

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y USO DE SERVICIOS: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO¹

Ma. Elena Medina-Mora², Guilherme Borges³, Carmen Lara Muñoz⁴, Corina Benjet⁵, Jerónimo Blanco Jaimes⁶, Clara Fleiz Bautista⁵, Jorge Villatoro Velázquez⁵, Estela Rojas Guiot⁵, Joaquín Zambrano Ruíz⁵, Leticia Casanova Rodas⁵, Sergio Aguilar-Gaxiola⁷

SUMMARY

In 2001, the World Health Organization dedicated its Annual Health Report to Mental Health in an effort to put this problems at the core of the global health and development agendas. Along with this initiative, governments were invited to collaborate in the so called WHO 2000 initiative on Mental Health gathering information on the nature and extent of the problem, using the cross culturally validated Diagnostic Interview Schedule, WHO-CIDI. This study forms part of this initiative. The paper describes the prevalence of psychiatric disorders, regional variations, socio demographic correlates and service utilization in the Mexican urban population between 18 and 65 years of age from the National Survey on Psychiatric Epidemiology (ENEP for its initials in spanish). It is the first time that such national data are gathered and published for Mexico.

The sample design was probabilistic, stratified and multistage, one individual per household was selected. Information was gathered in two phases (information from the composition of the household and from the individual selected among the eligible members) (18-65 years of age), the target population was non institutionalized inhabitants of households in urban localities of more than 2,500 inhabitants, which represents 72% of the national population. The sample design is a strict probability selection scheme: 200 primary selection units (PSU) selected with probability proportional to a measure of size (PPS); census tract areas (AGEB) serving as PSU; 5 city blocks or listing areas selected with PPS within each selected PSU; 1 compact segment in the neighborhood of 9 housing units (hu's) selected within each selected listing area; all households within selected hu's included

in survey and 1 eligible respondent selected within each selected household.

The field work was conducted in two stages. During the first phase (September- December 2001) 10,377 households were visited up to 5 times to obtain information either on the household or for the selected interviewer. In order to reduce the non response rate, a second phase was implemented; a systematic probabilistic sub sample of 21 PSUs for Mexico City Metropolitan Area and 40 PSUs in the rest of the country was re-visited. The strategy was to complete up to 10 callbacks (including those already completed in the first round) in each non-response household and in each non-response individual interview. During this re-visit, efforts were concentrated on obtaining data on households with missing informants or refusals, and completing interviews on individuals not located previously or individuals that refused the individual interview in the first phase. No financial incentive was given during any phase of the survey. The fieldwork ended in May 2002 and a total of 5,826 completed interviews were achieved.

The response rate, both at the household and at the individual level, takes into consideration the complex survey design and the re-visit process. The weighted response rate at the household level was 91.3%, and the weighted response rate at the individual level was 76.6%. The main reason for non-participation at household was "no one at home" (12.8% of eligible households). Direct refusals were infrequent (5.2%). Main reason for non-participation at individual level was "absent in the moment" (7.8% of listed individuals). Direct refusals were infrequent (6.2% of listed individuals).

The instrument is a computer assisted version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI certified version 15;

¹La investigación base de la que provienen los datos, forma parte de la Iniciativa 2000 de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental. En México, los datos fueron recabados con el apoyo financiero del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, proyecto No. 4280; del Consejo Nacional de Ciencia y tecnología, proyecto No. G30544-H, de la Organización Panamericana de la Salud y de Pfizer México.

² Directora de Investigación Epidemiológica y Psicosocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México Xochimilco 101, 14370. México D.F., medinam@imp.edu.mx

³ Investigador en Ciencias Médicas de la Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

⁴ Dirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Universidad Autónoma de Puebla.

⁵ Investigadores en Ciencias Médicas. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

⁶ Jefe del Departamento de Investigaciones Especiales. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

⁷ Coordinador del Proyecto para América Latina y el Caribe WMH2000. Universidad de California, Fresno, Ca. USA.

Recibido: 3 junio de 2003. Aceptado: 4 julio de 2003.

World Health Organization, 2001), a structured diagnostic interview, installed on a laptop and administered face to face by a lay interviewer. The CIDI provides DSM-IV and ICD-10 diagnoses for lifetime, 12-month and 30-day timeframes of 23 disorders as well as modules covering demographics, employment, finances, marriage and children, social networks, family burden, chronic medical conditions, pharmacoepidemiology, disability and service utilization. In this article we present diagnoses according to ICD10. In order to maximize the yield of information while minimizing the average administration time of the interview some participants answered a long version of the interview and others a short version depending upon participant characteristics, participant responses to screening questions, random selection and household size. Adequate inter rater reliability, test-retest reliability and validity of earlier CIDI versions has been documented. The translation of the instrument into Spanish was carried out according to WHO recommendations. The information was collected by interviewers with previous experienced in systematic data collection extensively trained and supervised during field work. Fifty four per cent were females, 40% were between 18 and 29 years of age, 68% had completed 6 years of schooling and 12% had a university degree, 67% were married or living with someone, 58% were employed.

Twenty eight point six per cent of the urban adult population of the country meets the criteria for at least one of the 23 disorders considered during their life time, 13.9% during the 12 months previous to the interview and 5.8% during the previous 30 days. Per type of disorder the more frequent were anxiety disorders (14.3% in life time), followed by substance use disorders (tobacco, alcohol and other drugs) (9.2%), and affective disorders (9.1%). When only disorders meeting the criteria for the last 12 months and 30 days were considered, the order was reversed with anxiety and affective disorders being more common than substance abuse and dependence. Males had higher rates of life time disorders (30.4% and 27.1% respectively), but females had higher rates during the last 12 months (14.8% and 12.9%) and during the last 30 days (6.5% and 5.1%). These differences are explained by the higher rates of substance/abuse dependence problems among males and of anxiety and affective disorders among females.

By individual diagnosis, specific phobias were the most common (7.1% in lifetime), followed by behavior disorders (6.1%), alcohol dependence (5.9%), social phobia (4.7%) and major depressive episode (3.3%). Among females phobias (specific and social) followed by major depressive episode were the more common problems while among males alcohol dependence, behavior problems and alcohol abuse (without dependence) were the more common diagnoses observed.

Separation anxiety disorders (median of 5 years) and the attention deficit disorder (median of 6 years) showed the earliest age of onset. Specific phobia (7 years) and oppositionist disorder (8 years) came later. When only diagnosis observed during adult life are considered then anxiety disorders come first, followed by affective and substance abuse disorders.

An additional analysis of periods of onset showed three ages where the initiation of major depressive episodes was more common, around 17 years of age, at 32 and after 60. Results from the study show that affective disorders initiate along all ages of life span. Onset of anxiety disorders tend to concentrate in early ages (before 15 years of age) and substance abuse problems show highest onsets between 15 and 30 years. Most childhood disorders appear between 5 and 15 years, bulimia and adult separation

disorder extend during adult life.

The Central West region of the country showed the highest life time prevalence for any disorder, mainly due to the high rate of substance abuse disorders and the South East the lowest rate. Highest 30 day prevalence for affective disorders was observed in the Central West (2.5%), anxiety disorders (3.4%) in the region formed by the 3 metropolitan areas, and substance use disorders (1.7%) in the North.

Service utilization (including formal and informal services) was quite low with only 11.7% of those with at least one diagnosis, 19.4% of those with 2 diagnoses and 11.2% of those with 3 or more. Only 2 of each 30 persons with 3 or more diagnosis received specialized treatment, the most frequent being general doctors.

Key words: Prevalence, mental disorders, service utilization, Mexico.

RESUMEN

Este estudio forma parte de la iniciativa 2000, de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental; describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes). La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3%, y a nivel individual fue de 76.6%.

El instrumento utilizado es la versión computarizada del CIDI (versión certificada 15) que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y la CIE-10. En este artículo se presentan los diagnósticos de acuerdo con la CIE-10. El CIDI contiene además módulos sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, condiciones crónicas, pharmacoepidemiología, discapacidad y uso de servicios. La confiabilidad y la validez han sido ampliamente documentadas. La traducción de la encuesta al español fue realizada conforme a las recomendaciones de la OMS. Los encuestadores fueron personas con previa experiencia en levantamiento de encuestas entrenados para este estudio. Alrededor del 54% de la muestra fueron mujeres, 40% tenían entre 18 y 29 años y 68% tuvo únicamente estudios primarios.

El 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%).

Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol

(5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

La ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias.

La región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias. Esta región también muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2.5%), la región conformada por las tres áreas metropolitanas muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%) y la región norte presenta mayores trastornos por uso de sustancias (1.7%). Solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención.

Palabras clave: Prevalencia de trastornos mentales, utilización de servicios, México.

INTRODUCCIÓN

El progreso científico y tecnológico del mundo moderno se ha reflejado en mejores opciones de atención a la salud mental de las personas. Nuevas alternativas para el tratamiento derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales, han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización, la calidad de vida de las personas que sufren de trastornos severos ha mejorado considerablemente.

El reto de atención de los enfermos es grande, por ejemplo Frenk y cols. (6) han estimado que, en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo). Se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.

En el país existen 9.3% hombres y 0.7% mujeres con abuso/dependencia al alcohol en poblaciones urbanas y 10.5% y 0.4% respectivamente en poblaciones rurales; la dependencia a drogas representa tan sólo 0.44% de la población adulta entre 18 y 65 años (10). Otros estudios realizados en la ciudad capital, mues-

tran que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años, presenta trastornos afectivos, 7.8% corresponden a episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón; 1.5% distimia con una proporción hombre/mujer similar, 2.6 varones por cada mujer y una tasa inferior de episodios maniacos con pocas diferencias por sexo 1.2:1 (2).

A pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable (3).

Por otra parte, la población no solicita la ayuda que está disponible. Junto con razones derivadas del miedo al estigma o del desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios. Mientras que la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, etc.) que representan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos; la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de atención dificultan la entrada a tratamiento (Lara, 2002*; Berenzon, 2003**).

Estudios de hogares realizados en población urbana del país (9) han documentado que las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares o amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados. Berenzon (2003) ha documentado una elevada utilización de medicina alternativa, como complemento a la medicina tradicional obedeciendo a la percepción social de quién puede ofrecer solución a los problemas sentidos. En la Ciudad de México, Caraveo y cols. (1999)(2) documentaron que tan sólo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada.

Este problema no es exclusivo de México. La Organización Mundial de la Salud en 2001 (15), dedicó

* LARA A: Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. Tesis para optar por el grado académico de Doctor en Ciencias. Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F., 2002.

** BERENZON S: La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F., 2003.

su reporte anual a la Salud Mental en un esfuerzo por colocar a este problema en el centro de la agenda de salud y desarrollo e invitó a los gobiernos a colaborar en la iniciativa de Salud Mental 2000, para recabar información que pudiera ser útil para orientar las políticas públicas en este campo.

Este estudio forma parte de la iniciativa 2000 de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental. Pretende dar respuesta a interrogantes tales como ¿qué tan extendida está la enfermedad mental en el país?, ¿cuál es el grado de comorbilidad?, ¿existen variaciones regionales?, ¿cómo se distribuye en los diferentes grupos de la población?, ¿cómo se hace uso de los servicios?, las respuestas a estas interrogantes provienen de la primera encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en población urbana adulta del país.

MÉTODO

Muestra

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado, cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18-65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes). La población urbana nacional, definida de esta manera, comprende alrededor del 75% de la población nacional. El trabajo de campo fue llevado a cabo por una conocida empresa profesional (Berumen y Asociados), después de un proceso de entrenamiento ofrecido por profesionales de salud mental previamente entrenados y registrados oficialmente como entrenadores del CIDI en la versión computarizada. El trabajo de campo se llevó a cabo en dos fases, desde septiembre de 2001 hasta mayo de 2002. Se emplearon cuatro estadios de selección para encuestar una muestra blanco de 10,000 hogares en seis áreas (estratos) geográficas. En todos los estratos las unidades primarias de muestreo (UPM) fueron las áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEBs), o grupos de ellas, cartográficamente definidas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 1995. El tamaño promedio de las AGEBS varía entre 3,000-4,000 personas de todas las edades. En total, se seleccionaron 200 UPM, distribuidas con afijación proporcional a la población de cada una de las regiones. Al interior de cada UPM se seleccionaron 5 Unidades Secundarias de Muestreo (USM) conformadas por manzanas, o grupos de manzanas, también con probabilidad proporcional a una medida de tamaño para cada USM dentro de las UPM seleccionadas. Para cada USM seleccionada las viviendas se dividieron en segmentos compactos de

alrededor de 10 viviendas. Finalmente, una sola persona se seleccionó para ser entrevistada entre los miembros de cada hogar. Las personas elegibles se definieron como los miembros del hogar que hablaran español, que normalmente comen, duermen, preparan los alimentos y se alojan en dicho hogar, y que tenían entre 18 y 65 años de edad al momento de la entrevista.

El México urbano se estratificó en seis regiones:

- 1) Áreas metropolitanas auto seleccionadas. Incluye las tres regiones metropolitanas más grandes del país: Ciudad de México (AMCM), Guadalajara (AMG) y Monterrey (AMM).
- 2) Noroeste. Incluye los estados de: Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora.
- 3) Norte. Incluye los estados de: Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo AMM), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas.
- 4) Centro-oeste. Incluye los estados de: Aguascalientes, Jalisco (excluyendo AMG), Colima, Guanajuato y Michoacán.
- 5) Centro-este. Incluye los estados de: Guerrero, Morelos, Estado de México (excluyendo AMCM), Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla.
- 6) Sureste. Incluye los estados de: Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

Durante la primera fase de la encuesta (de septiembre 2001 hasta diciembre 2001) se visitaron 10,377 viviendas. La primera ronda del trabajo de campo incluyó un máximo de 4-5 visitas a la vivienda, tanto a nivel del hogar como a nivel del individuo. De enero del 2002 hasta mayo del 2002 se implementó una segunda fase con el objetivo de incrementar el número de viviendas participantes y obtener además un mayor número de entrevistas individuales completas. Para esta segunda fase, se revisitó una sub-muestra sistemática de 21 UPMs en el área metropolitana de la Ciudad de México y una sub-muestra de 40 UPMs en el resto del país. La estrategia fue completar un máximo de 10 visitas (en algunos casos hasta 11) en cada hogar que no había participado en la fase previa y/o en cada individuo que no había sido entrevistado en la fase previa. Durante esta re-visita, se concentraron esfuerzos para obtener datos sobre rechazos, hogares sin informantes y para completar las entrevistas en individuos que no se había logrado localizar o entrevistar previamente, o sobre personas que habían rechazado la entrevista con anterioridad. No se ofreció ningún tipo de incentivo económico durante ninguna de las dos fases de la encuesta. El trabajo de campo concluyó en mayo del 2002, y se lograron un total de 5,826 entrevistas completas.

El cálculo de la tasa de respuesta, tanto a nivel de los hogares como a nivel del individuo tomó en conside-

ración el diseño complejo de la encuesta y este proceso de re-visita. Los hogares y los individuos que participaron en la segunda fase recibieron un peso proporcional al inverso de la probabilidad de ser seleccionados para la segunda fase. La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3%, y la tasa ponderada de respuesta a nivel individual fue de 76.6%. El motivo principal para no participar a nivel del hogar fue "nadie en la casa" (12.8% de los hogares elegibles). El rechazo directo fue infrecuente (5.2%). El motivo principal para la no-participación a nivel del individuo fue "ausente al momento de la entrevista" (7.8% de los individuos listados). El rechazo directo fue infrecuente (6.2% de los individuos listados).

Evaluación diagnóstica

El instrumento utilizado es una versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CAPI Versión 15 Certificada) (14). Es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada en entrevista cara a cara por entrevistadores legos. El OMS-CIDI proporciona diagnósticos de por vida, últimos doce meses y treinta días según criterios del DSM-IV y del CIE-10 para 17 (core) diagnósticos principales y 6 diagnósticos secundarios. En este artículo se presentan los diagnósticos de acuerdo con la CIE-10. El instrumento contiene además como módulos que investigan características sociodemográficas, empleo, finanzas, factores del matrimonio y los hijos, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas crónicas, fármacoepidemiología, discapacidad y uso de servicios. Con el fin de maximizar la obtención de información al tiempo de minimizar el tiempo de entrevista, algunos individuos de la muestra contestaron la versión larga del instrumento y otros la versión resumida, seleccionados con base en sus respuestas a las preguntas de tamizaje (preguntas que indican probabilidad de que el diagnóstico esté presente), y selección aleatoria con probabilidad proporcional al número de sujetos que habitaban las viviendas en muestra. El tiempo máximo de entrevista fue de 9 horas en 4 sesiones y el mínimo de 20 minutos.

A todos los entrevistados se les aseguró que su participación era voluntaria y que podrían dejar de contestar en cuanto así lo desearan. También se les explicó la forma en que habían sido seleccionados, que la información que proporcionarían sería confidencial y que sus datos personales no serían publicados. La identificación de cuestionarios individuales se mantiene en un archivo confidencial separado de la base de datos. Al terminar la entrevista se entregó a los encuestados una lista de las instituciones de salud en donde podían acudir si desearan hablar más de los temas tratados en la entrevista.

Las versiones antecedentes del CIDI han mostrado tener confiabilidad entre entrevistadores (4, 13) test-retest (12) y validez (5, 8) adecuadas. Las propiedades psicométricas del CIDI, han sido reportadas en artículos previos por Andrews y Peters en 1998 (1).

La traducción de este instrumento al español fue realizada siguiendo las normas de la Organización Mundial de la Salud, con base en el material que ya había sido traducido (ICD-10, DSM-IV, SF-36, WHO-DAS), pruebas cognitivas de la comprensión de los reactivos, juicio de expertos y retraducción de reactivos seleccionados y de los términos utilizados en las secciones clínicas. Un panel de expertos internacionales formado por expertos en salud mental, clínicos calificados e investigadores, analizaron las variaciones encontradas en la retraducción; este mismo panel trabajó en un grupo de armonización internacional que desarrolló la versión consensuada para ser utilizada en países de habla hispana. Este grupo produjo una lista de términos problemáticos encontrados en el proceso de traducción y su acuerdo en la traducción. Fueron realizadas adicionalmente adaptaciones menores por consenso del grupo mexicano.

Entrevistadores, entrenamiento y control de calidad

La primera etapa del trabajo de campo fue llevada a cabo por 34 entrevistadores con amplia experiencia en encuestas con obtención sistemática de información. Recibieron una capacitación inicial de 5 días proporcionada por capacitadores certificados en Estados Unidos que forman parte del equipo mexicano. Después de un mes de trabajo de campo se hicieron nuevas sesiones de reentrenamiento previas a la segunda y la tercera etapas de recolección de información. Los encuestadores trabajaron en 5 grupos de 7 encuestadores con el apoyo de un supervisor. Una serie de actividades fueron implementadas con el fin de asegurar el control de calidad de la información que incluyeron una extensa supervisión de campo, en los aspectos de selección de los individuos a entrevistar y logística de campo proporcionado por Berumen y asociados, y de los aspectos técnicos proporcionado por investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría. Ambos recibieron a su vez supervisión del equipo central. Se elaboraron también manuales de campo, boletines de refuerzo que contenían información sobre las dudas encontradas en el proceso, y continuo monitoreo de situaciones especiales. La información de campo era respaldada y enviada a las oficinas centrales periódicamente. El equipo de investigación monitoreó continuamente la proporción de respondientes que contestaron afirmativamente la sección de tamizaje para los diferentes diagnósticos incluidos, por cada entrevista-

dor así como las tasas de respuesta por sexo, con el fin de detectar en forma temprana probables problemas. Finalmente se emplearon programas estadísticos para verificar el control de calidad y detectar posibles errores en relación con los tiempos de los eventos (inicio, periodos en los que estaban presentes, consistencia de las edades, primera y última fecha de utilización de servicios) así como posibles respuestas faltantes e introducir los valores correctos cuando esto era posible. Estos programas fueron diseñados por el equipo coordinador del proyecto internacional. El nivel de error fue mínimo y la base de datos fue ya certificada por el equipo coordinador internacional.

Análisis

Los datos de esta encuesta fueron obtenidos de una muestra multietápica estratificada y fueron posteriormente ponderados para ajustarse por las probabilidades diferenciales de selección y no-respuesta. Se llevó a cabo también una post-estratificación para la población mexicana de acuerdo con el censo del año 2000, tomando en cuenta la distribución por sexo y grupos de edad, en cada uno de los seis estratos descritos más arriba.

Dos ponderadores (peso parte 1 y peso parte 2) se desarrollaron para el análisis de datos. En este proceso se encontraron 44 observaciones que no incluían la información mínima para confeccionar estos pesos y se tuvieron que eliminar para todos los análisis subsecuentes. El primer grupo de pesos –pesos parte 1- se calculó para el total de los participantes basado en tres factores. El primer factor toma en consideración el inverso de la probabilidad de selección para un entrevistado, dada la estructura de su vivienda. El segundo factor está basado en la probabilidad de participar en la segunda fase del trabajo de campo (la revisita). El tercer factor toma en cuenta el proceso de post-estratificación de la muestra de acuerdo a la estructura por edad y sexo en estrato correspondiente al lugar de la entrevista, de acuerdo al censo del 2000.

Un subgrupo de los participantes de la encuesta, completó la llamada forma larga de la entrevista. Para poder llevar a cabo el análisis de datos en esta submuestra, se creó un segundo grupo de pesos- pesos parte 2. Este ponderador parte del peso de la parte 1 y ajusta este peso por el inverso de la probabilidad de la selección a la forma larga de la entrevista. Esta es una probabilidad compleja que se genera automáticamente como parte de un algoritmo interno del programa computarizado de la entrevista. Esta probabilidad varía de acuerdo con la presencia o no de una serie de síntomas de varios trastornos incluidos en la entrevista. El grupo de entrevistados con estos síntomas (llamado grupo por encima del umbral) se

seleccionó con probabilidad de 1. Es decir, todas aquellas personas que clasifican como personas por encima del umbral se seleccionan para la entrevista larga. Un segundo grupo de personas que sólo cumplen los criterios de umbral en forma limitada o parcial (grupo sub-umbral) pasan a la entrevista larga de acuerdo a una probabilidad que depende del número de personas que viven en su residencia. Por último, las personas libres de síntomas de los trastornos investigados se seleccionan para seguir con la forma larga de la entrevista de acuerdo con un grupo de probabilidades basadas en el tamaño del hogar. Por último ambos pesos (peso parte 1 y peso parte 2) se normalizaron para respetar el tamaño final de la muestra obtenida.

Como resultado de este complejo proceso de diseño muestral y de generación de pesos, los errores estándar de las proporciones (prevalencia de por vida, 12 meses y 30 días) se deben de corregir, y en este trabajo se obtuvieron por medio del método de linearización de Taylor obtenidos al utilizar el paquete estadístico SUDAAN. Se utilizó el método de Kaplan-Meier (7) para generar las curvas de edades de inicio y las tasas (HAZARDS) presentadas en las gráficas, usando el paquete SAS. Para los fines de este trabajo, los datos que se reportan aquí están basados en los pesos parte 2, que utiliza un total de 2,432 entrevistas.

RESULTADOS

El cuadro 1 presenta los datos demográficos básicos de la muestra. Alrededor del 54% de la muestra fueron del sexo femenino, y alrededor del 40% se ubicó en el grupo de edad más joven (18-29 años). La muestra refleja el bajo nivel educativo del país: casi 68% de la población tuvo únicamente estudios primarios (sexto grado) y sólo el 12% completó estudios universitarios. Finalmente, la mayoría de la muestra estaban casados o en unión libre (67%) y actualmente trabajando (58%).

El cuadro 2 presenta las prevalencias de 23 trastornos mentales, desglosados por sexo, para “alguna vez en la vida”, los “últimos 12 meses” y los “últimos 30 días”. Comenzando por los totales, se puede observar que 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8 reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. Es decir, alrededor de seis de cada 20 mexicanos, tres de cada 20 y uno de cada 20 mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez), se-

CUADRO 1
Distribución de las principales variables sociales de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México

	N	%
Sexo		
Masculino	1126	46.3
Femenino	1306	53.7
Edad		
18-29	985	40.5
30-44	833	34.3
45-64	584	24.0
65 <=	31	1.3
Escolaridad		
Ninguna/primaria	1607	67.9
Secundaria	314	13.3
Algunos estudios universitarios	165	7.0
Graduado de universidad	282	11.9
Estado civil		
Casado/unión libre	1632	67.1
Separado/viudo/divorciado	181	7.4
Nunca casado	619	25.5
Situación laboral		
Trabajando actualmente	1371	57.9
Estudiante	174	7.4
Ama de casa	703	29.7
Retirado	27	1.2
Otro	94	4.0

guidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). En los últimos 12 meses, los trastornos más comunes son los de ansiedad, seguidos por los afectivos y en seguida por los de uso de sustancias, y este orden se mantiene en los últimos 30 días.

En general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida (30.4% y 27.1%, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%) y en los últimos 30 días (6.5% y 5.1%). Un análisis de este cuadro permite observar que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

Al analizar los trastornos individuales, se puede observar que en la población total las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguido de los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo. Los tres principales trastornos para las mujeres fueron: las fobias (específicas y sociales) las más importantes, seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, estos tres trastornos fueron la dependencia

al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). En general, al pasar al análisis de los trastornos individuales en los períodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se observa que en las mujeres las fobias tienen un gran peso, mientras que para los hombres los trastornos por uso de sustancias y el trastorno de conducta pesan más.

De acuerdo al cuadro 3, se pueden observar las medias y medianas de las edades de inicio de los trastornos mentales considerados en nuestra encuesta. En las gráficas 1-4 se pueden observar estos resultados en forma acumulativa. En estas gráficas, el momento en el cual la curva toca el eje vertical en el punto 50% corresponde a la mediana del cuadro 3. De acuerdo con estas medianas, y como era de esperarse, la ansiedad de separación (mediana de 5 años) y el trastorno de atención (mediana de 6 años) son los dos padecimientos que afectaron en primer momento a los entrevistados. La fobia específica aparece en seguida (mediana de 7 años), seguida por otro trastorno de la infancia (trastorno oposicionista, con mediana de 8 años). Al observar las figuras 1, 2 y 3, que incluyen los trastornos de la vida adulta, se observa que los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y posteriormente se reportaron los trastornos por uso de sustancias.

Con la información recolectada es posible hacer un seguimiento de los diferentes momentos en que la muestra reporta el inicio de los trastornos. Esta información está desglosada en los "HAZARDS" de las figuras 5-8. Los picos que se observan se interpretan como los momentos de mayor actividad en el reporte de las edades de inicio. Por ejemplo, al analizar la figura 5 se puede ver que el episodio depresivo mayor presenta un primer auge alrededor de los 17 años, otro segundo pico alrededor de los 32 años y al final de la edad máxima de la encuesta se presenta otro momento de auge. En general, para estos tres trastornos afectivos, los casos se encuentran distribuidos en forma homogénea durante el transcurso de la vida. El examen de las gráficas correspondientes a los trastornos de ansiedad (gráfica 6) y los de uso de sustancias (gráfica 7) sugieren un comportamiento muy diferente. En los primeros, se observan un gran número de altas y bajas en los "HAZARDS" que, sin embargo, tienden a concentrarse en las edades jóvenes (antes de los 15 años). En el caso de los trastornos por uso de sustancias, se observan también numerosos períodos de altas y bajas, con una gran concentración entre los 15-30 años. Por último, la gráfica de los trastornos "infantiles" muestra picos diferentes según los trastornos, la mayoría de ellos concentrados entre los 5-15 años. Se puede observar cómo la bulimia se extiende en el trans-

CUADRO 2
Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Prevalencia de trastornos con jerarquía, según la CIE-10

Diagnóstico	Hombres			Mujeres			Total		
	Algunavez	Ult.12-meses	Ulf. Mes	Algunavez	Ult.12-meses	Ulf. Mes	Algunavez	Ult.12-meses	Ulf. Mes
Trastorno Afectivo									
Episodio depresivo mayor	2.0 (0.3)	0.9 (0.3)	0.3 (0.1)	4.5 (0.5)	2.1 (0.3)	0.8 (0.1)	3.3 (0.3)	1.5 (0.2)	0.6 (0.1)
Episodio depresivo menor	0.6 (0.2)	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	2.3 (0.3)	1.1 (0.2)	0.5 (0.1)	1.5 (0.2)	0.7 (0.1)	0.3 (0.1)
Manía(Bipolar I)	1.6 (0.3)	0.9 (0.2)	0.4 (0.1)	1.1 (0.2)	0.8 (0.2)	0.4 (0.1)	1.3 (0.2)	0.9 (0.1)	0.4 (0.1)
Hipomanía(Bipolar II)	2.4 (0.4)	0.9 (0.2)	0.4 (0.1)	1.6 (0.3)	1.2 (0.3)	0.4 (0.1)	2.0 (0.2)	1.1 (0.1)	0.4 (0.1)
Distimia con jerarquía	0.5 (0.2)	0.4 (0.1)	0.2 (0.1)	1.1 (0.2)	0.5 (0.1)	0.2 (0.1)	0.9 (0.1)	0.4 (0.1)	0.2 (0.1)
Cualquier trastorno afectivo	6.7 (0.6)	3.0 (0.5)	1.3 (0.3)	11.2 (0.8)	5.8 (0.5)	2.4 (0.3)	9.1 (0.6)	4.5 (0.3)	1.9 (0.2)
Trastorno de Ansiedad									
Trastorno de pánico	1.3 (0.2)	0.4 (0.1)	0.2 (0.1)	2.9 (0.4)	1.7 (0.3)	0.5 (0.1)	2.1 (0.2)	1.1 (0.2)	0.4 (0.1)
Agorafobia sin trastorno de pánico	1.0 (0.3)	0.7 (0.3)	0.3 (0.2)	3.8 (0.3)	2.5 (0.3)	0.8 (0.2)	2.5 (0.2)	1.7 (0.2)	0.5 (0.1)
Fobia social	3.8 (0.6)	1.8 (0.4)	0.5 (0.2)	5.4 (0.4)	2.7 (0.3)	0.9 (0.2)	4.7 (0.4)	2.3 (0.2)	0.7 (0.1)
Fobia específica	4.0 (0.5)	1.9 (0.3)	0.7 (0.2)	9.8 (0.8)	5.8 (0.7)	2.2 (0.4)	7.1 (0.5)	4.0 (0.4)	1.5 (0.2)
Trastorno de ansiedad generalizada	0.7 (0.3)	0.6 (0.3)	0.6 (0.3)	1.6 (0.3)	0.8 (0.2)	0.3 (0.1)	1.2 (0.2)	0.7 (0.2)	0.4 (0.2)
Trastorno de estrés posttraumático	1.9 (0.6)	0.4 (0.2)	0.2 (0.1)	3.3 (0.4)	0.8 (0.2)	0.2 (0.1)	2.6 (0.4)	0.6 (0.1)	0.2 (0.1)
Cualquier trastorno de ansiedad	9.5 (1.1)	4.9 (0.6)	2.2 (0.4)	18.5 (1.1)	10.8 (0.9)	4.1 (0.5)	14.3 (0.9)	8.1 (0.6)	3.2 (0.3)
Trastorno de Substancias									
Consumo perjudicial de alcohol	4.9 (0.7)	1.0 (0.3)	0.1 (0.1)	0.3 (0.1)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	2.4 (0.3)	0.5 (0.1)	0.0 (0.0)
Dependencia al alcohol	11.5 (1.3)	3.7 (0.8)	1.2 (0.5)	1.0 (0.3)	0.2 (0.1)	0.1 (0.1)	5.9 (0.6)	1.8 (0.4)	0.6 (0.2)
Consumo perjudicial de drogas	2.4 (0.4)	0.8 (0.3)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.1 (0.2)	0.4 (0.2)	0.1 (0.0)
Dependencia a las drogas	0.7 (0.2)	0.2 (0.1)	0.1 (0.0)	0.2 (0.1)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.4 (0.1)	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)
Dependencia a la nicotina	2.9 (0.7)	1.9 (0.7)	0.3 (0.1)	0.9 (0.2)	0.5 (0.1)	0.2 (0.1)	1.8 (0.3)	1.1 (0.3)	0.3 (0.1)
Cualquier trastorno de substancias	17.6 (1.5)	6.8 (1.2)	1.7 (0.5)	2.0 (0.3)	0.7 (0.2)	0.4 (0.1)	9.2 (0.7)	3.5 (0.5)	1.0 (0.3)
Otro Trastorno									
Trastorno de la actividad de la atención	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
Anorexia	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)
Adult Separation Anxiety Disorder									
Bulimia nerviosa	1.3 (0.3)	0.6 (0.2)	0.3 (0.1)	3.5 (0.4)	0.9 (0.2)	0.5 (0.2)	2.5 (0.3)	0.7 (0.2)	0.4 (0.1)
Trastorno disocial	0.6 (0.3)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.8 (0.5)	0.8 (0.4)	0.5 (0.4)	1.2 (0.3)	0.4 (0.2)	0.3 (0.2)
Trastorno disocial desafiantes y oposicionista	10.3 (1.3)	2.1 (0.7)	0.0 (0.0)	2.3 (0.5)	0.3 (0.1)	0.0 (0.0)	6.1 (0.6)	1.2 (0.3)	0.0 (0.0)
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	1.5 (0.6)	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)	1.4 (0.2)	0.1 (0.1)	0.0 (0.0)	1.5 (0.3)	0.1 (0.0)	0.0 (0.0)
Cualquier Trastorno									
Cualquier trastorno "Core"	24.0 (1.6)	10.1 (1.1)	3.9 (0.6)	21.3 (1.3)	11.6 (1.0)	4.6 (0.5)	22.5 (1.1)	10.9 (0.8)	4.2 (0.4)
Cualquier trastorno	30.4 (1.6)	12.9 (1.4)	5.1 (0.7)	27.1 (1.4)	14.8 (1.0)	6.5 (0.6)	28.6 (1.2)	13.9 (0.9)	5.8 (0.5)

CUADRO 3
Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México edad de inicio de los trastornos psiquiátricos

<i>Diagnóstico según la CIE-10</i>	<i>N</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>
Episodio de depresión mayor	225	1	64	26.08	24
Manía	66	3	47	21.36	20
Hipomanía	94	3	53	21.26	19
Agorafobia	135	1	60	19.60	17
Trastorno de ansiedad generalizada	72	4	61	25.72	27
Trastorno de pánico	122	1	56	21.48	18
Trastorno de estrés postraumático	24	5	61	19.77	19
Fobia social	257	1	53	13.98	13
Fobia específica	227	1	63	9.72	7
Consumo perjudicial de alcohol	262	12	61	24.47	22
Dependencia al alcohol	105	1	53	25.56	25
Consumo perjudicial de drogas	59	1	51	19.64	18
Dependencia a las drogas	21	11	36	18.27	17
Dependencia a la nicotina	66	15	60	27.30	25
Trastorno de la actividad de la atención	2	6	6	6.00	6
Trastorno de ansiedad de separación del adulto	138	1	63	22.25	20
Trastorno disocial	137	1	20	11.39	11
Trastorno disocial desafiante y opositor	27	4	23	9.24	8
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	16	1	5	4.59	5
Bulimia nerviosa	26	1	47	24.89	24

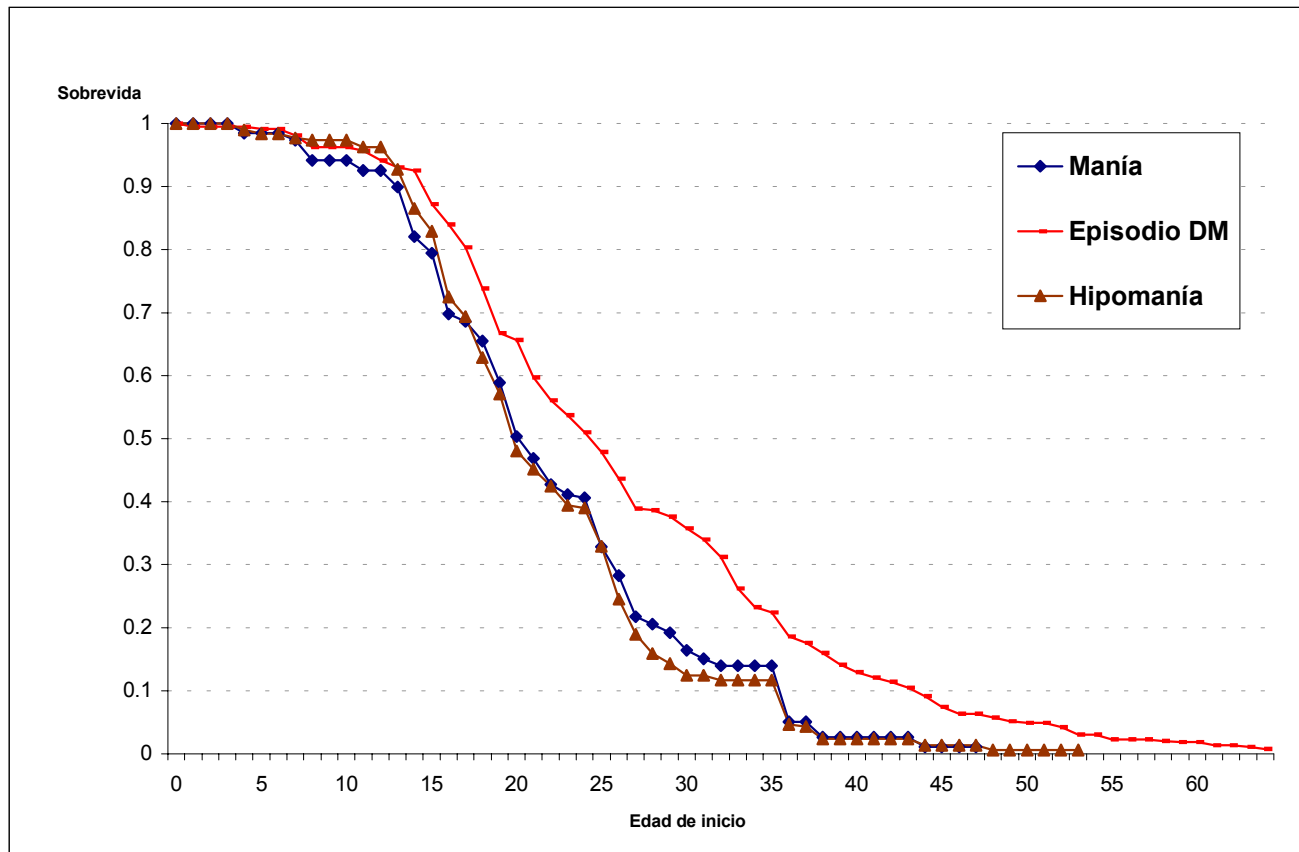


Fig. 1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
 Trastornos de ánimo (afectivos)

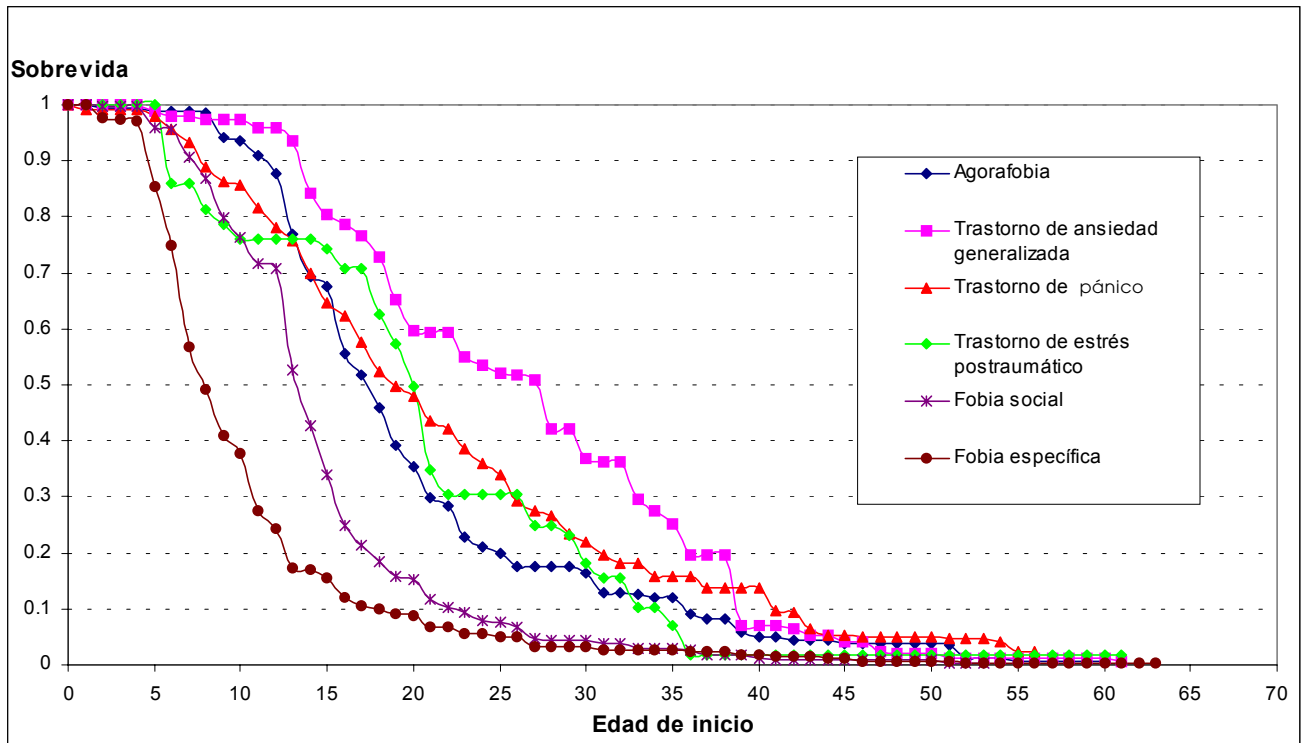


Fig. 2. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
Trastornos de ansiedad

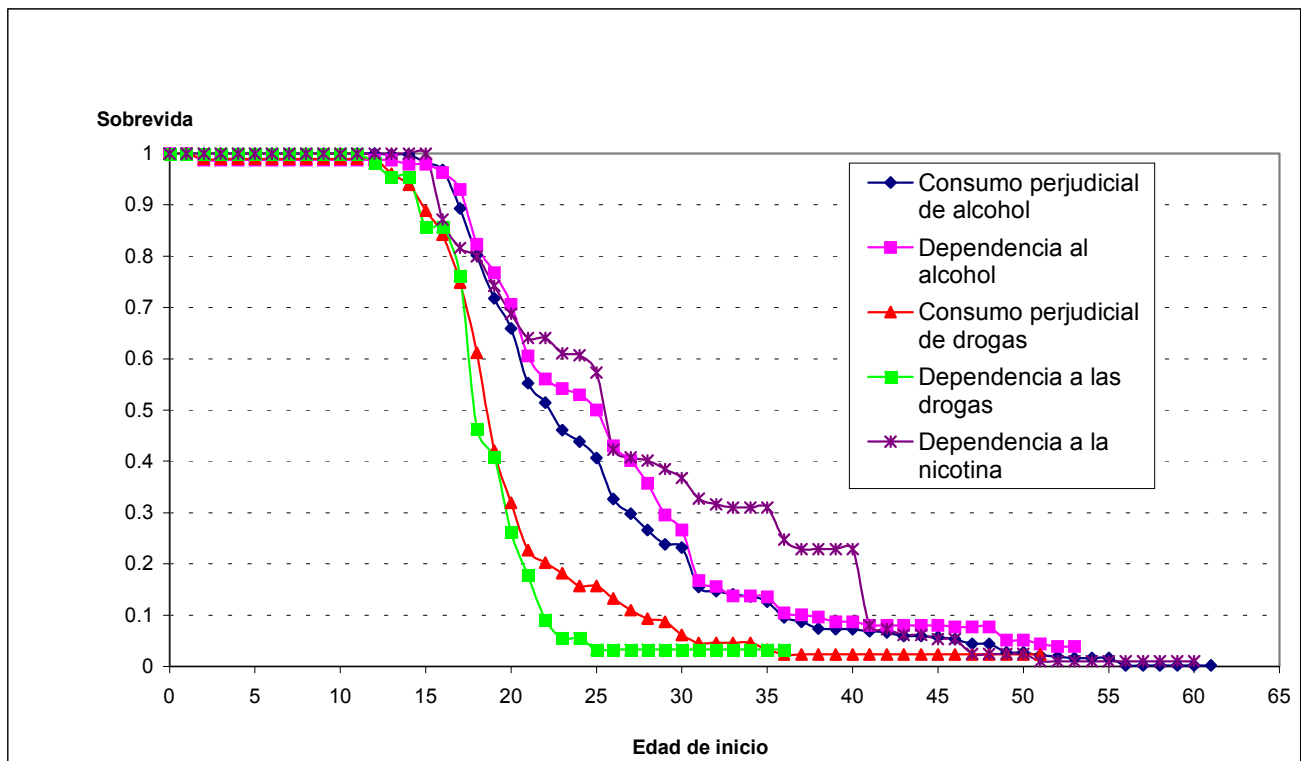


Fig. 3. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo
de sustancias psicotrópicas

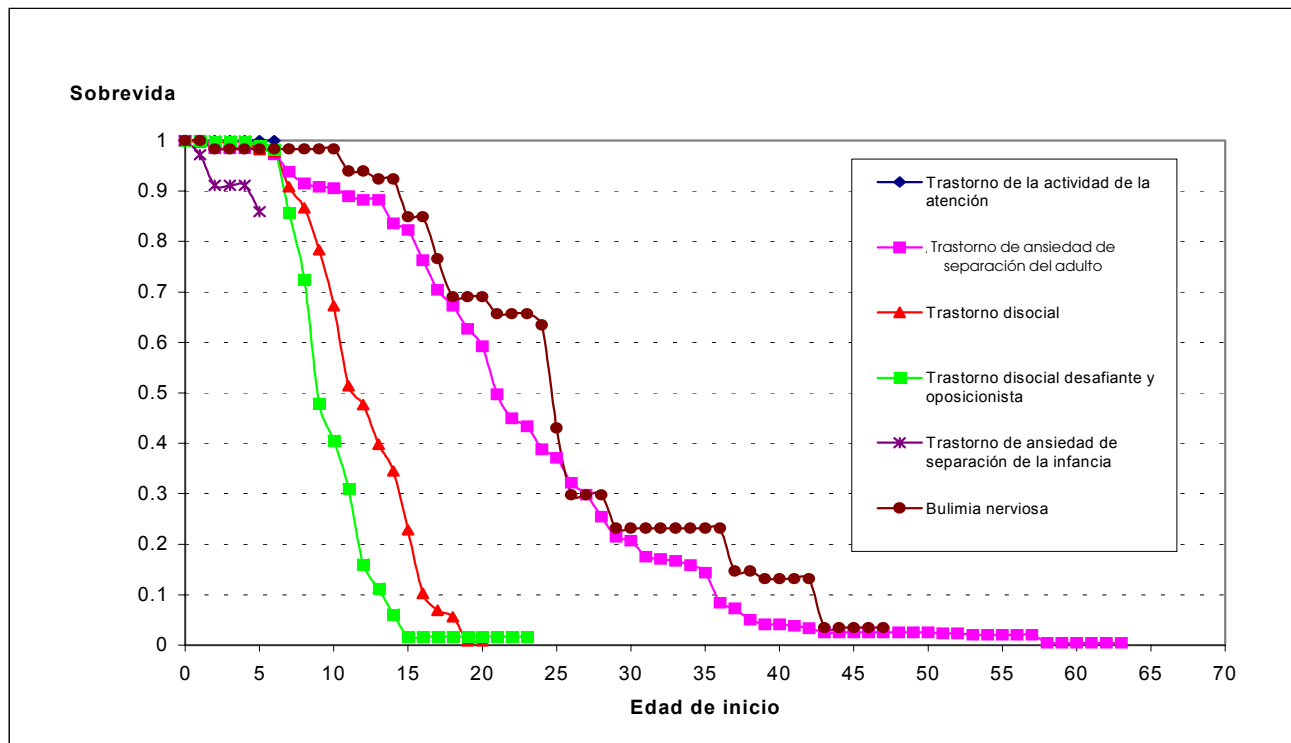


Fig. 4. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
Otros trastornos

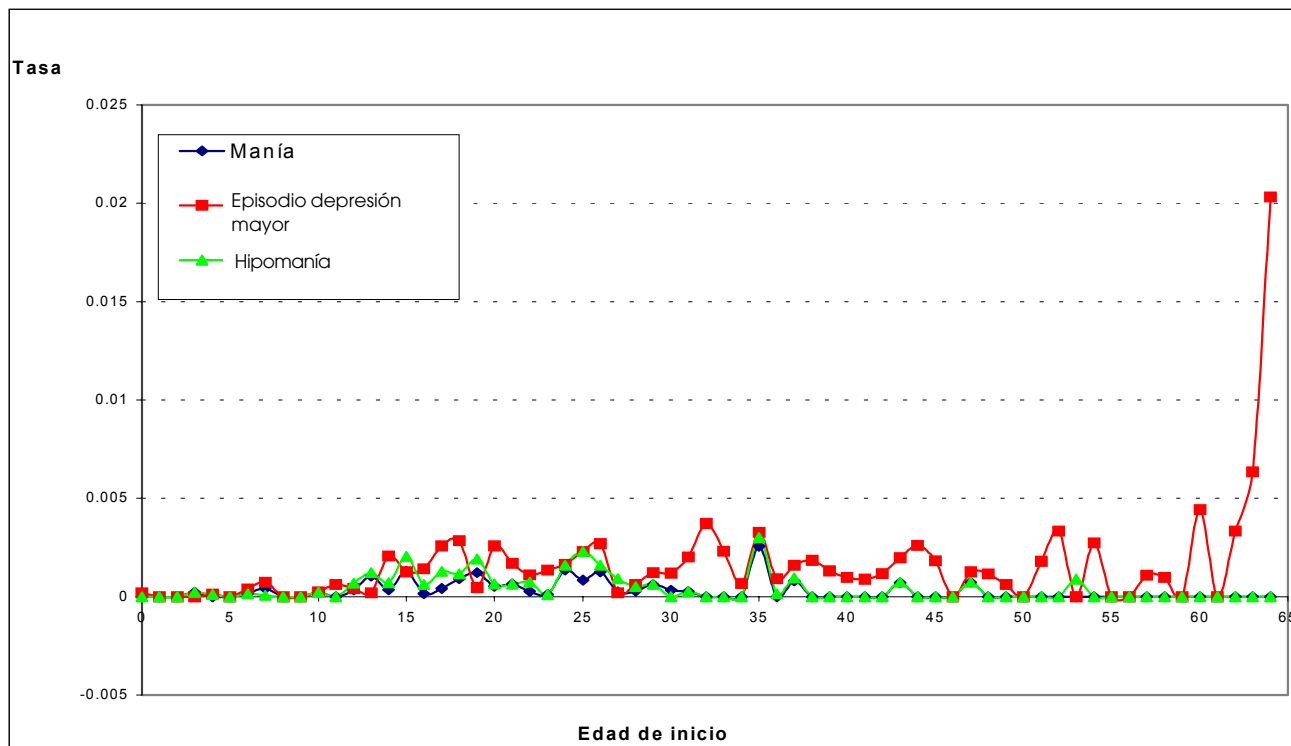


Fig. 5. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
Trastornos del ánimo (afectivos)

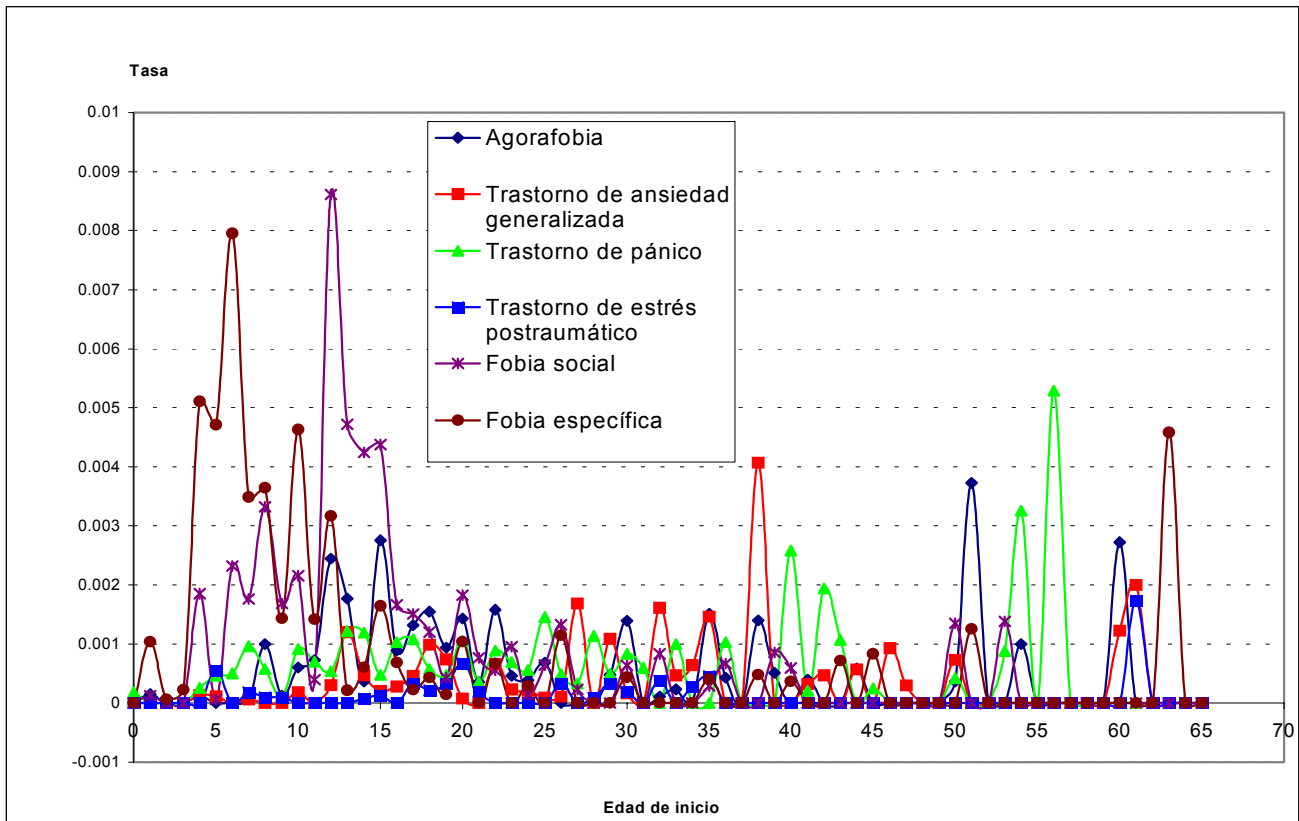


Fig.6. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
Trastornos de ansiedad

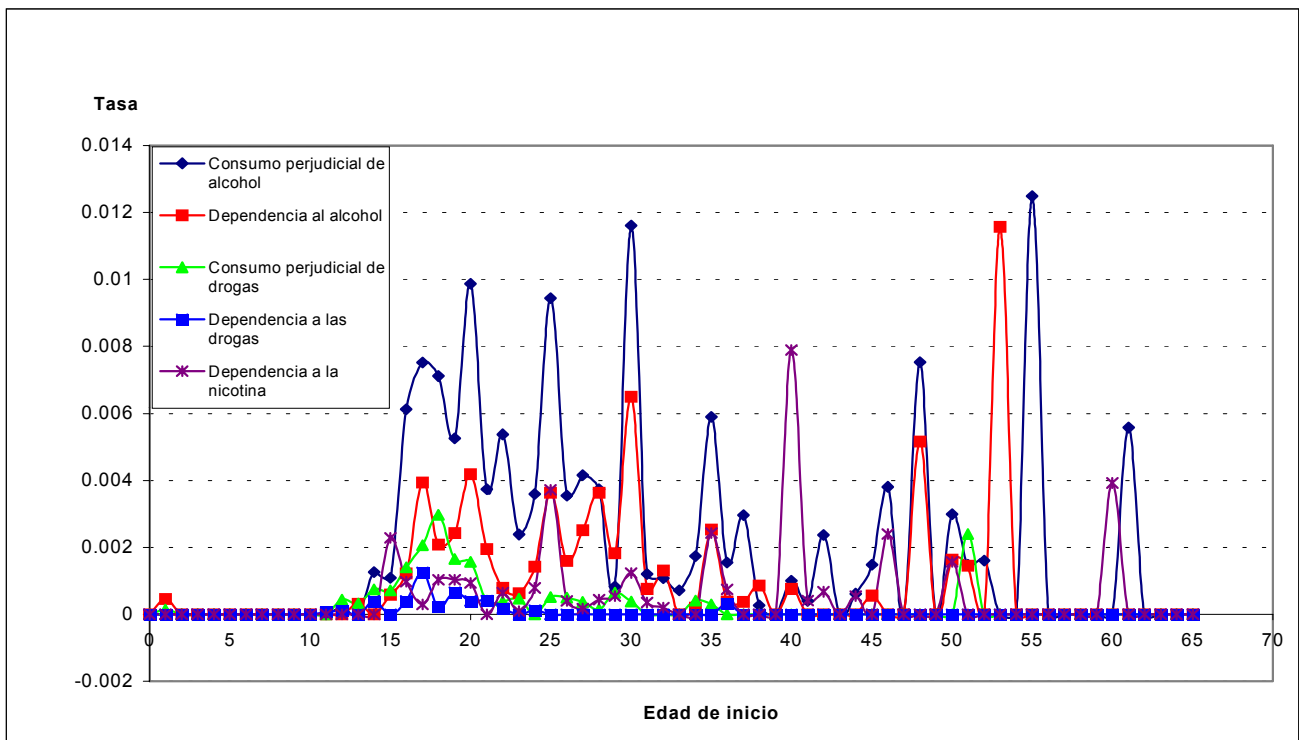


Fig. 7. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo
de sustancias psicotrópicas

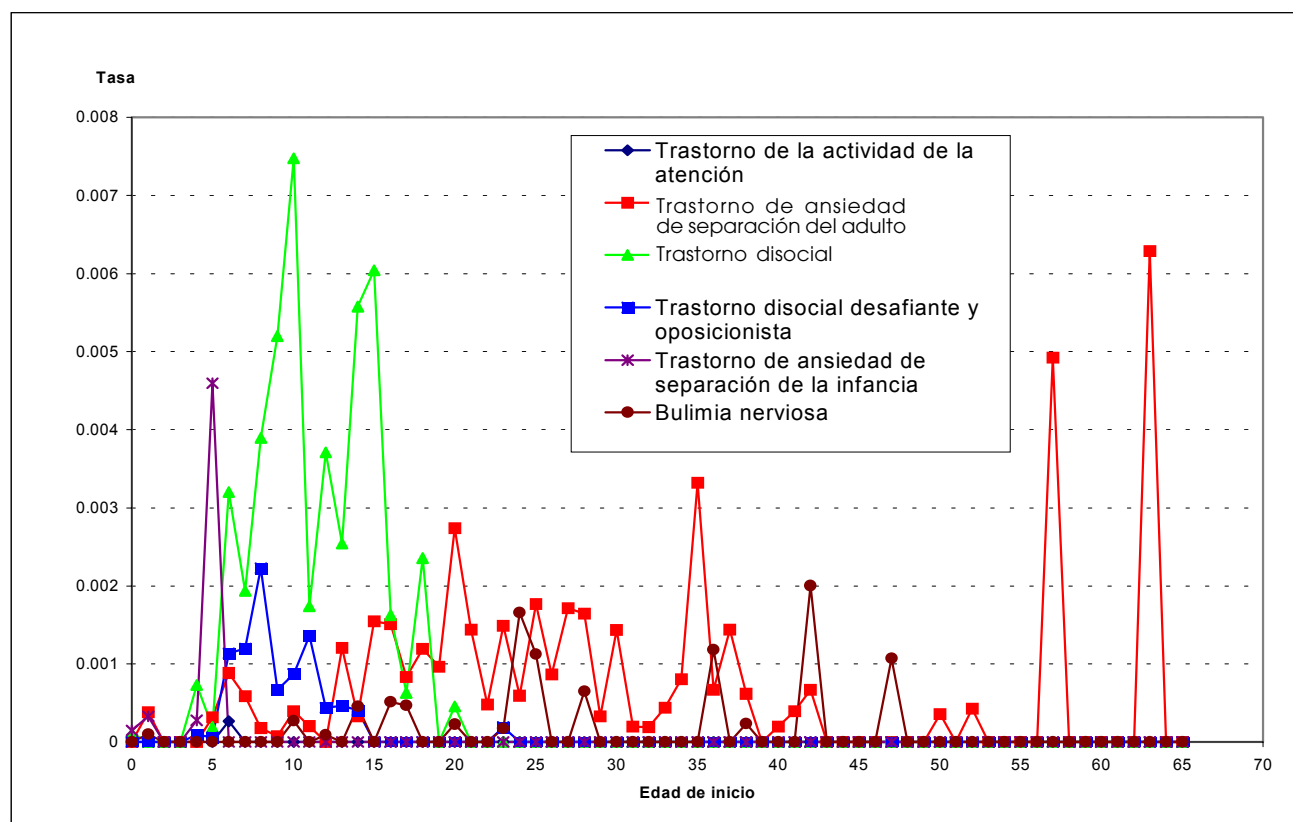


Fig.8. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México
Otros trastornos

curso de la vida, al igual que el trastorno de separación del adulto.

El cuadro 4 muestra los resultados globales de la encuesta de acuerdo a las seis regiones en que fue dividido el país para fines de esta encuesta. Analizando, en primer lugar, la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida”, se observa que la región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada (36.7% contra 28.6% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país). Al analizar el motivo de esta elevada prevalencia global en la región 4, se puede ver que en el grupo de trastornos afectivos y de ansiedad esta región tiene prevalencias sólo ligeramente más elevadas que el total, pero que es en el grupo de trastornos por uso de sustancias en donde se encuentra la diferencia más importante (15.2% para la región 4 contra 9.2% para el total nacional). La región con la prevalencia más baja de cualquier trastorno “alguna vez en la vida” fue la región del sureste. Esta región tiene una prevalencia sumamente baja de trastornos afectivos (5.7% contra 9.1% del total nacional) y también prevalencias más bajas de trastornos de ansiedad y por el uso de sustancias. De los tres grandes grupos diagnósticos, es el diagnóstico por uso de sustancias el que presenta variaciones más elevadas al interior del

país, con prevalencias que van desde 6.5% (región noroeste) hasta 15.2 (región centro-oeste). En forma general, estas disparidades se vuelven a encontrar en las prevalencias reportadas en los últimos 12 meses, pero tienden a desaparecer en las prevalencias reportadas para los últimos 30 días. Para este último período, la región centro-oeste muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos (2.5%), la región conformada por las tres áreas metropolitanas muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%) y es la región norte la que muestra la prevalencia más elevada de trastornos por uso de sustancias (1.7%). La región norte es la que presenta la prevalencia más elevada para cualquier trastorno en los últimos 30 días (8.2%).

Por último, el cuadro 5 muestra el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales en México, entre aquellas personas que reportaron algún trastorno de la CIE en los últimos 12 meses. Para comprender este cuadro, es importante señalar que, operativamente, se hizo la siguiente clasificación para el uso de servicios:

Especialista en salud mental: psiquiatra, psicólogo, consejero, psicoterapeuta, enfermera especializada en salud mental, trabajador social.

CUADRO 4

**Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México.
Prevalencia de trastornos con jerarquía por región, de acuerdo con la CIE-10**

	<i>Áreas metro-politanas</i>		<i>Noroeste</i>		<i>Norte</i>		<i>Central oeste</i>		<i>Central este</i>		<i>Sureste</i>		<i>Total</i>	
	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)
Diagnóstico														
Alguna vez en la vida														
Cualquier trastorno afectivo	10.4	(0.9)	8.4	(1.6)	9.0	(1.1)	10.2	(1.5)	10.6	(1.6)	5.7	(1.5)	9.1	(0.6)
Cualquier trastorno de ansiedad	15.2	(0.9)	12.3	(2.8)	16.4	(1.9)	15.8	(2.4)	13.6	(1.9)	12.3	(3.0)	14.3	(0.9)
Cualquier trastorno de uso de sustancias	8.7	(1.1)	6.5	(1.2)	10.1	(1.9)	15.2	(2.0)	7.8	(1.8)	7.9	(1.7)	9.2	(0.7)
Cualquier trastorno "Core"	21.8	(1.4)	19.3	(2.6)	25.4	(2.3)	27.8	(3.4)	22.0	(3.2)	19.9	(3.6)	22.5	(1.1)
Cualquier trastorno	28.6	(1.5)	25.3	(3.1)	30.1	(2.5)	36.7	(3.8)	29.0	(2.8)	23.5	(3.6)	28.6	(1.2)
Últimos 12 meses														
Cualquier trastorno afectivo	5.3	(0.9)	4.5	(0.9)	4.6	(0.7)	5.6	(1.0)	4.9	(0.6)	2.2	(0.6)	4.5	(0.3)
Cualquier trastorno de ansiedad	7.6	(0.8)	6.2	(2.0)	10.1	(1.7)	11.2	(2.3)	8.3	(1.0)	5.8	(1.5)	8.1	(0.6)
Cualquier trastorno de uso de sustancias	2.9	(0.7)	1.7	(0.6)	5.4	(1.6)	6.8	(3.0)	3.2	(0.9)	2.0	(0.9)	3.5	(0.5)
Cualquier trastorno "Core"	9.7	(0.8)	8.1	(2.4)	14.6	(2.5)	15.9	(3.4)	11.4	(1.3)	7.3	(1.9)	10.9	(0.8)
Cualquier trastorno	13.5	(1.3)	10.5	(2.3)	17.7	(3.0)	20.7	(4.0)	14.5	(1.3)	8.4	(2.1)	13.9	(0.9)
Último mes														
Cualquier trastorno afectivo	2.2	(0.5)	2.4	(0.4)	1.9	(0.3)	2.5	(0.7)	2.1	(0.6)	0.9	(0.3)	1.9	(0.2)
Cualquier trastorno de ansiedad	3.4	(0.6)	1.8	(0.8)	5.3	(1.1)	3.1	(0.6)	3.1	(0.7)	2.2	(0.8)	3.2	(0.3)
Cualquier trastorno de uso de sustancias	0.9	(0.3)	1.1	(0.5)	1.7	(0.8)	1.3	(1.0)	0.2	(0.2)	1.0	(0.8)	1.0	(0.3)
Cualquier trastorno "Core"	4.3	(0.7)	3.3	(1.1)	6.9	(1.0)	4.6	(1.1)	3.2	(0.7)	3.2	(1.2)	4.2	(0.4)
Cualquier trastorno	6.2	(0.8)	4.8	(0.9)	8.2	(1.0)	7.9	(1.6)	4.7	(0.7)	3.7	(1.2)	5.8	(0.5)

CUADRO 5

CIE - patrones de uso de servicios por trastorno para México, entre aquellos con un trastorno mental en los últimos 12 meses, de acuerdo con la CIE-10

<i>Trastorno</i>	<i>Especialista</i>		<i>Med. general</i>		<i>Salud</i>		<i>Otros</i>		<i>Cualquier servicio</i>	
	<i>PCT</i>	<i>SE</i>	<i>PCT</i>	<i>SE</i>	<i>PCT</i>	<i>SE</i>	<i>PCT</i>	<i>SE</i>	<i>PCT</i>	<i>SE</i>
Episodio de depresión mayor	11.9	3.3	7.7	2.5	18.4	4.0	3.5	1.7	21.8	4.3
Distimia	5.5	3.2	11.5	4.4	17.0	5.3	1.5	1.1	18.5	5.4
Manía	12.7	5.5	1.6	1.6	14.3	5.7	0.0	0.0	14.3	5.7
Cualquier trastorno de ánimo	10.9	2.6	7.7	2.0	17.7	3.1	2.5	1.1	20.2	3.3
Trastorno de pánico	17.1	6.1	11.6	4.3	25.6	6.5	3.2	3.2	28.8	6.8
Fobia específica	6.7	1.9	4.6	1.4	10.7	2.4	0.0	0.0	10.7	2.4
Fobia social	4.9	2.0	4.5	1.8	8.8	2.6	0.3	0.3	9.1	2.6
Agorafobia	7.1	2.8	4.7	2.1	10.3	3.3	0.0	0.0	10.3	3.3
Ansiedad generalizada	3.6	2.6	0.8	0.8	4.4	2.8	0.8	0.9	5.3	3.0
Estrés posttraumático	7.3	4.9	6.6	4.1	13.9	6.3	3.1	3.1	17.0	7.0
Cualquier trastorno de ansiedad	6.9	1.4	4.8	1.1	10.9	1.7	0.8	0.5	11.7	1.7
Trastornos alimenticios (ano/bul)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Déficit de atención	0.0	0.0	44.1	4.9	44.1	34.9	0.0	0.0	44.1	34.9
Trastorno disocial desafiante y oposicionista	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad de separación de la infancia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cualquier otro trastorno	0.0	0.0	3.3	3.4	3.3	3.4	0.0	0.0	3.3	3.4
Ningún trastorno según la CIE-10	1.6	0.3	1.1	0.2	2.6	0.4	0.3	0.1	2.9	0.4
Un trastorno según la CIE-10	6.5	1.5	4.2	1.1	10.0	1.8	1.7	0.8	11.7	2.0
Dos trastornos según la CIE-10	11.1	3.2	8.6	2.8	19.0	4.1	0.4	0.4	19.4	4.1
3+ trastornos según la CIE-10	7.1	3.5	4.5	2.1	10.5	3.9	0.6	0.6	11.2	4.0

ESPECIALISTA: Psiquiatra o psicólogo u orientador o psicoterapeuta o enfermera en salud mental o trabajador social.

MEDICINA GENERAL: Médico familiar, general o de cabecera o algún otro médico como cardiólogo o (mujer/ginecólogo/hombre/urólogo) o enfermera, terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud.

SALUD: Especialista o medicina general.

OTROS RECURSOS: Consejero espiritual o religioso como sacerdote, pastor o rabino o curandero, yerbero, quiropráctico o espiritista.

Medicina general: médico familiar, médico general, otros médicos (cardiólogo, ginecólogo, urólogo), enfermera, terapeuta ocupacional, otro profesional de la salud.

Salud: Especialista en salud mental, otro médico general.

Otros recursos: consejero espiritual, cura, rabino, yerbero, quiropráctico, espiritista.

Comenzando una vez más por los totales generales del cuadro 5, se puede observar que existe una tendencia al incremento en el uso de "cualquier servicio" según el número de trastornos reportados por la mues-

tra. Las personas sin trastorno sólo reportan una prevalencia de 2.9% en el uso de cualquier servicio, contra 11.7% para las que reportaron un trastorno, 19.4% para las que reportaron dos trastornos y de 11.2% para las que reportaron tres y más trastornos. Es decir, sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención. Una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo usaron servicios y sólo una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad lo hicieron. Al revisar las entidades específicas, se puede observar que el trastorno con mayor uso de cualquier servicio fue “déficit de atención” (44% de uso) seguido por “trastorno de pánico” (28.8%) y por “depresión mayor” (21.8%).

Al revisar la columna de uso de servicios especializados, se puede observar que sólo dos de cada 30 sujetos con tres o más trastornos recibieron atención especializada. El trastorno de pánico fue el diagnóstico que generó más uso de servicios especializados (17.1%), seguido por el trastorno de manía (12.7%) y la depresión mayor (11.9%). Por último, se puede observar una tendencia general a que, para cada entidad, el uso de servicio sea más frecuente en el rubro del especialista que en el rubro de los servicios médicos generales.

DISCUSIÓN

Los datos del estudio muestran una prevalencia de trastornos similar a la encontrada en estudios previos (2) y constituyen la mitad de la reportada para la población general norteamericana (11). Uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, los trastornos individuales más comunes fueron la depresión mayor, la fobia específica, la dependencia al alcohol y la fobia social. Entre los hombres la dependencia al alcohol es el problema más común en tanto que entre las mujeres, la depresión mayor. La ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias.

La región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias. La región centro-oeste muestra la pre-

valencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2.5%), la región conformada por las tres áreas metropolitanas muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%) y la región norte para trastornos por uso de sustancias (1.7%). Sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención. Los datos apoyan la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a hacer más disponibles los servicios y de acercar a la población a ellos.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a los investigadores: doctor Kessler R y doctor Üstün B coordinadores internacionales del proyecto y a los investigadores de la Universidad de Harvard Walters E, Jin R, Demler O, y de la Universidad de Michigan a los doctores Dinkelman K, Pennel BE y Heringa S. A los doctores Caldas de Almeida JM y Miranda C de la Organización Panamericana de la Salud y al doctor Ramos J, del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, sin cuyo apoyo este proyecto no hubiera sido posible.

El Consejo Nacional contra las Adicciones, la Dirección de Salud Mental y las Coordinaciones de Salud Mental y Adicciones en los Estados apoyaron la Encuesta, facilitaron un número telefónico en cada localidad en donde los individuos seleccionados podían pedir más información sobre la encuesta y acudir para solicitar ayuda.

REFERENCIAS

1. ANDREW G, PETERS L: The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33:80-88, 1998.
2. CARAVEO AJ, COLMENARES BE, SALDIVAR HG: Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental*, 22 (Número Especial): 62-67, 1999.
3. GATER DE ALMEIDA B, SOUSA E, BARRIENTOS G, CARAVEO J y cols.: The pathways to the psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 21:761-774, 1991.
4. COTLER LB, ROBINS LN, GRANT BF, BLAINE J, TOWLE LH, y cols.: Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry*, 159:645-653, 1991.
5. FARMER AE, KATZ R, MCGUFFIN P, BEBBINGTON P: A comparison between the present state examination and the Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry*, 44:1064-1068, 1987.
6. FRENK J, LOZANO R, GONZALEZ MA: *Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México*. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1999.
7. HOMER DW, SLIDESHOW S: *Applied Survival Analysis. Regression Modeling of Time to Event Data*. John Wiley & Sons, Nueva York, 1999.
8. JANCA A, ROBINS LN, COTTLER LB, EARLY TS: Clinical observation of CIDI assessments: an analysis of the CIDI

- field trials-wave II at the St. Louis site. *Br J Psychiatry*, 160:815-818, 1992.
9. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA R, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 48-55, México, 1992.
 10. SECRETARIA DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES: *Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco, Alcohol y otras Drogas. Reporte Ejecutivo*. México, 2002.
 11. VEGA WA, KOLODY B, AGUILAR-GAXIOLA S, ALDERETE E, CATALANO R, CARAVEO-ANDUAGA J: Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Arch Gen Psychiatry*, 55:771-778, 1998.
 12. WACKER HR, BATTEGAY R, MULLEJANS R, SCHLOSSER C: Using the CIDI-C in the general population. En: Stefanis CN, Rabavilas AD, Soldatos CR (eds). *Psychiatry: A World Perspective*. Elsevier Science Publishers, 138-143, Amsterdam, 1990.
 13. WITTCHEN HU, ROBINS LN, COTTLER LB, SARTORIUS N, BURKE JD, REGIER DA: The CIDI-core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues. *Br J Psychiatry*, 159:645-653, 1991.
 14. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Version 15. Ginebra, 2000.
 15. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra, 2001.