

## Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados

Adalberto Campo-Arias<sup>1</sup>  
Carlos Arturo Cassiani Miranda<sup>2</sup>

### Resumen

*Introducción:* Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a su importante morbilidad en la atención primaria y a su considerable discapacidad. *Objetivo:* Revisar cuáles prevalencias de cualquier trastorno mental se han descrito a lo largo de la vida. *Resultados:* Al parecer, el bajo nivel educativo, una reciente caída del ingreso económico y una vivienda pobre son las únicas variables socioeconómicas que están asociadas significativamente a un incremento en la prevalencia de trastornos mentales, después del ajuste por otras variables confusoras. *Conclusiones:* Los trastornos mentales están entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo y a pesar de ello existe una tasa muy baja de personas con trastorno mental que recibe tratamiento adecuado, lo cual puede deberse a barreras como el estigma. Se requieren acciones comunitarias y gubernamentales para un mejor abordaje de los trastornos mentales.

**Palabras clave:** trastornos mentales, prevalencia, epidemiología, CIDI, revisión.

**Title: The Most Frequently Diagnosed Mental Disorders: Prevalence and Associated Socio-demographical Factors**

### Abstract

*Introduction:* Mental disorders are a major challenge and a priority in modern public health because of its important morbidity in primary care and significant disability. *Objective:* To analyze any mental disorder whose life-time prevalence has been described. *Results:* It appears that low educational level, a recent drop in income, and poor housing are the socio-economic variables that were significantly associated with an increase in the prevalence of mental disorders, after adjusting for other confounding variables. *Conclusions:* Mental disorders are one of the ten major causes of disability worldwide, however, the rate of persons with mental disorder receiving adequate treatment is very low. It may be due to barriers such as stigma. Community and government actions are needed to approach mental disorders.

**Key words:** Mental disorders, prevalence, epidemiology, review.

---

<sup>1</sup> Médico psiquiatra. Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, director de Investigaciones, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Médico, especialista en pedagogía para el desarrollo del aprendizaje autónomo, Fundación Salamandra, Cali, Colombia.

## Introducción

Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad para la salud pública moderna, debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad en atención primaria (1, 2) y producen una considerable discapacidad (3, 4). Igualmente, por definición, son entidades clínicas de larga evolución, de inicio generalmente en la adolescencia o adultez temprana (5, 6), con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo (7). Esto, en conjunto, representa un alto costo para los sistemas nacionales de salud (8-10).

La prevalencia de los trastornos mentales ha sido estudiada desde la década de los años ochenta a partir de estudios poblacionales con entrevistas estructuradas aplicadas por entrevistadores legos (sin formación clínica), con diferentes metodologías que arrojaron variaciones regionales e internacionales en los resultados (11, 12) Esto dificultaba la realización de comparaciones transnacionales científicamente válidas. Con la iniciativa del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica se propone un modelo unificado internacionalmente, que permite desarrollar estudios en epidemiología psiquiátrica y salud mental desde diversos enfoques (13) y diversos contextos, incluyendo la atención primaria y los cuidados médicos prehospitalarios (14).

En este artículo se revisará la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes, con base en estudios poblacionales, y se informarán los factores sociodemográficos asociados, así como la discapacidad global por enfermedad mental y el estado actual del uso de servicios en salud mental.

## Prevalencia de los trastornos mentales

Según el estudio de las áreas de captación epidemiológica (ECA, por sus siglas en inglés), se estima que el 32,7% de las personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida, y de un 15,0% a un 25,0% en los últimos doce meses (15). El estudio nacional de comorbilidad (NCS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos informó una prevalencia del 26,2% a lo largo de la vida de cualquier trastorno mental del CIDI-DSM-IV (Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional-Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) (16). En una muestra representativa de seis países europeos, conducida entre 2001 y 2003, mediante una encuesta de hogares, cara a cara, se encontró una prevalencia de vida para cualquier trastorno mental del 25,0% y para los últimos doce meses, del 9,6% (17).

Los datos arrojados por la encuesta mundial de salud mental indican que el riesgo de padecer cualquier trastorno mental en el último año, según los criterios del DSM-IV, varía desde el 4,3% en

Shangai hasta el 26,4% en los Estados Unidos, con un rango intercuartil (RIQ) del 9,1-16,9% (18). En una encuesta nacional en Japón, en personas mayores de 20 años, se documentaron prevalencias de los doce últimos meses del 8,8% (19).

En Latinoamérica, los estudios transversales comunitarios, realizados en personas mayores de 18 años, informaron prevalencias globales de los trastornos mentales a lo largo de la vida del 45,9%, del 26,8% en el último año y del 22,0% en el último mes (20). Vicente *et al.*, en Chile, en una muestra nacional aleatorizada en dos etapas, con personas mayores de 15 años, encontraron prevalencias de vida y en los últimos seis meses del 36,0% y del 22,6%, respectivamente (21).

En Colombia, Posada *et al.*, en el Primer Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en 1993, con una muestra de 25,135 personas entre 12 y 64 años, encontraron una prevalencia de posible trastorno mental del 10,2% (22). El Segundo Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia, en 1997, realizado en una población mayor de 12 años, no institucionalizada, documentó una prevalencia a lo largo de la vida del 30,1% (23). En el marco de la Encuesta Mundial de Salud Mental de 2003, Posada *et al.*, informaron para Colombia una prevalencia para cualquier trastorno mental del CIDI-DSM-IV del 40,1% en el curso de la vida, del 16,0% en los últimos 12 meses y del 7,4% en los últimos 30 días (24).

## **Tipos de trastornos**

En Estados Unidos, los trastornos mentales más comunes son los trastornos depresivos, en particular el trastorno depresivo mayor, y la dependencia del alcohol. Cerca del 17,0% de los encuestados tenía historia de un episodio depresivo mayor en su vida y un 10,0%, en el último año. Cerca del 14,0% de las personas tuvo una historia de dependencia del alcohol y más del 7,0% continuó con la dependencia en los 12 meses previos a la entrevista. Los siguientes trastornos más comunes son las fobias sociales y simples, con prevalencias de vida del 13,0% y el 11,0% y prevalencias en los últimos doce meses cercanas al 8,0% y el 9,0%, respectivamente (5).

Una revisión de las prevalencias estimadas en el estudio de la ECA y el NCS en Estados Unidos, usando criterios de significancia clínica, encontró una reducción de alrededor de un tercio en las tasas de prevalencia para cualquier trastorno mental, incluyendo los trastornos por abuso de sustancias cuando las preguntas de significancia clínica fueron aplicadas (25). Esto muestra la importancia de establecer la significancia clínica a la hora de estimar la prevalencia de los trastornos para definir las necesidades reales de tratamiento.

Por grupos de trastornos, los de ansiedad fueron más frecuentes que los afectivos en varias encuestas transversales nacionales en los

diferentes países americanos (5, 19, 26). En los estudios europeos el grupo de los trastornos del afecto tiene una prevalencia más alta. En otros estudios el abuso de alcohol y los episodios depresivos son los más prevalentes, con prevalencias de vida para abuso de alcohol del 22,7%, y para episodio depresivo, del 17,8% (27,28).

Una distribución diferente por tipo de trastornos se encuentra en un estudio realizado en cuatro provincias de Chile, que informó prevalencias de cualquier trastorno en los últimos seis meses y el último mes del 19,7% y el 16,7%, respectivamente, donde los trastornos más comunes fueron: fobia simple (6,1%), fobia social (5,9%), agorafobia (5,1%), trastorno depresivo mayor (4,7%) y dependencia al alcohol (4,3%) (29).

En Colombia los datos del Estudio Nacional del 2003 indicaron que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes, con prevalencias a lo largo de la vida del 19,5%, y en los últimos doce meses, del 9,9%, seguidos por los trastornos del estado de ánimo, con prevalencias de vida del 13,3%, y en el último año, del 6,2%. El 6,2% presentaba trastornos mentales de severidad leve, y el 6,4% informó trastornos mentales moderados, CIDI-OMS/DSM-IV, durante los últimos 12 meses (24).

### **Comorbilidad**

El estudio europeo de epidemiología de los trastornos mentales mos-

tró alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en la población general (30). Por su parte, Kessler *et al.*, en los Estados Unidos, informaron que el 55,0% de las personas presentó un solo diagnóstico psiquiátrico; el 22,0%, dos diagnósticos, y el 23,0%, tres o más diagnósticos en los últimos 12 meses (16).

Una encuesta probabilística en Lima, Perú, encontró que la dependencia del alcohol estuvo fuertemente asociada al trastorno de personalidad antisocial y con abuso o dependencia de drogas (31). En México, Caraveo-Anduaga *et al.* señalaron una comorbilidad proporcional para cada trastorno mental por lo menos del 47,0%, especialmente en los trastornos de ansiedad (27). En Brasil, Andrade *et al.* señalaron que una de cada dos personas, con cualquier trastorno mental a lo largo de la vida, presentaba dos o más trastornos comórbidos. Estos resultados muestran que la comorbilidad es un fenómeno común en la epidemiología psiquiátrica (20).

En dirección opuesta corren los resultados encontrados en un estudio transversal en Chile, el cual señaló que solo el 30,0% de los individuos con diagnóstico de un trastorno mental del CIDI 1.0/DSM-III-R reunía criterios para un trastorno mental comórbido (21).

De Geaaf *et al.* encontraron en un estudio prospectivo de 7076 pacientes que el 15,2% de trastornos puros del humor, el 10,5% de trastornos de ansiedad y el 6,8% de trastornos por abuso de sustan-

cias presentaron comorbilidad a los 3 años. Dicha transición hacia la comorbilidad se vio fuertemente asociada a la edad y severidad para trastornos del humor, circunstancias recientes y pasadas estresantes de la vida y discapacidad funcional física para la ansiedad, así como factores de vulnerabilidad social y personal como neuroticismo y bajo soporte social para los trastornos por uso de sustancias. Esto sugiere que los factores de riesgo para comorbilidad psiquiátrica pueden variar por tipos de trastornos (32).

### **Correlatos sociodemográficos**

Existe una cantidad considerable de artículos que sugieren que algunos indicadores socioeconómicos desventajosos están asociados a los trastornos mentales frecuentes (5, 33-44). Sin embargo, esta asociación no es tan clara después de ajustar por otras variables sociodemográficas (34).

#### *Edad de inicio*

Kessler *et al.* informaron que el inicio usual de los trastornos mentales es en la infancia y la adolescencia. La edad media de inicio es más temprana para la ansiedad (11 años) y los trastornos del control de impulsos (11 años) que para los trastornos por abuso de sustancias (20 años) y del estado de ánimo (30 años) (6). Las más altas prevalencias se encuentran entre los 25 y los 34 años y declinan en edades

mayores (5). Este patrón de edad de inicio de los trastornos mentales es consistente con los resultados de otras encuestas epidemiológicas que utilizaron muestras nacionales en diferentes países (15, 18, 45).

#### *Sexo*

Existen datos consistentes entre varios estudios epidemiológicos que mostraron que las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y psicóticos. Mientras, en los hombres son más frecuentes los trastornos por abuso de sustancias y el trastorno antisocial de personalidad (5, 45-47).

Las diferencias entre hombres y mujeres respecto al trastorno depresivo mayor se mantienen de manera consistente, independientemente del grupo de edad. Se nota un incremento con la edad en ambos sexos. La prevalencia de trastorno depresivo mayor en mujeres mayores de 40 años es del 4,0% y alcanza una cifra del 9,5% en las mayores de 60 años, pero es menor en el grupo por debajo de los 40 años. Entre los hombres la prevalencia fue del 1,6% en menores de 40 años y del 5,0% en adultos mayores (48). Por su parte, Andrade *et al.*, en Brasil, no encontraron diferencias significativas por género para tener al menos un trastorno mental a lo largo de la vida (20).

#### *Estado civil*

Los individuos separados, divorciados o viudos mostraron una

más alta tasa de trastornos depresivos y de ansiedad, tanto en países en vía de desarrollo como en los desarrollados (44). Aquellas personas que estuvieron divorciadas, separadas o viudas mostraron más riesgo de presentar cualquier trastorno del estado de ánimo y dos o más trastornos mentales a lo largo de la vida. Asimismo, se observó que una ruptura en el estado marital estaba asociada a un riesgo dos veces mayor de vida para cualquier trastorno depresivo y comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida (20). Una encuesta epidemiológica encontró que en Irán los sujetos casados tenían una alta tasa de trastornos psiquiátricos cuando se comparan con los solteros, excepto para el retardo mental (49).

### *Raza*

En el estudio NCS de los Estados Unidos se encontró en individuos afroamericanos una prevalencia significativamente más alta de trastornos del estado de ánimo, trastornos por abuso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida. Un análisis más detallado mostró que esos efectos no podían explicarse cuando se ajusta por nivel educativo y nivel de ingresos. En general, las diferencias de raza para los trastornos mentales no fueron muy consistentes en este estudio (5).

La prevalencia del trastorno depresivo mayor difiere significativamente por grupos raciales, con

la más alta prevalencia en los blancos. Hallazgos opuestos ocurren en relación con el trastorno distímico. Además, los mexicanos nacidos en Estados Unidos y los caucásicos tienen un inicio más temprano del trastorno depresivo mayor comparados con los individuos afroamericanos (50).

### *Educación*

Existe una asociación fuerte, inversa e independiente entre el nivel educativo y los trastornos mentales (34, 51). Así, por ejemplo, conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de trastorno depresivo mayor. Así, entre los individuos sin educación formal la prevalencia de trastorno depresivo mayor es del 8,0%, y disminuye al 2,1 % en aquellos con educación superior o mayor (48).

En caucásicos norteamericanos se observó una notable disminución del trastorno distímico asociada a una menor educación (menos de 8 años); sin embargo, en mexicanos nacidos en Estados Unidos y afroamericanos el efecto de la educación sobre la prevalencia de trastorno distímico fue menos evidente y, por el contrario, dependiente del género (50).

### *Nivel de ingresos*

La evidencia sugiere una asociación significativa entre una disminución reciente del nivel de ingresos y una alta prevalencia de

trastornos mentales (34). Varios estudios latinoamericanos informaron lo contrario, es decir, que el nivel de ingresos no estaba asociado de manera significativa a la prevalencia de los trastornos mentales comunes, después de ajustar por otras variables sociodemográficas (20,21,34,44). Los datos disponibles sugieren que para comprender mejor el impacto de los factores sociodemográficos sobre la salud mental se requieren más estudios, tanto en países en vía de desarrollo como en países desarrollados (34, 36,41). Sin embargo, se debe recordar que los trastornos mentales deterioran y limitan la capacidad laboral, lo que podría convertirse en un factor de confusión en estos estudios (41,44).

#### *Estrato socioeconómico*

La asociación entre estrato socioeconómico y trastornos mentales comunes ha sido objeto de numerosos estudios en diferentes sociedades; sin embargo, los resultados obtenidos son controversiales (36,52-56). La educación y el nivel de ingresos parecen ser los indicadores más poderosos de clase social desventajosa relacionada con los trastornos mentales comunes (34). Ludemir y Lewis documentaron en un estudio transversal en Brasil una asociación estadísticamente significativa entre los trastornos mentales comunes y todas las variables socioeconómicas, excepto la tenencia de una casa. Después

de ajustar por edad, sexo y estado marital, solo el bajo nivel educativo y el bajo ingreso mensual per cápita estuvieron asociados de manera independiente a la prevalencia de los trastornos mentales comunes (43).

Un estudio realizado en Querétaro, México, confinado a una población adulta marginada socialmente, informó una prevalencia de trastorno mental y una comorbilidad psiquiátrica mayor a la encontrada en la población general mexicana, así como una asociación entre desempleo y morbilidad psiquiátrica (57).

#### *Estado ocupacional*

En un análisis multivariado de una muestra nacional de México se encontró que únicamente en el caso de los hombres la condición de desempleo resultó estar significativamente asociada a la presencia de trastorno depresivo mayor (48). Taylor *et al.*, en Australia, encontraron una relación estadísticamente significativa entre el empleo y trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en ambos sexos, así como para el uso de sustancias en hombres. Hallazgos similares fueron obtenidos para intentos suicidio, aunque esta asociación disminuyó después de ajustar por trastornos mentales, pero permanece significativa en los empleados por contrato anual (58).

Lim *et al.*, en una encuesta a trabajadores de tiempo completo en Australia, encontraron que el

trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos de personalidad fueron predictores de discapacidad laboral, después de controlar por la discapacidad debida a trastornos físicos (59).

### *Área geográfica*

Una encuesta epidemiológica de trastornos mentales en Irán encontró una alta proporción de prevalencia en el área urbana (49). Por su parte, los estudios europeos de epidemiología de los trastornos mentales informan una prevalencia mayor de los trastornos en las áreas urbanas que en las rurales (17, 65). Por otro lado, Bello *et al.*, en México, hallaron que en los hombres la prevalencia de trastorno depresivo era más alta en áreas rurales que en zonas urbanas (48).

### *Desplazamiento*

Kozarić-Kovacić *et al.* realizaron un estudio en personas desplazadas en Croacia que reveló una alta prevalencia de trastorno de estrés post-traumático (50,3%), dependencia del alcohol (65,0%) y comorbilidad entre estos dos últimos (69,6%), con predominio en el sexo masculino, muy por encima de lo descrito en la población general; lo cual permite afirmar que el sexo es un factor relevante en el estudio de la comorbilidad de trastorno de estrés post-traumático y dependencia del alcohol (60).

Un estudio transversal realizado en Medellín, Colombia, en 2002,

no encontró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresivos en personas mayores de 15 años de estrato socioeconómico bajo y población desplazada del mismo grupo etéreo (61), aunque las prevalencias encontradas en este estudio sobrepasan ampliamente las encontradas en la población general (23, 24, 33).

En Colombia, Puertas *et al.*, en un estudio transversal en personas desplazadas por el conflicto armado que vivían en el área rural de Sincelejo, encontraron una prevalencia de trastornos mentales comunes del 27,2%, y para problemas asociados con el consumo excesivo de alcohol, del 13,6%. Adicionalmente, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de trastornos mentales comunes y el tipo de carné de salud utilizado (62).

### *Síntesis de las variables sociodemográficas*

La Encuesta Nacional de Alcoholismo y Condiciones Relacionadas en Estados Unidos mostró que ser mujer, indígena, estar en edades medias, ser viudo, separado o divorciado y tener bajos ingresos económicos incrementaba el riesgo de trastorno depresivo mayor, y que ser asiático, hispánico o caucásico disminuía el mismo riesgo (62).

Un estudio transversal hecho en mexicanos residentes en California mostró que la prevalencia de los

trastornos mentales era similar a la de los indígenas norteamericanos y diferente de la de los ciudadanos mexicanos e inmigrantes. Se notó que la morbilidad psiquiátrica entre mexicanos nacidos en Estados Unidos estaba influenciada más por la variación cultural que por el estrato socioeconómico o la residencia rural o urbana (63). Araya *et al.* encontraron en Santiago de Chile una alta prevalencia de trastornos mentales asociados a bajo nivel educativo, sexo femenino, desempleo, separación, bajo estrato socioeconómico y tipología de familia (vivir solo) (44).

En síntesis, al parecer el bajo nivel educativo, una reciente caída del ingreso económico y una vivienda pobre son las únicas variables socioeconómicas que están asociadas significativamente a un incremento en la prevalencia de trastornos mentales, después del ajuste por otras variables confusoras. Estos indicadores socioeconómicos representan problemas complejos, sujetos a influencias tanto sociales como culturales, y que deben ser analizados con cuidado en los estudios epidemiológicos (34).

### **Discapacidad**

Debido a la alta prevalencia de los trastornos mentales, el Banco Mundial (3) y la OMS (2) han tratado de estudiar la carga de la enfermedad en términos de indicadores epidemiológicos que permitan obtener información en el plano poblacional sobre las causas de ocurrencia de las enfer-

medades que integren mortalidad y morbilidad, incluyendo años de vida perdidos por mortalidad prematura y años de vida saludable perdidos (9, 10). Este enfoque de la carga global de la enfermedad (CGE), desarrollado por Murray y López, busca establecer prioridades globales para la investigación en salud y evaluar las tendencias globales en salud (64, 65). En este contexto, los indicadores mejor estudiados en salud mental son los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD, YLD, por sus siglas en inglés) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD, DALYs, por sus siglas en inglés) (66, 67).

En el ámbito mundial, cinco de las diez primeras causas de AVPD en 1990 fueron problemas neuropsiquiátricos. Los trastornos mentales, en general, representaron aproximadamente el 33,0% de los AVPD y el 12,0% de los AVAD en 1998, según informe de la OMS (68). De acuerdo con los cálculos del estudio de la CGE, el trastorno depresivo mayor ocupará el segundo lugar de todos los AVAD para el año 2020 (68).

En los países de economías no establecidas los trastornos mentales representan el 11,1% del total de la carga de la enfermedad, y es el trastorno depresivo el principal trastorno neuropsiquiátrico, seguido de los trastornos por uso de alcohol. En estos países los trastornos mentales están asociados a otros problemas de salud pública como la salud del niño y de la mujer, y el binomio VIH/sida, lo cual ensombrece más aún el panorama (69).

El trastorno depresivo mayor es la cuarta causa principal de CGE, al dar cuenta del 4,4% del total de los AVAD en el año 2000. Además, representa la mayor cantidad de carga no fatal, pues representa alrededor del 12,0% de todos los años vividos con discapacidad alrededor del mundo (70).

El estudio australiano de CGE fue el del primer país desarrollado en utilizar esta metodología en 1996, e informó que los trastornos mentales fueron las principales causas de discapacidad y daban cuenta de cerca del 30,0% de los AVPD (71).

Con esta misma metodología de la OMS, Granados *et al.* encontraron que del total de los 242.061 AVAD las principales seis causas fueron: psicosis relacionadas con el consumo de alcohol y dependencia del alcohol (6,5%), cáncer pulmonar (5,7%), enfermedad cardíaca isquémica (4,8%), depresión (4,4%), demencias (4,2%) y artritis (3,9%) (72).

La Encuesta Mundial de Salud Mental informó que los individuos con trastornos mentales severos, en la mayoría de los países, informaron al menos 30 días en el año anterior a la encuesta. Días estos en los que no pudieron cumplir con sus actividades usuales por causa de los transtornos (18). Estudios europeos mostraron una asociación significativa entre los días de trabajo perdidos y el puntaje en la escala de calidad de vida y el número de trastornos psiquiátricos (73). Otros estudios alrededor del mundo confirmaron la asociación entre los

trastornos mentales, la discapacidad y el deterioro en la calidad de vida (74-80).

### Uso de servicios

La tasa de tratamientos para los trastornos mentales ha aumentado desde 1993 hasta 2003. Entre los sujetos con un trastorno mental, el 20,3% recibió tratamiento entre 1990 y 1992, comparado con el 32,9% que recibió tratamiento entre 2001 y 2003. Estos incrementos significativos en las tasas de tratamiento estuvieron limitados, en orden de frecuencia, a los servicios médicos generales, servicios psiquiátricos y otros profesionales de la salud mental, y fueron independientes de la severidad de los trastornos y de otras características sociodemográficas de los encuestados (81).

Otros estudios documentaron que la severidad de los trastornos mentales estuvo asociada a la probabilidad de recibir tratamiento en la mayoría de los países: del 35,5% al 50,3%; de los casos severos en países desarrollados y en países en vía de desarrollo no recibieron tratamiento en los 12 meses previos a la entrevista del 76,3% al 85,4%. El estudio mostraba que existían necesidades de tratamiento no satisfechas entre los casos severos (18).

En los Estados Unidos, de los casos diagnosticados en los últimos doce meses el 41,1 % recibió algún tratamiento el año anterior, incluyendo el 12,3% de atención por psiquiatra, el 16,6% por parte de

un especialista de salud mental no psiquiatra, el 22,8% por un médico general, el 8,1% por un profesional de las ciencias humanas y el 6,8% por un proveedor de medicina alternativa y servicios complementarios (82). Bland *et al.*, en Canadá, hallaron que una alta proporción de los encuestados (el 72,0%) que reunió criterios para algún trastorno psiquiátrico no buscó ayuda, y que los principales predictores del proceso de búsqueda de ayuda fueron sexo femenino, tener menos de 45 años, severidad del trastorno y comorbilidad (83).

En Europa, Alonso *et al.* informaron que el uso de servicios de salud mental es limitado entre los individuos con trastornos mentales. Los factores asociados a este patrón de acceso aún no quedan del todo claros (84). Asimismo, Shen *et al.* observaron que sólo el 3,4% de las personas con cualquier trastorno psiquiátrico buscó ayuda o recibió tratamiento dentro de los 12 meses previos a la entrevista (85). En Latinoamérica, aunque la presencia de un diagnóstico psiquiátrico incrementa el uso de servicios, todavía existe una baja proporción de sujetos que buscan cuidados especializados o de medicina general (20, 86-89). La brecha en la atención de los trastornos mentales sigue siendo grande alrededor del mundo, y alcanza cifras especialmente abrumadoras en América Latina y el Caribe (86). En un análisis de las cifras de utilización de servicios en diversas muestras examinadas, se encontró que más de la tercera parte

de las personas con una psicosis no afectiva, más de la mitad de las que padecían trastornos de ansiedad y alrededor de tres cuartas partes de las que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol no recibieron ningún tratamiento psiquiátrico en el sistema formal de salud, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general (86).

La utilización de fármacos psicotrópicos es generalmente baja en individuos con cualquier trastorno mental (32,6%). La extensión de la utilización de psicofármacos varía de acuerdo con el trastorno específico; para trastorno depresivo mayor, por ejemplo, sólo el 21,2% de los pacientes ha recibido antidepresivos dentro de los últimos 12 meses; el uso exclusivo de antidepresivos también fue bajo (4,6%), y la mayoría de los individuos tomaba sólo ansiolíticos (18,4%) (84).

Es posible que la baja tasa de tratamientos psiquiátricos observados en estas muestras obedezca a barreras para el proceso de búsqueda de ayuda y a la adherencia a los tratamientos, tales como el estigma social en salud mental (88-92).

## Conclusiones

Se concluye que los trastornos mentales son un problema prioritario de salud pública, ya que se inicia a edades tempranas, tiene una importante comorbilidad y genera altos niveles de discapacidad, lo cual representa una carga para las familias, la sociedad y las instituciones

gubernamentales. Existe una relación muy compleja entre los factores socioeconómicos y culturales y los trastornos mentales, lo cual amerita la realización de más diseños analíticos que determinen los factores reales de riesgo que sean objeto de programas de prevención específicos. Por otro lado, existe una enorme brecha de atención de trastornos mentales, así como una serie de barreras para el adecuado tratamiento de los mismos, de tal manera que se requieren acciones comunitarias en salud mental para vencer dichas barreras, así como un mayor compromiso político de los gobiernos para el diseño de políticas preventivas de impacto en salud pública.

### Referencias

1. Kastrup MC, Ramos AB. Global mental health. *Dan Med Bull.* 2007;54(1):42-3.
2. Saraceno B. The WHO World Health Report 2001 on mental health. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2002;11(2):83-7.
3. World Bank. *World Development Indicators 2003.* Washington, DC: The World Bank; 2003.
4. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):357-76.
5. 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. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(1):8-19.
6. 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.
7. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness—course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety.* 2003;17(3): 173-9.
8. Vos T, Mathers C, Herrman H, Harvey C, Gureje O, Bui D, et al. The burden of mental disorders in Victoria, 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(2): 53-62.
9. Ustün TB. The global burden of mental disorders. *Am J Public Health.* 1999;89(9): 1315-8.
10. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet.* 2006;367(9524):1747-57.
11. Weich S, Araya R. International variations in the prevalence of common mental disorders: do we need more surveys? *Br J Psychiatry.* 2004;184: 289-90.
12. Wittchen LN, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier DA, et al. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Br J Psychiatry.* 1991;159:645-53,658.
13. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):413-26.
14. Caraveo-Anduaga J, Martínez N, Rivera B. Un modelo para los estudios Epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental.* 1998;21(1):48-57.
15. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* New York, NY: The Free Press;1991.
16. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617-27.
17. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et

- al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;109(420):21-7.
18. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004;291(21):2581-90.
  19. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59(4):441-52.
  20. Andrade L, Waters E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.
  21. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPPI). *Rev Med Chile.* 2002;130(5):527-36.
  22. Posada JA, Torres Y. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia, 1993. Bogotá: Ministerio de salud; 1995.
  23. Torres Y, Montoya ID. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia, 1997. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
  24. Posada JA, Trevisi C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33(5):241-62.
  25. Narrow WE, Rae 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.
  26. Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, et al. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry.* 1996; 41(9):559-63.
  27. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares B, Saldívar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental.* 1999; 22(Supl):62-7.
  28. Kringlen E, Torgensen S, Cramer V. A Norwegian Psychiatry Epidemiological Study. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1091-8.
  29. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Valdivia 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.
  30. Alonso J, Angermeyer MC, Bermert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420):28-37.
  31. Yamamoto J, Silva JA, Sasao T, Wang C, Nguyen L. Alcoholism in Peru. *Am J Psychiatry.* 1993;150(7):1059-62.
  32. de Graaf R, Bijl RV, Ten Have M, Beekman AT, Vollebergh WA. Pathways to comorbidity: the transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study. *J Affect Disord.* 2004;82(3):461-7.
  33. Daradkeh TK, Alawan A, Al Ma'aitah R, Ootom SA. Psychiatric morbidity and its sociodemographic correlates among women in Irbid, Jordan. *East Mediterr Health J.* 2006;12 Suppl 2: S107-17.
  34. Posada JA, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado del ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Medunab.* 2004;7(20):65-72.
  35. Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health.* 2003;57(7):501-5.
  36. Patel V. Mental health in low- and middle-income countries. *Br Med Bull.* 2007;81-82: 81-96.
  37. Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, et al.

- Socioeconomic status standard of living and neurotic disorder. *Lancet*. 1998;352(9128):605-9.
38. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment and the common mental disorders a population based cohort study. *BMJ*. 1998;317(7151):115-9.
  39. Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, Kawachi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ*. 2000;321(7272):1311-5.
  40. Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9591):991-1005.
  41. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81(8):609-15.
  42. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *Br J Psychiatry*. 2001;178:406-9.
  43. Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(3):101-7.
  44. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographics correlates. *Br J Psychiatry*. 2001;178:228-33.
  45. Canino GJ, Bird HR, Shroud PE, Rubio M, Bravo M, Martinez R, et al. Prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Ger Psychiatry*. 1987;44(8):727-35.
  46. Wittchen HU, Esau CA, von Zessen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six month prevalence of mental disorders in the Munich follow up Study. *Arch Psychiatry Neurosci*. 1992;241(4):247-58.
  47. Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. Women poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999; 49(11):1461-71.
  48. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2005;47 Supl 1: S4-11.
  49. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:16.
  50. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health*. 2005;95(6):998-1000.
  51. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental Health Survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry*. 2004;184:70-3.
  52. Ortiz-Hernández L, López-Moreno S, Borges G. Socioeconomic inequality and mental health: a Latin American literature review. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1255-72.
  53. Shah A. The importance of the socioeconomic status of countries for mental disorders in old age: development of an epidemiological transition model. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(4):785-7.
  54. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):98-112.
  55. Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E, Lallukka T, Rahkonen O, Head J, et al. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol*. 2007;36(4):776-86.
  56. Muntaner C, Eaton WW, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev*. 2004;26:53-62.
  57. Díaz-Martínez A, Díaz-Martínez R, Osorio-Rojo A, Rascon-Gasca ML. La salud mental en el municipio de Querétaro: Un modelo de investigación psiquiátrica de la comunidad. *Gac Med Mex*. 2003;139(2):101-7.
  58. Taylor R, Page A, Morrell S, Carter G, Harrison J. Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia. *Br J Psychiatry*. 2004;185:486-93.

59. Lim D, Sanderson K, Andrews G. Lost productivity among full – time workers with mental disorders. *J Mental Health Policy Econ.* 2000;3(3):139-46.
60. Kozarić-Kovacic D, Ljubin T, Grappe M. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in displaced persons. *Croat Med J.* 2000;41(2):173-8.
61. Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002. [Internet], Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Antioquia; 2002[acceso: 21 oct 2007]. Disponible en: <http://www.disasterinfo.net/desplazados/informes/ops/perfil-medellin2003/index.htm>.
62. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1097-106.
63. 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. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(9):771-8.
64. Murray CJ, 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. Boston, Mass: Harvard University Press, 1996.
65. World Health Organization. 1999 The World Health Report. Making a difference. Geneva: The World Health Organization. 1999.
66. Murray CJ, Lopez AD. The utility of DALYs for public health policy and research: a reply. *Bull World Health Organ.* 1997;75(4):377-81.
67. Ustün TB, Chisholm D. Global “burden of disease”-study for psychiatric disorders. *Psychiatr Prax.* 2001;28 Suppl 1: S7-11.
68. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):411.
69. Patel V. Mental health in low- and middle-income countries. *Br Med Bull.* 2007;81-82: 81-96.
70. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry.* 2004;184:386-92.
71. Mathers CD, Vos T, Stevenson CE, Begg SJ. The burden of disease and injury in Australia. *Bull World Health Organ.* 2001;79(11):1076-84.
72. Granados D, Lefranc A, Reiter R, Grémy I, Spira A. Disability-adjusted life years: an instrument for defining public health priorities? *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2005; 53(2):111-25.
73. Simon GE, Bauer MS, Ludman EJ, Operskalski BH, Unützer J. Mood symptoms, functional impairment, and disability in people with bipolar disorder: specific effects of mania and depression. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(8):1237-45.
74. Paykel ES, Abbott R, Jenkins R, Brugha LS, Meltzer R. Urban Rural mental health differences in Great Britain: Findings from the national morbidity survey. *Psychol Med.* 2000;30(2):269-80.
75. Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psych Med.* 2000;30(3):657-68.
76. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization, Overview of the Australian National Mental health survey. *Br J Psychiatry.* 2001;178:145-53.
77. Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: The NEMESIS study. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(2):71-7.
78. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psych Med.* 1997;27(4):861-73.
79. Tylee A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J. DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. *Int Clin Psychopharmacol.* 1999;14(3):139-51.

80. Wells KB, Schoenbaum M, Duan N, Miranda J, Tang L, Sherbourne C. Cost-effectiveness of quality improvement programs for patients with subthreshold depression or depressive disorder. *Psychiatr Serv.* 2007;58:1269-78.
81. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med.* 2005; 352(24):2515-23.
82. 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. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):629-40.
83. Bland C, Newman, SC, Orn H. Help-seeking for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry.* 1997; 42(9):935-42.
84. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (420):21-7.
85. Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, He YL, Liu Zr, Cheng H, et al. Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med.* 2006;36(2):257-67.
86. 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 de salud pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18(4-5):229-40.
87. Valdivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental services in Chile. *Psychiatr Serv.* 2004;55(1):71-6.
88. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry.* 2007;190:192-3.
89. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet.* 2007;370(9590):810-1.
90. 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. *Lancet.* 2007;370(9593):1164-74.
91. Givens JL, Katz IR, Bellamy S, Holmes WC. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and whites. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(9):1292-7.
92. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1(1):16-20.

*Conflicto de interés: Los autores niegan cualquier conflicto de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 11 de septiembre de 2007*

*Aceptado para publicación: 1º de agosto de 2008*

Correspondencia  
Adalberto Campo-Arias  
Instituto de Investigación del Comportamiento Humano  
Transversal 93 N° 53-48, interior 68  
Bogotá, Colombia  
[campoarias@comportamientohumano.org](mailto:campoarias@comportamientohumano.org).