestados con nive-

les educativos y socioeconómicos más altos. El cuadro clínico más frecuentemente señalado como enfermedad mental era la esquizofrenia y las afecciones psicóticas o paranoides. Existía cierta tendencia a compartir las creencias del modelo médico occidental y escasos signos de modelos interpretativos que incorporaran aspectos mágicos o religiosos. En el cuadro 6 se resumen los diez estudios (31–40).

Con posterioridad a esta revisión se publicaron una serie de informes realizados en São Paulo, Brasil, en los que se distribuyeron viñetas a 2.000 personas para analizar el estigma y los conocimientos en la comunidad acerca de cuatro trastornos psiquiátricos (41–44). El término esquizofrenia solo se empleó en 2,2% de las respuestas. Más de la mitad de los entrevistados creían que la esquizofrenia era una enfermedad mental. Menos de la mitad de la muestra fue capaz de seleccionar una viñeta que describía depresión mayor como representativa de una persona con depresión. Aproximadamente solo 20% creía que la viñeta representaba una enfermedad mental. A diferencia de lo que ocurría con la esquizofrenia, y más similar a la depresión mayor, menos de 20% de los entrevistados pensaba que la viñeta referida al alcoholismo representaba una enfermedad mental. El 46,6% señaló que los síntomas de la enfermedad de Alzheimer correspondían a pérdida de memoria. El término enfermedad de Alzheimer solo se empleó en 4% de las respuestas, aunque 39,4% de los entrevistados creía que se trataba de una enfermedad mental. La explicación médico-científica de la enfermedad ante las cuatro viñetas se dio con menor frecuencia que en otros países donde se realizaron estudios similares. En general, los entrevistados no esgrimieron conceptos médico-científicos. Las atribuciones causales indicaron que las creencias de las personas entrevistadas eran muy diferentes a las de la comunidad médica.

En una encuesta nacional de salud realizada recientemente en Jamaica, se analizó el estigma en relación con las personas con trastornos mentales (45). Se observó que los familiares de personas con enfermedades mentales muestra-

ban un comportamiento menos estigmatizante que aquellos que no informaron sobre enfermedades mentales en su familia. Entre la población jamaicana en cuya familia no había ningún miembro con una enfermedad mental, 66,4% tendería a evitar a una persona con enfermedad mental; 44,2% se relacionaría con ella; pero solo 24,3% se sentiría cómodo en su proximidad. Los investigadores interpretaron estos resultados como indicativos de la presencia de fuertes sentimientos negativos hacia las personas con enfermedad mental.

La actitudes negativas y los escasos conocimientos en materia de salud mental constituyen barreras para la atención que no solo se observan entre el público lego sino también en la comunidad médica (46). En un estudio realizado con 107 médicos de atención primaria en centros de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica, la mayor parte de los médicos declararon haberse sentido incómodos al tratar pacientes con depresión mayor.

LA DEMORA EN EL TRATAMIENTO

Existen pocos datos en América Latina y el Caribe sobre el desfase en el tratamiento, es decir, la demora entre la aparición de síntomas o signos del trastorno y la primera consulta. La mayor parte de la información actual procede de la Encuesta Nacional Mexicana de Comorbilidad (2001–2002) (Cuadro 7) realizada como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental, mencionada anteriormente (47). Este estudio reveló que durante el año en que se manifestó la enfermedad solo 19,0% de las personas que padecían depresión mayor acudía en busca de atención. La fobia social mostraba la tasa más baja de contacto terapéutico durante el primer año (1,2%). A los 50 años de edad, casi 30% de las personas con depresión mayor no había establecido aún ningún contacto terapéutico y solo lo habían hecho menos de 25% de los que presentaban un trastorno relacionado con el consumo de alcohol. Entre los que acudieron en busca de tratamiento, la mediana de demora era de 2 a 26 años, según el trastorno (mediana de demora de 13 años para la

CUADRO 6. Estudios sobre la percepción de los trastornos mentales en la comunidad, 1980–2000.

Autor	Ciudad y país	Tamaño de la muestra	Resultados clave
Heller 1980 (31)	Durango, México	110	No se observó ninguna diferencia entre clases en cuanto a la definición de comportamiento anormal. Con respecto al tratamiento, las personas de clase media encontraban más necesaria la ayuda profesional que las de clases inferiores.
D'Amorim 1981 (32)	João Pessoa, Brasil	682 (comunidad)/ 36 (profesionales de la salud)	La esquizofrenia era el trastorno clínico más reconocido. La población recomendaba primordialmente buscar la ayuda de un psiquiatra y el tratamiento en hospitales psiquiátricos. El tratamiento preferido fue la orientación psicológica. Una comparación entre los profesionales sanitarios y la población reveló una menor tipificación del alcoholismo y los trastornos conductuales como enfermedades mentales por parte de la población.
Stefani 1984 (33)	Buenos Aires, Argentina	253	Cuanto mayor era el nivel socioeconómico, más positivas eran las actitudes acerca de las enfermedades mentales.
Stefani 1985 (34)	Buenos Aires, Argentina	105	La población presentaba un grado de autoritarismo promedio y actitudes más bien favorables hacia las enfermedades mentales. El nivel de autoritarismo por sí solo no predecía las actitudes relacionadas con las enfermedades mentales.
Natera 1985 (35)	Ciudad de México, México	28 (estatus socioeconómico alto)/ 103 (estatus socioeconómico bajo)	En ambas comunidades la percepción correspondiente al modelo médico era similar. La histeria y el trastorno obsesivo-compulsivo no se percibían como enfermedades. Se consideró el alcoholismo como el problema más frecuente.
Parrá 1987 (36)	Chihuahua, México	47	La enfermedad mental más reconocida era la esquizofrenia. Las mujeres tendían a percibir menos enfermedades mentales que los varones. El tipo de ayuda más recomendada fue la profesional.
Penayo 1988 (37)	Sandino y León, Nicaragua	108	La esquizofrenia se consideró más grave que los otros trastornos y la depresión neurótica como la de menor gravedad. Los trastornos percibidos como más frecuentes eran el alcoholismo y la neurosis depresiva.
García-Silberman 1993 (38)	Ciudad de México, México	150	La población tiene más conocimientos y más actitudes positivas que lo previsto. La mayor parte de las personas de la muestra eran conscientes de la importancia de las enfermedades mentales y estaban informadas al respecto.
García-Silberman 1998 (39)	Ciudad de México, México	800	Las creencias, las actitudes y las intenciones conductuales con relación a las enfermedades mentales eran generalmente positivas. Esta tendencia era mayor entre las personas más jóvenes, las de mayor nivel educativo y las que habían asumido mayores logros profesionales.
Kohn 2000 (40)	El Commonwealth de Dominica	135 (comunidad)/ 67 (líderes de la comunidad)	Los líderes comunitarios reconocieron la presencia de enfermedades mentales en menor grado que la comunidad. La psicosis era el diagnóstico más reconocido como enfermedad mental. En cuanto al tratamiento, la mayor parte de la población recomendó acudir en busca de atención médica.

Fuente: de Toledo Piza PE et al. Community perception of mental disorders—a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:95–61.

CUADRO 7. Resultados de la Encuesta Nacional Mexicana de Comorbilidad (2001–2002) sobre la demora en acudir a tratamiento

Trastorno	Contacto terapéutico en el año de inicio (%)	Contacto terapéutico a los 50 años de edad (%)	Duración mediana de la demora en años
Cualquier trastorno de ansiedad	3,6	53,2	30
Trastorno de pánico	17,0	79,2	16
Trastorno de ansiedad generalizada	12,7	38,6	2
Fobia específica	1,6	25,2	26
Fobia social	1,2	43,9	22
Cualquier trastorno del estado de ánimo	16,0	69,9	14
Episodio depresivo grave	19,0	70,4	13
Distimia	11,7	75,5	18
Trastorno bipolar	6,5	53,1	13
Cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas	0,9	22,1	10
Alcoholismo	2,4	24,3	12
Drogadicción	2,9	56,9	4

Fuente: Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007;97:1638–43.

depresión mayor). Eran escasos los correlatos sociodemográficos predictivos de la demora en el tratamiento; solo las cohortes más jóvenes acudieron antes en busca de tratamiento para sus trastornos de ansiedad.

Una encuesta llevada a cabo entre miembros de grupos defensores de los pacientes con problemas de salud mental, provenientes de 11 países, analizó la demora en la búsqueda de tratamiento para los trastornos de ansiedad (48). En esta muestra, seleccionada y representativa, no se observaron indicios de una mayor demora por comparación con los miembros de los grupos defensores asentados en los Estados Unidos.

Tres estudios clínicos han analizado la *duración de la psicosis no tratada* (DPNT) en el primer episodio. Un estudio brasileño (n = 179; DPNT media = 265 días) no confirmó la hipótesis en cuanto a que una DPNT más larga estaba asociada a un mayor déficit cognoscitivo en pacientes con esquizofrenia (49). En dos estudios mexicanos del mismo equipo de investigación se observó que cuanto más larga era la DPNT, peores eran el ajuste psicosocial y los índices de recuperación (n = 66; DPNT media = 54 semanas) (50). Se obtuvo un resultado similar cuando se estudiaron hombres y mujeres por separado (n = 77; DPNT media = 60 semanas), y también se observó que el pobre desempeño

premórbido de los hombres, por comparación con las mujeres, se debía a una DPNT más prolongada en los hombres (51). Los estudios disponibles no permiten discernir si la demora en el tratamiento es mayor en América Latina que en otras partes del mundo. Sin embargo, está claro que el retraso en el tratamiento de ciertos trastornos, entre ellos la esquizofrenia, es prolongado.

LA BRECHA DE TRATAMIENTO

La brecha de tratamiento representa la diferencia absoluta entre la prevalencia real de un trastorno y la proporción de personas afectadas por ese trastorno que reciben tratamiento. También se puede expresar como el porcentaje de personas que requieren atención y no la reciben. Si lo que se busca es disminuir la discapacidad, es necesario reducir la brecha de tratamiento.

El cálculo de la brecha de tratamiento en una población depende del período de prevalencia del trastorno, del marco temporal en que se lleva a cabo el análisis de la utilización de los servicios y de la representatividad demográfica de la muestra estudiada en relación con la población destinataria (52).

En América Latina y el Caribe existe una amplia diferencia entre las “tasas de prevalen-

CUADRO 8. Brecha de tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, en términos de porcentaje de personas que necesitaban atención y no la recibieron.

Trastorno	São Paulo (último mes) ^a	Chile (últimos seis meses) ^b	WMH de México (último año) ^c	Ciudad de México (toda la vida) ^a	México rural (toda la vida) ^a	Puerto Rico (último año) ^d	Media	Mediana
Psicosis no afectiva	58,0	46,3	... ^e	...	...	9,7	37,4	44,4
Depresión mayor	49,4	37,6	77,2	43,4	66,3	70,0	58,9	57,9
Distimia	43,8	29,8	81,5	78,5	58,0	...	58,8	58,0
Trastorno bipolar	46,0	52,6	85,7	74,1	...	...	64,0	62,2
Ansiedad generalizada	41,1	34,0	94,7	72,2	...	...	63,1	58,2
Trastorno de pánico	47,8	28,7	71,2	70,0	...	...	52,9	58,9
Agorafobia	...	58,3	89,7	80,3	...	...	...	...
Obsesivo-compulsivo	...	27,6	...	92,1	...	...	59,9	59,9
Estrés postraumático	...	35,2	83,0	...	...	...	...	...
Abuso o dependencia del alcohol	53,3	84,8	79,2	...	...	76,0	71,4	76,0

^a Diagnósticos de la CIE-10.

^b Clasificación según el DSM-III-R.

^c Diagnósticos de la CIE-10, excepto el abuso o dependencia del alcohol que corresponden al DSM-IV;

^d Clasificación según el DSM-III-R.

^e No se analizó el trastorno en cuestión.

Nota: La WMH de Colombia únicamente ha publicado datos (del último año) sobre la brecha de tratamiento para los siguientes trastornos del DSM-IV: cualquier trastorno afectivo, 82,4%; cualquier trastorno de ansiedad, 95,4%; y cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas, 92,5%.

cia real” y las “tasas de prevalencia tratada”. Los estudios publicados que contaban con datos sobre la brecha de tratamiento brindaron información sobre la utilización de los servicios en períodos dispares, por ejemplo, último mes, los últimos seis meses, el último año o toda la vida. El cuadro 8 proporciona datos sobre la brecha observada en ocho de los trastornos, en diversas localidades geográficas, así como las brechas de tratamiento medias y medianas observadas en los distintos estudios. En las muestras analizadas, más de una tercera parte de las personas con psicosis no afectiva, más de la mitad de las que presentaban un trastorno de ansiedad y aproximadamente tres cuartas partes de las personas diagnosticadas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol no recibían atención de salud mental en el sistema de salud formal.

A pesar de la diversidad de los períodos investigados en los estudios disponibles, la brecha de tratamiento informada es muy amplia e incluso podría estar subestimada por no haberse tenido en cuenta la comorbilidad. Obviamente, la brecha de tratamiento en Amé-

rica Latina y el Caribe sería más amplia si los estudios hubieran estado dirigidos a investigar las tasas de tratamiento del país y no de regiones específicas, ya que las zonas estudiadas por lo general contaban con más servicios. Otro tanto sucedería si la información proviniera de todos los países y no solo de unos cuantos, en general los que tienen mayores recursos, entre ellos los destinados a la investigación epidemiológica (53).

En un estudio sobre la prevalencia del tratamiento llevado a cabo en 1993, basado en una revisión de historias clínicas de todos los proveedores de atención de salud que trataban enfermedades mentales en Belice, se observó que aproximadamente 63% de las personas con esquizofrenia, 89% de las que sufrían trastornos afectivos y 99% de las que padecían trastornos de ansiedad, no recibían tratamiento (54). Debe señalarse que los datos recientemente publicados sobre las tasas de utilización de los servicios correspondientes al año 2005, indican que Belice ha logrado reducir notablemente la brecha de tratamiento (de 97% a 44%), y que se ofrece tratamiento a la mayor parte de las per-

sonas que sufren psicosis o cualquier otro trastorno (55).

En un análisis de los datos de 1998 sobre la utilización de los servicios psiquiátricos del sistema nacional de atención de salud de São Paulo se observó que 71% de las personas con esquizofrenia no recibían tratamiento (56). Esto refuerza la percepción de que, en base a los estudios disponibles, la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe está subestimada.

El Proyecto Atlas, llevado a cabo por la OMS (57, 58), aportó nuevos datos probatorios del déficit en materia de servicios de salud mental en la Región. Los niveles de inversión en salud mental, así como la disponibilidad de camas psiquiátricas, de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental en muchos países de América Latina y el Caribe, van muy a la zaga de los del Canadá y los Estados Unidos (Cuadros 9 y 10). El porcentaje del presupuesto

CUADRO 9. Recursos destinados a la atención de salud mental en los países de América Latina y el Caribe y comparación con los recursos destinados en Canadá y los Estados Unidos.

País	Presupuesto ^a	Camas psiquiátricas ^b	Camas en hospitales psiquiátricos ^b	Camas en hospitales generales ^b	Camas en otros entornos ^b	Camas en hospitales psiquiátricos (%)
Antigua y Barbuda	3,0	17,9	17,0	0,7	0,2	95,0
Argentina	2,0	6,0	5,4	0,0	...	90,0
Bahamas	11,0	12,0	11,7	0,3	0,0	97,5
Barbados	12,0	26,3	22,0	0,3	4,0	83,7
Belice	1,0	2,3	2,1	0,2	0,0	91,3
Bolivia	0,2	0,8	0,5	0,1	...	62,5
Brasil	2,5	2,6	2,4	0,1	...	92,3
Chile	2,3	1,3	1,0	0,2	0,1	76,9
Colombia	0,1	1,3 ^a	...	...	...	...
Costa Rica	8,0	2,6	2,5	0,1	0,0	96,2
Cuba	5,0	7,4	5,7	1,5	1,0	77,0
Dominica	2,9	...	...	...	...	...
Ecuador	...	1,7	1,5	0,2	0,0	88,2
El Salvador	...	0,7	0,7	0,0	0,0	100,0
Granada	10,0	10,8	8,6	2,2	0,0	79,6
Guatemala	0,9	0,4	0,3	0,1	0,0	75,0
Guyana	...	3,0	2,6	0,4	0,0	86,7
Honduras	2,3	0,6	0,5	0,1	0,0	83,3
Jamaica	5,0	5,0	4,0	...	...	80,0
México	1,0	0,7	0,5	0,1	...	71,4
Nicaragua	1,0	0,3	0,3	...	0,2	100,0
Panamá	...	2,6	1,6	1,0	...	61,5
Paraguay	0,1	0,7	0,6	0,1	0,0	85,7
Perú	2,0	0,5	...	...	...	...
República Dominicana	0,5	0,4	0,3	0,1	0,0	75,0
Santa Lucía	4,0	10,7	10,7	0,0	0,0	100,0
San Vicente y las Granadinas	4,6	10,6	9,7	0,9	0,0	91,5
Suriname	4,2	5,2	5,2	0,0	0,0	100,0
Trinidad y Tabago	...	10,3	7,9	0,6	1,8	76,7
Uruguay	8,0	5,4	4,8	0,6	0,0	88,9
Venezuela	...	2,5	0,3	2,2	...	12,0
Canadá	11,0 ^d	19,3	9,1	5,1	5,2	47,2
Estados Unidos	6,0	7,7	3,1	1,3	3,3	40,3

^a Porcentaje del presupuesto sanitario total.

^b Número de camas por 10.000 habitantes.

^c No se disponía de datos.

^d No se disponía de los datos correspondientes a 2005; los datos proceden de la publicación Atlas: Mental Health Resources in the World 2001.

Fuente: World Health Organization. Mental Health Atlas-2005. Geneva: WHO; 2005.

CUADRO 10. Recursos humanos destinados a la atención de salud mental en los países de América Latina y el Caribe y comparación con los recursos humanos en el Canadá y los Estados Unidos.

País	Psiquiatras ^a	Psicólogos ^b	Asistentes sociales ^c	Enfermeras psiquiátricas ^d
Antigua y Barbuda	2,0	3,0	... ^e	4,5
Argentina	13,3	106,0	11,0	...
Bahamas	4,7	3,0	3,7	21,6
Barbados	3,0	9,0	2,0	97,0
Belice	1,3	0,0	4,3	0,5
Bolivia	0,9	5,0	...	...
Brasil	4,8	31,8	...	...
Chile	4,0	15,7	1,5	1,1
Colombia	2,0	...	...	0,1 ^a
Costa Rica	2,0	2,0	0,5	2,0
Cuba	10,0	9,0	12,0	2,7
Dominica	...	...	...	...
Ecuador	2,1	29,1	0,1	0,5
El Salvador	0,5	31,2	...	0,0
Granada	1,0	1,0	3,0	5,4
Guatemala	0,5	0,7	0,1	0,1
Guyana	0,2	0,0	0,4	0,6
Honduras	0,8	0,5	0,3	0,0
Jamaica	1,6	0,7	0,4	8,0
México	2,7	...	0,2	0,1
Nicaragua	0,6	1,5	0,7	0,1
Panamá	3,7	2,6	0,1	5,0
Paraguay	1,8	...	...	0,1
Perú	2,1	4,0	1,0	6,0
República Dominicana	2,0	2,2	...	0,4
Santa Lucía	1,9	0,0	0,7	2,6
San Vicente y las Granadinas	0,9	1,8	2,7	14,2
Suriname	1,3	0,2	0,6	15,0
Trinidad y Tabago	1,0	0,3	4,0	11,5
Uruguay	22,9	15,1	62,0	0,9
Venezuela	24,0	...	...	...
Canadá	12,0 ^f	35,0	...	44,0
Estados Unidos	13,7	31,1	35,3	6,5

^a Número de psiquiatras por 100.000 habitantes.

^b Número de psicólogos por 100.000 habitantes.

^c Número de asistentes sociales por 100.000 habitantes.

^d Número de enfermeras psiquiátricas por 100.000 habitantes.

^e No se disponía de datos.

^f No se disponía de los datos correspondientes a 2005; los datos proceden de la publicación Atlas: Mental Health Resources in the World 2001.

Fuente: World Health Organization. Mental Health Atlas-2005. Geneva: WHO; 2005.

sanitario destinado a la salud mental en los países de América Latina y el Caribe variaba entre 0,1 y 12%, con una mediana de 2,5%. La mayor parte de los países ofrecen algún tipo de beneficio por invalidez destinada a los enfermos mentales crónicos. El número de camas psiquiátricas por 10.000 habitantes variaba entre 0,4 y 26, con una mediana de 2,6. El porcentaje de camas psiquiátricas ubicadas en hospitales psiquiátricos, indicador del grado de predominio de la atención a los pacientes con trastornos

crónicos en detrimento de la atención de los afectados por casos agudos o de la atención comunitaria, variaba entre 61,5% y 100%. La mediana era de 86,2%, muy diferente a la del Canadá o los Estados Unidos donde las camas en hospitales psiquiátricos representaban menos de 48% de las camas psiquiátricas. Asimismo, el número de psiquiatras por 100.000 habitantes variaba ampliamente de 0,2 a 24,0 con una mediana de 2,0. Algunos países informaron poseer un número mucho mayor de psiquia-

CUADRO 11. Barreras para el acceso a los servicios de salud mental y retos para eliminarlas.

Barreras	Retos
Financiamiento insuficiente de los servicios de salud mental	La promoción de la causa es inconstante y poco clara. Los indicadores de salud mental se perciben como poco precisos. Las personas con trastornos mentales actualmente no constituyen un grupo de presión suficientemente poderoso. Existe estigmatización social. Se cree erróneamente que la atención no es eficaz en función de los costos.
Recursos de salud mental centralizados en las grandes ciudades, cerca de estas y en grandes instituciones	Se ha dependido habitualmente de los hospitales psiquiátricos. Hay división de las responsabilidades en materia de salud mental entre los diferentes departamentos del gobierno. Las prioridades de los gobiernos centrales y provinciales son diferentes. Los profesionales y trabajadores de la salud mental tienen intereses personales en la continuidad de los grandes hospitales. Las protestas de los sindicatos suponen un riesgo político. Se requiere un financiamiento transitorio para pasar a un sistema de servicios comunitarios.
Complejidad de la integración eficaz de la atención de salud mental en los servicios de atención primaria	Los trabajadores de atención primaria ya están sobrecargados. La supervisión y el apoyo especializado posterior a la capacitación son insuficientes. No existe un suministro permanente de medicamentos psicotrópicos en la atención primaria.
Escasa cantidad y variedad del personal sanitario capacitado y supervisado para prestar servicios de atención de salud mental	Las condiciones de trabajo en los servicios públicos de salud mental son deficientes. Faltan incentivos para trabajar en las zonas rurales. Las instituciones profesionales se oponen a la ampliación de las funciones del personal no especializado en el entorno laboral de la salud mental. La capacitación de los estudiantes de medicina y los residentes de psiquiatría solo se imparte en los hospitales psiquiátricos. La capacitación del personal sanitario en general es inadecuada. Los especialistas en salud mental dedican su tiempo preferentemente a la prestación de atención y no a la capacitación y supervisión de otros profesionales. No existen suficientes infraestructuras que permitan la supervisión comunitaria
Frecuentes deficiencias de los dirigentes del ámbito de la salud mental en cuanto a sus aptitudes y experiencia en materia de salud pública	Los que alcanzan los puestos directivos a menudo solo se han capacitado para el manejo clínico. La capacitación en salud pública no incluye a la salud mental. Los psiquiatras se resisten a aceptar a otros como líderes. Déficit de cursos de capacitación en salud pública. Los dirigentes están sobrecargados por las responsabilidades clínicas y de gestión, y por las prácticas privadas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>

tras y psicólogos que los países de América del Norte. No está muy claro si estos recursos están siendo utilizados por las poblaciones más necesitadas, lo que podría tener repercusión en la brecha de tratamiento.

Para que los países en desarrollo logren reducir la discapacidad asociada al déficit asistencial se debe hacer más hincapié en eliminar las barreras tanto directas como indirectas que

aún existen. La OMS (59) ha sugerido 10 recomendaciones que deberían seguir los países en desarrollo con objeto de reducir la brecha de tratamiento en el ámbito de la salud mental: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores;

establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; apoyar nuevas investigaciones.

Más recientemente, en una serie de artículos sobre salud mental en el mundo publicados en la revista *The Lancet*, se formularon algunas recomendaciones destinadas a superar las barreras para la atención en salud mental (Cuadro 11) (60). El grupo de estudio llegó a la conclusión de que se podían extraer cuatro enseñanzas básicas con objeto de superar las barreras para la reforma de la salud mental y reducir la brecha de tratamiento: voluntad política; promoción de la causa de las personas con enfermedades mentales; creación de servicios comunitarios de atención de salud mental de nivel secundario; y utilización más eficaz de los recursos disponibles formales e informales.

REFERENCIAS

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
2. Alegría M, Kessler RC, Bijl R, Lin E, Heeringa SG, Takeuchi DT et al. Comparing data on mental health service use between countries. En: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet need in psychiatry*. New York: Cambridge University Press; 2000.
3. Olfson M, Kessler RC, Berglund PA, Lin E. Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 1998;155:1415-22.
4. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Patronos de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:263-70.
5. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
6. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997;38:177-90.
7. Kessler RC, Frank RG, Edlund M, Katz SJ, Lin E, Leaf P. Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *N Engl J Med* 1997;336:551-7.
8. World Health Organization. *Mental Health Atlas—2005*. Ginebra: OMS; 2005.
9. Moreno P, Saravanan Y, Levav I, Kohn R, Miranda CT. Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:61-5.
10. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:316-25.
11. Andrade LH, Viana MC, Tófoli LF, Wang YP. Influence of psychiatric morbidity and socio-demographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 (en prensa).
12. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-77.
13. Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J. Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population. En: Dohrenwend BP, ed. *Adversity, Stress, and Psychopathology*. Nueva York: Oxford University Press 1998:235-84.
14. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica* 2005;21 (Supl):43-53.
15. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:71-6.
16. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Navarrete G, Veloso P et al. Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:935-42.
17. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. *Am J Public Health* 2006;96:109-13.
18. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465-86.
19. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares

- del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr* 2004;33:241–62.
20. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1–16.
 21. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006;163:1371–8.
 22. Caraveo-Anduaga JJ, Martínez Vélez NA, Rivera Guevara BE, Dayan AP. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental* 1997;20 (Supl 2):15–23.
 23. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Ment* 2000;23:10–19.
 24. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:229–40.
 25. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez M. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental* 1999;22(número especial):68–74.
 26. Alegría M, Kessler RC, Bijl R, Lin E, Heeringa SG, Takeuchi DT et al. Comparing data on mental health service use between countries. En: Andrews G, Henderson S, eds. *Unmet Need in Psychiatry*. New York: Cambridge University Press 2000:97–118.
 27. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Riosco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psychiatr Serv* 2004;55:71–76.
 28. Rosa MA, Marcolin MA, Elkis H. Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27:178–84.
 29. Ferri C, Chisholm D, Van Ommeren M, Prince M. Resource utilisation for neuropsychiatric disorders in developing countries: a multinational Delphi consensus study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:218–27.
 30. de Toledo Piza Peluso E, Blay SL. Community perception of mental disorders—a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:955–61.
 31. Heller PL, Chalfant HP, Worley MCR, Quesada GM, Bradfield CD. Socio-economic class, classification of 'abnormal' behaviour and perceptions of mental health care: a cross cultural comparison. *Br J Med Psychol* 1980;3:343–8.
 32. D'Amorim MA. Estudo comparative da percepção da doença mental peal comunidade. *Arq Bras Psic* 33:75–83.
 33. Stefani D. Influencia del nivel socioeconómico sobre las actitudes hacia la enfermedad mental. *Salud Ment*. 1984;7:25–8.
 34. Stefani D. Autoritarismo y actitud hacia la enfermedad mental. *Salud Ment* 1985;8:27–30.
 35. Natera G, Casco M, González L, Newell J. Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. *Bol Sanit Panam* 1985;98:327–38.
 36. Parra F. Perceptions of mental illness in Mexico: a descriptive study in the city of Chihuahua. *Int J Soc Psychiatry* 1987;33:270–6.
 37. Penayo U, Jacobsson L, Caldera T, Bermann G. Community attitudes and awareness of mental disorders. A key informant study in two Nicaraguan towns. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:561–6.
 38. Garcia-Silberman S. Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: estudio exploratorio. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1993;39:159–68.
 39. García-Silberman S. Attitudes toward mental illness and psychiatry; preliminary results. *Salud Ment* 1998;21:40.
 40. Kohn R, Sharma D, Camilleri CP, Levav I. Attitudes towards mental illness in the Commonwealth of Dominica. *Rev Panam Salud Pública* 2000;7:148–54.
 41. Peluso Ede T, Blay SL. Public conceptions of schizophrenia in urban Brazil: symptom. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008 (en prensa).
 42. Peluso Ede T, Blay SL. Public perception of depression in the city of São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:41–8.
 43. Peluso Ede T, Blay SL. Public perception of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30:19–24.
 44. Blay SL, Peluso Ede T. The public's ability to recognize Alzheimer disease and their beliefs about its causes. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008;22:79–85.
 45. Gibson RC, Abel WD, White S, Hickling FW. Internalizing stigma associated with mental illness: findings from a general population survey in Jamaica. *Rev Panam Salud Publica* 2008;23:26–33.
 46. Levav I, Kohn R, Montoya I, Palacio C, Rozic P, Salano I, y cols. Training Latin American primary care physicians in the WPA module on depression: results of a multicenter trial. *Psychol Med* 2005;35:35–45.
 47. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007;97:1638–43.
 48. Christina JM, Gilman SE, Guardino M, Mickelson K, Morselli PL, Olfsen M, y cols. Duration

- between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med* 2000;30:693–703.
49. Ayres AM, Busatto GF, Menezes PR, Schaufelberger MS, Coutinho L, Murray RM, y cols. Cognitive deficits in first-episode psychosis: a population-based study in São Paulo, Brazil. *Schizophr Res* 2007;90:338–43.
 50. Apiquián-Guitart R, Fresán-Orellana A, García-Anaya M, Lóyzaga-Mendoza C, Nicolini-Sánchez H. Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico. Estudio de seguimiento a un año. *Gac Med Mex* 2006;142:113–20.
 51. Fresán A, Apiquian R, Ulloa RE, Loyzaga C, Nicolini H, Gómez L. Funcionamiento premórbido por género y su relación con la duración de la psicosis no tratada (DPNT) en el primer episodio psicótico. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:53–8.
 52. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:11;858–66.
 53. Sharan P, Levav I, Olifson S, de Francisco A, Saxena S (eds.): *Research Capacity for Mental Health in Low and Middle Income Countries: Results of a Mapping Project*. Geneva: World Health Organization and the Global Forum for Health Research; 2007.
 54. Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcult Psychiatry* 2000;37:57–72.
 55. Pan American Health Organization. *Health in the Americas 2007 Edition*. Washington, DC: PAHO; 2007.
 56. Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. *Rev Saúde Publica* 2006;40:304–9.
 57. World Health Organization. *Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva: WHO; 2001.
 58. World Health Organization. *Mental Health Atlas—2005*. Geneva: WHO; 2005.
 59. World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding New Hope*. Geneva: WHO; 2001. Disponible en <http://www.who.int/whr2001/>
 60. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 2007; 370:1164–74.

LA EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Sandra Saldivia,¹ Benjamín Vicente,¹ Robert Kohn² e Itzhak Levav³

INTRODUCCIÓN

El rol de la atención primaria de salud en los países de América Latina es amplio y diverso debido a que la escasez de recursos debe ser compensada con políticas de salud pública que amplíen la atención sanitaria. Ello permite la incorporación de profesionales diversos y de tecnología suficiente para enfrentar la demanda y responder a los criterios de equidad relacionados con la accesibilidad a los servicios y la satisfacción de las necesidades de la población.

Dentro de esta demanda, la patología psiquiátrica y los problemas psicosociales relacionados representan una carga para el sistema de salud que debería ser considerada en la formulación de políticas y programas. Sin embargo, parece que cada vez es mayor la percepción de que hay un retraso en la asistencia, lo cual abre paso a la discusión acerca del rol central que tienen, o deberían tener, las acciones preventivas para enfrentar esta 'epidemia' creciente.

Desde la perspectiva de la organización de los servicios de salud, la atención primaria ha sido definida como la puerta de entrada al sistema asistencial, con mayor cobertura y menor complejidad. Sin embargo, los profesionales de atención primaria deben responder a los desafíos relacionados con los nuevos perfiles de salud-enfermedad, lo cual requiere del diseño y la implementación de estrategias innovadoras, diversas y complejas, en aquellos ámbitos donde las patologías (entre ellas las de salud mental) y el comportamiento interactúan. Ello lleva a preguntarse si la definición de complejidad asistencial, no debería también incorporar aspectos como la relación entre el equipo de salud, el paciente, su contexto y el de la institución, así como la gestión de los espacios de atención.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los trastornos mentales y los problemas conductuales son comunes entre los usuarios de centros de atención primaria (1). Conocer la magnitud del problema a nivel local facilita el diagnóstico y el tratamiento adecuado de estos pacientes. Además, constituye un medio para proveer información relevante a las autoridades que estén en posición o en condición de

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción, Chile.

² Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Universidad Brown, Providence, RI, EUA.

³ Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel.

asignar recursos para enfrentar el desarrollo de una epidemia de trastornos mentales que, con la evidencia disponible, claramente puede ser anticipada en América Latina. Todo esto, siempre y cuando el proceso actual de transición epidemiológica continúe desarrollándose. Además, la definición de estrategias más efectivas en función del costo optimiza el uso de los siempre limitados recursos, evita la innecesaria psiquiatrización del problema y disminuye el estigma relacionado con los trastornos mentales.

Sin embargo, dado que la relación entre necesidad, demanda y consulta no es unívoca, los estudios centrados en la población general solo son una aproximación a la demanda expresada. Para que ella sea un reflejo de la realidad, debe antes pasar por el filtro de accesibilidad, entendida no solo como disponibilidad de servicios adecuadamente distribuidos de acuerdo con las características geográficas y socioeconómicas de la población, sino también —y con especial relevancia en los temas de salud mental— como aquellos elementos asociados al estigma y las variables culturales que aún hoy acompañan a la patología psíquica. Y si se requiere pasar de la accesibilidad a la medición de intervenciones efectivas, hay que pensar en la evidencia de eficacia, tan escasa para países como los de América Latina (2, 3); en la cobertura, en particular la accesibilidad y utilización de servicios; en la adherencia de los pacientes a las intervenciones; y en el grado de cumplimiento de los proveedores, es decir, el ajuste a los protocolos recomendados, un tema, por cierto, del que aún se habla poco en la Región.

El estudio multicéntrico auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 14 ciudades del mundo (4) puso de manifiesto la importante variación en la prevalencia de las enfermedades mentales. Sin embargo, los resultados globales mostraron que alrededor de 24% de los usuarios entrevistados tenían un trastorno mental activo, siendo más frecuentes los trastornos depresivos (10,4%), los de ansiedad (7,9%) y el abuso y la dependencia de alcohol (6,0%); el 9,5% presentaba dos o más diagnósticos. Las diferencias en la prevalencia

de los trastornos observadas entre los países en relación con el nivel de desarrollo no eran uniformes. No obstante, en los dos centros de América Latina incorporados al estudio (Río de Janeiro, Brasil y Santiago, Chile), se registraron las tasas más altas (35,5% y 52,5%, respectivamente) para cualquier diagnóstico (5).

En el Brasil, la ansiedad generalizada estaba presente en uno de cada cinco de los usuarios de atención primaria (22,6%). Los porcentajes de depresión, neurastenia y dependencia de alcohol eran de 15,8%, 4,5% y 4,1%, respectivamente. El 16,5% de los entrevistados presentaba dos o más diagnósticos. El trastorno por ansiedad generalizada era el cuadro más frecuente tanto en mujeres (25,8%) como en hombres (14,4%), seguido de la depresión (19,6% para las mujeres) y la dependencia de alcohol (12,6% para los hombres). La depresión era mayor en el grupo de 25 a 44 años de edad (22,5%), seguido del de 15 a 24 años (13,5%) y el de 45 a 65 años (12,5%). La ansiedad generalizada tenía una baja prevalencia en la población joven (4,5%) y aumentaba después de los 25 años (23,6%), sin que disminuyera más tarde (23,9%). Si bien la tasa de dependencia de alcohol era estable en los distintos grupos de edad, la de uso perjudicial era muy elevada antes de los 24 años (13,8%) y de aproximadamente 0,9% para los otros grupos de edad (6).

Las dificultades de la vida urbana en Río de Janeiro podrían explicar las altas tasas de trastornos de ansiedad y agorafobia; además, la facilidad de la población del Brasil para expresar sus emociones podría haber aumentado el número de respuestas positivas (6).

En Chile, la depresión era el trastorno más prevalente entre los entrevistados (29,5%), seguido de la ansiedad generalizada (18,7%), el trastorno por somatización (17,7%) y la neurastenia (10,5%). El porcentaje de abuso y dependencia de alcohol era de 12,5%. El 33,3% de los pacientes tenía dos o más diagnósticos. La depresión era más común entre las mujeres (36,8%) que entre los hombres (11,2%), al igual que la ansiedad generalizada (21,8% y 11,0%, respectivamente), pero era menos frecuente en la población joven (11,9%) que en la de 25 a 44

años (3,8%) y en la de 45 a 65 años (22,8%). La neurastenia era también mayor en las mujeres (12,1%) que en los hombres (6,4%), sin diferencia entre los grupos de edad. El alcoholismo era más frecuente entre los hombres (15,8%) que entre las mujeres (1,2%) y en los grupos de menor edad (3,0% en el grupo de 15 a 24 años; 2,6% en el de 25 a 45 años y 2,3% en el de 45 a 65 años) (7), lo cual muestra una tendencia confirmada a través de estudios específicos a lo largo del tiempo.

La alta prevalencia de los trastornos mencionados puede atribuirse a que la muestra estaba conformada por un número elevado de pacientes con enfermedades crónicas, lo cual aumentaba la probabilidad de que consultaran a un médico de su centro de referencia, al igual que los que padecían un malestar psíquico de larga evolución. Las características sociodemográficas de la muestra (mayoritariamente mujeres desempleadas y de edad madura), también podrían explicar las altas tasas, aún cuando la prevalencia encontrada en los hombres fue mayor de la esperada, lo que podría asociarse a las dificultades propias de poblaciones en situación de desventaja social (7).

La carga que representan las enfermedades mentales para los sistemas de salud demuestra claramente que uno de los desafíos más imperativos de la salud pública es la reducción de la prevalencia de la depresión, uno de los trastornos mentales más frecuentes. Tanto en Europa y los Estados Unidos como en los países de América Latina la depresión afecta a aproximadamente 10% de la población adulta y

puede sobrepasar el 20% de aquellas personas que acuden a consultorios generales urbanos y rurales. Además, la tasa de mortalidad en los que padecen depresión es el doble que la de la población general, y sufren de disfunciones psíquicas y sociales tan graves como aquellas asociadas a las enfermedades físicas crónicas.

Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Chile permitió conocer la prevalencia de depresión en consultantes por morbilidad general en centros de atención primaria. Para ello se seleccionaron aleatoriamente 10 centros de atención primaria, tanto urbanos como rurales, de dos áreas de salud, y se diseñó una muestra aleatoria de 3.000 personas entre 18 y 75 años de edad (que consultaban por morbilidad general), los que fueron evaluados mediante la entrevista CIDI 2.1 al comienzo del estudio y a los seis y 12 meses posteriores.

El perfil de pacientes estudiados era consistente con la población atendida en los centros de atención primaria (más de 70% eran mujeres mayores de 35 años). Se observó una prevalencia de 17,6% para los trastornos depresivos según criterios de la CIE-10 durante los seis meses anteriores al estudio. Como era de esperar, eran más frecuentes los episodios depresivos únicos que los trastornos recurrentes. A la inversa de lo que ocurre en la población general, era mayor la prevalencia de cuadros severos (10,2%); el porcentaje para los cuadros moderados era de 5,3% y para los leves, 0,8% (Cuadro 1). Las mujeres presentaban tasas mayores de depresión (Cuadro 2), que aumentaban según la edad hasta los 64

CUADRO 1. Prevalencia de seis meses de trastornos afectivos en una muestra de consultantes por morbilidad general en 10 centros de atención primaria, Concepción, Chile, 2004 (N = 2.580).

Diagnóstico	Prevalencia (seis meses)	
	%	No.
Episodio depresivo	16,2	419
Leve	0,8	20
Moderado	5,3	136
Severo	10,2	263
Trastorno depresivo recurrente	0,5	12
Cualquier trastorno afectivo	16,7	431

CUADRO 2. Prevalencia de seis meses de trastornos afectivos en una muestra de consultantes por morbilidad general en 10 centros de atención primaria, según género, Concepción, Chile, 2004 (N = 2.580).

Diagnóstico	Hombres %	Mujeres %
Episodio depresivo	8,8	19,0 ^a
Leve	0,6	0,9
Moderado	3,0	6,1 ^a
Severo	5,3	12,0 ^a
Trastorno depresivo recurrente	0,3	0,5
Cualquier trastorno afectivo	9,1	19,5 ^a

^a = $p < 0,05$.

años, para luego disminuir en edades más avanzadas (Cuadro 3).

LA DETECCIÓN, EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La mayor parte de los pacientes con diagnóstico de depresión son atendidos en centros de atención primaria y solo unos pocos requieren atención especializada (8). En Chile, más de 55% de las personas que presentan una depresión mayor no reciben tratamiento (9), con diferencias marcadas entre las que acuden a la seguridad social y las que poseen seguro privado, estas últimas con mayor cobertura (2). Aproximadamente 9,2% de los chilenos ha sufrido una depresión mayor en algún momento

de la vida (10); estas tasas son más altas en las personas atendidas en los servicios de atención primaria. Según el estudio multicéntrico de la OMS llevado a cabo a principios de la década de 1990, la prevalencia de los trastornos depresivos entre los que asistían a la consulta de atención primaria en Santiago era de 15,8%, la tasa más alta registrada de todos los centros participantes (10).

Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento de la depresión en centros de atención primaria es todavía insuficiente. Los médicos generales tienen importantes limitaciones en cuanto a la capacidad de detección de estos trastornos, y solo identifican algún trastorno mental en alrededor de la mitad de los pacientes, lo que inevitablemente incide sobre la proporción que recibe un tratamiento adecuado (11). Como resultado, los

CUADRO 3. Prevalencia de seis meses de trastornos afectivos en una muestra de consultantes por morbilidad general en 10 centros de atención primaria, según edad, Concepción, Chile, 2004 (N = 2.580).

Diagnóstico	Prevalencia (seis meses) Grupos de edad					
	15-24 (%)	25-34 (%)	35-44 (%)	45-54 (%)	55-64 (%)	65 y + (%)
Episodio depresivo	10,3	13,8	16,8	18,9	21,3	13,9 ^a
Leve	1,1	0,6	0,4	0,8	0,4	1,4
Moderado	2,6	5,0	6,0	7,0	5,4	4,8
Severo	6,6	8,2	10,4	11,1	15,5	7,7 ^a
Trastorno depresivo recurrente	.. ^b	0,3	1,2	0,4	..	0,7
Cualquier trastorno afectivo	10,3	14,1	18,0	19,3	21,3	14,6 ^a

^a = $p < 0,05$

^b No se disponía de datos.

pacientes o bien no son diagnosticados o son tratados de una manera inadecuada, lo cual influye en la evolución clínica del cuadro (12).

El estudio de la OMS demostró que solo 35,6% de la morbilidad psiquiátrica activa diagnosticada en centros de Río de Janeiro y 31,9% de la prevalencia global de trastornos de ansiedad fue detectada por los médicos de atención primaria.

Los sedantes eran los fármacos más comúnmente prescritos a quienes padecían un trastorno mental (25%). Solo 5,1% de los que padecían una depresión activa recibían antidepresivos, mientras que a 33,9% se les indicaba un sedante. En contraposición, 8% de los pacientes con un diagnóstico actual de trastornos de ansiedad recibía antidepresivos y 34%, sedantes. La cuarta parte de los pacientes a los que se les detectó un trastorno psiquiátrico fueron derivados a servicios de atención especializada (6).

En Santiago, 74,1% de los casos con un cuadro activo eran identificados por los médicos, siendo el diagnóstico más concordante el del uso perjudicial de alcohol (83,3%). La alta tasa de detección podía estar relacionada con el conocimiento de los profesionales de su población adscrita, el largo desarrollo de la asistencia en salud mental del área sanitaria investigada y las ventajas de una formación médica que incluye el alcoholismo y algunas condiciones psicosociales (7).

El 59,5% de los casos había recibido algún tipo de tratamiento farmacológico (66,8% de quienes presentaban un trastorno por somatización y 58,8% de los pacientes con depresión). Había una menor proporción de tratamiento en los casos con trastornos por somatización (48,4%). El 40% de los pacientes con depresión recibía sedantes y 17,7% de los que padecían trastornos de ansiedad eran medicados con antidepresivos. No es una cifra menor el 16% del total de casos a los que se indicaba vitaminas, tónicos, analgésicos o hierbas.

A diferencia del centro de Río de Janeiro, en los centros de Santiago había indicación de tratamientos psicosociales; la consejería era la más frecuente, siendo indicada a 38,8%, 32,3%

y 27,4% de los casos con depresión, trastorno ansioso y trastorno por somatización, respectivamente. El 27,7% de los casos no había recibido ningún tipo de tratamiento y el 19,7% fue referido a atención especializada (7).

En un estudio español se observó que 14,3% de los pacientes ingresados a centros de atención primaria podía ser diagnosticado con depresión mayor según criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*); más de la mitad presentaba solamente síntomas somáticos y eran más difíciles de ser detectados por el médico general que aquellos que abiertamente hablaban de sus problemas psicológicos basándose en su estado actual. Más aún, el hecho de detectar el trastorno no garantizaba un correcto tratamiento. Aunque 72% de quienes sufrían depresión habían sido identificados, solamente 34% recibía tratamiento específico con antidepresivos y 48% había sido tratado con ansiolíticos o hipnóticos (13).

En el estudio chileno mencionado anteriormente, realizado en una cohorte de pacientes que asistían a la consulta por morbilidad general, se observó que del total de casos con diagnóstico de depresión según la CIE-10, 57,8% había sido identificado por un médico general como presentando algún tipo de cuadro psíquico. De esos pacientes, menos de la mitad había sido diagnosticado con un trastorno depresivo, o había recibido el tratamiento correcto; el resto había recibido el diagnóstico de trastorno ansioso y por lo tanto, la indicación farmacológica respondía a ese diagnóstico (Cuadro 4). Sin embargo, la capacidad de detección era inversamente proporcional a la gravedad del cuadro, lo que también plantea las dificultades diagnósticas que enfrentan los profesionales al tener que reducir a un cuadro mórbido determinadas situaciones que muchas veces no son más que respuestas esperables a situaciones de la vida y aún a crisis vitales.

Si bien los médicos de estos centros detectaban menos casos de los esperados, una vez que el paciente era diagnosticado y comenzaba el tratamiento, 72% realizaba un mínimo

CUADRO 4. Capacidad de detección de depresión en el nivel primario de atención en una muestra de médicos generales de 10 centros de atención primaria, Concepción, Chile, 2004.

Depresión	Diagnóstico clínico de depresión (%)
Episodio depresivo	56,1
Leve	25,0
Moderado	48,4
Severo	60,2
Trastorno depresivo recurrente	100,0
Cualquier trastorno de depresión	57,8

Nota: La evaluación de la depresión se realizó por medio de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI).

de cuatro consultas con profesionales del centro durante los seis meses siguientes, lo que podría reflejar niveles más altos de adherencia al tratamiento.

Si se realizaba un análisis de los centros, la capacidad diagnóstica tenía menos que ver con las características propias del modelo de servicios del área sanitaria, en el sentido de ser más o menos cercano al modelo comunitario, que con las características del centro específico. Esto resaltaba la mayor presencia en el tiempo y en intensidad de cuidados y una estabilidad mayor de los profesionales con un conocimiento más amplio de su población y de los protocolos de seguimiento de pacientes que dejaban de asistir a los controles.

Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la depresión en los servicios de atención primaria requiere de nuevas y múltiples estrategias que no solo deberían apuntar a aspectos técnicos sino también a promover actitudes positivas. Entre otras, se mencionan los programas de capacitación dirigidos a profesionales, la disponibilidad de guías clínicas y de estrategias para implementarlas, la gestión de casos y el mejoramiento de la comunicación y la colaboración entre los niveles de atención primaria y secundaria (14). Sin embargo, no todas las estrategias de transferencia de conocimientos han demostrado ser igualmente efectivas, y en el caso de la depresión, sin duda el trastorno más estudiado, las tasas de adherencia al tra-

tamiento son bajas, en particular el abandono temprano de la medicación (15).

Algunos estudios han demostrado que los programas de capacitación permiten mejorar la comunicación entre el médico y el paciente (16), aumentan la adherencia a las pautas clínicas en el corto plazo (17), disminuyen los costos relacionados con el uso de licencias, el abandono de tratamiento y los ingresos, disminuyen los suicidios y contribuyen al aumento de prescripciones psicofarmacológicas (18). Sin embargo, no se ha podido comprobar el aumento en la prescripción de psicofármacos, ni en la proporción de diagnósticos (19), así como tampoco un ahorro de costos (20).

Vicente y colaboradores (21) evaluaron la efectividad de un programa de capacitación a médicos de centros de atención primaria en Chile, por medio de la medición de cambios en los conocimientos, las actitudes y las prácticas. Treinta y siete médicos y 2.589 pacientes de dos zonas (Concepción y Valparaíso) participaron en el estudio. Los conocimientos, las actitudes y la práctica clínica de cada profesional fueron evaluados un mes antes y un mes después del programa de capacitación y comparados con un grupo control. La efectividad fue medida como concordancia entre el juicio clínico y la notificación por parte de los pacientes.

Los resultados obtenidos sugirieron que con este grupo de médicos el programa logró mejorar el conocimiento acerca de la depresión y cambiar algunas actitudes, pero tuvo un impacto limitado sobre la práctica clínica actual. Aunque la tasa de diagnósticos permaneció estable, después del entrenamiento los médicos parecían más cercanos en el trato con sus pacientes y mostraron un aumento en el uso de medicación antidepressiva. Sin embargo, la práctica de psicoterapias de apoyo disminuyó, probablemente debido a que los médicos confiaban más en sus propias indicaciones, por lo cual también hubo menos derivaciones a especialistas (21).

Si bien es claro que la inclusión de los médicos de atención primaria es un elemento central en cualquier iniciativa que busque reducir la brecha entre el tratamiento y la presencia de

de depresión, su competencia para responder a este desafío continúa siendo limitada, más aún cuando no hay evidencia de que este tipo de hallazgo se mantenga en el tiempo (21).

Más beneficiosas serían aquellas iniciativas que, además de fortalecer el adiestramiento de los médicos, estimulen la detección y continuidad del tratamiento. Han demostrado su utilidad los programas que promueven la educación del paciente a fin de aumentar su adherencia al tratamiento (22); el adiestramiento en habilidades clínicas específicas para la detección de la depresión (23); la provisión de mecanismos de consulta de enlace a los médicos de atención primaria (24); y el contar con herramientas de tamizaje para la detección del cuadro clínico (25). Pero no siempre es posible implementar estas intervenciones en países en desarrollo o en áreas donde la disponibilidad de recursos clínicos o de psiquiatras que puedan ejecutar estas tareas es muy limitada.

Los programas de educación médica continua tienen la ventaja de ser menos costosos para los gestores locales y más aceptados por los propios profesionales. Sin embargo, no necesariamente son adecuados. En un meta-análisis de estos programas se notificó que solo aquellos que son interactivos tienen la probabilidad de generar cambios en la práctica de los profesionales y en algunas ocasiones en la evolución de los pacientes (26). Es necesario que tengan una duración suficiente e incluyan la participación activa de los asistentes para provocar en ellos cambios significativos en sus habilidades y actitudes, que sean sostenibles en el tiempo (27). Tales programas pueden ayudar a mejorar el conocimiento de los médicos de atención primaria pero no son suficientes para salvar las brechas de tratamiento.

Muy frecuentemente los médicos de atención primaria adquieren sus conocimientos acerca de los aspectos psicológicos y psicopatológicos de los pacientes en ambientes muy lejanos al de los centros de salud donde desempeñarán sus actividades. En la mayoría de los países de América Latina los médicos de atención primaria reciben su formación en hospitales psiquiátricos, donde el tipo de pacientes y

los problemas que presentan son distintos a los que encontrarán en la práctica médica cotidiana. Esto demuestra que es necesario que los estudiantes de medicina reciban también formación en psiquiatría y salud mental en escenarios más similares a aquellos donde desarrollarán su futura actividad profesional.

ALGUNOS INDICADORES DE EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La información con respecto a la efectividad del tratamiento de la depresión en pacientes atendidos en los servicios de atención primaria es escasa. El estudio realizado por Aragonés y colaboradores (13) en Tarragona, España, evalúa la implementación de un programa estructurado para el manejo de la depresión, y lo compara con el tratamiento usual de estos pacientes. Los resultados obtenidos demuestran que la efectividad del tratamiento puede ser mejorada a través de variadas estrategias, de las cuales la más eficaz involucra cambios organizacionales y un rol más importante por parte del personal de enfermería. Sin embargo, estas estrategias, basadas en el modelo estadounidense, requieren ser probadas en los sistemas de salud específicos en los que serán aplicadas. En el caso español, el uso de intervenciones psicológicas puede ser limitado porque el modelo no incluye a este tipo de profesionales en la organización de los servicios de salud, pero en América Latina sí es posible considerar la intervención de enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos.

En Santiago, Araya y colaboradores (2) publicaron los resultados de un estudio de la relación costo-efectividad de un programa de tratamiento de la depresión para mujeres de bajos ingresos en centros de atención primaria. Si se los comparaba con los de la intervención usual, estos resultados mostraban una mayor efectividad, que se veía reflejada en un mayor número de días sin depresión durante los seis meses posteriores al tratamiento. Aunque el costo era mayor, este aumento era marginal comparado con los resultados alcanzados.

Rojas y colaboradores (3) estudiaron la efectividad de un programa de tratamiento de depresión postparto en mujeres de bajos ingresos en centros de atención primaria de Santiago. En una muestra de 230 mujeres se probó la efectividad de una intervención multicomponente (que incorporaba psicoeducación grupal, apoyo a la adherencia al tratamiento y farmacoterapia cuando fuera necesario), comparándola con las intervenciones usuales que incluyen fármacos antidepresivos, sesiones psicoterapéuticas breves, control médico y derivación a especialistas cuando fuera necesario. Los resultados sugieren que en países de bajos ingresos esta población podría ser ayudada de manera efectiva por medio de una intervención como la propuesta, siendo un elemento central el poder asegurar la adherencia al tratamiento una vez remitida la fase más aguda.

La evidencia existente lleva a preguntarse por qué, a pesar de que existe el conocimiento técnico, este no se aplica. El problema real es entonces la utilización del conocimiento en el paso de la eficacia a la efectividad del tratamiento.

Tal vez ello sea una de las razones de por qué la prevalencia de la depresión en los países desarrollados no haya disminuido en los últimos años a pesar de la existencia de tratamientos simples, baratos y efectivos, de campañas públicas de educación (28, 29) y de normas clínicas de tratamientos basados en la evidencia, que están al alcance de los profesionales en la mayoría de los países (30).

En los últimos años se ha implementado en Chile un Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el que la atención primaria ocupa un papel central y donde se han definido protocolos clínicos que deben cumplirse en un marco asistencial garantizado para todo ciudadano cuyo diagnóstico ha sido confirmado. No hay aún evaluaciones específicas, pero se cuenta con resultados parciales, datos epidemiológicos previos a la implementación del Programa y estudios de eficacia de intervenciones que han sido la base sobre la cual se ha construido parte del protocolo de tratamiento. Las futuras evalua-

ciones podrán dar cuenta de la efectividad de una estrategia diseñada e implementada para una amplia demanda. Una estrategia alternativa y complementaria es el desarrollo de intervenciones preventivas.

La depresión es una enfermedad cuya sintomatología remite y reaparece, condición que puede ser abordada por un modelo asertivo de tratamiento y seguimiento, lo que conlleva un alto nivel de recursos que difícilmente puedan ser asumidos por sistemas de salud como los de América Latina, aun cuando ello pueda mejorar significativamente el resultado final (30). Tal vez, antes de que una estrategia de prevención secundaria pueda ser implementada de manera global en muchos países, se requieran métodos válidos para cuantificar el riesgo futuro de desarrollar episodios de depresión, lo que incluye la adopción, en el nivel primario de atención, tanto de medidas preventivas como de procedimientos de tamizaje.

Tradicionalmente se establecen distinciones entre la prevención primaria, orientada a prevenir el inicio de episodios de un desorden, y la que intenta acortar o reducir los episodios ya presentes, o prevención secundaria (31). Una dicotomía semejante existe entre las intervenciones dirigidas a individuos que tienen un alto riesgo de enfermar y aquellas aplicadas a poblaciones generales o masivas, independientemente de los riesgos individuales (32). Al reconocer la *paradoja de la prevención*, es decir que la mayoría de los casos en términos absolutos surgen en individuos con riesgo bajo y moderado, el actual objetivo de las estrategias de prevención trasciende la hasta ahora inútil dicotomía entre intervenciones basadas en individuos y aquellas orientadas a la población general.

La prevención en psiquiatría puede tomar como modelo el trabajo pionero realizado en el campo de la enfermedad cardiovascular, al reconocer la existencia de muchos factores de riesgo cambiantes que afectan la duración de un episodio de la enfermedad, más que simplemente incidir sobre su inicio. Se sabe muy poco acerca de la prevención de la depresión en la población general, aunque se reconoce

que la mayor parte de los factores de riesgo más importantes para la prevalencia de la depresión están relacionados con la mantención o no remisión de un episodio ya existente (32, 33). Afortunadamente, ya comienzan a conocerse algunos estudios en esta área (34, 35).

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
2. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry* 2006;163:1379-1387.
3. Rojas G, Fritsch R, Solís J, Jadresic E, Castillo C, González M et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1629-37.
4. Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, England: Wiley; 1995.
5. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centres. En: Üstün TB, Sartorius N, eds: *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, England: Wiley; 1995.
6. Villano LAB, Nanhay ALG, de Moraes LR, Costa e Silva JA. Results from the Rio de Janeiro Centre. En: Üstün TB, Sartorius N, eds: *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, England: Wiley; 1995.
7. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. Results from Santiago de Chile Centre. En: Üstün TB, Sartorius N, eds: *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, England: Wiley; 1995.
8. Hans-Ulrich, W, Holsboer F, Jacobi F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and primary care: the size and breadth of the problem. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 26):23-28.
9. Vicente B, Riosec P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Chilean study on the prevalence of psychiatric disorders (DSM-III-R/ CID-I) (ECP). *Rev Med Chile* 2002;130:527-536.
10. Ormel J, VonKorff M, Üstün TB, Pini, Kortgen A, Oldehinkel. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 1994;272:1741-1748.
11. Coyne J, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Non-detection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psych* 1995;17:3-12.
12. Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, Lipschutz RC, Lubeck DP, Buesching DP. The functioning and wellbeing of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997;43:105-119.
13. Aragonés E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badial W, Hernández JM et al. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). *BMC Public Health* 2007;7(147):253.
14. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003;289:3145-3151.
15. Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2006;163:101-108.
16. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995;155:1877-1884.
17. Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, van der Meer K, van Os TW, van den Brink RH et al. Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol Med* 1999;29:833-845.
18. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:83-88.
19. Thompson C, Kinmon AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project Randomized Controlled Trial. *The Lancet* 2000;255:191-195.
20. Kendrick T, Stevens L, Bryant A, Goddard J, Stevens A, Raftery J et al. Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequences. *Br J Gen Pract* 2001;51:911-913.
21. Vicente B, Kohn R, Levav I, Espejo F, Saldivia S, Sartorius N. Training primary care physicians in Chile in the diagnosis and treatment of depression. *Journal of Affective Disorders* 2007;98:121-127.

22. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QUEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming*. *J Gen Intern Med* 2001;16:143–149.
23. Wells KB, Sherbourne C, Sheoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212–220.
24. Bodlund O, Andersson SO, Mallon L. Effects of consulting psychiatrist in primary care: 1-year follow-up of diagnosing and treating anxiety depression. *Scand J Primary Health Care* 1999;17:153–157.
25. Brody DS, Hahn SR, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, de Gruy III FV, Williams JB. Identifying patients with depression in the primary care setting: a more efficient method. *Arch Intern Med* 1998;158:2469–2675.
26. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867–874.
27. Hodges B, Inch C, Silver I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians 1950–2000: a review. *Am J Psychiatry* 2001;158:1579–1586.
28. Brugha TS. Depression undertreatment: lost cohorts, lost opportunities? *Psychological Medicine* 1995;25:3–6.
29. Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? *British Medical Journal* 2000;320:200–201.
30. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal* 2001;322:419–421.
31. Jackson R. Guidelines on prescribing for cardiovascular diseases in clinical practice. *British Medical Journal* 2000; 320:659–661.
32. Weich S. Prevention of the common mental disorders: a public health perspective. *Psychological Medicine* 1997;27:757–764.
33. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population-based cohort study. *British Medical Journal* 1998;317:115–119.
34. Rubenstein LV, Rayburn NR, Keeler EB, Ford DE, Rost KM, Sherbourne CD. Predicting outcomes of primary care patients with major depression: development of a depression prognosis index. *Psychiatric Services* 2007;58:1049–1056.
35. King M, Weich S, Torres F, Svab I, Maarros HI, Neeleman et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health* 2006;6(6):1–8.

