

Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

*Jorge J. Rodríguez**

*Robert Kohn***

*Itzhak Levav****

Introducción

Una doble fuente de datos, —los epidemiológicos (1, 2) y los provenientes de los cambios demográficos en curso y proyectados— convocan a una acción inmediata en la América Latina y el Caribe. Esa acción, basada en la evidencia, tal como se describe en este capítulo, requiere estar ajustada a las crecientes necesidades de salud mental de las poblaciones.

Desde una perspectiva demográfica cabe notar que las Naciones Unidas calculan que entre el año 2005 y el 2025 la población total de América Latina y el Caribe aumentará un 23%: de 558 a 688 millones de personas (3). Esas proyecciones indican que el crecimiento poblacional más rápido se registrará en la población de 50 años o más, la cual aumentará en más de 86%. Señalan, por otra parte, que la que se encuentra entre los 50 y los 64 años tendrá un aumento de 76% y la de 65 años o más se incrementará en 100%. La población entre los 15 y los 49 años de edad, aumentará en 19%. Estos cambios incrementarán la magnitud de los datos epidemiológicos detallados a continuación.

Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes tasas de prevalencia de los trastornos mentales de acuerdo a la metodología usada, los tipos de enfermedades incluidas en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia. No obstante se estima, que al menos, 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida (OMS). Nos corresponde examinar los datos provenientes de las estimaciones de la prevalencia de algunos trastornos mentales en diversos países de América Latina y el Caribe. Esos datos fueron generados en

* Coordinador del Proyecto de Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

** Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano, Brown University, Providence, Rhode Island, Estados Unidos de América.

*** Asesor en Investigación, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel. Miembro del Panel de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

investigaciones que han usado instrumentos de entrevista estructurados o semiestructurados vinculados a los sistemas y criterios de clasificación y diagnóstico actuales; entre ellos figuran el Examen del Estado Actual, EEA (en inglés *Present State Examination*, PSE) (4), el Programa de Entrevista Diagnóstica, PED (en inglés *Diagnostic Interview Schedule*, DIS) (5) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, EDIC (en inglés, *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) (6).

En una reciente publicación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1) se ha recopilado la mayoría de esos estudios, realizados en los últimos 20 años en América Latina y el Caribe. Es obvio que resulta difícil una comparación de las tasas de incidencia y prevalencia en los distintos países, debido a que se utilizaron métodos muy dispares, distintos criterios e instrumentos de diagnóstico y marcos de muestreo diferentes. Sin embargo, estos estudios, en su conjunto, permiten tener una apreciación de la frecuencia de los trastornos mentales en la Región.

En el estudio mencionado (1) se calcularon la media y la mediana de los resultados de las diferentes investigaciones, a partir de las cuales se llegó a una estimación de las tasas de prevalencia regionales de los trastornos mentales (véanse los cuadros 1 y 2). Utilizando la mediana de las tasas de los estudios revisados se estimó que las psicosis no afectivas afectaban aproximadamente a 1,6% de la población en algún momento de la vida (prevalencia de vida) y a 0,7% en el momento del estudio (prevalencia puntual). En cuanto a los trastornos afectivos, la depresión mayor mostró una prevalencia de vida de 9,7% y una prevalencia puntual de 3,7%; y la distimia, 3,4% y 0,2%, respectivamente. El trastorno bipolar tuvo una prevalencia de vida de 1,4%. Las tasas de prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad fueron: trastornos de ansiedad generalizada, 2,9%; trastornos de pánico 1,6%; agorafobia, 2,6%; síndrome de estrés postraumático, 4,3%; y trastornos obsesivo-compulsivos, 1,8%. Para los trastornos de ansiedad generalizada se determinó una prevalencia puntual de 0,6%; 0,5%, para el trastorno de pánico y 1,3%, para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Los trastornos debidos al consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas registraron tasas de prevalencia relativamente altas: 9,6% de las personas presentaron antecedentes de abuso y dependencia del alcohol a lo largo de su vida y 1,6% de abuso y dependencia de las drogas. Las respectivas tasas de prevalencia de un año registradas fueron 5,6% y 0,6% (1).

Cuando se calculó la media de todas las investigaciones analizadas, en algunos casos los resultados fueron más altos que los descritos anteriormente con base en la mediana.

El “*estado nervioso*” es un síndrome que ha sido descrito por autores y clínicos mexicanos, salvadoreños, costarricenses, ecuatorianos y guatemaltecos, entre otros. Se lo considera como una condición generalizada de malestar que se expresa por medio de síntomas tanto somáticos como psíquicos. Sólo un estudio realizado en una zona rural de México ha considerado específicamente la prevalencia del *estado nervioso* en la comunidad y ha descubierto que estaba presente en 15,5% de los habitantes. Este trastorno es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (7).

En general se aprecia que entre los trastornos que afectan al mayor número de adultos se encuentran la depresión mayor, la distimia, la ansiedad generalizada y el abuso o la dependencia del alcohol. Por ejemplo, en la Región, la depresión mayor y el abuso o la dependencia del alcohol afectaron en algún momento de la vida a unos 36 millones de adultos cada una.

Cuadro 1. Tasas medianas de los estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia de trastornos psiquiátricos realizados en América Latina y el Caribe

Trastornos	De vida			De un año			Actualmente (puntual)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Psicosis no afectivas	1,6	1,5	1,4	0,7	0,7	1,1	0,7	0,6	0,8
Depresión mayor	9,7	6,1	13,5	5,4	3,5	7,1	3,7	2,4	4,7
Distimia	3,4	1,0	5,2	1,2	0,8	1,4	0,2	0,2	0,3
Trastorno bipolar	1,4	1,5	1,5	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4
Ansiedad generalizada	2,9	2,2	3,8	1,3	0,9	1,3	0,6	0,4	0,7
Trastorno de pánico	1,6	0,7	2,1	1	0,4	1,2	0,5	0,2	0,8
Agorafobia	2,6	1,1	3,5	1,2	0,4	1,7	0,6	0,4	0,9
Síndrome de estrés postraumático	4,3	2,5	2,5	1,5	0,8	1,0	0,2	0,2	0,3
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,8	1,3	2,1	1,2	1,0	1,4	1,3	1,0	1,4
Abuso / dependencia de alcohol	9,6	18,7	2,0	5,6	9,8	1,4	2,6	5,7	0,3
Abuso/dependencia de drogas	1,6	2,3	0,6	0,6	0,9	0,2	... ^a	...	...

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas JM y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública, Rev. Panam. Salud Pública 2005, Vol 18(4/5): 232-236.

Cuadro 2. Tasas medias prevalencia de los estudios epidemiológicos psiquiátricos realizados en América Latina y el Caribe

Trastornos	De vida			De un año			Actualmente (puntual)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Psicosis no afectivas	1,4	1,2	1,5	1,0	0,9	1,1	1,5	1,2	1,7
Depresión mayor	9,8	6,7	12,6	5	3,2	6,6	4,4	3	5,6
Distimia	3,2	1,6	4,6	1,7	0,9	2,6	1	0,7	1,3
Trastorno bipolar	1,3	1,4	1,4	0,7	0,7	0,7	0,5	0,4	0,5
Ansiedad generalizada	5,3	3,7	6,8	3,3	2,5	4,2	1,3	0,8	1,7
Trastorno de pánico	1,5	0,9	2,1	0,9	0,6	1,2	0,6	0,3	0,8
Agorafobia	3,7	1,8	5,3	2,2	0,8	3,4	1,5	0,5	2,4
Síndrome de estrés postraumático	4,6	3,6	5,5	1,8	1,9	1,6	0,6	0,3	0,9
Trastorno obsesivo-compulsivo	1,9	1,6	2,1	1,4	1,2	1,5	1,5	1,0	1,9
Abuso/dependencia de alcohol	11,3	20,4	3,1	5,7	9,8	1,9	3,4	6	1,3
Abuso/dependencia de drogas	2,1	3,2	1,2	0,7	0,9	0,5	... ^a	...	...

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas JM y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública, Rev. Panam. Salud Pública 2005, Vol 18 (4/5): 232-236.

La carga de los trastornos mentales y neurológicos

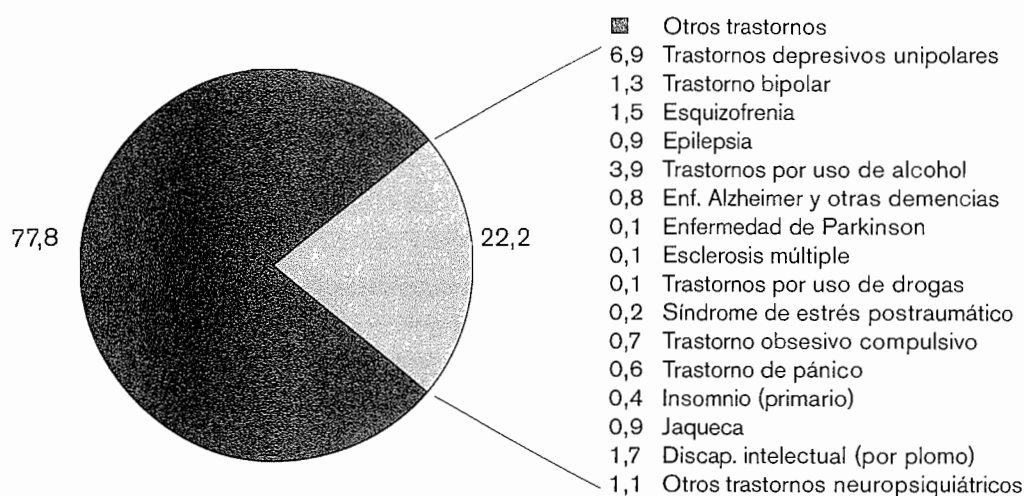
Las enfermedades mentales y neurológicas causan una carga de morbilidad muy significativa, aunque dan lugar a pocas muertes directas. Para calcular la carga se utilizan en la actualidad dos métodos de medición basados en el tiempo: los años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y los años de vida saludable perdidos por discapacidad (AVPD); el AVPD además se pondera por la gravedad de la discapacidad. La suma de estos dos componentes brinda los años que se esperaba vivir en plena salud pero que se perdieron como resultado de la incidencia de enfermedades específicas, a este indicador se le denomina “años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD). Según la definición de Murray (8), esta es una medida de la laguna sanitaria y amplía el concepto de los años de vida potencial perdidos por muerte prematura para incluir los años equivalentes de vida sana perdidos por las personas que padecen mala salud o discapacidades. Un AVAD de 1 representa un año de vida sana perdido. El AVAD también permite medir el hiato entre el estado actual y la situación ideal en la que todas las personas debieran vivir hasta la vejez, sin padecer enfermedades ni discapacidades.

En todo el mundo, los trastornos neurológicos y mentales representan 13% de la carga global de enfermedades. Se calcula que en 1990 esos trastornos representaban 8,8% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe (9). En el año 2002 esta proporción alcanzaba un 22,2% (10); es decir, experimentaron un incremento de más del doble. Véase el cuadro 3 y la figura 1.

Cuadro 3. Porcentajes de AVAD totales, por trastorno neuropsiquiátrico y género en América Latina y el Caribe. Año 2002

	TOTAL	Hombres	Mujeres
Afecciones neuropsiquiátricas	22,2	20,2	24,7
Trastornos depresivos unipolares	6,9	4,6	9,8
Trastorno bipolar	1,3	1,1	1,4
Esquizofrenia	1,5	1,3	1,7
Epilepsia	0,9	0,9	1,0
Trastornos por uso de alcohol	3,9	5,7	1,6
Enf. de Alzheimer y otras demencias	0,8	0,6	1,0
Enfermedad de Parkinson	0,1	0,1	0,1
Esclerosis múltiple	0,1	0,1	0,2
Trastornos por uso de drogas	1,1	1,4	0,6
Síndrome de estrés postraumático	0,2	0,1	0,4
Trastorno obsesivo compulsivo	0,7	0,6	0,8
Trastorno de pánico	0,6	0,4	0,9
Insomnio (primario)	0,4	0,3	0,5
Jaqueca	0,9	0,5	1,5
Discapacidad intelectual debida al plomo	1,7	1,5	1,8
Otros trastornos neuropsiquiátricos	1,1	1,1	1,2

Figura 1. Porcentajes de AVAD totales y por trastornos neuropsiquiátricos en América Latina y el Caribe en el año 2002.



Si se analiza sólo el factor discapacidad, el número de AVPD atribuibles a los trastornos neurológicos y mentales es aún más notable y equivale a 40,4% de la carga total. Los trastornos depresivos representan 13,2% de los AVPD y, en los adultos que corren el riesgo más alto (entre los 15 y los 59 años), los trastornos depresivos unipolares representaron, en el 2002, 17,3% de los AVPD. En las mujeres de 15 a 59 años de edad los AVPD por trastornos depresivos unipolares representaban 23,1%. Otros trastornos psiquiátricos que presentaron un porcentaje alto fueron: los trastornos debidos al consumo de alcohol, 6,9%; la esquizofrenia, 2,9%; el trastorno bipolar, 2,4%; y los trastornos debidos al uso de drogas en las personas entre los 15 y los 29 años, 2,9%. De los niños de hasta 4 años de edad, la discapacidad intelectual (anteriormente, denominada retraso mental) debido al daño cerebral por plomo representó 23,0% de los AVPD. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias representaron 5,5% de AVPD en las personas entre los 60 y los 69 años de edad, y en los mayores de 80 años, 31,2%. La violencia constituyó igualmente una causa importante de AVPD (4,6%) y alcanzó a 6,5% en las personas entre los 15 y los 59 años y a 11,5% en los hombres de 15 a 59.

Los trastornos depresivos unipolares representaron 6,9% del total de AVAD. En los adultos de mayor riesgo (de 15 a 59 años de edad), 10,3% de los AVAD se debió a los trastornos depresivos unipolares; y en las mujeres de ese grupo de edad estos trastornos representaron el 15,8%. Los trastornos debidos al consumo de alcohol también mostraron una proporción importante de los AVAD en América Latina y el Caribe (3,9%); en el grupo de edad entre los 15 y los 59 años ascendió a 6,5%. En los hombres, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol causaron 5,7% y 9,1% de AVAD, respectivamente.

Del conjunto de trastornos, los depresivos unipolares presentaron el porcentaje mayor de AVPD. En los hombres, estos ocuparon el segundo lugar, detrás de los trastornos causados por el consumo de alcohol. Estos últimos se ubicaron en octavo lugar entre las veinte enfermedades que causan el mayor número de años de vida saludable perdidos por discapacidad, y en el tercero en el grupo entre los 15 y los 59 años de edad. La violencia, aunque no es un trastorno psiquiátrico, propiamente dicho, representa una condición que con frecuencia es objeto de una importante atención en los servicios de salud mental; en América Latina y el Caribe se ubicó en tercer lugar a nivel general y entre los hom-

bres. Los trastornos relacionados con “otros traumatismos no intencionales”, que pueden indicar un problema de salud mental subyacente, se colocaron en cuarto lugar para ambos géneros combinados. Otros trastornos psiquiátricos que se encontraron entre las veinte causas principales de los AVPD fueron la discapacidad intelectual debida al plomo (sexto lugar), la esquizofrenia (séptimo), el trastorno bipolar (duodécimo) y los trastornos asociados con el consumo de drogas (décimo cuarto). En las personas de 15 a 59 años de edad también tienen importancia el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de pánico.

Los trastornos psiquiátricos representaron algunas de las veinte causas más importantes de AVAD en América Latina y el Caribe. Los trastornos depresivos unipolares fueron la principal causa de AVAD con respecto a todas las enfermedades en las mujeres mientras que en los hombres fueron la cuarta causa principal, después de la violencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol y otros traumatismos no intencionales.

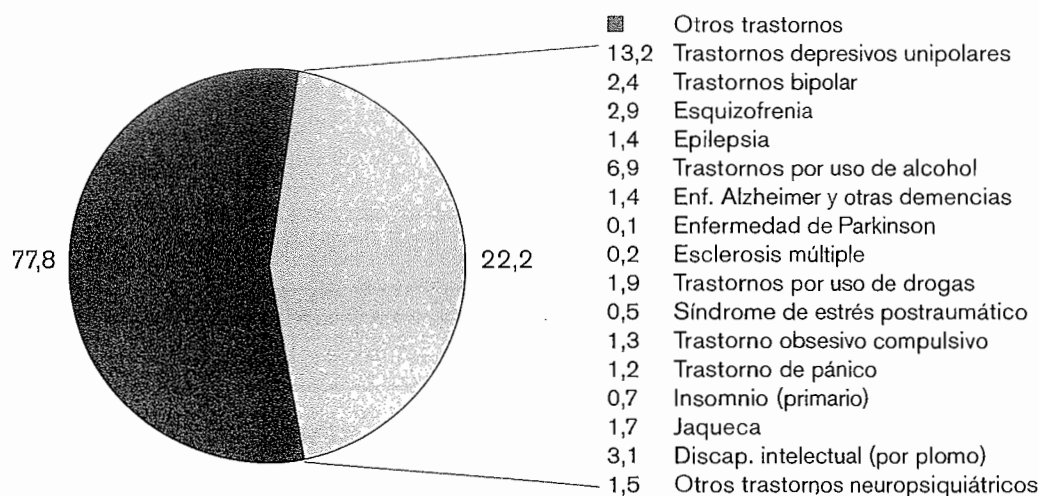
La contribución de un factor de riesgo a una enfermedad o a la mortalidad se expresa por medio de la fracción o el porcentaje de riesgo atribuible a la población, FRAP (en inglés FAP) (11). El FRAP permite calcular la reducción proporcional de las enfermedades o de las muertes que ocurrirían si se redujera la exposición al riesgo, reducción que puede oscilar entre 0% y 100%. El consumo del alcohol es un importante factor contribuyente en muchos trastornos; el FRAP de todas las causas fue de 9% en ambos géneros, y en los hombres, de 13%. La violencia es una de las causas más importantes de AVAD en América Latina y el Caribe, lo mismo que el alcohol, cuyo FRAP fue de 33%. El FRAP relacionado con el uso de drogas ilícitas en cuanto se relaciona con la infección por el VIH/SIDA fue de 9%. El abuso sexual de niños fue un importante factor contribuyente de los trastornos postraumáticos, con un FAP de 18%, y de los trastornos debidos al consumo de alcohol, con un FRAP de 5%.

En América Latina y el Caribe, se pierden 21.361.776 años de vida como consecuencia de discapacidades (AVPD) producidas por enfermedades neurológicas y mentales. La depresión unipolar representa 6.952.231 años de vida saludable perdidos por discapacidad, 1,7% más en las mujeres que en los hombres. El pánico y el síndrome de estrés postraumático dieron lugar a que las mujeres registraran el doble de casos de discapacidades que los hombres. El consumo de alcohol representó 3.630.822 años de vida saludable perdidos por discapacidad. Los trastornos debidos al consumo de alcohol causaron 4,1 veces más discapacidades en los hombres que en las mujeres, y los trastornos debidos al consumo de drogas, 2,9 veces más. El número de años de vida perdidos debido a discapacidades causadas por la violencia fue de 2.450.858; el número de AVPD fue 9,4 veces mayor en los hombres. Véase el cuadro 4 y la figura 2.

La elevada discapacidad debida a los trastornos neurológicos y mentales es consecuencia, en gran medida, de su aparición en edades tempranas —en comparación con otras afecciones crónicas— y a su alta prevalencia (12). La carga de los trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe está en aumento, como resultado de la transición epidemiológica— de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas— de la mayor relevancia de los trastornos emergentes, como la violencia y la infección por el VIH/SIDA, y de la estructura poblacional cambiante por obra del aumento de la expectativa de vida y la reducción proporcional de la población infantil y juvenil, lo que incrementa las posibilidades de que se presenten trastornos mentales en etapas tardías de la vida (13).

Cuadro 4. Porcentajes AVPD totales, por trastorno neuropsiquiátrico y género en América Latina y el Caribe. Año 2002

	TOTAL	Hombres	Mujeres
Afecciones neuropsiquiátricas	40,4	39,3	41,6
Trastornos depresivos unipolares	13,2	9,5	16,9
Trastorno bipolar	2,4	2,3	2,5
Esquizofrenia	2,9	2,7	3,0
Epilepsia	1,4	1,4	1,4
Trastornos por uso de alcohol	6,9	10,9	2,7
Enf. de Alzheimer y otras demencias	1,4	1,1	1,7
Enfermedad de Parkinson	0,1	0,1	0,1
Esclerosis múltiple	0,2	0,2	0,2
Trastornos por uso de drogas	1,9	2,8	1,0
Síndrome de estrés postraumático	0,5	0,3	0,6
Trastorno obsesivo compulsivo	1,3	1,2	1,4
Trastorno de pánico	1,2	0,7	1,6
Insomnio (primario)	0,7	0,6	0,8
Jaqueca	1,8	0,9	2,6
Discapacidad intelectual causada por el plomo	3,2	3,2	3,2
Otros trastornos neuropsiquiátricos	1,6	1,4	1,9

Figura 2. Porcentajes de AVDP totales y por trastornos neuropsiquiátricos en América Latina y el Caribe. Año 2002

La brecha de tratamiento

La brecha de tratamiento representa la diferencia entre la prevalencia real de un trastorno y la prevalencia tratada. Usualmente, la brecha de tratamiento se expresa como el porcentaje de personas enfermas que requieren atención y no la reciben. El cálculo de la brecha de tratamiento en una población depende del período de prevalencia del trastorno, del marco temporal en que se lleva a cabo el análisis de la utilización de los servicios y de la representatividad demográfica de la muestra estudiada en relación con la población (14).

En América Latina y el Caribe existe una amplia diferencia entre las tasas reales de prevalencia de los trastornos y los índices de pacientes en tratamiento. Los estudios que han proporcionado datos sobre la brecha de tratamiento han aportado información sobre la utilización de los servicios en períodos dispares que pueden referirse al mes precedente a la investigación, los seis meses anteriores, el año anterior o toda la vida. El cuadro 5 proporciona datos sobre las brechas de tratamiento observadas en ocho trastornos mentales en diversas ubicaciones –expresadas en medianas y medias– que revela la compilación de distintos estudios. En las muestras analizadas, más de una tercera parte de las personas aquejadas de psicosis no afectiva, más de la mitad de las que presentaban un trastorno de ansiedad y aproximadamente tres cuartas partes de las que padecían trastornos relacionados con el consumo de alcohol no recibían atención de salud mental del sistema de salud formal.

Cuadro 5. Brecha de tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, en términos de porcentaje de personas que necesitaban atención y no la recibieron^a

Trastorno	São Paulo (mes anterior) ^c	Chile (seis meses anteriores) ^d	WMH de México (año anterior) ^e	Ciudad de México (toda la vida) ^e	México rural (toda la vida) ^e	Puerto Rico (año anterior) ^f	Media	Mediana
Psicosis no afectivas	58,0	46,3	... ^b	...	...	9,7	37,4	44,4
Depresión mayor	49,4	37,6	77,2	43,4	66,3	70,0	58,9	57,9
Distimia	43,8	29,8	81,5	78,5	58,0	...	58,8	58,0
Trastorno bipolar	46,0	52,6	85,7	74,1	...	...	64,0	62,2
Ansiedad generalizada	41,1	34,0	94,7	72,2	...	...	63,1	58,2
Trastorno de pánico	47,8	28,7	71,2	70,0	...	...	52,9	58,9
Agorafobia	...	58,3	89,7	80,3 ^f	...	...
Obsesivo-compulsivo	...	27,6	...	92,1	...	...	59,9	59,9
Estrés postraumático	...	35,2	83,0	...	...	...
Abuso o dependencia del alcohol	53,3	84,8	79,2	...	...	76,0	71,4	76,0

^a El estudio WMH de Colombia únicamente presenta datos (del año anterior) sobre la brecha de tratamiento para los siguientes trastornos del DSM-IV: cualquier trastorno afectivo, 82,4%; cualquier trastorno de ansiedad, 95,4%; y cualquier trastorno por consumo de sustancias psicotrópicas, 92,5%.

^b Los puntos suspensivos (...) indican que no se analizó el trastorno en cuestión.

^c CIE-10; ^d DSM-III-R; ^e diagnósticos de la CIE-10 excepto el abuso o dependencia del alcohol que corresponden al DSM-IV; ^f calculado a partir de cuadros que pueden consultarse; ^g DSM-III-R.

Fuente: Kohn R, Levav I, Caldas JM y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: un asunto prioritario para la salud pública, Rev. Panam. Salud Pública 2005, Vol 18 (4/5): .237

A pesar de la diversidad de los períodos de búsqueda de tratamiento en los diferentes estudios, la brecha que se revela es muy amplia y aun podría estar subestimada, ya que no se tuvo en cuenta la

comorbilidad. Por ejemplo, un estudio sobre la prevalencia del tratamiento llevado a cabo en 1993 y basado en una revisión de expedientes médicos de todos los proveedores de atención sanitaria que trataban enfermedades mentales en Belice (15) reveló que aproximadamente 63% de las personas con esquizofrenia no recibían tratamiento; tampoco lo recibían 89% de las afectadas por trastornos afectivos y 99% de las que padecían trastornos de ansiedad. Debe señalarse que los datos recientemente publicados correspondientes al año 2005 sobre las tasas de utilización de los servicios indican que en Belice se ha logrado reducir notablemente la brecha de tratamiento y se ofrece tratamiento a la mayor parte de las personas afectadas por trastornos mentales.

En un análisis de los datos de 1998 sobre la utilización de los servicios psiquiátricos del sistema nacional de salud en São Paulo, se observó que 71% de las personas aquejadas de esquizofrenia no recibían tratamiento (17).

El Proyecto Atlas de Salud Mental llevado a cabo por la OMS (18, 19), aportó nuevos datos probatorios del déficit en materia de servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Los niveles de inversión en salud mental así como la disponibilidad de camas psiquiátricas, médicos psiquiatras y otros profesionales de la salud mental en muchos países de América Latina y el Caribe van muy a la zaga de los del Canadá y los Estados Unidos. El porcentaje del presupuesto sanitario destinado a la salud mental en los países de América Latina y el Caribe variaba entre 0,1 y 12%, con una mediana de 2,5%. La mayoría de los países de la Región poseen un plan nacional de salud mental, sin embargo sus niveles reales de implementación y la cobertura alcanzada son bajos. El número de camas psiquiátricas por 10.000 habitantes variaba entre 0,4 y 26 con una mediana de 2,6. El porcentaje de camas psiquiátricas ubicadas en hospitales psiquiátricos, indicador del grado de predominio de la atención a los pacientes con trastornos crónicos en detrimento de la atención de los pacientes con casos agudos o de la atención comunitaria, variaba entre 61,5 y 100%. La mediana era de 80,6% muy diferente a la del Canadá o los Estados Unidos donde las camas en hospitales psiquiátricos representaban menos de 48% de las camas psiquiátricas. Igualmente, el número de psiquiatras por 100.000 habitantes variaba ampliamente de 0,2 a 24,0 con una mediana de 2,0.

Con el fin de que los países en desarrollo reduzcan exitosamente la discapacidad asociada al déficit asistencial se debe hacer énfasis en superar las barreras tanto directas como indirectas que aún existen. La OMS (20) ha sugerido 10 recomendaciones que debieran seguir los países en desarrollo con objeto de reducir la brecha de tratamiento en el ámbito de la salud mental.

Más recientemente, una serie de artículos de la revista médica *The Lancet* (21) sobre la salud mental en el mundo formularon algunas recomendaciones para superar las barreras para la atención en el ámbito de la salud mental. El grupo de estudio involucrado llegó a la conclusión de que había cuatro áreas de las que se podían extraer enseñanzas básicas con objeto de superar las barreras para la reforma de la atención de la salud mental y reducir la brecha de tratamiento: voluntad política; promoción de la causa de las personas aquejadas de enfermedades mentales; creación de servicios comunitarios de atención de salud mental de nivel secundario; y utilización más eficaz de los recursos disponibles formales e informales.

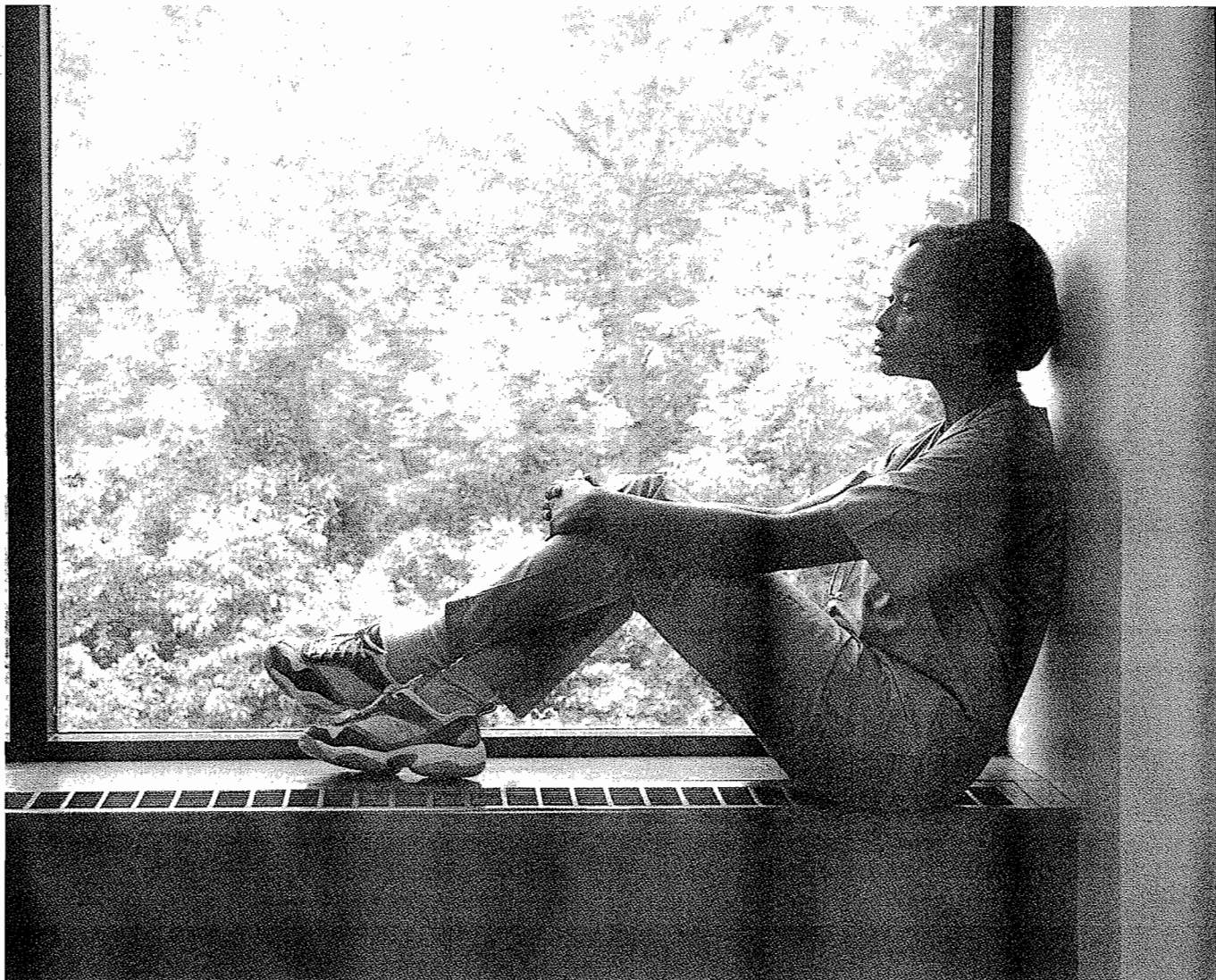
Conclusiones y consideraciones finales

1. Los trastornos mentales presentan una prevalencia sumamente importante en América Latina y el Caribe, y la carga que representan se aproxima a la de los países más desarrollados.
2. Se calcula que en 1990 los trastornos mentales y neurológicos representaban 8,8% de la carga total de enfermedades —expresada en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)— en América Latina y el Caribe; en el año 2002, esta proporción subió a 22,2%.
3. La brecha de tratamiento representa la diferencia entre la prevalencia real de un trastorno y la proporción de pacientes que reciben tratamiento en servicios generales de salud o especializados en salud mental. Usualmente, se expresa como el porcentaje de personas que requieren atención y no la reciben. En América Latina y el Caribe se puede afirmar, según los estudios realizados, que más de la tercera parte de las personas aquejadas de psicosis no afectiva, más de la mitad de las que presentaban un trastorno de ansiedad y aproximadamente tres cuartas partes de las que padecían trastornos relacionados con el consumo de alcohol no recibían atención de salud mental.
4. Los servicios de salud mental se ha dedicado, tradicionalmente, a la atención de los trastornos mentales y a los que se describen bajo la categoría más amplia de trastornos neuropsiquiátricos, que incluyen la epilepsia. Algunos países, dependiendo de sus recursos y de su forma habitual de planificar, limitan los programas de salud mental al tratamiento exclusivo de los trastornos mentales más graves. Una visión tan estrecha de la atención de la salud mental es insuficiente para dar respuestas apropiadas al conjunto de necesidades psicosociales de la población.
5. Los perfiles demográfico y epidemiológico de la Región ponen de manifiesto la necesidad de que se amplíe el campo de competencia de las acciones de salud mental y se enfatice la detección temprana y atención de los problemas psicosociales y trastornos mentales en la atención primaria.

Referencias

1. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2005;18 (4/5):229-40.
2. Levav I, Lima BR, Somoza Lennon M, Kramer M, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. *Bases epidemiológicas para la acción.* *Bol Oficina Sanit Panam.* 1989;107:196-219.
3. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *World population prospects: the 2006 revision and world urbanization prospects: the 2005 revision.* Available from: <http://esa.un.org/unpp>
4. Wing JH, Nixon J, Mann SA, Leff JP. Reliability of the PSE (ninth edition) used in a population survey. *Psychol Med.* 1977;7:505-16.

5. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:381-9.
6. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:1069-77.
7. Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez M. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*. 1999;22 (número especial):68-74.
8. Murray CJL. Rethinking DALYs. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996, pp. 1-89.
9. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
10. World Health Organization. Global burden of disease estimate. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>
11. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors*. New York, Oxford University Press; 2006.
12. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(4):413-25.
13. Pan American Health Organization. 2007: *Health in the Americas 2007*. Washington, DC: PAHO.
14. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:11;858-66.
15. Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I. An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcult Psychiatry*. 2000;37:57-72.
16. Pan American Health Organization. *Health in Americas 2007 Edition*. Washington, DC: OPS; 2007.
17. Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:304-9.
18. World Health Organization. *Atlas: mental health resources in the world 2001*. Geneva, OMS; 2001.
19. World Health Organization. *Mental health atlas-2005*. Geneva, OMS; 2005.
20. World Health Organization. *The world health report 2001 mental health: eew understanding new hope*. Geneva, OMS; 2001. Se puede consultar en <http://www.who.int/whr2001/>
21. 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;370:1164-74.



Es nuestro propósito que este documento pueda servir de guía para orientar las acciones que se tomen en el futuro para lograr una efectiva protección del derecho de toda persona con discapacidad mental a vivir, trabajar y ser tratada e incluida en la comunidad.