

Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados

Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica¹

El Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) fue establecido en 1998 por la OMS para llevar a cabo estudios comparativos transnacionales de la prevalencia de las enfermedades mentales y los factores con ellas correlacionados. En el presente artículo se describen las conclusiones de las encuestas del ICPE en siete países repartidos entre América del Norte (el Canadá y los Estados Unidos), América Latina (el Brasil y México) y Europa (Alemania, los Países Bajos y Turquía), utilizando una versión de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) para generar diagnósticos. Los resultados se comunican utilizando los criterios establecidos en los manuales DSM-III-R y DSM-IV, sin reglas jerárquicas de diagnóstico respecto de los trastornos mentales y con reglas jerárquicas para los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Las estimaciones de la prevalencia presentaron una gran variación, desde una prevalencia a lo largo de la vida de más del 40% para cualquier trastorno mental en los Países Bajos y los Estados Unidos hasta niveles del 12% en Turquía y del 20% en México. La comparación de las estimaciones de la prevalencia a lo largo de la vida y de la prevalencia reciente muestra que los trastornos mentales a menudo eran crónicos, aunque la cronicidad era siempre más alta en los trastornos de ansiedad que en los trastornos del estado de ánimo o los relacionados con el uso de sustancias. Los informes retrospectivos sugieren que los trastornos mentales típicamente tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad, 26 años para los trastornos del estado de ánimo y 21 años para los relacionados con el uso de sustancias. Las tres clases de trastornos estaban positivamente relacionadas con varias medidas socioeconómicas de desventaja (como bajos ingresos y nivel de instrucción, desempleo, soltería). El análisis de los informes retrospectivos sobre la edad de aparición sugiere que las prevalencias a lo largo de la vida habían aumentado en cohortes recientes, aunque el aumento era menor en los trastornos de ansiedad que en los trastornos del estado de ánimo o los relacionados con el uso de sustancias. Los retrasos en la búsqueda de tratamiento profesional estaban generalizados, especialmente entre los casos de aparición temprana, y sólo una minoría de las personas que a la sazón sufrían trastornos recibían tratamiento.

Los trastornos mentales se encuentran entre los más gravosos de todas las clases de enfermedades debido a su alta prevalencia y cronicidad, su temprana edad de aparición y la grave discapacidad resultante. Es necesario contar con proyectos de demostración de programas de detección e intervención precoz para personas con trastornos mentales de aparición temprana, así como de programas de garantía de la calidad para abordar el problema generalizado del tratamiento inadecuado.

Artículo publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (4): 413–426.

Introducción

Desde que terminó la segunda guerra mundial, se han realizado encuestas epidemiológicas comunitarias

sobre los trastornos mentales en muchas partes del mundo (por ejemplo, 1–3) pero, al no haber un formato común para las entrevistas de diagnóstico, no podían hacerse síntesis o comparaciones transnacionales de los resultados de esas encuestas. No obstante, a principios de los años ochenta se elaboró una entrevista de diagnóstico de investigación plenamente estructurada, la Diagnostic Interview Schedule (DIS), que podía ser utilizada por entrevistadores no profesionales adiestrados y que rápidamente se convirtió en el instrumento habitual de las encuestas epidemiológicas comunitarias sobre trastornos mentales. La DIS fue utilizada en primer lugar en los Estados Unidos en el Estudio de la Zona de Captación Epidemiológica (ECA) (5), un hito en la investigación de la prevalencia de las enfermedades mentales y de los factores con ellas relacionados. La amplia difusión de los resultados de la ECA hizo que

¹ Colaboraron los siguientes autores del ICPE: Laura Andrade (Universidad de São Paulo, São Paulo, Brasil); J. J. Caraveo-Anduaga (Instituto Mexicano de Psiquiatría, México D.F., México); Patricia Berglund (Universidad de Michigan, Ann Arbor, MI, EE.UU.); R. Bijl (Instituto Neerlandés de Salud Mental y Adicciones, Utrecht, Países Bajos); R. C. Kessler, Olga Demler y Ellen Walters (Harvard Medical School, Boston, MA, EE.UU.); C. Kılıç (Facultad de Medicina de la Universidad Hacettepe, Ankara, Turquía); D. Offord (Hospital Chedoke-McMaster, Hamilton, Canadá); T. B. Üstün (OMS, Ginebra, Suiza); y H.-U. Wittchen (Instituto de Psiquiatría Max Planck, Munich, Alemania). La correspondencia deberá dirigirse a R. C. Kessler, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, 180 Longwood Avenue, Boston, MA 02115, EE.UU. (e-mail: kessler@hcp.med.harvard.edu) o a T.B. Üstün, Evaluación, Epidemiología y Clasificación (ACE), Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza (e-mail: ustunt@who.ch). Puede obtenerse más información sobre el ICPE en su página web: www.hcp.med.harvard.edu/icpe.

se efectuaran estudios análogos en otros países (6–12). Esas encuestas fueron después reunidas en una serie de importantes análisis comparativos transnacionales de trastornos concretos (13–15).

Desde mediados de los años ochenta, la OMS, en colaboración con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, favoreció una mayor colaboración transnacional mediante la preparación de una entrevista de diagnóstico de investigación plenamente estructurada, análoga a la DIS, capaz de generar diagnósticos fiables y válidos en muchos idiomas distintos. Este nuevo instrumento, conocido como Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de la OMS, fue creado por un grupo de trabajo internacional de la OMS que elaboró y refinó la DIS incluyendo criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (16) y llevó a cabo amplios ensayos transnacionales sobre el terreno para garantizar que el instrumento fuera fiable y válido en todos los países (17). La versión 1.0 de la CIDI fue publicada en 1990 (18) y revisada ulteriormente para incluir los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) (19).

En los diez años transcurridos desde su aparición, la CIDI se ha utilizado en varias encuestas epidemiológicas comunitarias a gran escala en todo el mundo (20–26). En 1998, reconociendo su amplio uso, la OMS creó un consorcio de investigación, el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE), para coordinar la realización de análisis comparativos de los resultados de esas encuestas. En el presente artículo se ofrecen algunos resultados de la primera generación de encuestas del ICPE.

Métodos

Muestras

En el presente artículo se ofrecen los resultados de las encuestas CIDI realizadas en siete países repartidos entre América del Norte (el Canadá y los Estados Unidos), América Latina (el Brasil y México) y Europa (Alemania, los Países Bajos y Turquía). El tamaño total de la muestra fue de 29 644 personas. Todas las encuestas se basaron en muestras probabilísticas de la población general, no en muestras de pacientes ni en muestras por cuotas de la población general. Todas las entrevistas se hicieron personalmente, no por teléfono o por correo. Como se observa en la tabla 1, el intervalo de edad de la muestra combinada era ≥ 18 años y las tasas de respuesta en las distintas encuestas se situaron entre 60,4% y 82,4%. A continuación se describe el diseño del muestreo para cada encuesta. Los conjuntos de datos del Canadá, Alemania, los Países Bajos y los Estados Unidos fueron ponderados para ajustarlos a las diferencias entre las características sociodemográficas de las muestras y las poblaciones de partida. Esos ajustes no fueron posibles en los otros conjuntos de datos debido a la falta de datos de población.

Medidas

En las encuestas se utilizaron la CIDI-OMS (Brasil, Países Bajos, Turquía) o una de sus versiones para evaluar la prevalencia a lo largo de la vida y la prevalencia reciente de los trastornos mentales, la CIDI-UM (27), utilizada en el Canadá, México y los Estados Unidos, y la CIDI-M (28) empleada en Alemania. La CIDI-UM incorporaba a la CIDI original una serie de sondeos de compromiso y clarificación, a fin de aumentar la precisión de la respuesta. También incluía una revisión de las preguntas troncales de diagnóstico a lo largo de la vida al principio de la entrevista para facilitar la evocación activa. Datos experimentales demuestran que la revisión de las preguntas troncales se tradujo en un aumento sustancial de las estimaciones de la prevalencia a lo largo de la vida (27). En comparación con la CIDI original, las preguntas ampliadas en la CIDI-M ayudaron a investigar los subtipos de trastornos, aumentar la precisión a la hora de evaluar criterios complejos y evaluar los criterios del DSM-IV. En las otras encuestas los diagnósticos se basaron en el DSM-III-R. Se utilizaron informes retrospectivos para estimar la edad de aparición. Los trastornos centrales incluidos en las encuestas fueron trastornos de ansiedad (pánico, agorafobia, fobia social, fobia simple, trastorno de ansiedad generalizada), trastornos del estado de ánimo (depresión grave, distimia, manía) y trastornos relacionados con el uso de sustancias (abuso y dependencia del alcohol y las drogas). Se impusieron las reglas de exclusión por razones orgánicas del CIDI en la formulación de todos los diagnósticos. Se aplicaron reglas jerárquicas de diagnóstico a los trastornos relacionados con el uso de sustancias, pero no a los trastornos mentales. Las pruebas metodológicas recogidas en los ensayos sobre el terreno de la CIDI-OMS mostraron que todos los trastornos DSM/CIDI a lo largo de la vida examinados eran evaluados con fiabilidad y validez aceptables mediante la CIDI-OMS (17). Los estudios de reevaluación clínica, realizados junto con el NCS (National Comorbidity Survey, Estados Unidos) (27) y el EDSP (estudio sobre las fases tempranas de desarrollo de la psicopatología) (29), revelaron una fiabilidad y una validez aceptables para los diagnósticos a lo largo de la vida basados en la CIDI-UM y la CIDI-M. No se dispuso de datos de validez para las estimaciones de la prevalencia a 12 meses o a 30 días.

Métodos estadísticos

Se presentan aquí datos sobre prevalencias, correlaciones demográficas, efectos de cohorte, distribuciones de las edades de aparición, rapidez del contacto inicial para recibir tratamiento y pautas de uso de servicios a 12 meses. Se utilizaron los siguientes métodos: tablas simples de varias entradas para calcular las prevalencias y las pautas de uso de servicios a 12 meses; análisis de regresión logística (30) para estudiar los factores demográficos correlacionados; el método Kaplan-Meier (31) para generar

Tabla 1. Características de las muestras de las encuestas del ICPE en los siete países estudiados

País	Nombre y tipo	Características de la muestra	Fechas	Intervalo de edades (años)	Tamaño de la muestra	Tasa de respuesta (%)
Brasil	Estudio de Zona de Captación Epidemiológica en la ciudad de São Paulo (ECA-SP) CIDI-OMS con DSM-III-R	Muestra probabilística estratificada por sectores de la zona de captación del Centro Médico de la Universidad de Sao Paulo. Los grupos de edad de 18–24 años y ≥ 59 años estaban sobrerrepresentados en la muestra (20)	1994–1996	≥ 18	1464	65,2
Canadá	Suplemento de Salud Mental de la Encuesta Sanitaria de Ontario (MHS-OHS) CIDI-UM con DSM-III-R	Submuestra estratificada de residentes de hogares que participaron en la Encuesta Sanitaria de Ontario (OHS). La encuesta se basó en una muestra probabilística multifásica estratificada por conglomerados representativa de las poblaciones de los hogares de Ontario (61).	1990–1991	18–54 ^a	6261	67,4
Alemania	Estudio de las Fases Tempranas de Desarrollo de Psicopatologías (EDSP) CIDI-M con DSM-IV	Muestra estratificada monofásica representativa de los residentes de Munich. La muestra fue extraída del registro oficial de población de la zona metropolitana de Munich y la estratificación se basó en las características demográficas disponibles en el registro (26)	1995	18–25 ^a	1626	71,1
México	Proyecto de Epidemiología de la Comorbilidad Psiquiátrica (EPM) CIDI-UM con DSM-III-R	Muestra probabilística multifásica estratificada por conglomerados de residentes de hogares en una submuestra de las 16 divisiones políticas de México D.F. (22)	1995	18–54	1734	60,4
Países Bajos	Encuesta de Salud Mental y Estudio de la Incidencia en los Países Bajos (NEMESIS) CIDI-OMS con DSM-III-R	Muestra probabilística multifásica estratificada por conglomerados, representativa a escala nacional, de residentes de hogares (21)	1996	18–64	7076	70,0
Turquía	Perfil de Salud Mental de Turquía CIDI-OMS con DSM-III-R	Muestra probabilística multifásica estratificada por conglomerados, representativa a escala nacional, de residentes de hogares, con entrevistas a todos los encuestados adultos de cada hogar de la muestra (24)		18–54	6095	72,6
Estados Unidos de América	Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) CIDI-UM con DSM-III-R	Muestra probabilística multifásica estratificada por conglomerados, representativa a escala nacional, de residentes de hogares, con una muestra suplementaria de estudiantes alojados en residencias universitarias (23)	1990–1992	18–54 ^a	5388	82,4

^a La muestra completa abarca un intervalo de edades más amplio, pero en el presente artículo sólo se incluyen los encuestados del intervalo de edad indicado. El tamaño de muestra señalado corresponde a la muestra restringida, mientras que la tasa de respuesta corresponde a la muestra completa.

curvas de la edad de aparición; y análisis discretos de la supervivencia (32) para estudiar los efectos de cohorte y los factores predictivos de la rapidez del contacto de tratamiento inicial.

Debido a la complejidad del diseño de las muestras y a la ponderación de las encuestas, los errores estándar de las diversas estadísticas descriptivas se estimaron utilizando el método Jackknife Repeated Replications (JRR) (33), aplicado mediante una macro SAS. Las estimaciones realizadas mediante

el JRR incorporan la agrupación y la ponderación de casos. La regresión logística y los coeficientes de supervivencia se transformaron en exponentes y se presentan más adelante en forma de razones de posibilidades («odds ratio» = OR). También se especifican los intervalos de confianza del 95% de esos coeficientes, ajustados para tener en cuenta los efectos de diseño. Las pruebas de multivarianza se basan en pruebas de χ^2 de Wald, para las que se han empleado matrices de coeficientes de varianza-

covarianza que se ajustaron para tener en cuenta los efectos de diseño al utilizar el JRR. En adelante, cuando los resultados se califiquen de «significativos», nos estaremos refiriendo a la significación estadística obtenida con pruebas bilaterales basadas en el diseño evaluadas en el nivel del 0,05.

Resultados

Características demográficas de las muestras

En la tabla 2 se presentan las distribuciones demográficas de las muestras. Como ya se ha señalado, los resultados se ponderaron para aproximar la distribución del censo de población en cuatro de las muestras (Canadá, Alemania, Países Bajos y Estados Unidos) pero no estaban ponderados en las

otras muestras. Así pues, no es lícito comparar las distribuciones de todas las muestras, pero merece la pena formular algunas observaciones generales. Las distribuciones por edades diferían considerablemente debido a las distintas restricciones a la participación en las muestras en razón de la edad. Las distribuciones por sexos mostraban un equilibrio razonable entre hombres y mujeres en todos los casos. Las distribuciones en materia de nivel de instrucción variaban espectacularmente debido a las diferencias de escolarización entre unos países y otros. La mayoría de los entrevistados en casi todas las encuestas estaban casados en la fecha de la entrevista, salvo en Alemania debido a la juventud de la muestra correspondiente. Análogamente, aunque en casi todos los estudios la mayoría de los encuestados tenían empleo, en Alemania la condición de

Tabla 2. Distribuciones de las variables sociodemográficas en las encuestas del ICPE

	Brasil	Canadá	Alemania	México	Países Bajos	Turquía	Estados Unidos
Grupo de edad (años)							
18–24	15,5 (0,8) ^a	18,0 (0,7)	99,7 (0,2)	28,0 (1,0)	14,1 (0,6)	20,3 (0,6)	18,1 (0,8)
25–34	23,8 (1,3)	33,7 (1,3)	0,3 (0,2)	34,3 (1,3)	26,1 (0,6)	33,0 (0,8)	33,4 (0,8)
35–44	21,9 (1,1)	28,4 (0,9)	0,0	23,1 (0,8)	24,1 (0,6)	30,3 (0,8)	30,1 (0,8)
≥45	38,8 (1,5)	20,0 (1,2)	0,0	14,5 (1,0)	35,6 (0,7)	16,5 (0,5)	18,4 (0,9)
Sexo							
Mujeres	57,4 (1,5)	50,8 (1,3)	51,0 (1,3)	56,8 (1,0)	49,3 (0,6)	55,8 (0,5)	50,0 (1,2)
Hombres	42,6 (1,5)	49,2 (1,3)	49,0 (1,3)	43,2 (1,0)	50,7 (0,6)	44,2 (0,5)	50,0 (1,2)
Nivel de instrucción							
0–11	39,4 (1,4)	24,1 (0,9)	41,3 (1,3)	60,8 (1,7)	43,5 (1,0)	78,5 (1,1)	14,9 (0,8)
12	4,8 (0,5)	27,7 (0,8)	8,4 (0,7)	18,4 (1,1)	28,8 (0,6)	13,9 (0,7)	37,9 (1,2)
13–15	20,0 (1,3)	30,1 (0,8)	48,9 (1,4)	6,9 (0,7)	19,0 (0,6)	0,0 (0,0)	25,2 (1,1)
≥16	36,0 (1,8)	18,0 (0,7)	1,6 (0,4)	13,9 (1,1)	8,7 (0,7)	7,6 (0,7)	22,2 (1,1)
Estado civil							
Divorciado/ soltero	52,9 (1,9)	30,4 (1,1)	95,1 (0,5)	42,8 (1,1)	30,8 (0,8)	18,9 (0,6)	41,3 (1,1)
Casado	47,1 (1,9)	69,6 (1,1)	4,9 (0,5)	57,2 (1,1)	69,2 (0,8)	81,1 (0,6)	58,7 (1,1)
Situación laboral							
Desempleado	0,0 (0,0)	7,2 (0,5)	10,0 (0,8)	8,7 (1,0)	13,4 (0,5)	6,4 (0,4)	8,0 (0,6)
Estudiante	6,0 (0,6)	8,8 (0,7)	56,0 (1,4)	7,8 (1,0)	7,3 (0,5)	2,3 (0,3)	3,7 (0,4)
Ama de casa	0,0 (0,0)	11,1 (0,6)	2,0 (0,4)	25,3 (1,1)	28,3 (0,7)	40,0 (0,7)	6,4 (0,4)
Empleado	94,0 (0,6)	72,9 (0,9)	31,9 (1,4)	58,2 (1,3)	50,9 (0,7)	51,3 (0,9)	81,9 (0,8)
Entorno de vida							
Rural	00,0 (0,0)	12,4 (0,5)	23,7 (1,1)	0,0 (0,0)	16,9 (1,1)	29,3 (0,9)	21,3 (3,2)
Urbano	100,0 (0,0)	87,6 (0,5)	76,3 (1,1)	100,0 (0,0)	83,1 (1,1)	70,7 (0,9)	78,7 (3,2)
Ingresos familiares							
0–25%	— ^b	22,3 (1,0)	— ^b	24,3 (1,6)	25,8 (0,9)	— ^b	23,4 (1,3)
26–50%	—	18,3 (0,8)	—	27,5 (1,6)	27,8 (0,6)	—	12,0 (0,6)
51–75%	—	26,0 (0,8)	—	26,4 (1,1)	10,3 (0,4)	—	35,8 (1,2)
76–100%	—	33,4 (1,1)	—	21,8 (2,3)	27,7 (1,0)	—	28,8 (1,6)
Tamaño de la muestra	1464	6261	1626	1734	7076	6095	5388

^a Entre paréntesis se indica el error estándar.

^b En el Brasil, Alemania y Turquía no se evaluaron los ingresos familiares.

estudiante era la más frecuente en el momento de la entrevista. Las distribuciones fueron predominantemente urbanas en todas las encuestas, y exclusivamente urbanas, por definición, en São Paulo y México D.F. Aunque la muestra de Munich también era en su mayor parte urbana, se incluyeron en el marco muestral zonas no urbanas de los alrededores de la ciudad. Las distribuciones de los ingresos son el resultado de dividir las mediciones continuas incluidas en las encuestas en cuatro categorías de tamaño lo más parecido posible. Se procedió así dada la dificultad para efectuar comparaciones fidedignas de los ingresos entre países, debido a las variaciones de los tipos de cambio y del poder adquisitivo de ingresos equivalentes. En el Brasil, Alemania y Turquía no se obtuvieron datos sobre ingresos.

Prevalencia de los trastornos mentales

Las estimaciones de la prevalencia de los trastornos aparecen en la tabla 3 respecto de cada una de las tres

clases amplias de trastornos: ansiedad, estado de ánimo y uso de sustancias. Como cabría esperar a la luz de las diferencias entre las diversas versiones de la CIDI utilizadas en las encuestas, las estimaciones de la *prevalencia a lo largo de la vida* diferían ampliamente de unos países a otros. Centrándose en primer lugar en las prevalencias a lo largo de la vida de cualquiera de los trastornos, las estimaciones más altas llevan a pensar que más de un tercio de la muestra experimentó al menos uno de los trastornos en algún momento de su vida en el Brasil (36,3%), el Canadá (37,5%), Alemania (38,4%), los Países Bajos (40,9%) y los Estados Unidos (48,6%). Las estimaciones de la prevalencia a lo largo de la vida fueron considerablemente inferiores en México (20,2%) y Turquía (12,2%).

Las tres clases generales de trastornos son importantes para determinar las prevalencias totales estimadas de las enfermedades. Se detectaron trastornos relacionados con la ansiedad en al menos la tercera parte de los individuos con cualquier

Tabla 3. Prevalencias porcentuales de los trastornos definidos según el DSM-III-R^a en las encuestas del ICPE^b

	Brasil		Canadá		Alemania		México		Países Bajos		Turquía		Estados Unidos	
1. Estimaciones a lo largo de la vida														
Ansiedad ^c	17,4	(1,0) ^d	21,3	(0,8)	9,8	(0,8)	5,6	(0,8)	20,1	(0,8)	7,4	(0,5)	25,0	(0,8)
Estado de ánimo ^e	15,5	(1,0)	10,2	(0,8)	17,1	(1,0)	9,2	(1,2)	18,9	(0,6)	7,3	(0,5)	19,4	(0,7)
Uso de sustancias ^f	16,1	(1,2)	19,7	(0,7)	21,5	(1,1)	9,6	(0,7)	18,7	(0,7)	0,0	(0,0)	28,2	(0,9)
Cualquier trastorno ^g	36,3	(1,5)	37,5	(1,1)	38,4	(1,2)	20,2	(1,4)	40,9	(1,1)	12,2	(0,7)	48,6	(0,9)
Nº de trastornos														
1	21,2	(1,3)	21,2	(1,1)	25,5	(1,0)	14,8	(1,2)	23,0	(0,7)	7,9	(0,5)	21,3	(0,6)
2	8,8	(0,9)	9,3	(0,3)	8,1	(0,7)	4,0	(0,6)	9,3	(0,4)	3,0	(0,3)	13,1	(0,4)
≥3	6,3	(0,7)	7,0	(0,5)	4,8	(0,6)	1,4	(0,3)	8,6	(0,4)	1,3	(0,2)	14,3	(0,6)
2. Estimaciones a 12 meses														
Ansiedad ^c	10,9	(0,8)	12,4	(0,6)	7,1	(0,7)	4,0	(0,6)	12,7	(0,7)	5,8	(0,4)	17,0	(0,6)
Estado de ánimo ^e	7,1	(0,7)	4,9	(0,5)	9,6	(0,8)	4,8	(0,8)	7,7	(0,4)	4,2	(0,4)	10,7	(0,6)
Uso de sustancias ^f	10,5	(1,0)	7,9	(0,5)	13,2	(0,9)	5,8	(0,6)	8,9	(0,5)	0,0	(0,0)	11,5	(0,5)
Cualquier trastorno ^g	22,4	(1,3)	19,9	(0,8)	24,4	(1,2)	12,6	(1,1)	23,0	(0,9)	8,4	(0,6)	29,1	(0,7)
Nº de trastornos														
1	15,3	(1,1)	13,1	(0,6)	17,6	(1,0)	9,8	(1,0)	15,2	(0,7)	5,7	(0,4)	16,7	(0,4)
2	4,3	(0,6)	4,5	(0,4)	4,3	(0,5)	1,9	(0,4)	4,4	(0,3)	1,8	(0,2)	6,6	(0,4)
≥3	2,8	(0,4)	2,4	(0,3)	2,5	(0,3)	0,9	(0,2)	3,4	(0,2)	0,8	(0,2)	5,7	(0,3)
3. Estimaciones a 30 días														
Ansiedad ^c	8,7	(0,7)	6,2	(0,4)	2,7	(0,4)	2,3	(0,4)	9,8	(0,6)	5,0	(0,4)	10,3	(0,6)
Estado de ánimo ^e	4,9	(0,6)	2,6	(0,4)	3,6	(0,5)	2,3	(0,6)	4,0	(0,3)	3,7	(0,4)	5,1	(0,4)
Uso de sustancias ^f	8,0	(0,9)	3,8	(0,3)	6,2	(0,6)	2,6	(0,4)	5,8	(0,4)	0,0	(0,0)	5,7	(0,3)
Cualquier trastorno ^g	17,2	(1,1)	10,4	(0,6)	10,9	(0,7)	6,7	(0,7)	16,3	(0,8)	7,4	(0,5)	17,1	(0,7)
Nº de trastornos														
1	11,8	(1,0)	7,3	(0,4)	8,8	(0,6)	5,7	(0,6)	11,5	(0,6)	5,1	(0,4)	11,1	(0,4)
2	3,6	(0,6)	1,9	(0,2)	1,5	(0,3)	0,8	(0,3)	2,7	(0,2)	1,7	(0,2)	3,7	(0,3)
≥3	1,9	(0,3)	1,1	(0,3)	0,6	(0,2)	0,2	(0,1)	2,1	(0,2)	0,7	(0,1)	2,3	(0,2)

^a En Alemania se utilizaron los criterios del DSM-IV.

^b Algunos resultados de esta tabla ya aparecieron en los trabajos citados en la tabla 1.

^c Cualquier trastorno de ansiedad = pánico, agorafobia, fobia simple, fobia social o ansiedad generalizada.

^d Las cifras entre paréntesis indican el error estándar.

^e Cualquier trastorno del estado de ánimo = depresión, distimia o manía.

^f Cualquier trastorno asociado al uso de sustancias = abuso o dependencia del alcohol o de las drogas.

^g Cualquier trastorno = cualquier trastorno de ansiedad, del estado de ánimo o de uso de sustancias.

trastorno estimado a lo largo de la vida en todos los países, salvo México y Alemania. Los trastornos del estado de ánimo se daban por lo menos en un tercio de los individuos con cualquier trastorno estimado a lo largo de la vida en todos los países, salvo en el Canadá. Y se detectaron trastornos asociados al uso de sustancias por lo menos en la tercera parte de los individuos con cualquier trastorno estimado a lo largo de la vida en los seis países en que se evaluaron esos trastornos (no se evaluaron en Turquía). Se estimó que, de las tres clases generales de trastornos, los trastornos de ansiedad eran los más prevalentes en cuatro países (el Brasil, el Canadá, los Países Bajos y Turquía), mientras que los trastornos asociados al uso de sustancias eran los más prevalentes en los otros tres países (Alemania, México y los Estados Unidos).

En la tabla 3 se presentan también las estimaciones de la prevalencia a 12 meses. Pueden obtenerse estimaciones indirectas de la cronicidad de los trastornos comparando las razones de las prevalencias a 12 meses y a lo largo de la vida. Esas razones eran superiores al 33% en las 21 comparaciones y superiores al 50% en todas las comparaciones salvo seis, lo que sugiere que los trastornos mentales a menudo eran crónicos. Las razones adquirían sus valores máximos en los trastornos de ansiedad en los siete países, lo que sugiere indirectamente que esos trastornos eran más crónicos que los trastornos del estado de ánimo o los asociados al uso de sustancias. La misma tendencia general se observa en las estimaciones de las prevalencias a 30 días que aparecen en la tabla. En seis de los siete países, la razón entre la prevalencia a 30 días y la prevalencia a lo largo de la vida era más alta en los trastornos de ansiedad que en las otras dos clases de trastornos.

La tabla 3 también presenta datos sobre la distribución del número de trastornos a lo largo de la vida, a 12 meses y a 30 días. Esos datos ofrecen información general sobre la comorbilidad. Los Estados Unidos fueron el único país donde la comorbilidad a lo largo de la vida (es decir, donde dos o más trastornos estaban presentes a lo largo de la vida) fue más frecuente (56,3% de los casos a lo largo de la vida) que la presentación de un solo trastorno. La comorbilidad a lo largo de la vida, no obstante, resultó ser bastante frecuente en los otros países, con razones de prevalencia comprendidas entre el 26,7% de los casos a lo largo de la vida en México y el 43,8% de los casos a lo largo de la vida en los Países Bajos. La comorbilidad estimada a 12 meses y 30 días constituía una proporción más pequeña de los casos que la estimada para toda la vida en los siete países.

Distribución de la edad de aparición

Las curvas de la edad de aparición se generaron utilizando el método de Kaplan–Meier (31). Se muestran gráficamente los resultados por países para los trastornos de ansiedad (figura 1), los trastornos del estado de ánimo (figura 2) y los trastornos asociados al uso de sustancias (figura 3). Las distribuciones eran parecidas en los distintos países.

Fig. 1. Distribuciones de la edad de aparición de cualquier trastorno de ansiedad en las encuestas del ICPE (se han omitido los datos de Alemania debido al estrecho intervalo de edades de la muestra)

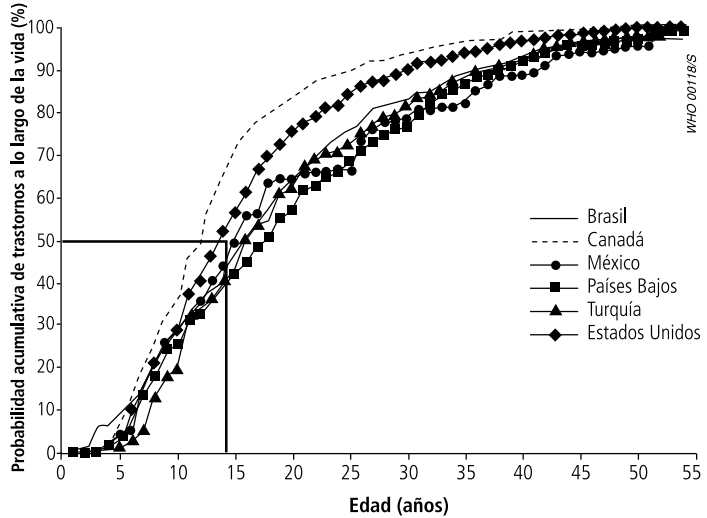


Fig. 2. Distribuciones de la edad de aparición de cualquier trastorno del estado de ánimo en las encuestas del ICPE (se han omitido los datos de Alemania debido al estrecho intervalo de edades de la muestra)

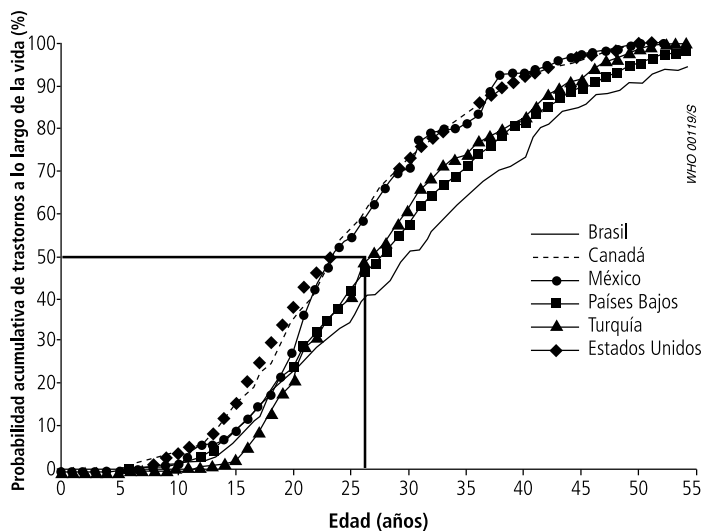
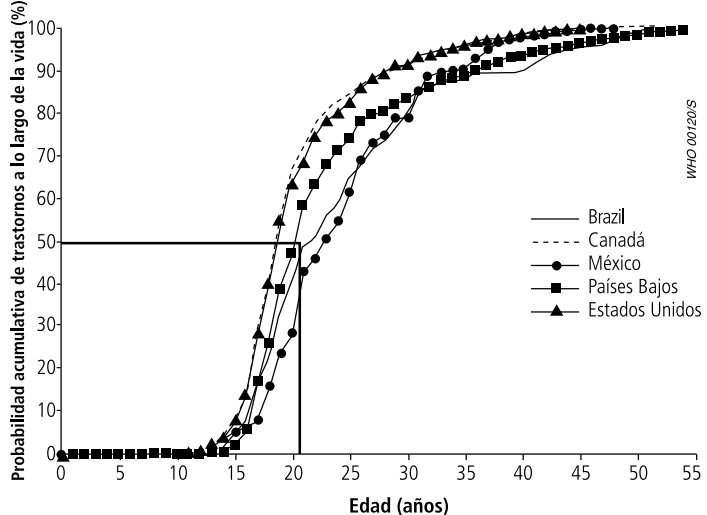


Fig. 3. Distribuciones de la edad de aparición de cualquier trastorno asociado al uso de sustancias en las encuestas del ICPE (se han omitido los datos de Alemania debido al estrecho intervalo de edades de la muestra)



Se calculó que los trastornos de la ansiedad eran los que aparecían a edad más temprana, con una mediana de 15 años (intervalo: de 12 años en el Canadá a 18 años en los Países Bajos). Los trastornos del estado de ánimo aparecían más tarde, con una mediana de 26 años (intervalo: de 23 años en el Canadá, México y los Estados Unidos a 30 años en el Brasil.) Los trastornos asociados al uso de sustancias tenían una distribución estimada intermedia, con una mediana de 21 años (intervalo: de 18 años en el Canadá y los Estados Unidos a 22 años en México).

Factores sociodemográficos correlacionados con las prevalencias de los trastornos

Se examinaron los factores sociodemográficos correlacionados con las prevalencias estimadas a lo largo de la vida, a 12 meses y a 30 días. Como las distribuciones son similares para los distintos marcos temporales y los distintos trastornos, sólo presentamos aquí los datos ilustrativos respecto de uno de los resultados, a saber, los trastornos comórbidos (dos o más trastornos) a 12 meses. Como se observa en la tabla 4, existe una relación inversa generalmente monotónica entre la edad y la prevalencia estimada en todos los países salvo México y Turquía.

Los resultados demuestran también que, según las estimaciones, las mujeres presentaban una prevalencia de comorbilidad a 12 meses significativamente más alta que los hombres en tres países (Países Bajos, Turquía y los Estados Unidos), mientras que no se observó una diferencia significativa entre los sexos en los otros cuatro países (el Brasil, el Canadá, Alemania y México). Esta fue la única ocasión en la que se observaron diferencias sistemáticas entre las tres clases generales de trastornos, pues se estimó que las mujeres siempre tenían prevalencias más altas de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que los hombres, mientras que en éstos las prevalencias de los trastornos relacionados con el uso de sustancias eran siempre más altas que en las mujeres.

En la tabla 4 se muestran también las pautas de comorbilidad en función del nivel de instrucción. Las prevalencias estimadas más altas se daban entre los encuestados en el nivel más bajo de instrucción en seis de las siete encuestas, salvo en Alemania (con una relación no significativa). Sin embargo, no se halló una relación monotónica significativa en el resto del intervalo de distribuciones del nivel de instrucción salvo en los Estados Unidos. Esto significa que la distribución estaba determinada en gran medida por un bajo nivel de instrucción asociado a una prevalencia estimada alta, más que por un elevado grado de instrucción asociado a una prevalencia baja.

Las pautas de comorbilidad en función de los ingresos muestran una relación inversa significativa en tres de los cuatro países en los que se midieron los ingresos (tabla 4), siendo México la excepción (con una relación no significativa). Los indicios de monotonicidad fueron algo más firmes que en las

asociaciones relacionadas con el nivel de instrucción, si bien la pauta monotónica no fue del todo coherente en ninguno de los países, salvo en los Países Bajos y los Estados Unidos.

Los encuestados casados comunicaron tasas más bajas de comorbilidad a 12 meses que los solteros en las siete encuestas (tabla 4). No obstante, esa relación no era significativa en Alemania, México y Turquía.

En cinco de los siete países, la situación laboral estaba relacionada con la comorbilidad estimada a 12 meses (tabla 4). Los encuestados en situación de desempleo comunicaron las prevalencias más altas en cinco de seis países (salvo en Turquía); ningún entrevistado estaba desempleado en el Brasil. Los encuestados con empleo tenían la prevalencia estimada más baja en cinco de los siete países (salvo en Alemania y México).

Los resultados de la tabla 4 muestran una ligera, pero sistemática, tendencia a la baja de la prevalencia en las zonas rurales en comparación con las urbanas en cuatro de los cinco países donde se incluyeron muestras de esas dos zonas.

Aumento de la prevalencia en cohortes recientes

La relación inversa entre la edad y la comorbilidad a 12 meses que se observa en la tabla 4 podría deberse, al menos en parte, a un efecto de cohorte más que a un efecto de la edad. Por «efecto de cohorte» entendemos un aumento de la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos mentales durante sucesivas generaciones. Esa posibilidad fue evaluada utilizando informes retrospectivos sobre la edad de aparición para calcular una serie de modelos de supervivencia para la prevalencia a lo largo de la vida en función de la edad en el momento de la entrevista. Los resultados, presentados en la tabla 5, apuntan de forma sistemática a un aumento de la prevalencia estimada de toda la vida para la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos relacionados con el uso de sustancias en las cohortes más recientes en los países donde se estimaron los efectos de cohorte (Alemania fue excluida de esta parte del análisis debido al limitado intervalo de edades de la muestra).

Cabe señalar que en el caso de los trastornos del estado de ánimo los efectos de cohorte fueron sistemáticamente más intensos que para los trastornos de ansiedad en todos los países; 17 de los 18 coeficientes que comparan las tendencias temporales eran mayores en el caso de los trastornos del estado de ánimo que en los de ansiedad. Se observó además una gran variación entre unos países y otros por lo que se refiere a los efectos de cohorte implicados en los trastornos relacionados con el uso de sustancias. Las tendencias temporales de los trastornos relacionados con el uso de sustancias fueron menos acusadas en México, intermedias en el Canadá y los Estados Unidos, y muy pronunciadas en el Brasil y los Países Bajos.

Tabla 4. Factores sociodemográficos correlacionados con la comorbilidad a 12 meses en las encuestas del ICPE en los siete países estudiados

	Brasil	Canadá	Alemania	México	Países Bajos	Turquía	Estados Unidos
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Grupo de edad (años)							
15-24	2,3 ^a (1,3-3,9) ^b	3,9 ^a (2,4-6,3)	— ^c	0,9 (0,3-2,8)	1,8 ^a (1,4-2,3)	1,0 (0,6-1,7)	2,0 ^a (1,5-2,7)
25-34	1,4 (0,7-2,8)	3,0 ^a (1,8-5,1)	—	1,0 (0,3-3,0)	1,2 ^a (1,0-1,5)	1,1 (0,7-1,6)	1,3 (0,9-1,8)
35-44	0,8 (0,3-2,0)	2,5 ^a (1,5-4,1)	—	1,3 (0,4-4,6)	1,3 ^a (1,0-1,7)	1,0 (0,6-1,6)	1,0 (0,8-1,4)
≥45	1,0	1,0	—	1,0	1,0	1,0	1,0
	$\chi^2_3 = 15,5^a$	$\chi^2_3 = 34,4^a$		$\chi^2_3 = 0,5$	$\chi^2_3 = 18,2^a$	$\chi^2_3 = 0,1$	$\chi^2_3 = 36,9^a$
Sexo							
Mujeres	1,2 (0,7-2,0)	1,2 (0,9-1,6)	1,3 (0,9-2,0)	0,7 (0,3-1,3)	1,7 ^a (1,4-2,1)	3,3 ^a (2,2-4,9)	1,5 ^a (1,2-1,9)
Hombres	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	$\chi^2_1 = 0,4$	$\chi^2_1 = 0,9$	$\chi^2_1 = 1,9$	$\chi^2_1 = 1,4$	$\chi^2_1 = 21,2^a$	$\chi^2_1 = 34,8^a$	$\chi^2_1 = 9,8^a$
Nivel de instrucción							
0-11	1,3 (0,8-2,0)	1,9 ^a (1,3-2,7)	0,6 (0,3-1,0)	2,6 (0,8-8,8)	1,9 ^a (1,3-2,8)	1,3 (0,6-2,6)	3,8 ^a (2,9-4,9)
12	0,4 (0,1-1,4)	1,1 (0,7-1,7)	0,3 ^a (0,1-0,8)	0,5 (0,2-1,2)	1,3 (0,8-1,9)	0,9 (0,4-2,0)	2,3 ^a (1,7-3,0)
13-15	1,2 (0,6-2,3)	1,1 (0,7-1,9)	0,5* (0,3-0,8)	0,4 (0,1-2,6)	0,9 (0,6-1,4)	0,0	2,0 ^a (1,9-2,7)
≥16	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	$\chi^2_3 = 5,6$	$\chi^2_3 = 31,2^a$	$\chi^2_3 = 3,4$	$\chi^2_3 = 18,3$	$\chi^2_3 = 40,4^a$	$\chi^2_2 = 0,0$	$\chi^2_3 = 94,9^a$
Ingresos familiares							
0-25%	— ^d	1,6 ^a (1,1-2,2)	— ^d	1,2 (0,4-3,7)	3,3 ^a (2,7-4,1)	— ^d	2,4 ^a (1,8-3,0)
26-50%	—	1,9 ^a (1,4-2,6)	—	1,0 (0,3-3,3)	1,9 ^a (1,5-2,5)	—	1,7 ^a (1,2-2,4)
51-75%	—	0,9 (0,7-1,3)	—	2,0 (0,7-6,1)	1,0 (0,7-1,5)	—	1,4 ^a (1,0-1,8)
76-100%	—	1,0	—	1,0	1,0	—	1,0
		$\chi^2_3 = 26,2^a$		$\chi^2_3 = 3,7$	$\chi^2_3 = 116,8^a$		$\chi^2_3 = 47,9^a$
Estado civil							
Divorciado/soltero	2,0 ^a (1,3-3,3)	2,1 ^a (1,7-2,7)	3,3 (0,7-15,6)	1,5 (0,8-2,8)	2,2 ^a (1,8-2,6)	1,1 (0,7-1,6)	1,8 ^a (1,5-2,1)
Casado	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	$\chi^2_1 = 8,8^a$	$\chi^2_1 = 38,0$	$\chi^2_1 = 2,2$	$\chi^2_1 = 1,7$	$\chi^2_1 = 73,8^a$	$\chi^2_1 = 0,1$	$\chi^2_1 = 35,8^a$
Situación laboral							
Desempleado	— ^e	2,7 ^a (1,7-4,4)	1,9 ^a (1,0-3,6)	1,7 (0,7-4,3)	2,5 ^a (1,8-3,3)	1,4 (0,7-3,0)	3,3 ^a (2,6-4,3)
Estudiante	1,1 (0,4-2,8)	1,6 ^a (1,1-2,6)	1,4 (0,9-2,3)	0,7 (0,3-1,9)	2,1 ^a (1,4-3,2)	1,6 (0,5-4,8)	2,0 ^a (1,2-3,4)
Ama de casa	— ^e	1,4 ^a (1,0-1,9)	0,4 NC	0,5 (0,2-1,2)	1,7 ^a (1,3-2,1)	2,1 ^a (1,6-2,9)	2,4 ^a (1,7-3,5)
Empleado	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	$\chi^2_1 = 0,1$	$\chi^2_3 = 39,2^a$	$\chi^2_2 = 4,8$	$\chi^2_3 = 5,2$	$\chi^2_3 = 39,7^a$	$\chi^2_3 = 22,6^a$	$\chi^2_3 = 107,4^a$
Entorno de vida							
Rural	— ^f	1,0 (0,8-1,3)	0,7 (0,4-1,2)	— ^f	0,7 ^a (0,5-0,9)	0,8 (0,5-1,3)	0,9 (0,7-1,3)
Urbano	—	1,0	1,0	—	1,0	1,0	1,0
			$\chi^2_1 = 1,5$		$\chi^2_1 = 5,5^a$	$\chi^2_1 = 0,5$	$\chi^2_1 = 0,2$

^a Significativo en el nivel $P = 0,05$, prueba bilateral.

^b Entre paréntesis se indica el intervalo de confianza del 95%.

^c Todos los encuestados en Alemania estaban en el intervalo de 13-25 años.

^d En el Brasil, Alemania y Turquía no se evaluaron los ingresos familiares.

^e Ninguno de los encuestados podía clasificarse en esta categoría demográfica.

^f Todos los encuestados en el Brasil y México eran urbanos. El modelo probabilístico no convergía en el Canadá debido a la ausencia de comorbilidad a los 12 meses entre los encuestados rurales.

Rapidez del contacto inicial para el tratamiento

La CIDI no incluye un módulo sobre uso de servicios, por lo que resultó imposible comparar las tasas de tratamiento en los siete países. Sin embargo, varias de las encuestas formulaban preguntas sobre el uso de servicios que se parecen lo bastante como para poder realizar comparaciones limitadas de dos tipos. El primero guarda relación con la rapidez del

contacto inicial para recibir tratamiento tras la primera manifestación del trastorno mental. Esa comparación fue posible porque las encuestas realizadas en el Canadá y los Estados Unidos incluían una evaluación ampliada del contacto de búsqueda de tratamiento para trastornos específicos en la que se preguntaba a qué edad se había informado por primera vez a un profesional sobre cada uno de los

Tabla 5. Efecto de cohorte en la predicción de trastornos a lo largo de la vida en las encuestas del ICPE en seis países del estudio^a

País/grupo de edad (años)	Ansiedad		Estado de ánimo		Uso de sustancias		Cualquier trastorno	
	OR		OR		OR		OR	
Brasil								
18-24	3,3 ^b	(2,3-4,5) ^c	3,9 ^b	(2,4-6,8)	12,5 ^b	(8,1-31,3)	5,6 ^b	(3,7-6,6)
25-34	3,1 ^b	(2,1-4,7)	3,7 ^b	(2,0-6,5)	6,7 ^b	(4,1-12,5)	4,2 ^b	(3,1-5,5)
35-44	1,8 ^b	(1,2-2,6)	2,9 ^b	(1,7-4,2)	3,4 ^b	(2,1-5,4)	2,7	(2,1-3,6)
≥45	1,0		1,0		1,0		1,0	
χ^2_3		64,4 ^b		40,1 ^b		74,2 ^b		204,6 ^b
Canadá								
18-24	1,9 ^b	(1,4-2,7)	3,8 ^b	(2,4-5,8)	4,2 ^b	(3,2-6,4)	2,3 ^b	(1,9-3,0)
25-34	1,7 ^b	(1,3-2,2)	2,2 ^b	(1,3-3,3)	3,0 ^b	(2,1-4,2)	1,9 ^b	(1,5-2,4)
35-44	1,4 ^b	(1,0-1,8)	1,6 ^b	(1,1-2,3)	1,7 ^b	(1,2-2,2)	1,4 ^b	(1,2-1,7)
≥45	1,0		1,0		1,0		1,0	
χ^2_3		20,7 ^b		66,5 ^b		122,2 ^b		80,5 ^b
México								
18-24	2,1	(1,0-6,1)	6,3 ^b	(2,4-19,8)	1,9	(0,8-3,5)	2,1 ^b	(1,3-3,8)
25-34	2,0	(0,7-5,3)	2,7 ^b	(1,1-6,5)	1,2	(0,9-2,0)	1,3	(0,9-1,9)
35-44	2,0	(1,0-4,7)	1,7	(0,8-3,2)	1,2	(0,8-1,9)	1,2	(0,9-1,9)
≥45	1,0		1,0		1,0		1,0	
χ^2_3		2,3		15,7 ^b		4,4		15,5 ^b
Países Bajos								
18-24	2,2 ^b	(1,6-2,9)	7,8 ^b	(6,0-10,7)	9,1 ^b	(7,1-13,0)	4,4 ^b	(3,8-5,5)
25-34	1,8 ^b	(1,6-2,2)	4,4 ^b	(3,6-5,4)	3,4 ^b	(2,7-4,3)	2,6 ^b	(2,2-2,9)
35-44	1,5 ^b	(1,4-1,7)	2,7 ^b	(2,3-3,2)	2,4 ^b	(2,1-3,0)	2,0 ^b	(1,7-2,2)
≥45	1,0		1,0		1,0		1,0	
χ^2_3		88,4 ^b		300,9 ^b		423,6 ^b		434,6 ^b
Turquía								
18-24	1,8 ^b	(1,3-2,7)	7,2 ^b	(4,6-12,8)	— ^d		2,6 ^b	(1,8-3,4)
25-34	1,7 ^a	(1,3-2,4)	2,1 ^b	(1,4-3,2)	—		1,8 ^b	(1,3-2,3)
35-44	1,3	(0,9-1,9)	1,9 ^b	(1,2-2,9)	—		1,6 ^b	(1,1-2,0)
≥45	1,0		1,0		—		1,0	
χ^2_3		18,0 ^b		66,3 ^b				46,3 ^b
Estados Unidos								
18-24	1,8 ^b	(1,4-2,2)	3,7 ^b	(2,9-5,3)	3,2 ^b	(2,5-4,2)	2,3 ^b	(1,8-2,6)
25-34	1,4	(1,0-1,6)	2,0 ^b	(1,5-2,6)	2,4 ^b	(1,8-3,1)	1,7 ^b	(1,4-2,0)
35-44	1,1	(0,8-1,4)	1,3	(1,0-1,6)	1,5 ^b	(1,1-2,0)	1,2	(1,0-1,5)
≥45	1,0		1,0		1,0		1,0	
χ^2_3		27,9 ^b		135,5 ^b		187,5 ^b		145,6 ^b

^a Los resultados están basados en análisis discretos de la supervivencia. Los datos fueron truncados por la derecha a partir de los 54 años en el Brasil y los Países Bajos. No se incluyó a Alemania en el análisis debido al limitado intervalo de edades de los encuestados.

^b Significativo en el nivel $P = 0,05$.

^c Entre paréntesis se indica el intervalo de confianza del 95%.

^d En Turquía no se evaluó el uso de sustancias.

cinco tipos de trastornos siguientes: depresión (depresión grave o distimia), ansiedad generalizada, pánico, fobia (específica, social o agorafobia) y trastornos relacionados con el uso de sustancias.

En análisis anteriores de esos datos se han comparado la edad declarada de aparición de la enfermedad y la edad de contacto declarada, observándose que los retrasos de varios años eran la norma en todos esos trastornos, salvo en los casos de pánico, tanto en el Canadá como en los Estados

Unidos (34). A título de ejemplo se presenta en la figura 4 el modelo correspondiente al trastorno de ansiedad generalizada. Como puede apreciarse, aproximadamente el 40% de los encuestados declararon que habían solicitado ayuda profesional antes de transcurrido un año desde la primera manifestación del trastorno. En cambio, los retrasos de más de diez años fueron frecuentes entre los encuestados que no habían solicitado ayuda durante ese primer año.

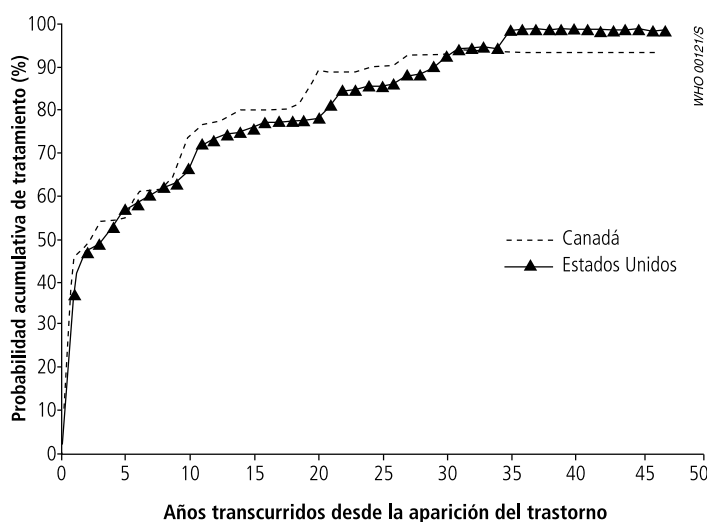
Un análisis más detenido de esos datos mostró que la rapidez del primer contacto de tratamiento estaba inversamente relacionada con la edad de aparición, fenómeno observado en todos los trastornos y en los dos países (34, 35). Ese resultado es importante pues sugiere que los casos de aparición temprana, que a menudo son más persistentes y graves que los de aparición más tardía, son los que más tardan en recibir tratamiento. Pudimos obtener cierta información para determinar si cabía generalizar esta tendencia, incluyendo preguntas acerca de la edad de aparición y la rapidez del contacto inicial para el tratamiento en una reciente encuesta transnacional sobre la búsqueda de ayuda a lo largo de la vida entre los miembros de grupos de defensa de pacientes en 11 países de todo el mundo. Esa encuesta fue realizada por la Alianza Mundial de Redes de Sensibilización sobre las Enfermedades Mentales (GAMIAN), un consorcio internacional de grupos de defensa de pacientes. Como corroboración de los resultados presentados en la figura 4, en todos los países de la encuesta GAMIAN se observó una fuerte relación inversa entre la edad de aparición y la rapidez del contacto inicial para recibir tratamiento (36).

Uso de servicios a 12 meses

La segunda comparación de las pautas de tratamiento que permiten las encuestas de la ICPE guarda relación con el uso de servicios a 12 meses. Tres de las siete encuestas (en el Canadá, los Países Bajos y los Estados Unidos) contenían preguntas comparables acerca del uso de servicios, y podían utilizarse por tanto en este análisis. Como se observa en la tabla 6, aproximadamente la quinta parte de las personas encuestadas en el Canadá (21,8%) y los Estados Unidos (22,3%) que según las estimaciones habían padecido un trastorno en los últimos 12 meses declararon que habían recibido tratamiento en los 12 meses anteriores a la entrevista, mientras que en los Países Bajos habían recibido tratamiento cerca de la tercera parte (31,7%) de los encuestados que habían padecido un trastorno durante el último año.

En un análisis más detallado de esos datos, Alegría et al. encontraron una relación monótonica entre la variable «número-proximidad temporal» de los trastornos y la probabilidad de recibir tratamiento en un plazo de 12 meses en los tres países considerados (37). Observaron también, en la submuestra de personas que recibieron tratamiento, que una variable compuesta correspondiente al número de trastornos recientes estaba relacionada de forma significativa con la probabilidad de que el tratamiento se consiguiera en el sector especializado en salud mental del sistema de tratamiento. En otros análisis de los datos realizados en el Canadá y los Estados Unidos, en los que se reunió información sobre el número de visitas, se observó que la variable «número-proximidad temporal» de los trastornos también guardaba relación con la intensidad del tratamiento (38).

Fig. 4. Curvas de Kaplan-Meier de la rapidez de contacto respecto de la probabilidad de primer contacto de tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada en los Estados Unidos y el Canadá



Fuente: *Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario*, M. Olfson et al., 1998.

Tabla 6. Prevalencias porcentuales del tratamiento a 12 meses^a de trastornos mentales en tres encuestas del ICPE

	Canadá	Países Bajos	Estados Unidos
Encuestados con cualquier trastorno a 12 meses	21,8 (1,6) ^b	31,7 (1,4)	22,3 (1,3)
Encuestados sin trastorno alguno a 12 meses	3,4 (0,4)	7,6 (0,4)	6,3 (0,4)
Muestra total	7,0 (0,4)	13,4 (0,5)	10,9 (0,5)

^a El tratamiento fue definido como «cualquier tratamiento» por un médico, un profesional de la salud mental, otro tipo de profesional de la salud, un asesor religioso o espiritual o un profesional de servicios sociales en relación con problemas emocionales, de salud mental o de uso de sustancias. Los datos se han reproducido con la autorización correspondiente a partir de *Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the US with Ontario and the Netherlands*, por M. Alegría et al., *Archives of General Psychiatry*, (en prensa).

^b Entre paréntesis se indica el error estándar.

Discusión

Los resultados presentados en este artículo deben ser interpretados con cautela, dado lo limitado de las pruebas sobre la fiabilidad y la validez de las distintas versiones de la CIDI en los países donde se efectuaron las encuestas. Las estimaciones a lo largo de la vida obtenidas en las encuestas en los Estados Unidos (CIDI-UM) y Alemania (CIDI-M) son análogas a las obtenidas en reencuestas experimentales de diagnóstico administradas por clínicos independientes (27, 29). En cambio, no se dispone de resultados análogos de estudios de calibración clínica para los otros países estudiados. Cabe imaginar que las estimaciones de la prevalencia basadas en la CIDI-OMS original son menos precisas que las de sus versiones modificadas, o que los diagnósticos de la CIDI son menos coherentes con los diagnósticos clínicos correspondientes a otros marcos temporales

(prevalencias a 12 meses y 30 días). Las declaraciones retrospectivas sobre la edad de aparición son cuestionables, por el alto riesgo de fallos de memoria.

Además, es importante reconocer que la concordancia de las estimaciones de la prevalencia mediante la CIDI con los diagnósticos clínicos independientes en Alemania y los Estados Unidos no garantiza la exactitud de ninguno de esos dos conjuntos de estimaciones de la prevalencia. Es probable que algunos de los encuestados mediante encuestas comunitarias oculten información sobre los trastornos mentales o relacionados con el uso de sustancias tanto a los entrevistadores no profesionales como a los clínicos, por vergüenza o por temor a una eventual discriminación (39). Además, este tipo de sesgo podría ser más fuerte en algunos países que en otros, lo que quizá explicaría las diferencias entre países en las estimaciones de la prevalencia.

En el contexto de esas limitaciones, los resultados que se ofrecen son coherentes con los de otras encuestas epidemiológicas comunitarias recientes por cuanto sugieren que los trastornos mentales tienen una elevada prevalencia en la mayoría de los países en todo el mundo (6, 7, 11, 40). Los resultados de nuestra evaluación indirecta de la persistencia concuerdan con los estudios prospectivos a largo plazo (41-43) en el sentido de que sugieren que los trastornos mentales persisten a lo largo de toda la vida. Nuestro análisis de las declaraciones retrospectivas sobre la edad de aparición apunta a distribuciones muy tempranas de era variable. En conjunto, los resultados sobre cronicidad y edad de aparición llevan a pensar que una proporción considerable de personas con trastornos mentales manifiestan activamente la enfermedad durante todo el curso de la vida.

Esta imponente carga a lo largo de la vida es especialmente importante, ya que los trastornos mentales suelen tener un efecto devastador en el desempeño de roles y la calidad de vida (44-46). Así, Wells et al. han demostrado que los efectos de la depresión grave, uno de los trastornos mentales más comunes, en una amplia gama de resultados relacionados con la calidad de vida son comparables, si no superiores a los efectos de trastornos físicos crónicos como la hipertensión, la diabetes o la artritis, por citar sólo algunos (47). Además, debido a su temprana edad de aparición, los trastornos mentales tienen potentes efectos adversos en aspectos críticos de la vida, como por ejemplo el nivel de instrucción alcanzado (48), el riesgo de embarazo en la adolescencia (49) y la inestabilidad y la violencia conyugales (50).

Cabría esperar que la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos mentales aumentase con la edad. Sin embargo, los resultados de los estudios analizados en el presente artículo muestran una tendencia distinta: las prevalencias más altas suelen observarse entre los grupos de menor edad. Esta tendencia coincide en general con los resultados de otras encuestas epidemiológicas recientes (5, 13). Diversos factores metodológicos, como la evocación diferencial relacionada con la edad o la desigual

disposición a revelar el trastorno, podrían influir de forma importante en esa tendencia (51, 52). No obstante, otras tendencias más sutiles (no examinadas en este artículo) también sugieren la existencia de un aumento real de la prevalencia de los trastornos mentales en cohortes recientes (53, 54).

En su mayoría, los factores sociodemográficos correlacionados que aquí se presentan concuerdan con investigaciones anteriores en lo que se refiere a mostrar que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son más comunes entre las mujeres, los trastornos relacionados con el uso de sustancias son más comunes entre los varones, las tasas más altas de la mayoría de los trastornos se dan entre las personas con menor nivel socioeconómico (en relación con los ingresos, el nivel de instrucción y el empleo), y las tasas son más bajas entre las personas casadas que entre las solteras (6-12). Este esquema general lleva a pensar que los trastornos mentales tienen más probabilidades de aparecer en los sectores desfavorecidos de la sociedad. En cambio, la dinámica de las causas está menos clara pues ese fenómeno podría deberse a efectos acumulativos de la adversidad ambiental o a procesos de selección, o bien a alguna combinación de causación y selección sociales. Uno de los principales objetivos de las investigaciones actuales en epidemiología analítica es el estudio de esas alternativas etiológicas enfrentadas.

Los datos sobre las pautas de tratamiento son desalentadores, debido a la existencia generalizada de demoras en la primera búsqueda de ayuda para episodios únicos y las bajas tasas de tratamiento de casos a 12 meses. Hay pruebas de que los casos más graves tienen más probabilidad de recibir tratamiento que los menos graves. No obstante, sigue siendo desalentador observar que la gran mayoría de los casos recientes, incluso los que declaran importantes discapacidades asociadas a sus trastornos, no están recibiendo tratamiento.

La observación de que la búsqueda de tratamiento se retrasa más en los casos de aparición temprana declarados retrospectivamente es un problema que reviste particular importancia habida cuenta de las pruebas sobre los efectos adversos de los trastornos de aparición temprana en fases críticas de la vida. Es importante señalar que la gran mayoría de los casos de aparición temprana experimentan esos efectos adversos antes de obtener tratamiento profesional (35). Hay muy poca información sistemática sobre la eficacia de la detección y el tratamiento precoces de los trastornos que aparecen en la infancia o la adolescencia. En consecuencia, no se sabe si un tratamiento precoz serviría para prevenir los efectos adversos a lo largo de la vida de los trastornos mentales de aparición temprana. Es sumamente importante que se hagan esfuerzos serios para mejorar, aplicar y evaluar los efectos de la detección y el tratamiento precoces de esos trastornos en el futuro. Así pues, es esencial examinar la cuestión de la idoneidad del tratamiento. Ahora existen pruebas firmes de que los tratamientos actuales son eficaces para tratar los trastornos

mentales más comunes (por ejemplo, 55–57). Sin embargo, varios estudios recientes realizados en el Canadá y los Estados Unidos han mostrado que sólo una minoría de los pacientes mentales reciben el tratamiento adecuado (58–60). Esos datos demuestran que no basta con elaborar sistemas que alienten a los enfermos mentales a solicitar tratamiento. También es indispensable introducir modificaciones en el sistema para mejorar la calidad de la atención que se presta a esas personas.

Orientaciones futuras

En este primer informe basado en el análisis de los datos del ICPE solamente hemos esbozado unas cuantas tendencias generales. Se han previsto otras investigaciones futuras para estudiar trastornos y subtipos de trastornos por separado, investigar modelos detallados de secuencias temporales en la aparición de trastornos comórbidos y evaluar analogías y diferencias transculturales en los factores predictivos y las consecuencias de los trastornos mentales. Los lectores interesados pueden seguir los progresos de nuestra labor consultando la página web del ICPE: www.hcp.med.harvard.edu/icpe.

Además, el ICPE está ayudando a coordinar la iniciativa de la OMS Salud Mental Mundial 2000 (SMM 2000), una serie de encuestas llevadas a cabo en la población general durante el año 2000 en una veintena de países de todo el mundo. A diferencia de la primera generación de encuestas del ICPE, objeto del presente artículo, las encuestas SMM 2000 aportarán datos de amplia validez basados en entrevistas de reevaluación clínica. Además, se acopiarán datos detallados sobre la persistencia reciente y la discapacidad atribuible a los trastornos, lo que nos permitirá evaluar la repercusión clínica de los trastornos en casos individuales.

Al igual que las encuestas anteriores del ICPE, las encuestas SMM 2000 utilizarán la CIDI-OMS como principal instrumento para el diagnóstico. Sin embargo, a diferencia de las actuales encuestas del ICPE, las encuestas de SMM 2000 incluirán preguntas comunes sobre factores de riesgo, conse-

cuencias sociales, búsqueda de ayuda y barreras a ésta. Esperamos que este conjunto ampliado de preguntas mejore marcadamente nuestra capacidad para obtener información práctica a partir de las encuestas en beneficio de los analistas de políticas y los planificadores de programas en materia de salud mental. Al igual que con los informes de encuestas anteriores del ICPE, los lectores interesados podrán seguir los progresos realizados por SMM 2000 en la página web del ICPE. ■

Nota de agradecimiento

El Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica recibe una subvención del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (RO1 DA11121) y una subvención del Instituto Nacional de Abuso de Drogas de los Estados Unidos (RO1 DA11121). En este informe se presentan los datos de siete encuestas. El MAPSS cuenta con las subvenciones MH 51192 y NIH TW 000611. La EDSP está financiada por el Ministerio de Investigación y Educación de Alemania como parte de la Iniciativa de Investigaciones sobre la Adicción (01EB94056). La EPM está financiada por la subvención 2077–H9302 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). NEMESIS está financiado por el Instituto Neerlandés de Salud Mental y Adicción (Trimbosinstituut) de Utrecht. Se ha recibido apoyo financiero del Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes de los Países Bajos, el Departamento de Ciencias Médicas de la Organización de Investigaciones Científicas de los Países Bajos y el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente. El MHS-OHS recibe fondos del Ministerio de Servicios Comunitarios y Sociales del Canadá. El estudio ECA-IPq-SP está financiado por el FAPESP, organismo de financiación del Estado de São Paulo (Proyecto Temático N° 93/0501–4). El Perfil de Salud Mental de Turquía está financiado por el Ministerio de Salud de Turquía. El NCS recibe apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (RO1 MH46376 y RO1 MH 49098), la Fundación W.T. Grant (90135190) y un Premio al Desarrollo de Investigadores (KO5 MH00507).

Referencias

1. **Comstock GW, Helsing KJ.** Symptoms of depression in two communities. *Psychological Medicine*, 1976, **6**: 551–563.
2. **Helgason T.** Epidemiology of mental disorders in Iceland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1964, **40** (suppl. 173): 115–132.
3. **Lin TY.** A study of incidence of mental disorders in Chinese and other cultures. *Psychiatry*, 1953, **16**: 315–335.
4. **Robins LN et al.** National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 1981, **38**: 381–389.
5. **Robins LN, Regier DA.** eds. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York, Free Press, 1991.
6. **Bland RC, Orn H, Newman SC.** Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988, **77** (Suppl. 338): 24–32.
7. **Canino GJ et al.** The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 1987, **44**: 727–735.
8. **Hwu HG, Yeh EK, Chang LY.** Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese diagnostic interview schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, **79**: 136–147.
9. **Lee CK et al.** Psychiatric epidemiology in Korea. Part I. Gender and age differences in Seoul. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, **178**: 247–252.
10. **Lépine JP et al.** Anxiety and depressive disorders in a French population: methodology and preliminary results. *Psychiatric Psychobiology*, 1989, **4**: 267–274.
11. **Wittchen H-U et al.** Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1992, **241**: 247–258.

12. **Wells JE et al.** Christchurch Psychiatric Epidemiology Study. Part I. Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1989, **23**: 315–326.
13. **Cross-National Collaborative Group.** The changing rate of major depression. *Journal of the American Medical Association*, 1992, **268**: 3098–3105.
14. **Weissman MM et al.** Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 1996, **276**: 293–299.
15. **Weissman MM et al.** The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1997, **54**: 305–309.
16. **Robins LN et al.** The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 1988, **45**: 1069–1077.
17. **Wittchen H-U.** Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 1994, **28**: 57–84.
18. **Organización Mundial de la Salud.** *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.
19. **Organización Mundial de la Salud.** *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.
20. **Andrade L et al.** Lifetime prevalence of mental disorders in a catchment area in São Paulo, Brazil. Paper presented at: *VII Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, Santiago, Chile, August 1996*.
21. **Bijl RV et al.** The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 1998, **33**: 581–586.
22. **Caraveo J, Martínez J, Rivera B.** A model for epidemiological studies on mental health and psychiatric morbidity. *Salud Mental*, 1998, **21**: 48–57 (en español).
23. **Kessler RC 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.
24. **Kılıç C.** *Mental health profile of Turkey: Main report*. Ankara, Ministry of Health Publications, 1998.
25. **Vega WA et al.** Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 1998, **55**: 771–778.
26. **Wittchen H-U.** Early developmental stages of psychopathology study (EDSP): objectives and design. *European Addiction Research*, 1998, **4**: 18–27.
27. **Kessler RC et al.** Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1998, **7**: 33–55.
28. **Wittchen H-U et al.** Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. *Psychological Medicine*, 1996, **26**: 1169–1177.
29. **Reed V et al.** To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1998, **7** (3): 142–155.
30. **Hosmer DW, Lemeshow S.** *Applied logistic regression*. New York, J.Wiley & Son, 1989.
31. **Kaplan EL, Meier P.** Nonparametric estimation from incomplete observations. *Journal of the American Statistical Association*, 1958, **53**: 281–284.
32. **Efron B.** Logistic regression, survival analysis, and the Kaplan-Meier curve. *Journal of the American Sociological Association*, 1988, **83**: 414–425.
33. **Kish L, Frankel MR.** Inferences from complex samples. *Journal of the Royal Statistical Society*, 1974, **36**: 1–37.
34. **Olfson M et al.** Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1998, **155**: 1415–1422.
35. **Kessler RC, Olfson M, Berglund PA.** Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1998, **155**: 62–69.
36. **Christiana JM et al.** Speed of seeking professional help after first onset of a psychiatric disorder: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine*, (en prensa).
37. **Alegria M et al.** Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the US with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, (en prensa).
38. **Kessler RC et al.** Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *New England Journal of Medicine*, 1997, **336**: 551–557.
39. **Turner CF et al.** Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science*, 1998, **280**: 867–873.
40. **Oakley-Browne MA et al.** Christchurch Psychiatric Epidemiology Study. Part II. Six month and other period prevalences of specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1989, **23**: 327–340.
41. **Hagnell O, Grasbeck A.** Comorbidity of anxiety and depression in the Lundby 25-year prospective study: the pattern of subsequent episodes. In: Maser JD, Cloninger CR, eds. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990: 139–152.
42. **Murphy JM et al.** Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population. *Psychological Medicine*, 1986, **16**: 117–126.
43. **Steinhausen HC, Meier M, Angst J.** The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males. *Psychological Medicine*, 1998, **28**: 375–383.
44. **Kessler RC, Frank RG.** The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 1997, **27**: 861–873.
45. **Rice DP et al.** *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1990.
46. **Wohlfarth TD et al.** The relationship between social dysfunctioning and psychopathology among primary care attenders. *British Journal of Psychiatry*, 1993, **163**: 37–44.
47. **Wells K et al.** The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 1989, **262**: 914–919.
48. **Kessler RC et al.** Social consequences of psychiatric disorders. I. Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 1995, **152**: 1026–1032.
49. **Kessler RC et al.** Social consequences of psychiatric disorders. II. Teenage parenthood. *American Journal of Psychiatry*, 1997, **154**: 1405–1411.
50. **Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS.** The social consequences of psychiatric disorders. III. Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 1998, **155**: 1092–1096.
51. **Giuffra LA, Risch N.** Diminished recall and the cohort effect of major depression: a stimulation study. *Psychological Medicine*, 1994, **24**: 375–383.
52. **Simon GE, VonKorff M.** Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiologic Reviews*, 1995, **17**: 221–227.
53. **Kessler R.C.** Gender differences in major depression: epidemiologic findings. In: Frank E, ed. *Gender and its effect on psychopathology*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000: 61–84.
54. **Kessler RC et al.** Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II. Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 1994, **30**: 15–26.
55. **Agency for Health Care Policy and Research.** *Depression in primary care. Vol.2. Treatment of major depression*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 1993.
56. **American Psychiatric Association.** *Practice guideline for treatment of patients with panic disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Association Press, 1998.

57. **Elkin I et al.** National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 1989, **46**: 971–982.
58. **Katz SJ et al.** Medication management of depression in the United States and Ontario. *Journal of General Internal Medicine*, 1998, **13**: 77–85.
59. **Wang PS, Berglund P, Kessler RC.** The recent care of common mental disorders in the US population. *Journal of General Internal Medicine*, (en prensa).
60. **Wells KB et al.** Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the Medical Outcomes Study. *American Journal of Psychiatry*, 1994, **151**: 694–700.
61. **Offord DR et al.** *Mental health in Ontario: selected findings from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey*. Toronto, Queen's Printer for Ontario, 1994.