

Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe

Editores:

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



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

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

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

CONTEXTO GENERAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL ESTUDIO DE SALUD MENTAL

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

Método

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

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

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

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

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

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

Prevalencia de los trastornos mentales

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

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

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

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

Nota: EE = error estándar.

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

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

^a Sin información.

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

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

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

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

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

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

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

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

Comorbilidad

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

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

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

Severidad

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

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

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

Edad de inicio de los trastornos

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

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

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

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

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

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

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

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

Exposición a violencia y estrés postraumático

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

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

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

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

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

Nota: EE = error estándar.

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

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

El intento suicida

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

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

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

Utilización de los servicios de salud mental

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

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

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

^a Sin información.

Nota: EE = error estándar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evaluación de la discapacidad

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

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

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

7. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet needs for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):2581-90.
8. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
9. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), certified version 1.5. Geneva: WHO; 2001.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry* 2007;190:521-28.
11. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004;46(5):40-7.
12. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Lara C, Zambrano J, Ramos L. Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública Mex* 2005;47(1):8-22.
13. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G et al: Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *The Lancet* 2007;370:841-50.
14. Medina-Mora ME, Borges G, Fleiz C, Benjet C, Rojas E, Zambrano J et al. Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Pan Am J Public Health* 2006;19(4):265-76.
15. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy on treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):371-78.
16. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health* 2007;97(9):638-43.
17. Lara C, Medina-Mora ME, Borges G. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental* 2007;30(5): 4-11.
18. Organización Mundial de la Salud. Atlas: Recursos de salud mental en el mundo 2001. Ginebra: OMS; 2001.