

LA BRECHA DE TRATAMIENTO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Documento Técnico

Un informe para la Organización Panamericana de la Salud preparado por:

Robert Kohn, MD¹

Profesor de Psiquiatría y Comportamiento Humano

Facultad de Medicina Warren Alpert de la Universidad de Brown

¹ Las opiniones vertidas por el autor en este documento técnico son de su responsabilidad y no representan necesariamente el punto de vista oficial de la Organización Panamericana de la Salud.

CONTENIDO

Abreviaturas.....	v
Resumen Ejecutivo.....	vii
I. Prevalencia de los trastornos mentales en adultos.....	1
II. Prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes.....	4
III. Utilización de los servicios y brecha de tratamiento en adultos.....	6
A. Recursos de salud mental.....	6
B. La brecha de tratamiento en los trastornos de ansiedad, afectivos y por uso de sustancias.....	7
C. La brecha de tratamiento para la esquizofrenia.....	11
IV. Utilización de los servicios y brecha de tratamiento en niños y adolescentes.....	15
V. Utilización de los servicios y brecha de tratamiento en las poblaciones indígenas..	17
VI. Abordaje de las barreras de acceso a la atención de salud mental.....	18
VII. Consideraciones Finales	20
Referencias.....	23
Anexos.....	33

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
CAPA	Evaluación Psiquiátrica del Niño y del Adolescente
CCHS	Encuesta Canadiense de Salud de la Comunidad: Salud Mental y Bienestar
CIDI	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta
CIDI-A	Suplemento para Adolescentes de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIEP	Consortio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica
CIS-R	Formulario de Entrevista Clínica
DAWBA	Evaluación de Desarrollo y Bienestar
DIS	Formulario de Entrevista Diagnóstica
DISC	Entrevista Diagnóstica para Niños
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
ECA	Estudio del Área de Captación Epidemiológica
ECPP	Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica
EEA	Examen del Estado Actual
GAF	Evaluación Global del Funcionamiento
INB	Ingreso Nacional Bruto
MAPSS	Encuesta Mexicano-Estadounidense sobre Prevalencia y Servicios
MECA	Metodología para la epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes
NCS	Estudio de Comorbilidad Nacional
NCS-A	Estudio de Comorbilidad Nacional dirigido a adolescentes
NCS-R	Replicación del Estudio de Comorbilidad Nacional
NESARC	Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Problemas Relacionados
NHANES	Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición
NLAAS	Estudio Nacional Latino y Asiático Estadounidense
NLAES	Encuesta Epidemiológica Nacional Longitudinal sobre Alcohol
NPHS	Encuesta Nacional de Salud de la Población
NSAL	Encuesta Nacional de la Vida Estadounidense
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
QMPA	Cuestionario de Morbilidad Psiquiátrica en Adultos
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
WHO-AIMS	Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

- ❖ En América del Norte y en varios países de América Latina y el Caribe (ALC), existen estudios epidemiológicos bien diseñados que proporcionan información sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y la utilización de los servicios de salud mental en las poblaciones de adultos, así como de niños y adolescentes.
- ❖ Se dispone de información sobre los recursos y los servicios de salud mental en casi todos los países de las Américas procedente del proyecto Atlas de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y del WHO-AIMS (Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud). Estas bases de datos revelaron que siguen existiendo disparidades en los servicios y recursos de salud mental, incluso entre países de ingresos medianos o altos, y que el hospital psiquiátrico sigue siendo el punto focal de atención, a pesar de que los programas de atención ambulatoria y seguimiento comunitario se asocian con una menor brecha terapéutica para la esquizofrenia.
- ❖ La disponibilidad de datos más representativos de la población de las Américas en materia de servicios de salud mental y prevalencia de las enfermedades mentales ha proporcionado una mejor comprensión de la magnitud de la brecha de tratamiento existente en la Región.
- ❖ En cuanto a los adultos con trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, graves y moderados, se calcula que la brecha terapéutica mediana es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en ALC. Si se consideran todos los trastornos, sin tener en cuenta su gravedad, la brecha de tratamiento en la Región es de 78,1%. La brecha terapéutica para la esquizofrenia en los Estados Unidos es de 42,0%, mientras que en ALC es de 56,4%.
- ❖ La brecha de tratamiento mediana en la Región de las Américas en niños y adolescentes es de 63,8%, y de 52,6% para los trastornos mentales graves de los mismos.
- ❖ Los estudios sobre la utilización de los servicios de salud mental por parte de la población indígena mostraron un uso muy escaso de los mismos entre los enfermos mentales.
- ❖ Sigue siendo necesario vencer las barreras de acceso a la atención, que constituyen uno de los principales obstáculos para reducir la brecha de tratamiento.

I. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS

En numerosos países de la Región de las Américas se ha estimado la prevalencia de determinados trastornos mentales mediante entrevistas semiestructuradas vinculadas a los criterios de diagnóstico actuales que pueden ser administradas por entrevistadores legos. Este método ha mejorado la fiabilidad y la validez de los diagnósticos psiquiátricos en las encuestas epidemiológicas.

Estos estudios han revelado que los trastornos mentales son muy prevalentes en la comunidad. Además de la alta prevalencia, su inicio en edad temprana aumenta la carga de morbilidad de los trastornos neuropsiquiátricos. Cerca de la mitad de todos los trastornos mentales se inician a mediados de la adolescencia, y tres cuartas partes a mediados de la década de los veinte años (Kessler y cols., 2007). El Cuadro 1.1 incluye la clasificación, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), de los trastornos mentales y otras condiciones de interés incluidas en este informe.

Desde los años ochenta, se han llevado a cabo numerosos estudios comunitarios de prevalencia de los trastornos mentales mediante entrevistas semiestructuradas, tanto en América del Norte como en América Latina (Kohn y Rodríguez, 2009). Estos estudios han aumentado el conocimiento en el campo de la salud pública sobre los trastornos mentales. Los estudios iniciales se centraron, principalmente, en establecer las tasas y factores de riesgo asociados con dichos trastornos. El Cuadro 1.2 proporciona un resumen de los principales estudios realizados en la Región de las Américas que han usado diseños de muestras representativas de la comunidad y basados en entrevistas diagnósticas personales semiestructuradas o totalmente estructuradas. Los estudios se limitan a aquellos que son representativos de la población, que comprenden un amplio espectro de edades, no se limitan a grupos étnicos específicos, y el tamaño de la muestra es superior a 1.000; a menos que no se haya realizado ningún otro estudio en ese país. En el caso de los Estados Unidos, se proporcionan tasas para las poblaciones hispanas y afrocaribeñas.

Los países latinoamericanos han realizado tradicionalmente encuestas domiciliarias de prevalencia de trastornos mentales en adultos desde que se dispuso de los primeros formularios de entrevistas estructuradas. El primero de esos estudios se realizó en una serie de distritos estratificados en los alrededores de Buenos Aires, Argentina, en el año 1979, utilizando el Examen del Estado Actual (EEA) (Larraya y cols., 1982). Este estudio descubrió una tasa excepcionalmente elevada de prevalencia de la esquizofrenia (3,0%). Aparte de la esquizofrenia, las tasas de este estudio no pueden compararse con las de otros países ya que se utilizaron los diagnósticos de la CIE-9: psicosis afectiva, 4,0%; paranoia, 0,2%; depresión neurótica, 3,5%; y trastornos neuróticos, 14,5%.

En Brasil, se llevaron a cabo cuatro estudios (Cuadro 1.3) (Mari y cols., 2007). La primera gran investigación consistió en encuestas realizadas en tres zonas urbanas principales, Brasilia, São Paulo y Porto Alegre, mediante un diseño transversal en dos etapas. La primera etapa del *Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica* fue una entrevista de tamizaje que empleaba el Cuestionario de Morbilidad

Psiquiátrica en Adultos (QMPA). Todos los miembros de la familia mayores de 14 años tenían que completar la entrevista de tamizaje. La segunda etapa constaba de una entrevista diagnóstica estructurada, desarrollada por el equipo brasileño y estaba basada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera versión, (DSM-III, por sus siglas en inglés). Esta se realizó con 30% de las personas que obtuvieron resultados positivos y con 10% de las que obtuvieron resultados negativos en la entrevista de tamizaje (Almeida Filho y cols., 1997). El primer estudio realizado en Brasil mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), que formaba parte del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (CIEP) (Andrade y cols., 2003) y que permitía hacer comparaciones entre diferentes países, se llevó a cabo en São Paulo, en una zona de clases socioeconómicas media y superior (Andrade y cols., 1999). El segundo estudio mediante la CIDI, se realizó en el municipio de Bambuí, en el estado de Minas Gerais; los resultados publicados se limitaron únicamente a los diagnósticos de depresión y fobia social (Vorcaro y cols., 2001; Vorcaro y cols., 2004). El estudio más reciente forma parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS, y su marco de muestreo se obtuvo de la zona metropolitana de São Paulo (Andrade y cols., en prensa; Andrade y cols., 2012; Viana et al., 2012).

En Chile, se llevaron a cabo dos estudios (Cuadro 1.4). En el primero, se utilizó el Formulario de Entrevista Clínica (CIS-R) y se examinó la prevalencia de los trastornos mentales comunes en la zona metropolitana de Santiago (Araya y cols., 2001). El segundo, el *Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica* (ECP), utilizó la CIDI y formaba parte del CIEP (Vicente y cols., 2006). El ECP fue el primer estudio de prevalencia representativo a escala nacional realizado en América Latina. Se basó en una muestra de población a nivel nacional correspondiente a cuatro provincias de Chile, que representaban las cuatro principales regiones geográficas del país.

En Colombia, se realizaron tres estudios representativos a escala nacional utilizando la CIDI (Cuadro 1.4). El primero fue un estudio nacional amplio que incluía la CIDI como parte de un estudio sobre el consumo de drogas y alcohol (Torres de Galvis y cols., 1997). El segundo se limitó a los trastornos afectivos (Gómez-Restrepo y cols., 2004). El tercer estudio representativo a escala nacional forma parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental (Posada-Villa y cols., 2004). En Perú, uno de los primeros estudios que utilizó el Formulario de Entrevista Diagnóstica (DIS), se llevó a cabo en Independencia, un distrito pobre del norte de Lima (Minobe y cols., 1990). El único estudio comunitario de prevalencia de los trastornos psiquiátricos realizado en el Caribe es de Puerto Rico, también basado en el DIS (Canino y cols., 1987).

El Cuadro 1.5 muestra las tasas de prevalencia de los estudios realizados en México. Dos de ellos se basaron en muestras representativas a nivel nacional. Uno estuvo limitado a las zonas urbanas del país (Caraveo-Anduaga y cols., 1996) y utilizó el EEA complementado por el DIS. El otro, usó la CIDI en una muestra representativa a escala nacional (Medina-Mora y cols., 2005) y es una de las tres encuestas latinoamericanas que forman parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental. Un estudio previo realizado utilizando la CIDI se limitó a la ciudad de México (Caraveo-Anduaga y cols., 1999) y formó parte del CIEP. Se llevaron a cabo otros dos estudios a escala regional que

utilizaron la CIDI fuera de la ciudad de México. Uno se basó en una muestra obtenida en las regiones rurales de dos estados mexicanos (Salgado de Snyder y cols., 1999). El segundo estudio se realizó en cuatro ciudades en las que existía el riesgo de trauma psíquico como consecuencia de desastres naturales (Norris y cols., 2003).

Guatemala llevó a cabo recientemente un estudio de prevalencia en materia de salud mental a escala nacional, que es el primero y único realizado en América Central. Si bien cuenta con una muestra de tamaño relativamente más pequeña, tiene un interés particular, ya que es el único estudio realizado en un entorno económico de ingresos bajos o medianos en la Región de las Américas, y una proporción significativa de la muestra corresponde a población indígena (Cuadro 1.5).

En Canadá, se han realizado varios estudios sobre trastornos psiquiátricos en adultos (Cuadro 1.6). El primer estudio canadiense fue el denominado *Stirling County Survey*, que llevó a cabo tres series de encuestas transversales representativas realizadas en 1952, 1970 y 1992 (Murphy y cols., 2000). El estudio epidemiológico psiquiátrico de la provincia de Edmonton, basado en el DIS, fue el primer estudio que trató de proporcionar a Canadá estimados sobre una amplia gama de trastornos psiquiátricos (Bland y cols., 1988a; Bland y cols., 1988b; Newman y Bland, 1994). Posteriormente, se calcularon las tasas de la provincia de Ontario (Offord y cols., 1996) mediante la CIDI. La primera muestra representativa a nivel nacional se limitó a estudiar las tasas de depresión grave y los trastornos debidos al consumo de alcohol en todo el país mediante la *Encuesta Nacional de Salud de la Población* (NPHS, por sus siglas en inglés) (Patten y Charney, 1998). Más recientemente, en un segundo estudio a escala nacional, la *Encuesta Canadiense de Salud de la Comunidad: Salud Mental y Bienestar* (CCHS, por sus siglas en inglés) de la Dirección General de Estadísticas de Canadá, se analizaron las tasas de diversos trastornos psiquiátricos mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI, por sus siglas en inglés) (Gravel y Béland, 2005; Carney y Streiner, 2010).

Con respecto a los Estados Unidos, se han llevado a cabo varias encuestas epidemiológicas psiquiátricas comunitarias en grandes muestras representativas de la población (Cuadro 1.7). El *Estudio del Área de Captación Epidemiológica* (ECA, por sus siglas en inglés) fue el primer estudio que analizó un amplio espectro de trastornos psiquiátricos en cinco lugares de los Estados Unidos mediante el DIS (Robins y Regier, 1991). Fue la primera gran encuesta que utilizó, en la Región de las Américas, entrevistadores legos y un formulario de entrevista plenamente estructurado. El *Estudio de Comorbilidad Nacional* (NCS, por sus siglas en inglés) inició la transición hacia la CIDI como el formulario de entrevista diagnóstica estándar administrado por personal lego; este estudio analizó los trastornos presentes en una muestra representativa de 48 estados colindantes de los Estados Unidos (Kessler y cols., 1994). En la *Replicación del Estudio de Comorbilidad Nacional* (NCS-R, por sus siglas en inglés), se entrevistó de nuevo a los participantes de este estudio diez años después, con una ampliación de la muestra con objeto de representar también a la población de edad avanzada del país (Kessler y cols., 2005). Se realizaron otras dos encuestas nacionales para estudiar principalmente la tasa de consumo de sustancias psicoactivas, la *Encuesta*

Epidemiológica Nacional Longitudinal sobre Alcohol (NLAES, por sus siglas en inglés) (Grant, 1995) y la *Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Problemas Relacionados* (NESARC, por sus siglas en inglés) (Grant y cols., 2003), las cuales también incluían otros diagnósticos psiquiátricos.

Algunos estudios epidemiológicos de base comunitarios en los Estados Unidos se han centrado en las tasas de trastornos en grupos étnicos específicos (Cuadro 1.8). En la *Encuesta Mexicano-Estadounidense sobre Prevalencia y Servicios* (MAPSS, por sus siglas en inglés), se examinó la salud mental de los mexicano-estadounidenses en California (Vega y cols., 1998). Las tasas de esta encuesta se compararon con las del estudio basado en la CIDI realizado en la ciudad de México y las de los hispanos que participaron en los NCS. Las tasas de los hispanos participantes en el NCS-R también se compararon con las de los blancos no hispanos, así como con las de los hispanos inmigrantes y no inmigrantes (Breslau y cols., 2006). En el estudio NESARC, se realizó un análisis similar con respecto a los mexicano-estadounidenses (Grant y cols., 2004). El *Estudio Nacional Latino y Asiático Estadounidense* (NLAAS, por sus siglas en inglés) analizó las tasas de enfermedades mentales en diversos grupos hispanos y según la tanda generacional en los Estados Unidos (Alegría y cols., 2008). La *Encuesta Nacional de la Vida Estadounidense* (NSAL, por sus siglas en inglés) se centró en los afro-estadounidenses, incluidas las personas caribeñas de raza negra inmigrantes y no inmigrantes, y la prevalencia de enfermedades mentales en este grupo (Williams y cols., 2007). En general, estos estudios observaron que los inmigrantes de la primera generación procedentes de América Latina y el Caribe (ALC) presentan tasas inferiores de trastornos afectivos, de ansiedad y debidos al consumo de sustancias que los de la segunda y tercera generación.

Todos estos estudios realizados en diversos países de las Américas han comenzado a proporcionar una perspectiva más completa de las tasas de trastornos mentales en la Región, así como un mayor conocimiento del número de personas que necesitan atención de salud mental. Los datos del Caribe Inglés son insuficientes y no se tienen datos de muchos de los países de Centroamérica y América del Sur. No obstante, los estudios que en este momento existen pueden ser utilizados para calcular las necesidades de toda la Región.

II. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La salud mental de niños y adolescentes en la Región de las Américas no ha sido suficientemente estudiada, con la excepción de Norteamérica; sin embargo, en los dos últimos decenios han surgido un número importante de estudios de prevalencia. Existe una necesidad de conocer más a fondo la prevalencia y los factores asociados con los problemas de salud mental en niños y adolescentes, en particular en ALC.

En el 2005, una proporción considerable de la población tenía menos de 15 años de edad, desde 35,7% en Centroamérica a 27,2% en Sudamérica, en contraste con 18,8%

en América del Norte. La pandemia creciente de violencia y del uso de sustancias ha hecho más apremiante que se conozcan las necesidades en materia de salud mental de niños y adolescentes de la Región. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) ha recalcado que los trastornos psiquiátricos que aparecen en la niñez y la adolescencia deben ser motivo de preocupación en el campo de la salud pública.

En distintos países de la Región se realizaron estudios que analizan la prevalencia de los trastornos en niños mediante el uso de instrumentos de diagnóstico (Cuadro 2.1). En América Latina, fueron realizados solo en Brasil (Fleitlich-Bilyk y Goodman, 2004; Goodman y cols., 2005; Anselmi y cols., 2010), en Colombia (Torres de Galves, 2010; Torres de Galves y cols., 2012), en Chile (Vicente y cols., 2012; Vicente y cols., 2012), en México (Benjet y cols., 2009), y en Puerto Rico (Bird y cols., 1988; Shaffer y cols., 1996; Canino y cols., 2004) (Cuadro 2.1). En Venezuela (Montiel-Nava y cols., 2002) y Colombia (Cornejo y cols., 2005; Pineda y cols., 2009), también se llevaron a cabo otros estudios, pero se limitaban al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Las encuestas de prevalencia realizadas en Brasil se limitaron únicamente a niños, y la encuesta mexicana se limitó solo a adolescentes. En Chile, existía un informe anterior sobre escolares de 1º y 6º grado que utilizó una entrevista clínica semiestructurada no estandarizada realizada por becarios de psiquiatría infantil (de la Barra y cols., 2004). Estudios previos realizados en América Latina se basaron en instrumentos de tamizaje (Duarte y cols., 2003).

En los Estados Unidos, se han realizado varios estudios. Inicialmente se realizó el estudio de Metodología para la epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes (MECA, por sus siglas en inglés) (Shaffer y cols., 1996) y más recientemente el Estudio de Comorbilidad Nacional dirigido a adolescentes (NCS-A, por sus siglas en inglés) (Kessler, 2012). Además, se llevaron a cabo otros cinco estudios con este mismo grupo de edad (Angold y cols., 2002; Costello y cols., 2003; Roberts y cols., 2007; Carter y cols., 2010; Merikangas y cols., 2009). En Canadá, solo se realizó un estudio que utilizaba una entrevista diagnóstica estructurada (Brenton y cols., 2009).

Todos los estudios llevados a cabo se basaron en cuatro instrumentos de diagnóstico diferentes. Los tres estudios realizados en Brasil (Fleitlich-Bilyk y cols., 2004; Goodman y cols., 2005; Anselmi y cols., 2010) utilizaron el instrumento de Evaluación de Desarrollo y Bienestar (DAWBA, por sus siglas en inglés) (Goodman y cols., 2000). Se obtuvieron tasas generales de prevalencia de 7,0 a 12,7%. Dos de los estudios efectuados en los Estados Unidos (Angold y cols., 2002; Castello y cols., 2003) utilizaron la Evaluación Psiquiátrica del Niño y del Adolescente (CAPA, por sus siglas en inglés) (Angold y cols., 1995). Las tasas de prevalencia variaron de 13,3 a 21,1%. Otros tres estudios realizados en Colombia (Torres de Galvis y cols., 2012), en México (Benjet y cols., 2009), y en los Estados Unidos (Kessler y cols., 2012), se basaron en el Suplemento para Adolescentes de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI-A) (Merikangas y cols., 2009). En el estudio colombiano, la tasa de prevalencia de 12 meses fue de 16,1%, en el mexicano de 39,4%, y en el de los Estados Unidos de 42,6%. La mayor parte de los estudios (ocho) se basaron en la Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC) (Schaffer y cols., 2000). La tasa de prevalencia general obtenida en los estudios

basados en el DISC varió ampliamente (de 13,1 a 50,6%). Si se utilizan criterios de discapacidad, las tasas de los estudios basados en el DISC varían de 5,3% a 21,6%.

Los únicos estudios llevados a cabo con una muestra representativa a escala nacional son los de Puerto Rico (Bird y cols., 1988; Canino y cols., 2004), de los Estados Unidos (Merikangas y cols., 2009; Kessler y cols., 2012), de Colombia - limitado a zonas urbanas (Torres de Galvis y cols., 2012), y de Chile (Vicente y cols., 2012). En su revisión del TDAH en América Latina, Polanczyk y sus colaboradores (2008) señalaron que había una ausencia completa de encuestas nacionales sobre la salud mental de los niños de la Región, y que solo en tres países, de un total de 46, se podía encontrar estudios que generan datos probatorios relativos a poblaciones específicas. Al argumentar que los Estados Unidos necesitaba realizar una encuesta de salud mental a escala nacional, Merikangas y sus colaboradores (2009) afirmaron: *“La carencia de datos empíricos sobre la magnitud, la evolución y las pautas de tratamiento de los trastornos mentales en una muestra representativa a escala nacional de la juventud de los Estados Unidos, ha impedido la puesta en práctica de iniciativas esenciales para establecer una política de salud mental”*. Solo recientemente se han llevado a cabo estudios a nivel nacional sobre la salud mental de niños y adolescentes en los Estados Unidos. Es evidente que el argumento resulta aun más consistente si se aplica a ALC, donde los recursos para la salud mental de los niños y los adolescentes son aún limitados.

III. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y BRECHA DE TRATAMIENTO EN ADULTOS

Recursos de salud mental

Dos fuentes proporcionan datos sobre los recursos de salud mental en los países de la Región de las Américas: el *Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*, recopilado en 2001, 2005 y nuevamente en 2011 (OMS Atlas de Salud Mental 2001; OMS Atlas de Salud Mental 2005; OMS Atlas de Salud Mental 2011); y el *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud* (WHO-AIMS, por sus siglas en inglés) (OMS, 2005).

Los datos del WHO-AIMS en ALC fueron recopilados, entre los años 2004 y 2010, en 34 países y territorios. La versión 2.2 del WHO-AIMS consta de 155 indicadores de insumos y procesos, y abarca seis dominios: política y marco legislativo; servicios de salud mental; salud mental en la atención primaria; recursos humanos; educación del público y relaciones con otros sectores, y evaluación e investigación. El objetivo general de la evaluación es proporcionar un punto de partida para monitorear el cambio y mejorar los sistemas nacionales de salud mental.

La brecha de tratamiento en los trastornos de ansiedad, afectivos y por uso de sustancias

La brecha de tratamiento puede servir como un indicador importante de salud pública que pone de manifiesto la necesidad insatisfecha de atención a los problemas de salud mental (Kohn y cols., 2004; Kohn y cols., 2005). La brecha de tratamiento es la diferencia absoluta entre el número de personas que presentan un trastorno y el número de personas que reciben la atención apropiada para esa condición en los servicios de salud. Esta se puede expresar como el porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben.

Existe un número considerable de estudios de prevalencia llevados a cabo en la Región de las Américas durante los últimos 35 años que han mejorado nuestra comprensión de las elevadas tasas y la alta carga de las enfermedades mentales (Cuadro 1.2). Con el objetivo de conocer más a fondo la prevalencia de los trastornos y las necesidades de servicios de salud mental de los habitantes de todo el continente, se incluyeron siete estudios representativos para el análisis de la brecha terapéutica. Todos ellos recopilaban datos sobre la utilización de los servicios de salud mental. En primer lugar, se seleccionaron algunos estudios pertenecientes a la Encuesta Mundial de Salud Mental, una iniciativa cuyo objeto fue desarrollar un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de los trastornos mentales en todo el mundo mediante un método similar (Kessler y cols., 2009). En esta iniciativa, están representados cuatro países de las Américas: Brasil (Andrade y cols., 2012), Colombia (Posada-Villa y cols., 2004), México (Medina-Mora y cols., 2005) y los Estados Unidos (NCS-R) (Kessler y cols., 2005). Aunque el estudio de Brasil se limita a la zona metropolitana de São Paulo, es el estudio más comparable en cuanto a metodología con los estudios seleccionados de los otros tres países.

Se incluyeron otros tres estudios representativos a escala nacional no pertenecientes a la Encuesta Mundial de Salud Mental pero que utilizaron una metodología similar: la CCHS (Gravel y Béland, 2005), el ECPP (Vicente y cols., 2006) y un estudio de Guatemala pendiente de publicación (López y cols.). En todos estos estudios, se utilizó la CIDI de la OMS para obtener diagnósticos del DSM-IV o del DSM-III-R (Robins y cols., 1988). El estudio canadiense, así como los cuatro estudios de la Encuesta Mundial de Salud Mental, utilizaron la WMH-CIDI. El estudio chileno y la encuesta guatemalteca utilizaron la CIDI 2.2. El estudio chileno es el más antiguo de los siete; sin embargo, es el único estudio disponible del Cono Sur de la Región de las Américas.

Todas las encuestas se basaron en muestras probabilísticas de la población adulta residente en hogares de los países participantes. Las muestras de población fueron seleccionadas para que fueran representativas a escala nacional (Canadá, Chile, Guatemala y los Estados Unidos), representativas de todas las áreas urbanizadas del país (Colombia y México), o representativas de una región particular del país (zona metropolitana de São Paulo en Brasil). Todos estos estudios fueron ponderados según el censo de población de la población muestreada. Para cada uno de los estudios

epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados, se obtuvo la tasa de prevalencia de 12 meses de los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias (Cuadro 3.1).

Además, se obtuvo la prevalencia según la severidad de los trastornos. La Encuesta Mundial de Salud Mental describió la severidad de la siguiente manera (Wang y cols., 2007): *“Se definieron como trastornos graves al trastorno bipolar I o la dependencia de sustancias con un síndrome de dependencia fisiológica, la tentativa de suicidio en conjunción con cualquier otro trastorno, la notificación de un deterioro funcional grave debido a un trastorno mental en al menos dos áreas funcionales evaluadas mediante la Escala de Discapacidad de Sheehan específica para cada trastorno (León y cols., 1997), o la presencia de un deterioro funcional general debido a cualquier trastorno compatible con la obtención de una puntuación de 50 o menor en la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF, por sus siglas en inglés) (Endicott y cols., 1976). Los trastornos se clasificaron como moderados cuando el entrevistado presentaba una dependencia de sustancias sin síndrome de dependencia fisiológica o una interferencia por lo menos moderada en cualquier dominio de la Escala de Discapacidad de Sheehan. Todos los otros trastornos se clasificaron como leves.”*

Puesto que no se disponía de los datos correspondientes a la Escala de Discapacidad de Sheehan del estudio canadiense, y no se utilizó en los estudios chileno y guatemalteco, la severidad fue determinada mediante una modificación del algoritmo elaborado originalmente por el CIEP (Bijl y cols., 2003). Se creó una variable de gravedad para todos los entrevistados que satisficieron los criterios para al menos uno de los trastornos. Basándose en análisis preliminares de los efectos de los trastornos como predictivos de indicadores de deficiencia funcional a algunos trastornos se les adjudicó 0,5 puntos (abuso de alcohol, abuso de drogas, trastorno de somatización y trastorno cognitivo); a otros, un punto (dependencia de alcohol, drogodependencia, agorafobia, distimia y trastorno de ansiedad generalizada); a otros, dos puntos (trastorno bipolar, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión); y a los trastornos psicóticos no afectivos, tres puntos. Además, se adjudicó puntos a la comorbilidad. Se definieron las categorías de severidad con base en las puntuaciones globales de la siguiente manera: 0,5 a 1,0, leve; 1,5 a 2,0, moderado; y más de 2, grave (Vicente y cols., 2007).

Se recabaron datos de las fuentes publicadas con objeto de elaborar los cuadros para los estudios de la Encuesta Mundial de Salud Mental (Benjet y cols., 2004; Borges y cols., 2006; Borges y cols., 2007; Bromet y cols., 2011; Demyttenaere y cols., 2004; Druss y cols., 2007; Kessler y cols., 2005; Kessler y cols., 2005; Kessler y cols., 2005; Kessler y cols., 2007; Kessler y cols., 2008; Kessler y cols., 2008; Kessler y cols., 2009; Medina-Mora y cols., 2003; Medina-Mora y cols., 2005; Medina-Mora y cols., 2007; Medina-Mora y cols., 2008; Mojtabai y cols., 2011; Posada-Villa y cols., 2004; Possada-Villa y Trevisi, 2004; Posada-Villa y cols., 2008; Rafful y cols., 2012; Uebelacker y cols., 2006; Wang y cols., 2005; Wang y cols., 2005; Wang y cols., 2007; Wang y cols., 2007). Para los estudios chileno (Saldivia y cols., 2004; Vicente y cols., 2004; Vicente y cols., 2005; Vicente y cols., 2006), canadiense (Cairney y Steiner, 2010; Lesage y cols.,

2006; Patten y cols., 2006; Roberge y cols., 2011; Sareen y cols., 2005; Urbanoski y cols., 2007; Urbanoski y cols., 2008; Vasiliadis y cols., 2005; Wang y cols., 2005), y guatemalteco, se llevó a cabo un análisis de datos secundarios adicional.

La prevalencia de 12 meses para cualquier trastorno mental varió de 7,2% a 29,6% en los siete estudios: Brasil, 29,6%; los Estados Unidos, 27,0%; Colombia, 21,0%; Canadá, 18,7%; Chile 17,0%; México, 13,4%; y Guatemala, 7,2% (Cuadro 3.1). El estudio brasileiro mostraba la prevalencia más alta de trastornos de ansiedad seguido por el de los Estados Unidos. Canadá, México y Guatemala tenían las tasas más bajas de trastornos afectivos. Chile tenía la tasa más elevada de trastornos debidos al consumo de sustancias. Los entrevistados de los Estados Unidos notificaron tasas más elevadas de trastornos graves en comparación con otros países. El Cuadro 3.2 proporciona los datos disponibles de prevalencia de 12 meses y de por vida para trastornos específicos.

La prevalencia de 12 meses estimada para cualquier trastorno osciló entre 18,7% y 24,2% para las Américas (Cuadro 3.3). La tasa de los trastornos de ansiedad varió entre 9,3% y 16,1%; de los trastornos afectivos, entre 7,0% y 8,7%; y para los trastornos por uso de sustancias, entre 3,6% y 5,3%. El Cuadro 3.4 presenta las tasas resumen de prevalencia de 12 meses y de vida para diagnósticos específicos en las Américas. El cálculo de las tasas de los trastornos mentales se presenta utilizando tres medidas: media, mediana y ponderada según la población de los países disponibles.

El Cuadro 3.5 proporciona datos sobre la utilización de los servicios por trastornos con prevalencia de 12 meses según la gravedad y el tipo de proveedor de servicios de atención de salud para los siete países. La brecha de tratamiento observada en Colombia (86,1%) fue la más significativa de todos los países con base en cualquier forma de tratamiento, y fue de 84,9% en Guatemala, 81,4% en México, 78,1% en Brasil, 74,1% en Canadá, 61,5% en Chile y 58,9% en los Estados Unidos. Aunque Guatemala mostraba una brecha terapéutica inferior que Colombia, presentaba una tasa elevada de tratamiento alternativo (10,4%), y si se tenían en cuenta únicamente los proveedores de atención de salud oficial, la brecha se elevaba a 95,5%. La brecha de tratamiento siguió siendo elevada incluso para los trastornos más graves, 86,9% en Guatemala; 72,2% en Colombia; 76,2% en México; 67,2% en Brasil; 42,0% en Canadá; 40,3% en los Estados Unidos; y 39,8% en Chile.

Existe una considerable variabilidad cuando se examinan determinados trastornos específicos y la brecha de tratamiento (Cuadros 3.6 - 3.8). La psicosis no afectiva no fue tratada en 42,0% de las personas en los Estados Unidos, 46,3% en Chile y 85,1% en Guatemala. La depresión grave no se trata en 37,6% de las personas en Chile, 43,0% en Canadá, 43,2% en los Estados Unidos, 73,9% en México, y 76,2% en Guatemala. La tasa más elevada de trastornos sin tratar fue la de abuso y dependencia del alcohol. No se dispone de información de Brasil y Colombia.

Las consecuencias de no tener en cuenta la brecha terapéutica se perciben cuando se examina el número de días de incapacidad por año (Cuadro 3.9). Únicamente se dispuso de datos de Canadá, Colombia, México y los Estados Unidos. Para los trastornos

graves, el tiempo de incapacidad variaba de 1,5 meses en México, a más de 6 meses en los Estados Unidos. Incluso para los trastornos leves, en promedio, se pierde una semana de trabajo como mínimo.

Tal como ilustra el Cuadro 3.10, la brecha terapéutica no es solo la falta de total tratamiento, sino también el período que transcurre hasta que las personas que tienen enfermedades mentales acuden en busca de atención; en otras palabras, la demora en el tratamiento. En Canadá, solo una tercera parte de las personas con un trastorno de ansiedad o afectivo acudieron en busca de tratamiento en el primer año. En los otros países, el retraso fue mucho mayor. Para los trastornos afectivos, el retraso en el inicio del tratamiento varió de 2 a 14 años, incluso entre los que acudieron en busca de tratamiento.

Con base en los datos de estos siete países, se puede hacer una estimación aproximada de la brecha de tratamiento en la Región de las Américas (Cuadro 3.11). La brecha de tratamiento (mediana) para cualquier trastorno (usando la prevalencia de 12 meses) en la Región es de 78,1%. Para los trastornos graves, la brecha es de 67,2%, y para los trastornos leves se eleva a 86,3%. En América Latina, la brecha de tratamiento para cualquier trastorno es de 81,4%.

Los Estados Unidos y Canadá son los únicos dos países de América del Norte, en que se puede calcular una brecha de tratamiento ponderada con base en la población. Kohn y colaboradores (2004) formularon así el cálculo de la brecha de tratamiento:

$$G = \frac{\bar{a} [(1 - S_c) R_c P_c]}{\bar{a} [R_c P_c]}$$

El cálculo de la brecha de tratamiento regional (G) tiene en cuenta

la tasa de utilización de los servicios (S_c), la tasa de prevalencia (R_c) y el tamaño de la población (P_c) de cada uno de los países. La población de los Estados Unidos es de 312,8 millones de personas, y la de Canadá de 34,5 millones. La brecha de tratamiento en América del Norte para cualquier trastorno es de 60,0%, y para los trastornos graves, 40,4%; sin embargo, para los trastornos leves se eleva a 75,1%.

La brecha de tratamiento de los trastornos de ansiedad con 12 meses de prevalencia es de 56,2% para las Américas, 80,1% en América Latina, y 46,3% para América del Norte (Cuadro 3.12). Para los trastornos afectivos la brecha de tratamiento es menor, 66,3%, 83,2% y 57,9%, respectivamente. El Cuadro 3.13 muestra las medias y las medianas de la brecha de tratamiento observadas según el trastorno en los estudios disponibles.

¿Cómo pueden compararse estos cálculos actuales de la brecha de tratamiento con otros anteriores referentes a la Región de las Américas y América Latina? Esta comparación es difícil de realizar ya que los estudios anteriores mostraban una significativa variabilidad en cuanto al método adoptado para determinar las tasas de prevalencia. Todos los estudios actuales usan la CIDI. La exclusión de Brasil y de Colombia podría incluso llevar a una subestimación de la brecha de tratamiento para determinados trastornos, ya que su brecha de tratamiento para cualquier trastorno se encontraba entre las más altas. Además, las brechas de tratamiento calculadas para Brasil,

Colombia y México no incluían a las zonas rurales, donde posiblemente el tratamiento sea aún más escaso. Dadas estas limitaciones, el análisis actual indica pocos cambios en la brecha de tratamiento en la Región de las Américas en su conjunto, y posiblemente un resultado más elevado para América Latina (Cuadro 3.13). Este resultado más elevado también puede deberse a la inclusión de un país como Guatemala, con menos recursos y más desfavorecido económicamente en comparación con los países incluidos en estudios anteriores.

El análisis de la utilización de los servicios como indicador primario de la brecha de tratamiento es limitado. El retraso del tratamiento sigue siendo un problema. Además, la pertinencia del tratamiento podría ser un problema para los usuarios de los servicios. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se observó que en solo 41,7% de los casos recibían un tratamiento de la depresión mayor que satisfacía los criterios convencionales en cuanto a pertinencia, lo que sugiere que solo 20,9% de las personas aquejadas de un trastorno depresivo mayor con prevalencia de 12 meses recibieron un tratamiento adecuado (Kessler y cols., 2007). En México, solo 57,0% de los usuarios de los servicios obtuvieron un tratamiento que podría considerarse como mínimamente adecuado (Borges y cols., 2006). En Canadá, las tasas de criterios mínimos de pertinencia del tratamiento para los trastornos de ansiedad variaban de 36,8%, en los que acudían a los centros de atención primaria, a 51,5%, en los que acudían a los servicios de salud mental especializados, y eran de 79,5% en las personas que acudían tanto a los servicios de atención primaria como a los servicios de salud mental (Roberge y cols., 2011). Esto significaría, por ejemplo, que la brecha de tratamiento sería marcadamente superior para la depresión mayor en Canadá (aproximadamente de 79,1%).

La brecha de tratamiento para la esquizofrenia

Para determinar la brecha terapéutica para la esquizofrenia, se utilizó el WHO-AIMS (OMS, 2005; 2007; Saxena y cols., 2007). Los indicadores de este instrumento de evaluación empleados para este análisis fueron los correspondientes a los servicios de salud mental y a los de recursos humanos. El WHO-AIMS proporciona información de cada país sobre la prevalencia tratada y la utilización de los servicios. La prevalencia tratada es la proporción de personas con trastornos mentales atendidas por el sistema de salud mental.

La tasa de personas que fueron atendidas en los diferentes tipos de establecimientos de salud mental (establecimientos ambulatorios, unidades psiquiátricas de los hospitales generales y hospitales psiquiátricos) durante el último año por cada 100.000 habitantes se considera como un indicador de la prevalencia tratada en servicios especializados. Treinta y cuatro países y territorios de ALC implementaron la evaluación de sus sistemas de salud mental usando el WHO-AIMS.

Los métodos usados en este análisis se basaron en un estudio más amplio que analizó la brecha de tratamiento para la esquizofrenia a escala mundial mediante el WHO-AIMS (Lora y cols., 2012). En unos pocos países, se desconocía la proporción de personas aquejadas de esquizofrenia en un determinado entorno de tratamiento

(establecimientos ambulatorios, unidades psiquiátricas de los hospitales generales y hospitales psiquiátricos); en este caso se estimaba con base en un valor regional mediano, y se ponderaba según la población teniendo en cuenta el número total de pacientes vistos en ese determinado entorno. Se estimaron los datos correspondientes a establecimientos ambulatorios en cinco países (Barbados, Dominica, Granada, Santa Lucía y Suriname). Cuatro países necesitaban datos referidos de las unidades psiquiátricas de los hospitales generales (Barbados, Ecuador, Perú y República Dominicana). Un país (Trinidad y Tobago) requirió la estimación de los datos correspondientes a hospitales psiquiátricos. Brasil no proporcionó el porcentaje de personas con esquizofrenia en los consultorios de atención ambulatoria; se adoptó entonces el cálculo disponible publicado correspondiente a la ciudad de Santos (38%) (Andreoli y cols., 2004).

La utilización de los servicios se calculó como el número de personas tratadas por esquizofrenia en los servicios especializados (establecimientos ambulatorios, unidades psiquiátricas de los hospitales generales y los hospitales psiquiátricos) en un año dado, dividido por el número total de personas enfermas. La población de cada país se basó en los cálculos de Naciones Unidas correspondientes al año 2004. Aunque el WHO-AIMS también proporciona información sobre las admisiones en establecimientos de tratamiento diurno, estos datos no pudieron ser incorporados, ya que no se registran los desgloses por diagnósticos. Sin embargo, las tasas globales de admisiones en este tipo de establecimientos son bajas en relación con las tasas de admisiones en los establecimientos ambulatorios, las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y los hospitales psiquiátricos; por consiguiente, es poco probable que la carencia de esta información repercuta sustancialmente en los cálculos. Para cada país, la tasa de prevalencia tratada por 1.000 para la esquizofrenia en todos los establecimientos de salud mental se comparó con los cálculos de prevalencia de la esquizofrenia basados en los datos de Carga Mundial de Morbilidad adoptando la clasificación de subregiones de la OMS para el Caribe (5,75) y América Latina (4,41).

Como evaluación de la validez de las estimaciones agregadas de la brecha de tratamiento de la esquizofrenia en base a los 34 países y territorios que tenían datos del WHO-AIMS, se realizó un cálculo de la brecha de tratamiento de la esquizofrenia utilizando cinco países que tenían la más alta calidad de recopilación de datos mediante el WHO-AIMS y que representaban a diferentes subregiones de ALC (Chile, Guatemala, Jamaica, Panamá, Paraguay). Se obtuvo una brecha de tratamiento ponderada basada en las poblaciones de los países de 69,7 %, con una brecha media de 64,7%, y la mediana de 80,3%.

El Cuadro 3.14 proporciona datos de prevalencia tratada, utilización de servicios y brecha de tratamiento para cada uno de los países. Siete países mostraron datos variables como consecuencia del tamaño reducido de sus poblaciones y obtuvieron brechas de tratamiento negativas; estos fueron incluidos en el análisis general. El Cuadro 3.15 muestra las brechas terapéuticas promedio, medianas y ponderadas por subregiones. La brecha de tratamiento ponderada tiene en cuenta el tamaño de la población de cada uno de los países. Los resultados correspondientes a las tasas medianas y a las ponderadas son similares. En conjunto, en ALC, existe una brecha de tratamiento de

56,4% para la esquizofrenia, lo que indica que más de la mitad de las personas aquejadas de esquizofrenia no reciben tratamiento. La brecha de tratamiento es inferior en el Caribe (38,3%) y superior en México (93,7%). Existía una amplia diferencia en la brecha de tratamiento entre los países de bajos ingresos (ingresos bajos y bajos-medianos) y los de ingresos altos (ingresos medianos-altos y altos), 74,7% y 54,1%, respectivamente. En los países de bajos ingresos de ALC, casi tres cuartas partes de las personas que sufren de esquizofrenia no reciben tratamiento.

Basándose en la prueba de validez de cinco naciones, la brecha de tratamiento general para la esquizofrenia en ALC (56,4%) puede resultar baja. Tanto la brecha de tratamiento de Brasil como la de México pueden mostrar valores atípicos, podría estar muy subestimada en el primero y ser demasiado alta en el segundo.

La brecha de tratamiento fue significativamente mayor en los países de mayor población (r de Spearman = 0,53, $p < 0,001$, $N = 35$). La brecha de tratamiento se correlacionaba inversamente con el porcentaje del presupuesto sanitario asignado a la salud mental (r de Spearman = -0,34, $p < 0,05$, $N = 35$), pero no se relacionaba con la cantidad del presupuesto de salud mental destinado a hospitales psiquiátricos ni con el ingreso nacional bruto del país. Existía una cierta tendencia a una relación inversa con el Ingreso Nacional Bruto (INB) (r de Spearman = -0,34, $p < 0,07$, $N = 30$). La presencia o ausencia de programas de atención ambulatoria integrados en los hospitales psiquiátricos no se correlacionaba con la brecha de tratamiento, ni tampoco la disponibilidad de tratamiento en hospitales de día o mediante equipos móviles. Sin embargo, los países en que había una mayor proporción de la población que tenía acceso gratuito a las medicinas esenciales psiquiátricas, o al menos un 80% de cobertura, mostraban una brecha de tratamiento inferior (r de Spearman = -0,52, $p < 0,001$, $N = 35$). Existía una relación inversa entre el número de establecimientos ambulatorios al alcance de la población y la brecha de tratamiento (r de Spearman = -0,49, $p < 0,003$, $N = 35$) y entre esta y la capacidad de atención comunitaria de seguimiento que proporcionan estos programas de asistencia ambulatoria (r de Spearman = -0,47, $p < 0,005$, $N = 35$). Por otra parte, la presencia de camas psiquiátricas disponibles en los hospitales comunitarios se relacionaba con una brecha de tratamiento inferior (r de Spearman = -0,37, $p < 0,03$, $N = 35$), mientras que la presencia de camas en hospitales psiquiátricos no reducía la brecha terapéutica. Otro factor que reducía la brecha de tratamiento era la disponibilidad de medicinas psicotrópicas en la atención primaria (r de Spearman = -0,35, $p < 0,04$, $N = 35$). Resulta interesante señalar que no existía ninguna correlación significativa entre la brecha de tratamiento y el número de psiquiatras, de otros médicos que trabajan en el campo de la salud mental, o de psicólogos. Sin embargo, el número de enfermeras y trabajadores sociales sí se asociaba con una menor brecha de tratamiento (r de Spearman = -0,55, $p < 0,001$, $N = 35$; r de Spearman = -0,35, $p < 0,05$, $N = 35$). Cuando se llevó a cabo una regresión inversa con todas las variables asociadas significativamente con la brecha de tratamiento, únicamente la disponibilidad de atención de seguimiento ambulatorio en la comunidad permaneció en el modelo (Beta = -0,877, EE = 25,44, $p < 0,003$, $r^2 = 0,25$).

Los resultados de este análisis indican que más de la mitad de las personas aquejadas de esquizofrenia en ALC no tienen acceso a la atención de salud mental especializada. La brecha de tratamiento (56,4%) es mucho mayor que la notificada en el 2005 (44,4%) (Kohn y cols., 2005). La diferencia entre estos dos estudios podría explicarse por las diferentes fuentes de datos utilizadas en los dos análisis. El estudio anterior se basó en encuestas epidemiológicas llevadas a cabo en hogares de São Paulo (Andrade y cols., 1999), Chile (Vicente y cols., 2006), y Puerto Rico (Canino y cols., 1987), con brechas terapéuticas de 58,0, 44,4 y 9,7%, respectivamente. Estos resultados, utilizando el WHO-AIMS, concuerdan con los resultados obtenidos en los estudios comunitarios de prevalencia de América Latina (Cuadro 3.13), en los que se obtuvo una brecha de tratamiento de 65,7%; sin embargo, ese cálculo solo se basaba en los datos de Guatemala, con una brecha de 85,1%, y en los de Chile, con una brecha de tratamiento de 46,3%. La brecha de tratamiento a escala mundial, obtenida mediante el WHO-AIMS en países con ingresos desde bajos hasta medios-altos, fue de 69% (Lora y cols., 2012).

La brecha de tratamiento para la esquizofrenia basada en el WHO-AIMS incluye una gama más amplia de países, incluidos los del grupo de ingresos medios-bajos. Por otra parte, este cálculo podría ser razonable, dado que el NCS-R realizado en los Estados Unidos obtuvo una brecha de tratamiento de 42% para las psicosis no afectivas (Kessler y cols., 2005). Además, un estudio de prevalencia de tratamiento llevado a cabo en 1993 halló una brecha para la esquizofrenia de 63% en Belice (Bonander y cols., 2000). Ello indica que durante el último decenio se ha producido una escasa modificación de la brecha de tratamiento para la esquizofrenia.

Uno de los resultados principales del WHO-AIMS es que la mayor parte de las personas aquejadas de trastornos esquizofrénicos fueron tratadas en establecimientos ambulatorios. La atención en régimen ambulatorio es un medio eficaz de aumentar la cobertura de un sistema de salud mental.

Estos resultados basados en el WHO-AIMS presentan algunas limitaciones, como consecuencia de la escasez de bases de datos fidedignas en muchos países, y plantean dudas acerca de la fiabilidad y la validez de la información notificada por los países. Por ejemplo, no se obtiene información de casos atendidos en la Atención Primaria. Por otro lado, el WHO-AIMS no recopila información sobre el desglose por diagnósticos en los establecimientos de tratamiento diurno y en los establecimientos residenciales comunitarios; por consiguiente, podría subestimarse la prevalencia tratada. Sin embargo, estos tipos de establecimientos son escasos en ALC (Rodríguez y cols., 2007). Además, la disponibilidad de información procedente de los centros de salud mental privados y administrados por organizaciones no gubernamentales (ONG) fue variable. El acceso a este tipo de servicios se limita principalmente a las personas que cuentan con medios financieros; son pocas las ONG que se dedican al tratamiento de las personas con trastornos mentales graves. La cobertura adicional proporcionada por estos sectores sería escasa. También estos estudios no midieron la pertinencia del tratamiento y, por consiguiente, pueden sobreestimar enormemente el número de personas que recibieron un tratamiento apropiado.

Puede existir un cierto sesgo en cuanto a la sobreestimación de la tasa de prevalencia tratada, ya que algunos pacientes podrían haber sido atendidos en más de un entorno (por ejemplo, un paciente podría haber recibido tratamiento en una unidad de hospitalización comunitaria y en un consultorio de atención ambulatoria durante el mismo año) y, por consiguiente, podrían ser incluidos en los cálculos más de una vez. Los datos de Chile y de Guatemala pueden indicar que en algunos casos se produjo una sobreestimación de la brecha terapéutica evaluada mediante el WHO-AIMS. En el ECPP chileno (Vicente y cols., 2006) se obtuvo una brecha de tratamiento de 46%, en contraste con el 57% notificado por el estudio WHO-AIMS chileno; y en la encuesta nacional de Guatemala la brecha de tratamiento fue de 85,1%, en comparación con 96,4% del WHO-AIMS.

IV. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y LA BRECHA DE TRATAMIENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Diversos estudios realizados en el último decenio han proporcionado datos sobre las tasas de determinados trastornos mentales en niños y adolescentes y la utilización de los servicios.

Se dispone de datos de prevalencia de determinados trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes con base en el DSM-IV correspondientes a Brasil - limitados a la ciudad meridional de Taubaté - (Fleitch-Bilyk y cols., 2004), a Chile (Vicente y cols., 2012), a determinadas zonas urbanas de Colombia (Torres de Galvis y cols., 2012), a Ciudad de México (Benjet y cols., 2009), a Puerto Rico (Canino y cols., 2004) y a los Estados Unidos (Kessler y cols., 2012). El Cuadro 4.1 muestra un resumen de los resultados basados en los estudios actuales más representativos de cada país. Todos los estudios, excepto el de Brasil, aportan datos sobre la utilización de los servicios de salud mental.

En los Estados Unidos, antes del estudio NCS-A, se realizó la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES, por sus siglas en inglés) en una muestra representativa de niños y adolescentes de 8 a 15 años de edad mediante el DISC (Merikangas y cols., 2010). Se eligió el NCS-A como estudio representativo debido a que su metodología era similar a la utilizada en los estudios de México y Colombia. En el Cuadro 4.1, se muestran los resultados de la NHANES a efectos de comparación.

Tal como se observa en el Cuadro 4.2, únicamente se disponía de información sobre la severidad de los trastornos en los estudios de Chile, Ciudad de México, Puerto Rico y los Estados Unidos. La prevalencia de 12 meses del porcentaje de casos clasificados como graves varió de 18,8% en los Estados Unidos a 58,7% en Chile. Es preciso señalar que los criterios de severidad difirieron en cada uno de los estudios (véase la nota a pie de página del Cuadro 4.2).

Los datos sobre la utilización de los servicios se limitaban a Chile, Ciudad de México, Puerto Rico y los Estados Unidos. Los proveedores de los servicios de atención

de salud mental dirigidos a niños y adolescentes más comunes en cada uno de estos países eran los servicios escolares (Cuadro 4.3). Los datos del estudio NCS-A de los Estados Unidos se limitaron a la utilización de los servicios a lo largo de la vida (Green y cols., 2012; Merikangas y cols., 2011), aun así, 64,7% de los casos no había recibido ningún tipo de tratamiento, y este porcentaje fue de 52,6% para los casos graves (Cuadro 4.4). La NHANES también proporcionó datos sobre la utilización de servicios en los Estados Unidos. Se encontró que 49,4% de todos los casos no habían recibido ningún tipo de tratamiento, incluyendo 47,2% de los casos graves. En la Ciudad de México, 86,3% de los casos no recibió tratamiento, ni tampoco 80,8% de los casos graves. En Chile y Puerto Rico, 66,7% y 60,2% de los casos, respectivamente, no recibieron servicios de salud mental, y el porcentaje fue de 50,4 para ambos países con respecto a los casos graves. La brecha terapéutica mediana calculada en niños y adolescentes en la Región de las Américas era de 65,7%, y la mediana, para los casos graves, 60,8%.

La brecha terapéutica en niños y adolescentes parece variar según la categoría diagnóstica (Cuadro 4.5). La mediana de la brecha terapéutica en las Américas para los trastornos de ansiedad fue de 82,2%, para los trastornos afectivos 73,9%, para los trastornos del control de los impulsos 62,7%, y para los trastornos debidos al consumo de sustancias 73,1%. En los Estados Unidos, si se tenían en cuenta las categorías diagnósticas, las brechas terapéuticas observadas en la NHANES eran inferiores a las observadas en el estudio NCS-A (67,8 y 66,1% para los trastornos de ansiedad; 54,6 y 55,8% para los trastornos de conducta; 52,3 y 51,5% para el TDAH; y 56,2 y 49,3% para los trastornos del estado de ánimo, con y sin discapacidad). No existe suficiente información para determinar plenamente cómo repercuten en la brecha terapéutica la edad del niño y el uso del DISC en comparación con la CIDI-A.

Se dispone de aún menos datos en cuanto a la pertinencia del tratamiento de salud mental en niños y adolescentes. De los tratados en México por un trastorno, solo 60,1% reciben un tratamiento mínimamente adecuado (Benjet y cols., 2008). Para los trastornos de ansiedad, el porcentaje es de 60,4%; para los trastornos afectivos, 67,1%; para los trastornos del control de impulsos, 67,6%; y para los trastornos por consumo de sustancias, 77,0%. Se definieron como servicios mínimamente adecuados: la psicoterapia mínimamente deseada, consistente en cuatro o más consultas ambulatorias de cualquier proveedor; la farmacoterapia mínimamente adecuada, consistente en dos o más consultas clínicas ambulatorias de cualquier proveedor y el tratamiento con cualquier medicación durante cualquier período de tiempo; o el estar aún “en tratamiento” en el momento de la entrevista.

A fines de los años noventa, en Canadá se señaló que, a pesar de la atención universal en salud y de una política gubernamental que promovía la equidad en el acceso a la atención en Quebec, los recursos de atención de salud disponibles para niños no se distribuían entre todas las regiones según la necesidades (Blais y cols., 2003).

Todos estos estudios sugieren que la brecha mediana de tratamiento (65,7%) calculada en la Región de las Américas para los servicios de salud mental para niños y adolescentes (Cuadro 4.4) podría estar notablemente subestimada. En primer lugar, los

países de bajos ingresos no están representados en los estudios. En segundo lugar, los estudios sobre la inequidad de la distribución y la existencia de tratamientos apropiados indican que la brecha es aún mayor que la prevista.

V. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y BRECHA TERAPÉUTICA EN LAS POBLACIONES INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS

Se calcula que en ALC la población indígena es de 45 a 50 millones de personas, o el 10,2% de la población total. El 90% se concentra en Centroamérica y en la subregión Andina. La población indígena de la Región es desproporcionadamente pobre y desfavorecida en lo social, presenta elevadas tasas de analfabetismo y mayores probabilidades de desempleo en contraposición al resto de la población. En esta población se hablan 400 idiomas diferentes.

La población indígena constituye el 40% de la población rural de ALC. Los países con una proporción más alta de población indígena (de 40 a 70%) son Bolivia, Ecuador, Guatemala y el Perú. En Belice, Chile, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Panamá, los indígenas representan del 5% al 20% de la población total (Kohn y Rodríguez, 2009). Se calcula que la población indígena de Canadá es de 3,8%, mientras que en los Estados Unidos de solo 0,8%.

Solo existen tres estudios epidemiológicos psiquiátricos en la Región de las Américas que estudiaron la prevalencia de los trastornos mentales en la población indígena mediante formularios de entrevista diagnóstica estructurada aplicados a muestras representativas de la comunidad. Todos estos estudios emplearon la CIDI y analizaron la utilización de los servicios. En Chile, en un estudio de prevalencia llevado a cabo en la provincia de Cautín, fueron evaluados 75 miembros de la comunidad Mapuche que vivían en esa provincia (Vicente y cols., 2005). En un estudio de salud mental realizado en Guatemala, se examinó la prevalencia de las enfermedades mentales en 409 miembros de la comunidad Maya (López, estudio presentado). El tercer estudio corresponde a dos reservas de tribus indias estadounidenses, una del Sudoeste (N = 1446) y otra de las Planicies del Norte (N = 1638) (Beals y cols., 2005; Beals y cols., 2005). En el Cuadro 5.1 se muestran las tasas de trastornos mentales correspondientes a los trastornos afectivos, de ansiedad y debidos al consumo de sustancias. Las tasas de prevalencia variaban ampliamente entre los tres países; sin embargo, la población indígena mostró tasas similares de enfermedades mentales en comparación con la población no indígena; sin embargo, en los Estados Unidos las tasas de trastornos por consumo de sustancias fueron mayores que las de la población no indígena.

La población indígena tiene menor acceso que la población general a la atención de salud mental formal. La brecha terapéutica en Chile y en los Estados Unidos fue mayor que la de la población no indígena (Cuadro 5.2). En las dos tribus autóctonas de los Estados Unidos correspondía aproximadamente a una tercera parte de las personas con trastornos mentales; sin embargo, los curanderos tradicionales proporcionaban más de 60% de los tratamientos que recibían las personas aquejadas de enfermedades

mentales. En Chile solo 7,6% de los mapuches que sufrían una enfermedad mental recibían algún tipo de tratamiento, una brecha terapéutica de 92,4%. Curiosamente, ningún miembro de la comunidad mapuche acudió en busca de ayuda de los curanderos tradicionales. En cuanto a Guatemala, la población indígena presentaba una brecha terapéutica similar a la de la población no indígena ladina, 82,0%. El 8,2% de la población maya aquejada de enfermedades mentales en este país acudía a los curanderos tradicionales.

VI. ABORDAJE DE LAS BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Las barreras de acceso a la atención de salud mental, que aumentan la brecha de tratamiento, se originan tanto a nivel gubernamental como individual.

Tal como se describe en los estudios del proyecto Atlas y el WHO-AIMS, las barreras gubernamentales se deben mayormente al fracaso de los gobiernos en promulgar una legislación específica que proteja a los enfermos mentales y que conceda a las enfermedades mentales un trato de paridad con respecto a otros trastornos médicos; a la escasa cantidad de fondos asignados a la salud mental en el presupuesto sanitario; y al tipo de cobertura de atención de salud ofrecida. Además, la estructura del sistema de salud mental en cada país también puede constituir una barrera de acceso a la atención; por ejemplo, el peso de los hospitales psiquiátricos en relación con los hospitales generales con camas psiquiátricas, y la disponibilidad de servicios ambulatorios. La desinstitutionalización de los grandes hospitales psiquiátricos y la descentralización de los servicios de salud mental ubicados fundamentalmente en grandes centros urbanos siguen siendo cuestiones pendientes en muchos países y provocan un acceso deficitario a los servicios.

Existen también barreras de carácter individual que impiden el acceso a la atención y son consecuencia de actitudes, falsas creencias acerca de las enfermedades mentales y el estigma. Los estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en adultos de tres países, - Chile (Saldivia y cols., 2004; Vicente y cols., 2005), Canadá (Wang y cols., 2006) y los Estados Unidos (Moihtabai y cols., 2011) - proporcionan una visión de estas barreras. En Chile, entre los que no acudían en busca de atención pero padecían una enfermedad mental, 63,8% informaron que percibían una necesidad escasa de tratamiento; entre ellos se incluía a la mitad de las personas que padecían un trastorno grave (Cuadro 6.1). La razón más común de no acudir en busca de asistencia era la creencia de que el problema simplemente mejoraría sin tratamiento y la voluntad de manejarlo por cuenta propia. Incluso en Chile, que cuenta con un extenso sistema nacional de salud mental, 41,8% de los pacientes y más de la mitad de las personas con trastornos graves aún informaban sobre la existencia de barreras financieras. Más de una quinta parte de los entrevistados informaron que no sabían dónde obtener ayuda y creían que el tratamiento era ineficaz, y más de una cuarta parte sentía que no podían confiar en un profesional de salud mental. Una proporción considerable (43%) de los entrevistados estaban preocupados por el posible diagnóstico. Con respecto al estigma, 22,9% de los

pacientes con trastornos graves lo informó como motivo para no acudir en busca de atención, y de los aquejados de cualquier trastorno, solo el 15,9%. Casi un cuarto de los entrevistados expresaron que la razón por la cual no acuden en busca de ayuda es porque es inconveniente para ellos acudir a los servicios.

La CCHS-1.2 canadiense (Wang, 2006) informó que 19,5% de las personas con un trastorno, incluidas las que acudían en busca de tratamiento, notificaban la existencia de barreras de acceso al uso de los servicios de salud mental. La discapacidad funcional era un factor significativo que predecía la presencia de barreras de acceso a la atención. Además, los que padecían trastornos comórbidos tenían mayores probabilidades de encontrarse con barreras de acceso a la atención que los que solo padecían un trastorno. Al analizar las barreras de los usuarios que no acudieron en busca de tratamiento y habían sido diagnosticados, 93,3% informó una escasa percepción de la necesidad de tratamiento (Cuadro 6.2). La razón principal aportada para no acudir en busca de atención de salud mental era la voluntad de manejar el problema por cuenta propia (40,5%). Una quinta parte de los entrevistados aludieron a la inconveniencia como el motivo por el cual no acuden en busca de ayuda. El no saber adónde encontrar ayuda y el estigma eran razones aportadas con relativa frecuencia. Las barreras financieras fueron una razón expuesta por 10,5% de los aquejados de un trastorno grave.

Las barreras de acceso a la atención en los Estados Unidos también incluían a la “voluntad de manejar el problema por cuenta propia” como el motivo más frecuente (72,6%) (Cuadro 6.3). Entre los aquejados de un trastorno grave, más de una cuarta parte aludía a la carga financiera, a la creencia de que el tratamiento no era eficaz, al estigma, y a la creencia de que el problema podría mejorar por sí mismo y no era grave.

Hasta la fecha, solo existe un estudio llevado a cabo en niños y adolescentes sobre las barreras de acceso a la atención mediante el empleo de un formulario de entrevista diagnóstica estructurada que aporta datos sobre el tema. En Chile, la encuesta epidemiológica dirigida a niños y adolescentes preguntaba acerca de las barreras a la atención (Cuadro 6.4) (Vicente y cols., 2012). Entre los que no acudieron en busca de ayuda por un trastorno, sin tener en cuenta la gravedad, 70,8% percibía una escasa necesidad; entre los que padecían un trastorno grave, 48,1% percibía una escasa necesidad. Entre los que sí percibían la necesidad de tratamiento pero no acudieron en busca de asistencia, las barreras económicas constituían la razón principal aportada (76,2%), seguida por los motivos sociales, que incluyen el estigma y cuestiones relacionadas con los servicios, como la creencia de que el tratamiento podría no ser útil.

Estos cuatro estudios, tres en adultos y uno en niños y adolescentes, revelan que las barreras individuales de acceso a la atención desempeñan un papel importante como explicación de la brecha de tratamiento. Algunas de estas barreras se basan en creencias falsas acerca de las enfermedades mentales, incluidas la percepción de una escasa necesidad de tratamiento y la voluntad de gestionar el problema por cuenta propia, teniendo en cuenta el grado de discapacidad causada por las enfermedades mentales. El estigma también constituye un factor importante, en particular en los pacientes aquejados de enfermedades mentales graves.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Ha pasado más de un decenio desde que la OMS planteó por primera vez el tema de la “brecha de tratamiento” en su *Informe sobre la Salud en el Mundo, 2001* (WHO, 2001; Saraceno, 2002). Durante este período, se logró obtener un mayor conocimiento del alcance de la brecha terapéutica, los recursos disponibles y las barreras que impiden salvarla.

En particular, cuatro contribuciones han aumentado este conocimiento: una mejor comprensión de la carga de enfermedad; los progresos en la metodología epidemiológica psiquiátrica en materia de encuestas comunitarias sobre la prevalencia y la utilización de los servicios; la evaluación sistemática de los recursos y los servicios existentes en el campo de la salud mental gracias a los diversos Atlas de la OMS y al WHO-AIMS; y la investigación permanente que ha dejado de examinar únicamente las zonas correspondientes a los centros urbanos para incluir muestras a escala nacional y países de ingresos medianos-bajos. Estos progresos de las investigaciones de salud pública en materia de salud mental impulsaron una revisión de los cálculos y de la brecha de tratamiento en las Américas. También permitieron, por primera vez, realizar un estudio inicial en niños y adolescentes, así como en poblaciones indígenas.

La importancia de abordar la brecha terapéutica en el campo de la salud mental viene marcada, entre otras cosas, por la discapacidad asociada. La relación y la comorbilidad de los trastornos mentales con los trastornos físicos, que repercuten en el tratamiento, la evolución y los resultados de los mismos, destacan la actual visión global de la salud mental. Por consiguiente, aunque hablemos sobre la brecha de tratamiento en términos de diagnósticos psiquiátricos, ello es solo una fracción de la brecha real que debe ser abordada.

La Región de las Américas se ha situado históricamente a la vanguardia de la investigación en epidemiología psiquiátrica. Hace un decenio el CIEP, que utilizaba la CIDI, fue representado por un estudio a escala nacional de los adultos con exclusión de los ancianos, en los Estados Unidos; por un estudio epidemiológico realizado en Ontario (Canadá); por un estudio de una zona captación de clase socioeconómica media en São Paulo (Brasil); por una investigación realizada en Ciudad de México; y por la encuesta nacional de Chile (Bijl y cols., 2003). Todos estos estudios, salvo los de Chile y los Estados Unidos, no fueron representativos de la población nacional y se limitaron a las zonas con mayor acceso a la atención. Es posible que estos factores hayan contribuido a subestimar considerablemente la brecha de tratamiento, como se destacó en el estudio de prevalencia tratada de Belice (Bonander y cols., 2000) en aquel momento.

Hoy contamos con una serie de estudios nuevos que han ampliado nuestra comprensión de la prevalencia y la utilización de los servicios. La Encuesta Mundial de Salud Mental incluyó estudios representativos a escala nacional de los Estados Unidos (Kessler y cols., 2005) y zonas urbanas de Colombia (Posada-Villa y cols., 2004) y México (2003 Medina-Mora y cols., 2003), así como un estudio más representativo de São Paulo (Brasil) (Andrade y cols., 2012). Se ha llevado a cabo el primer estudio

epidemiológico en Centroamérica, y también existe una encuesta representativa a escala nacional realizada en Canadá (López y cols., estudio presentado; Gravel y Béland, 2005). En el Cono Sur, el estudio de Chile sigue siguiendo la única encuesta epidemiológica psiquiátrica representativa llevada a cabo en esta región (Vicente y cols., 2006). Aún es necesario realizar estudios en otros países de América del Sur y Centroamérica, y llevar a cabo un estudio más representativo en Brasil, e incluir al Caribe. Sin embargo, los datos más recientes sobre prevalencia y utilización de los servicios han permitido una mejor comprensión de la brecha terapéutica en la Región de las Américas.

Hasta hace poco, no existía ningún estudio representativo a escala nacional realizado con niños y adolescentes, y prácticamente no existían datos sobre la utilización de los servicios. Actualmente, existen dos estudios realizados en los Estados Unidos (Kessler y cols., 2012; Merikangas y cols., 2010), uno en Chile (Vicente y cols., 2012), uno en Colombia (Torres Galvis y cols., 2012) y otro en Puerto Rico (Canino y cols., 2004). Además, existe un estudio realizado en la ciudad de México (Benjet y cols., 2009). Por otra parte, el proyecto Atlas y el WHO-AIMS han proporcionado datos sobre los recursos de salud mental dirigidos a niños y adolescentes. En la actualidad, se ha logrado comprender la magnitud de la brecha de tratamiento en estas dos franjas etarias. Sin embargo, los estudios en niños van a la zaga, muy por detrás de los realizados en adolescentes, y escasean incluso en América del Norte.

El programa Atlas de la OMS y el WHO-AIMS han proporcionado una visión más amplia de los recursos del campo de la salud mental y los servicios disponibles en la Región. El análisis derivado del Atlas y el WHO-AIMS destaca las disparidades, en términos de número y distribución, que siguen existiendo en los servicios y recursos dedicados a la salud mental incluso en países de ingresos altos o medianos. El Atlas y el WHO-AIMS también proporcionaron datos sobre la utilización a escala nacional de los servicios ambulatorios, los hospitales generales con camas psiquiátricas y los hospitales psiquiátricos, así como estimaciones de la utilización de los servicios. Los datos del WHO-AIMS en ALC permitieron el cálculo de la brecha terapéutica para la esquizofrenia. El hospital psiquiátrico sigue siendo aún en muchos países el punto focal de atención, a pesar de que los programas de atención ambulatoria y los programas que proporcionan un seguimiento comunitario se asocian con una menor brecha terapéutica para la esquizofrenia.

Gracias a la existencia de datos más representativos, ha surgido una mejor comprensión de la magnitud de la brecha de tratamiento en la Región de las Américas. En cuanto a los trastornos graves y moderados en adultos aquejados de trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, se calcula que la brecha mediana es de 73,5% en las Américas, de 47,2% en América del Norte y de 77,9% en América Latina. Si no se tiene en cuenta la gravedad, la brecha de tratamiento para todos los trastornos en la Región de las Américas es de 78,1%. La brecha para la esquizofrenia en los Estados Unidos es de 42,0%. Sin embargo, en ALC es de 56,4%. Existen diferencias subregionales en cuanto a la brecha de tratamiento en ALC. En países de bajos de ingresos la brecha aumenta a 74,7%, en comparación con 54,1% en los países de mayores ingresos.

La brecha de tratamiento en niños y adolescentes se basa únicamente en cuatro estudios y muestra resultados no muy diferentes de los de las encuestas realizadas en adultos. La brecha de tratamiento mediana en las Américas es de 63,8%, y de 52,6% para los trastornos graves. Curiosamente, los Estados Unidos no cubre mejor que los países latinoamericanos las necesidades de servicios de salud mental para su población de niños y adolescentes. La población indígena a menudo se ha visto desatendida por la investigación, pero la información emergente sobre su brecha terapéutica llamará la atención en beneficio de la cobertura de sus necesidades psicosociales.

La brecha terapéutica no solo significa la falta total de atención sino también la demora en el diagnóstico e inicio del tratamiento. Para salvar la brecha de tratamiento, sigue siendo necesario superar las barreras de acceso a la atención. La reducción de la brecha de tratamiento solo constituye una parte del proceso, es preciso también vigilar y mejorar la calidad de la atención prestada, ya que con mucha frecuencia el tratamiento proporcionado no es el apropiado, ni cumple con los estándares de pertinencia.

REFERENCIAS

- Alegria M, Canino G, Shrout PE, Woo M, Duan N, Vila D, Torres M, Chen CN, Meng XL (2008). Prevalence of mental illness in immigrant and non-immigrant U.S. Latino groups. *American Journal of Psychiatry*, 165(3):359-369.
- Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171(12):524-529.
- Andrade LH, Baptista MC, Alonso J, Petukhova M, Bruffaerts R, Kessler RC, Silveira CM, Siu ER, Wnag YP, Vaiana MC. Days out-of-role due to common physical and mental health problems: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Clinics*, in press.
- Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2):e31879.
- Andrade LH, Lolio CA, Gentil V, Laurenti R (1999). Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Psiquiátrica de Clínica*, 26(5):257-262.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kiliç C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1):3-21.
- Andreoli SB, Marri JJ, Blay SL, Almeida Filho N de, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Busnello ED (1994). Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, 28(4):249-260.
- Andreoli SB, Ronchetti S de S, de Miranda AL, Bezerra CR, Magalhães CC, Martin D, Pinto RM (2004). Mudanças revolucionárias na psiquiatria brasileira para o resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental. *Cadernos de Saude Publica*, 20(3):836-844.
- Angold A, Erkanli A, Farmer EM, Fairbank JA, Burns BJ, Keeler G, Costello EJ (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Archives of General Psychiatry*, 59(10):893-901.
- Angold A, Prendergast M, Cox A, Harrington R, Simonoff E, Rutter M (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25(4):739-753.
- Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AM, Araújo CL, Rohde LA (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1):135-142.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178(3):228-333.
- Beals J, Novins DK, Whitesell NR, Spicer P, Mitchell CM, Manson SM (2005). Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two American Indian reservation populations: mental health disparities in a national context. *American Journal of Psychiatry*, 162(9):1723-1732.
- Beals J, Manson SM, Whitesell NR, Spicer P, Novins DK, Mitchell CM (2005). Prevalence of DSM-IV disorders and attendant help-seeking in 2 American Indian reservation populations. *Archives of General Psychiatry*, 62(1):99-108.

- Belfer ML, Rohde LA (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(4-5):359-365.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública México*, 46(5):417-424.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Mendez E, Feliz C, Cruz C (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental Mexico*, 32(2):155-163.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola, S (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4):386-395.
- Bijl RV, de Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR et al (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22(3):122-133.
- Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, Woodbury M, Huertas-Goldman S, Pagan A, Sanchez-Lacay A (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45(12):1120-1126.
- Blais R, Breton JJ, Fournier M, St-Georges M, Berthiaume C. (2003). Mental health services for children distributed according to needs? *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3):176-86.
- Bland RC, Orn H, Newman SC (1998). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 338:24-32.
- Bland RC, Newman SC, Orn H (1988). Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 338:33-42.
- Bonander J, Kohn R, Arana B, Levav I (2000). An anthropological and epidemiological overview of mental health in Belize. *Transcultural Psychiatry*, 37(1):57-72.
- Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Wang PS (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *The Bulletin of the World Health Organization*, 86:757-764.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 163(8):1371-1378.
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*, 97(9):1638-1643.
- Breton J, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, St-Georges M, Houde L, Lépine S (1999). Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-II-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3):375-384.
- Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Kendler KS, Su M, Williams D, Kessler RC (2006). Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample. *Psychological Medicine*, 36(1):57-68.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Hu C, Iwata N, Karam AN, Kaur J, Kostyuchenko S, Lépine JP, Levinson D, Matschinger H, Medina Mora ME, Oakley Browne M, Posada-Villa I J, Viana MC, Williams DR, Kessler RC (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9:90.
- Cairney J, Steiner DL (2010). *Mental Disorders in Canada: An Epidemiological Perspective*. Toronto: University of Toronto Press.
- Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martinez R, Sesman M, Guevara LM (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44(8):727-735.

- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, Garcia P, Martinez-Taboas A (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61(1): 85-93.
- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Saldivar-Hernández GJ (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental*, 22 (número especial, diciembre):62-67.
- Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Rascón ML, Villatoro J, Martinez VA, Gomez M (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21.
- Carter AS, Wagmiller RJ, Gray SA, McCarthy KJ, Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ (2010). Prevalence of DSM-IV disorders in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(7):686-698.
- Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Sánchez G, Grisales H, Castillo-Parra H, Holguín J (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Revista de Neurología*, 40(12):716-722.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8):837-844.
- de la Barra F, Toledo V, Rodríguez J (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV: desórdenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(4):259-272.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S; WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291(21):2581-2590.
- Druss, B.G., Wang, P.S., Sampson, N.A., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., Kessler, R.C. (2007). Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(10):1196-1203.
- Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H, Miranda CT (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(3):203-222.
- Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, Ntulo C, Thornicroft G, Saxena S (2011). Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378(9802):1592-1603.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J (1976). The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 33(6):766-771.
- Fleitlich-Bilyk B, Goodman R (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southern Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6):727-734.
- Frey GC, Temple VA (2008). Health promotion for Latin Americans with intellectual disabilities. *Salud Publica Mexico*, 50(Suppl 2):S167-S177.

- Global Burden of Disease Study 2010 (2012). *Global Burden of Disease Study 2010 Results by Cause 1990-2010*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Global Burden of Disease Study 2010 (2012). *Global Burden of Disease Study 2010 Results by Risk Factor 1990-2010*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Gómez-Restrepo C, Bohóquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JF, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Pan American Journal of Public Health*, 16(6):378-386.
- Goodman R, Ford T, Richards H, Meltzer H, Gatward R (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(5):645-657.
- Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N (2005). The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1):11-17.
- Grant B (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse* 7(4):481-497.
- Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R (2003). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(1):7- 16.
- Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Anderson K (2004). Immigration and lifetime prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic whites in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(12):1226-1233.
- Gravel R, Béland Y. (2005). The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10):573-579.
- Green JG, McLaughlin KA, Alegría M, Costello EJ, Gruber MJ, Hoagwood K, Leaf PJ, Olin S, Sampson NA, Kessler RC. (2013). School mental health resources and adolescent mental health service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(5):501-510.
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62(10):1097-1106.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Üstün BT, Wang PS (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1): 23-33.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4):359-364.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4):381-389.
- Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Grief Green J, Gruber MJ, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR (2012). Severity of 12-Month DSM-IV

- disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4):372-380.
- Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2):184-189.
- Kessler RC, Berglund P, Chiu WT, Demler O, Glantz M, Lane MC, Jin R, Merikangas KR, Nock M, Olfson M, Pincus HA, Walter EE, Wang PS, Wells KB (2008). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States. In: Kessler RC, Üstün TB (eds.) *The World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6):593-602.
- Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IRH, Gagnon E, Guyer G, Howes MJ, Kendler KS, Shi L, Walters E, Wu EQ (2005). The prevalence and correlates of non-affective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological Psychiatry*, 58(8):668-676.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6):617-627.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives General Psychiatry*, 51(1):8-19.
- Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3:137-158.
- Kessler RC, Üstün TB (2006). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2):93-121.
- Kessler RC, Wang PS (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29:115-129.
- Kessler RC, Wittchen HU, Abelson JM, McGonagle KA, Schwartz N, Kendler KS, Knauper B, Zhao S (1998). Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(1):33-55.
- Kohn R, Bhui K (2007). Psychiatric epidemiology and its contributions to cultural psychiatry, in (Bhugra D, Bhui K eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 157-168.
- Kohn R, Levav I, de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Pan American Journal of Public Health*, 18(4-5):229-240.
- Kohn R, Rodríguez J (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. In: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, pp. 19-32. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Kohn R, Rodríguez J (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. In Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S eds.

- Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe*. Washington DC: Pan American Health Organization, pp. 19-34.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11):858-866.
- Larraya FP, Casullo MM, Viola FP (1982). *Prevalencia de la patología mental en la megalópolis de Buenos Aires*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- Lesage A, Vasiliadis HM, Gagné MA, Dudgeon S, Kasman N, Hay C (2006). Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada: an analysis of the Canadian Community Health Survey. Mississauga, ON: Canadian Collaborative Mental Health Initiative.
- Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 27(2):93-105.
- Lewis G, Pelosi AJ (1990). *Manual of the Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R)*. London, England: MRC Institute of Psychiatry.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, eds. (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington DC: World Bank.
- Lopez VA, Kohn R, Ramanathan MB, Puac Polanco VD, Caluga Guerra EH, University of San Carlos Guatemala Mental Health Survey Team. The prevalence of DSM-IV disorders in the Guatemalan population (in preparation).
- Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S (2012). Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(1):47-54, 54A-54B.
- Mari JJ, Jorge MR, Kohn R (2007). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: Mello Ade A, Mello MF, Kohn R, eds. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*, pp. 119-141. São Paulo, Brazil: Artmed.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12):1773-1783.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara CM, Benjet C, Blanco J, Fleiz Bautista C, Villatoro Velázquez J, Rojas Guiot E, Zambrano Ruiz J, Casonova Rodas L, Aguilar-Gaxiola S (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental México*, 26(4):1-16.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara CM, Benjet C, Fleiz C, Rojas GE, Zambrano J, Villatoro J, Blanco J, Aguilar-Gaxiola SA, Kessler RC (2008). The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): overview and results. In: Kessler RC, Üstün TB (eds.) *The World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara CM, Benjet C, Lara C, Berglund P (2007). *British Journal of Psychiatry*, 190(6):521-528.
- Mercadante MT, Evans-Lacko S, Paula CS (2009). Perspectives of intellectual disability in Latin American countries: epidemiology, policy, and services for children and adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(5):469-474.
- Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1):75-81.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, Georgiades K, Heaton L, Swanson S, Olfson M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-

- A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011, 50(1):32-45.
- Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11:7-20.
- Minobe K, Perales A, Sogi C, Warthon D, Llanos R, Sato T. (1990). Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú). *Anales de Salud Mental*, 6(1):9-20.
- Montiel-Nava C, Peña JA, López M, Salas M, Zuruga JR, Montiel-Barbero I, Pirela D, Cardozo JJ (2002). Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children. *Revista de Neurologia*, 35(11):1019-1024.
- Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, Wells KB, Pincus HA, Kessler RC (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8):1751-1761.
- Murphy JM, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry*, 57(3):209-215.
- Murray CJL, Lopez AD (1996). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Newman SC, Bland RC (1994). Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 35(1):76-82.
- Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez J de J (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4):646-656.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Atlas: Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Atlas de Salud Mental 2005*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental*. Versión 2.2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Atlas de Salud Mental 2011*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pan American Health Organization (2001). *Mental health: stop exclusion – dare to care*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Patten SB, Charney DA (1998). Alcohol consumption and major depression in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(5):502-506.
- Patten SB, Wang JL, Williams JVA, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ (2006). Descriptive epidemiology of depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2):84-90.
- Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Arias BE, Henao GC, Gomez LF, Mejia SE, Miranda ML (1999). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(6):455-462.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6):942-948.
- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, Gómez LC (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3):241-262.
- Posada-Villa JA, Rodríguez M, Duque P, Garzón A, Aguilar-Gaxiola SA, Breslau J (2008). Mental disorders in Colombia: results from the World Mental Health Survey. In: Kessler

- RC, Üstün TB (eds.) *The World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Posada JA, Trevisi C (2004). Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *MedUNAB*; 7:65-72
- Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9):559-563.
- Rafful C, Medina-Mora ME, Borges, Benjet C, Orozco R (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2):165-169.
- Roberge P, Fournier L, Duhoux A, Tuong Nguyen CT, Smolders M (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4):321-330.
- Roberts RE, Roberts CR, Xing Y (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41(6):959-967.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4):381-389.
- Robins LN, Regier DA, eds. (1991). *Psychiatric Disorders in America: the Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, Sartorius N, Towle LH (1988). The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45(12):1069-1077.
- Rodríguez JJ, Barrett T, Narváez S, Caldas JM, Levav I, Saxena S (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Pan American Journal of Public Health*, 22(5):348-57.
- Rohde LA, Celia S, Berganza C (2004). Systems of care in South America. In: Remschmidt H, Belfer ML, Goodyer I, eds. *Facilitating pathways: Care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer, pp. 42 – 51.
- Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S (2004). Use of mental health services in Chile. *Psychiatric Services*, 55(1):71-76.
- Salgado de Snyder VN, Díaz-Pérez M (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental Mexico*, 22(número especial):68-74.
- Saraceno B (2002). The WHO World Health Report 2001 on mental health. *Psychiatric Epidemiology and Social Psychiatry*, 11(2):83-87.
- Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370(9593):1164-1174.
- Sareen J, Chartier M, Kjernisted KD, Stein MB (2001). Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(8):733-740.
- Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Yu BN, Stein MB (2005). Mental health service use in a nationally representative Canadian survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12):753-761.
- Saxena S, Lora A, van Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B (2007). WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: collecting essential information for policy and service delivery. *Psychiatric Services*, 58(6):816-821.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA (1996). The NIMH Diagnostic Interview

- Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7):865-877.
- Shaffer D, Fischer P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1):28-38.
- Torres de Galvis Y, Montoya ID (1997). *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 1997*. Bogota: Ministerio de Salud.
- Torres de Galvis Y, Posada Villa J, Bareño Silva J, Berbesi Fernández DY, Sierra Hincapie M, Montoya Velez LP, Montoya RM (2012). Salud mental en adolescentes en Colombia. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental*, 1(1):17-27.
- Torres de Galvis Y, ed (2010). Situación de salud mental del adolescente Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia. Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Uebelacker LA, Wang PS, Berglund P, Kessler RC. (2006). Clinical differences among patients treated for mental health problems in general medical and specialty mental health settings in the National Comorbidity Survey Replication. *General Hospital Psychiatry*, 28(5):387-395.
- Urbanoski KA, Cairney J, DG Bassani, BR Rush (2008). Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 59(3):283-289.
- Urbanoski KA, BR Rush, TC Wild, DG Bassani, S Castel (2007). Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders. *Psychiatric Services*, 58(7):962-969.
- Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, Boyer R (2005). Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10):614-619.
- Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55(9):771-778.
- Viana MC, Andrade LH (2012). Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3):249-260.
- Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker CL, Torres S (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month prevalence rates. *British Journal of Psychiatry*, 184(4):299-305.
- Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S (2006). Lifetime and 12-month prevalence in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal of Psychiatry*, 163(8):1362-1370.
- Vicente PB, Kohn R, Saldivia BS, Rioseco SP (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de salud mental en Chile. *Revista Médica de Chile*, 135(12):1591-1599.
- Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S (2005). Patrones de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5):263-270.
- Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S (2005). Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2):119-127.

- Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, Rioseco P, Melipillán R (2012). Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10):1026-1035.
- Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140(4): 447-457.
- Vorcaro CM, Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E (2001). Unexpected high prevalence of 1-month depression in a small Brazilian community: the Bambuí Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4):257-263.
- Vorcaro CM, Rocha FL, Uchoa E, Lima-Costa MF (2004). The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambuí study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3):216-226.
- Wang JL, Patten SB, Williams JVA, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, el-Guebaly N (2005). Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10):652-659.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kessler RC, Kovess V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Petukhova M, Posada-Villa J, Seedat S, Wells JE (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370(9590):841-850.
- Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruggaert R, Chiu WT, de Girolamo G, Fayyad J, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kessler RC, Kovess V, Levinson D, Nakane Y, Oakley Brown MAA, Ormel JH, Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Chatterji S, Üstün TB, World Mental Health Survey Consortium (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6(6):603-613.
- Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6):629-640.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6):629-640.
- Williams DR, González HM, Neighbors H, Nesse R, Abelson JM, Sweetman J, Jackson JS (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Archives of General Psychiatry*, 64(3):305-315.
- Wang J (2006). Perceived barriers to mental health service use among individuals with mental disorders in the Canadian General Population. *Medical Care*, 44(2):192-195.
- Wing JK, Nixon JM, Mann SA, Leff JP (1977). Reliability of the EEA (ninth edition) used in a population study. *Psychological Medicine*, 7(3):505-516.
- World Health Organization. (2005). *Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources Global Concerns: Implications for the Future*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *Atlas: Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

LISTA DE CUADROS

- Cuadro 1.1** Definiciones de casos de enfermedad.
- Cuadro 1.2** Estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia de trastornos mentales en adultos llevados a cabo en las Américas mediante entrevistas diagnósticas personales.
- Cuadro 1.3** Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en Brasil.
- Cuadro 1.4** Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en Chile, Colombia, Perú y Puerto Rico.
- Cuadro 1.5** Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en México y Guatemala.
- Cuadro 1.6** Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en Canadá.
- Cuadro 1.7** Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en los Estados Unidos.
- Cuadro 1.8** Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en los Estados Unidos que examinaron poblaciones hispanas y afrocaribeñas.
- Cuadro 2.1** Estudios epidemiológicos psiquiátricos en niños y adolescentes mediante instrumentos de diagnóstico estructurados.
- Cuadro 3.1** Tasas de prevalencia de 12 meses de trastornos mentales en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las Américas, para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, y según la severidad del trastorno.
- Cuadro 3.2** Tasas de prevalencia de 12 meses de trastornos mentales específicos en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las Américas.
- Cuadro 3.3** Tasas de prevalencia de 12 meses de trastornos mentales en las Américas, América del Norte y América Latina para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, y según la severidad del trastorno.
- Cuadro 3.4** Tasas estimadas de prevalencia de 12 meses y de vida de trastornos mentales específicos en las Américas, América del Norte y América Latina.
- Cuadro 3.5** Utilización de los servicios para cualquier trastorno, por severidad y tipo de proveedor de servicio, y brecha de tratamiento (carencia de tratamiento).
- Cuadro 3.6** Utilización de los servicios según trastornos específicos.
- Cuadro 3.7** Tasas de prevalencia de 12 meses de utilización de los servicios en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las

Américas, para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias.

- Cuadro 3.8** Brecha de tratamiento según trastornos específicos.
- Cuadro 3.9** Días de incapacidad por año (media) según la severidad del trastorno.
- Cuadro 3.10** Porcentaje de personas con un trastorno que acceden al tratamiento durante el primer año del diagnóstico, y mediana de años de demora en la búsqueda de tratamiento.
- Cuadro 3.11** Cálculos de la brecha de tratamiento en las Américas para trastornos con una prevalencia de 12 meses.
- Cuadro 3.12** Cálculos de la brecha de tratamiento en las Américas para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias con una prevalencia de 12 meses.
- Cuadro 3.13** Comparación entre estudios actuales e históricos de la brecha de tratamiento en las Américas y en América Latina.
- Cuadro 3.14** Brecha de tratamiento para la esquizofrenia y utilización de los servicios en América Latina y el Caribe, por país.
- Cuadro 3.15** Brecha de tratamiento para la esquizofrenia en América Latina y el Caribe, por subregiones.
- Cuadro 4.1** Prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes en países determinados de las Américas.
- Cuadro 4.2** Tasas de prevalencia de 12 meses de los trastornos mentales en niños y adolescentes en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las Américas, para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, y según la severidad del trastorno.
- Cuadro 4.3** Utilización de los servicios por niños y adolescentes para cualquier tipo de trastorno, según la gravedad y el tipo de proveedor de servicio, y brecha de tratamiento (carencia de tratamiento).
- Cuadro 4.4** Cálculos de la brecha de tratamiento para trastornos mentales de 12 meses de prevalencia en niños y adolescentes de las Américas.
- Cuadro 4.5** Brecha de tratamiento según trastorno mental específico en niños y adolescentes de las Américas.
- Cuadro 5.1** Trastornos mentales de 12 meses de prevalencia en poblaciones de indígenas adultos.
- Cuadro 5.2** Utilización de los servicios entre indígenas con trastornos mentales, según el tipo de proveedor de servicio, y brecha de tratamiento (carencia de tratamiento).
- Cuadro 6.1** Barreras de acceso a la atención entre personas adultas de Chile.
- Cuadro 6.2** Barreras de acceso a la atención entre personas adultas de Canadá.
- Cuadro 6.3** Barreras de acceso a la atención entre personas adultas de los Estados Unidos.
- Cuadro 6.4** Barreras de acceso a la atención entre niños y adolescentes que no recibieron tratamiento en Chile.

Cuadro 1.1. Definiciones de casos de enfermedad.

Trastornos	Códigos CIE-10
Trastornos mentales y de la conducta	F04-F98, X45
Trastornos afectivos	F30-F39
Trastorno depresivo mayor	F32-F33
Distimia	F34.1
Trastorno afectivo bipolar (trastorno maníaco)	F30-F31
Esquizofrenia	F20-F29
Trastornos por uso de sustancias	F10-F19
Trastornos debidos al uso de alcohol	F10, X45
Trastornos debidos al uso de drogas	F11-F16, F18-F19
Dependencia del tabaco	F17
Trastornos de ansiedad	F40-F44
Agorafobia	F40.0
Fobia social	F40.1
Fobia específica	F40.2
Trastorno de pánico	F41.0
Trastorno de ansiedad generalizado	F41.1
Trastorno obsesivo-compulsivo	F42
Trastorno de estrés post-traumático	43.1
Trastornos de la alimentación	F50
Trastorno de ansiedad por separación	F93 (niños y adolescentes con trastornos afectivos)
Trastornos de control de los impulsos en niños y adolescentes	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	F90
Trastorno negativista desafiante	F91.3
Trastornos de la conducta	F91-F92

Cuadro 1.2. Estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia de trastornos mentales en adultos llevados a cabo en las Américas mediante entrevistas diagnósticas personales.

Estudio	Referencias	Fecha del trabajo en campo	Tamaño de la muestra	Edad	Instrumento	Diagnóstico
ARGENTINA						
Buenos Aires	Larraya 1982	1979	3.410	17+	EEA	CATEGO/CIE-9
	Muestras de hogares, estratificada por distritos. Consistió en una serie de pequeños estudios basados en la comunidad, estratificados por distritos, en el área geográfica alrededor de Buenos Aires. Hallaron una tasa de prevalencia puntual excepcionalmente elevada para esquizofrenia, 3,0%; psicosis afectiva, 4,0%; paranoia, 0,2%; depresión neurótica, 3,5%, y trastornos neuróticos, 14,5%.					
BRASIL						
Multicéntrico	Almeida Filho 1992	1991	6.476	15+	QMPA/DSM	DSM-III
	En el Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica, se efectuaron estudios individuales en tres áreas urbanas de importancia: Brasilia, São Paulo y Porto Alegre. Se utilizó un diseño transversal en dos etapas. La primera etapa fue una entrevista de tamizaje utilizando el QMPA, que fue completado por cada miembro de la familia mayor de 14 años. La segunda etapa, consistió en una entrevista diagnóstica estructurada desarrollada por el equipo brasileño, basada en el DSM-III, llevada a cabo con 30% de las personas con resultado positivo en la entrevista de tamizaje y 10% de las que obtuvieron resultado negativo.					
Zona de captación de São Paulo	Andrade 1999, 2003	1994-1996	1.464	18+	CIDI 1.1	DSM-III-R
	Muestra probabilística estratificada de una zona de captación de nivel socio-económico medio y alto del Centro Médico de la Universidad de São Paulo. Se hizo un sobremuestreo de los grupos etarios 18-24 y > 59.					
BambuÍ	Vocaró 2001	1996-1997	1.041	18+	CIDI	DSM-III-R
	Muestras probabilística de hogares de todos los habitantes de una ciudad del Estado de Minas Gerais. Estudió solo la fobia social y la depresión; se excluyó el trastorno bipolar.					
WMH-São Paulo	Andrade 2012	1996-1997	5.037	18+	WMH-CIDI	DSM-III-R
	Muestra probabilística de hogares, estratificada y polietápica, en el área metropolitana de São Paulo. Para responder, se elegía una persona por hogar mediante una Tabla de Kish.					

Estudio	Referencias	Fecha del trabajo en campo	Tamaño de la muestra	Edad	Instrumento	Diagnóstico
CANADÁ						
Edmonton	Bland 1988	1983-1986	3.258	18+	DIS	DSM-III
	Muestra polietápica de la población de Edmonton.					
Condado de Stirling	Murphy 2000	1992	1.396	18+	DIS	DSM-III
	Selección aleatoria del censo. Estudio longitudinal prospectivo en 40 años, que tuvo tres rondas de estudios transversales representativos, que comenzaron en 1952, 1970 y 1992. Solo se publicaron las tasas sobre depresión utilizando el DIS. La prevalencia de vida para hombres, 7,3%; mujeres, 11,5%; y la total, 7,9%. La prevalencia actual para hombres, 4,2%; mujeres, 7,1%; y la total, 5,7%.					
Ontario	Offord 1996, Sareen 2001	1990-1991	6.902	15-64	UM-CIDI	DSM-III-R
	Muestra probabilística de hogares, multietápica y estratificada. El suplemento para salud mental es una submuestra de la Encuesta Poblacional de Salud de Ontario.					
NPHS	Patten 1998	1994	17.626	12+	CIDI-SF	DSM-III-R
	Muestra probabilística nacional de hogares de la Encuesta Nacional de Salud del Canadá (NPHS). Se estimaron las tasas de prevalencia de 12 meses para depresión mayor: hombres, 3,7%; mujeres, 7,4%; y total, 5,6%.					
CCHS 1.1	Cairney 2010	2000-2001	31.535	12+	CIDI-SF	DSM-III-R
	La Encuesta Canadiense de Salud Comunitaria – Salud Mental (CCHS) 1.1 fue una muestra probabilística nacional de hogares que cubrió 136 regiones sanitarias del país. Se estimaron las tasas de prevalencia de 12 meses para depresión mayor: hombres, 5,2%; mujeres, 9,5%; y total, 7,4%.					
CCHS 1.2	Gravel 2005	2002	38.492	15+	WMH-CIDI	DSM-IV
	La Encuesta Canadiense de Salud de la Comunidad – Salud Mental (CCHS) 1.2 fue una muestra probabilística aleatoria multietápica de personas que habitaban en viviendas particulares. Excluyó a personas que vivían en 3 territorios, en reservaciones indias y tierras de la Corona, en áreas remotas, las que estaban en las fuerzas armadas, y a individuos institucionalizados.					

Estudio	Referencias	Fecha del trabajo en campo	Tamaño de la muestra	Edad	Instrumento	Diagnóstico
CHILE						
Santiago	Araya 2001	1996-1998	3.870	16-64	CIS-R	CIE-10
	Muestra probabilística de la población de Santiago.					
ECPP	Vicente 2006	1992-1999	2.978	15+	CIDI	DSM-III-R
	El Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica –ECPP- consistió en una muestra estratificada de habitantes de hogares provenientes de cuatro provincias que representaban las cuatro regiones geográficas principales del país: Santiago, Concepción, Iquique y Cautín. Las personas fueron elegidas de manera aleatoria, en hogares seleccionados por medio de Tablas de Kish.					
COLOMBIA						
Colombia	Torres de Galvis 1997	1997	15.048	12+	CIDI 2.0	DSM-IV
	Muestra nacional de hogares multietápica.					
Depresión	Gómez-Restrepo 2004	2000-2001	6.610	18+	CIDI 2.1	ICD-10
	Muestra nacional de hogares multietápica. El estudio estuvo enfocado en la prevalencia de la depresión.					
WMH-Colombia	Posada-Villa 2004	2003	4.544	18-65	WMH-CIDI	DSM-IV
	Muestra nacional de hogares multietápica y estratificada de áreas urbanas.					
GUATEMALA						
	López (entregada)	2009	1.037	18-65	CIDI 2.1	DSM-IV
	Muestra nacional de hogares multietápica y estratificada.					
MÉXICO						
EEA	Caraveo-Anduaga 1996	1988	1.984	18-64	EEA	ICD-9
	Muestra de áreas urbanas utilizando el EEA/CATEGO, con algunas preguntas complementarias de otras encuestas.					

Estudio	Referencias	Fecha del trabajo en campo	Tamaño de la muestra	Edad	Instrumento	Diagnóstico
MÉXICO						
Ciudad de México	Caraveo-Anduaga 1999	1995	1.937	18-64	CIDI 1.1	DSM-III-R
	Muestra nacional de hogares multietápica, realizada en 16 divisiones políticas de la Ciudad de México.					
Rural	Salgado de Snyder 1999	1996-1997	945	15-89	CIDI 1.1	ICD-10
	Muestra de diseño multietápico estratificado de 33 comunidades en dos estados mexicanos.					
Cuatro ciudades	Norris 2003	1999-2001	2.509	18+	CIDI 2.1	DSM-IV
	Muestra probabilística multietápica en Oaxaca, Guadalajara, Hermosillo y Mérida. Una persona seleccionada al azar, en hogares elegidos de manera aleatoria, en secciones censales seleccionadas de manera aleatoria.					
WMH-México	Medina-Mora 2005	2001-2002	5.826	15-65	WMH-CIDI	DSM-IV
	Muestra nacional de hogares multietápica y estratificada de áreas urbanas.					
PERÚ						
Lima	Minobe 1990	1983	815	18+	DIS	DSM-III
	Muestra multietápica de Independencia, un distrito de bajos recursos del norte de Lima.					
PUERTO RICO						
Puerto Rico	Canino 1987	1984	1.513	18-64	DIS	DSM-III
	Muestra nacional de hogares multietápica en Puerto Rico. En algunos informes la muestra incluyó a personas de 17 años.					
ESTADOS UNIDOS						
ECA	Robins 1991	1980-1984	17.803	18+	DIS	DSM-III
NCS	Kessler 1994	1990-1992	8.098	15-54	UM-CIDI	DSM-III-R
	Muestra probabilística multietápica estratificada de la población no-institucionalizada de 48 estados colindantes. Se obtuvo una muestra adicional de los estudiantes que viven en Campus en alojamiento grupal.					

Estudio	Referencias	Fecha del trabajo en campo	Tamaño de la muestra	Edad	Instrumento	Diagnóstico
ESTADOS UNIDOS						
MAPSS	Vega 1998	1996	3.012	18-59	CIDI	DSM-III
	Muestra probabilística estratificada multietápica por conglomerados de la población no-institucionalizada del Área Metropolitana de Fresno-Clovis en California. Limitada a las personas de origen mexicano.					
NLAES	Grant 1995	1991-1992	42.862	18+	AUDADIS-IV	DSM-IV
NESARC	Hasin 2005	2001-2002	43.000	18+	AUDADIS-IV	DSM-IV
	Muestra representativa de la población nacional utilizando como marco muestral viviendas unitarias y viviendas grupales. Se hizo un sobremuestreo de la población Afroamericana, Hispánica y de adultos jóvenes.					
NCS-R	Kessler 2005	2001-2003	9.282	18+	WHO-CIDI	DSM-IV
	Muestra probabilística multietápica estratificada de la población no-institucionalizada de los 48 estados colindantes.					
VENEZUELA						
Trujillo	Baptista 1999	N/A	599	N/A	DIS	DSM-III
	Residentes de cuatro comunidades rurales de Trujillo. Prevalencia de vida: abuso/dependencia del alcohol, 22,4%; depresión mayor, 2%; manía 1,8%; psicosis no-afectiva, 1,1%.					

Notas: Estudios mencionados en el cuadro → Estudio Multicéntrico Brasileño sobre Morbilidad Psiquiátrica (Multicéntrico); Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica (ECPPI); Encuesta Nacional de Salud de la Población (NPHS, por sus siglas en inglés); Encuesta Canadiense de Salud de la Comunidad: Salud Mental y Bienestar (CCHS, por sus siglas en inglés); Estudio del Área de Captación Epidemiológica (ECA, por sus siglas en inglés); Estudio de Comorbilidad Nacional (NCS, por sus siglas en inglés); Replicación del Estudio de Comorbilidad Nacional (NCS-R, por sus siglas en inglés); Encuesta Epidemiológica Nacional Longitudinal sobre Alcohol (NLAES, por sus siglas en inglés); Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y Problemas Relacionados (NESARC, por sus siglas en inglés); Encuesta Mexicano-Estadounidense sobre Prevalencia y Servicios (MAPSS, por sus siglas en inglés); Estudio Nacional Latino y Asiático Estadounidense (NLAAS, por sus siglas en inglés); Encuesta Nacional de la Vida Estadounidense (NSAL, por sus siglas en inglés).

Instrumentos mencionados en el cuadro → Examen del Estado Actual (EEA) (Wing y col., 1977); Cuestionario de Morbilidad Psiquiátrica en Adultos (QMPA, por sus siglas en inglés) (Andreoli y col., 1994); Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, por sus siglas en inglés) (Robins y col., 1998); Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta Formulario Abreviado (CIDI-SF, por sus siglas en inglés) (Kessler et al; 2003); Formulario de Entrevista Clínica Revisada (CIS-R, por sus siglas en inglés) (Lewis y Pelosi, 1990); Formulario de Entrevista Diagnóstica (DIS, por sus siglas en inglés) (Robins y col., 1981); Formulario de Entrevista para Trastornos por Uso de Alcohol y Discapacidades Asociadas IV (AUDADIS-IV, por sus siglas en inglés) (Grant et al; 2003); Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta – Universidad de Michigan (UM-CIDI, por sus siglas en inglés) (Kessler y col., 1999); Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI, por sus siglas en inglés) (Kessler y col., 2006).

Cuadro 1.3. Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en el Brasil.

Trastorno	Brasilia Multicéntrico			São Paulo Multicéntrico			Porto Alegre Multicéntrico			Área de influencia de São Paulo			BambuÍ			São Paulo WMH		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de vida																		
Psicosis no-afectiva	0	0,5	0,3	0	1,2	0,9	2,4	2,5	2,4	1,7	2,0	2,1						
Depresión mayor	1,9	3,8	2,8	0	3,8	1,9	5,9	14,5	10,2	13,2	19,1	16,6	7,3	17,0	12,8	10,0	23,0	16,9
Distimia										3,7	4,7	4,3				0,9	2,2	1,6
Trastorno maníaco	0,9	0	0,4	0	0,6	0,3	1,7	0,5	1,1	1,1	0,9	1,0				2,2	2,1	2,1
Ansiedad generalizada	13,6	21,6	17,6	7,3	13,9	10,6	5,2	14,0	9,6	3,3	4,9	4,2				2,6	4,6	3,7
Trastorno de pánico										0,7	2,3	1,6				0,9	2,5	1,7
Agorafobia										0,8	3,0	2,1				1,3	3,6	2,5
Trastorno de estrés post traumático																1,6	4,6	3,2
Fobia social										2,6	4,1	3,5	10,0	13,0	11,8	4,2	6,7	5,6
Obsesivo-compulsivo	0,9	0,5	0,7	0	0	0	1,7	2,5	2,1	0,4	0,2	0,3				5,8	7,6	6,7
Abuso/dependencia de alcohol	15,0	1,1	8,0	15,2	0	7,6	16,0	2,5	9,2	7,8	3,8	5,0				22,2	5,0	13,1
Abuso/dependencia de drogas										1,9	0,6	1,0				6,4	2,4	4,3
Prevalencia de 12 meses	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Psicosis no-afectiva	0	0,5	0,3	0	1,2	0,9	2,4	2,5	2,4	0,7	0,9	0,8						
Depresión mayor	1,9	3,8	2,8	0	3,8	1,9	5,9	14,5	10,2	3,5	9,1	6,7	5,1	12,2	9,1			9,4
Distimia										1,1	1,7	1,4						1,3
Trastorno maníaco	0,9	0	0,4	0	0,6	0,3	1,7	0,5	1,1	0,3	0,6	0,5						1,5
Ansiedad generalizada	13,6	21,6	17,6	7,3	13,9	10,6	5,2	14,0	9,6	1,1	2,1	1,7						2,3
Trastorno de pánico										0,1	1,7	1,0						1,1
Agorafobia										0,4	1,7	1,2						1,6
Trastorno de estrés post traumático										1,5	2,7	2,2	7,6	10,2	9,1			1,6
Fobia social																		3,9
Obsesivo-compulsivo	0,9	0,5	0,7	0	0	0	1,7	2,5	2,1	0,3	0,1	0,2						3,9
Abuso/dependencia de alcohol	15,0	1,1	8,0	15,2	0	7,6	16,0	2,5	9,2	6,5	3,0	3,9						4,0
Abuso/dependencia de drogas										1,1	0,2	0,6						1,1

Notas: H = hombre; M= mujer; T = total. WMH = World Mental Health Survey (Encuesta Mundial de Salud Mental), auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Cuadro 1.4. Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en Chile, Colombia, Perú y Puerto Rico.

Trastorno	Chile Santiago			Chile ECPP			Colombia 1997			Colombia WMH			Perú			Puerto Rico ^b		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de vida																		
Psicosis no-afectiva				1,6	1,9	1,8	1,3	1,4	1,4				0,3	1,0	0,6	2,2	1,4	1,8
Depresión mayor				6,8	11,5	9,2	18,3	20,7	19,6	8,6	14,9	12,0	6,1	13,5	9,7	3,5	5,5	4,6
Distimia				3,5	12,1	1,9				0,6	0,7	0,8	1,0	5,9	3,4	1,6	7,6	4,7
Trastorno maníaco				1,5	2,2	8,0	1,9	1,6	1,7	2,2	1,7	2,6	0,7	1,0	0,9	0,7	0,4	0,5
Ansiedad generalizada				0,9	4,1	2,6	2,6	3,5	3,1	1,5	1,2	1,3						
Trastorno de pánico				0,7	2,5	1,6	0,3	0,2	0,3	0,6	1,7	1,2	1,2	2,9	2,1	1,6	1,9	1,7
Agorafobia				6,0	15,9	11,1				1,5	3,3	2,5				4,9	8,7	6,9
Trastorno de estrés post traumático				2,5	6,2	4,4	6,8	1,9	4,3	0,8	2,5	1,8						
Fobia social				7,2	12,8	10,2				5,1	5,1	5,0				1,5	1,6	1,6
Obsesivo-compulsivo				0,7	1,6	1,2	3,3	3,9	3,6				2,0	2,9	2,5	3,3	3,1	3,2
Abuso/dependencia de alcohol				17,2	3,3	10,0	25,8	7,8	16,6		1,9	9,2	34,8	2,5	18,6	24,6	2,0	12,6
Abuso/dependencia de drogas				3,4	3,5	3,5					0,3	1,6	2,2	0,7	1,5			
Prevalencia de 12 meses																		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Psicosis no-afectiva				0,2	1,1	0,7	0,5	0,6	0,6							2,1	1,3	1,7
Depresión mayor	2,7	8,0	5,5	3,7	7,5	5,7	0,7	3,0	1,9	3,5	7,3	5,3				2,4	3,3	3,0
Distimia				1,6	5,9	3,9				0,5	0,5	0,6						
Trastorno maníaco				0,7	2,1	1,4				0,8	1,0	1,5				0,3	0,3	0,3
Ansiedad generalizada	3,2	6,9	5,1	0,7	2,4	1,6	1,7	0,9	1,3	0,9	0,5	0,6						
Trastorno de pánico	1,1	1,5	1,3	0,5	1,2	0,9	0,2	0,1	0,1	0,3	0,9	0,7				1,2	0,9	1,1
Agorafobia				1,9	10,4	6,3				1,3	1,7	1,5				2,4	5,4	3,9
Trastorno de estrés post traumático				1,1	3,6	2,4	5,9	1,2	3,5	0,1	0,7	0,6						
Fobia social				2,5	9,7	6,4				2,1	2,8	2,8				1,1	1,1	1,1
Obsesivo-compulsivo	1,4	1,1	1,3	0,7	1,6	1,2	2,4	3,8	3,1							1,3	2,3	1,8
Abuso/dependencia de alcohol				12,1	2,2	7,0	5,1	4,3	4,7	4,6	0,4	3,3				10,0	0,5	4,9
Abuso/dependencia de drogas				1,7	2,1	1,8				0,9	0,2	0,7						

Notas: H = hombre; M= mujer; T = total. ECPP: Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica; WMH: World Mental Health Survey (Encuesta Mundial de Salud Mental), auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); Puerto Rico: prevalencia de 6 meses, no de 12 meses.

Cuadro 1.5. Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en México y Guatemala.

Trastorno	México EEA			Ciudad de México CIDI			México Rural			México 4 ciudades			México WMH			Guatemala		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de vida																		
Psicosis no-afectiva				5,5	10,1	8,1	2,9	9,1	6,2	9,0	15,9	12,8	4,6	9,7	7,2	2,6	2,2	2,4
Depresión mayor				0,9	1,8	1,4	1,4	5,2	3,4				0,3	1,0	0,6	2,0	4,2	3,2
Distimia				2,1	0,9	1,4	2,1	1,6	2,1				2,4	1,5	1,9	0,1	1,4	0,8
Trastorno maniaco				0,9	0,8	1,0							0,5	1,3	0,9	0,1	0,2	0,1
Ansiedad generalizada				2,1	3,8	2,9							0,6	1,4	1,0	0,3	0,1	0,2
Trastorno de pánico													0,3	1,6	1,0	1,0	3,1	2,1
Agorafobia													0,5	2,3	1,5	0,8	2,7	1,8
Trastorno de estrés post traumático													2,2	3,6	2,9	1,1	1,0	1,0
Fobia social				1,4	0,8	1,7										0,5	0,6	0,7
Obsesivo-compulsivo				19,4	1,3	9,1							20,7	2,0	11,0	17,3	0,8	8,6
Abuso/dependencia de alcohol						0,7							3,5	0,3	1,9	0,2	0,1	0,2
Abuso/dependencia de drogas																		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de 12 meses																		
Psicosis no-afectiva	0,7	0,7	0,7													0,9	1,0	1,0
Depresión mayor	2,2	3,9	3,2	3,1	5,6	4,4				4,3	7,6	6,1	2,3	4,7	3,7	0,4	1,2	0,8
Distimia				0,3	0,4	0,3							0,2	0,6	0,4	0,03	0,5	0,3
Trastorno maniaco	0,4	0,6	0,5	1,3	0,3	0,7							1,0	1,3	1,1	0,7	0,3	0,1
Ansiedad generalizada				0,7	0,4	0,6							0,3	0,6	0,4	--	0,1	0,03
Trastorno de pánico				0,8	1,9	1,6							0,3	1,1	0,6	--	--	--
Agorafobia													0,2	1,2	0,7	0,4	1,4	1,0
Trastorno de estrés post traumático													0,4	0,7	0,6	0,2	0,5	0,4
Fobia social													1,4	2,6	1,7	0,4	0,4	0,4
Obsesivo-compulsivo	1,3	4,3	3,0	0,7	1,2	1,0										0,3	0,6	0,4
Abuso/dependencia de alcohol				10,9	2,2	5,6							6,3	0,4	2,2	6,1	0,3	3,0
Abuso/dependencia de drogas													0,9	0,0	0,6	--	--	--

Notas: H = hombre; M= mujer; T = total, WMH = World Mental Health Survey (Encuesta Mundial de Salud Mental), auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS); EEA México corresponde a la prevalencia actual, no de 12 meses; -- sin casos.

Cuadro 1.6. Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en el Canadá.

Trastorno	Edmonton			Ontario			CCHS		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de vida									
Psicosis no-afectiva	0,5	0,6	0,6						
Depresión mayor	5,9	11,4	8,6			8,3	9,2	15,1	12,2
Distimia	2,2	5,2	3,7						
Trastorno maníaco	0,7	0,4	0,6				2,2	2,1	2,2
Ansiedad generalizada				0,9	1,2	1,1			
Trastorno de pánico	0,8	1,7	1,2				2,8	4,6	3,7
Agorafobia	1,5	4,3	2,9			3,2	0,8	2,2	1,5
Trastorno de estrés post traumático									
Fobia social	1,4	2,0	1,7			13,0	7,5	8,7	8,1
Obsesivo-compulsivo	2,8	3,1	3,0						
Abuso/dependencia de alcohol	29,3	6,7	18,0	19,2	4,8	12,0			
Abuso/dependencia de drogas	10,6	3,2	6,9						
	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de 12 meses									
Psicosis no-afectiva			0,4						
Depresión mayor	3,4	5,9	4,6	2,8	5,4	4,1	3,7	5,9	4,8
Distimia	2,2	5,2	3,7	0	0,8	0,8			
Trastorno maníaco	0,2	0,1	0,1	0	0,6	0,6	1,0	1,0	1,0
Ansiedad generalizada				0,9	1,2	1,1			
Trastorno de pánico	0,4	1,0	0,7	0	1,5	1,1	1,0	2,0	1,5
Agorafobia				0,7	2,5	1,6	0,4	1,1	0,7
Trastorno de estrés post traumático									
Fobia social				5,4	7,9	6,7	2,6	3,4	3,0
Obsesivo-compulsivo	1,6	1,6	1,6						
Abuso/dependencia de alcohol	13,5	2,4	7,9	7,1	1,8	4,4	14,4	3,7	9,5
Abuso/dependencia de drogas	4,3	0,9	2,6	1,7	0,4	1,1	4,3	1,8	3,0

Notas: H = hombre; M= mujer; T = total. Para los trastornos de pánico y obsesivo-compulsivo en Edmonton, las tasas son de seis meses de prevalencia, no de 12 meses; CCHS = Canadian Community Health Survey (Encuesta Canadiense de Salud Comunitaria).

Cuadro 1.7. Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en los Estados Unidos.

Trastorno	ECA			NCS			NLAES			NESARC			NCS-R		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de vida															
Psicosis no-afectiva	1,2	1,7	1,5	0,6	0,8	0,7									3,1
Depresión mayor	2,6	7,0	4,9	12,7	21,3	17,9	8,6	11,0	9,9	9,0	17,1	13,2	13,2	20,2	16,9
Distimia	2,2	4,1	3,2	4,8	8,0	6,4							1,8	3,1	2,5
Trastorno maniaco	1,1	1,4	1,3	1,6	1,7	1,6							4,3	4,5	4,4
Ansiedad generalizada				3,6	6,6	5,1							4,2	7,1	5,7
Trastorno de pánico	1,0	2,1	1,6	2,0	5,0	3,5							3,1	6,2	4,7
Agorafobia				3,5	7,0	5,3							1,1	1,6	1,3
Trastorno de estrés post traumático										4,1	8,6	6,4	3,6	9,7	6,8
Fobia social				11,1	15,5	13,3							11,1	13,0	12,1
Obsesivo-compulsivo	2,0	3,0	2,6										1,6	3,1	2,3
Abuso/dependencia de alcohol	23,8	4,6	13,8	32,6	14,6	23,5	25,5	11,4	18,2	42,0	19,5	30,3	13,2	7,5	13,2
Abuso/dependencia de drogas	7,7	4,8	6,2	14,6	8,4	11,9	8,1	4,2	6,1	13,8	7,1	10,3	8,0	4,8	8,0
Prevalencia de 12 meses															
Psicosis no-afectiva	0,9	1,1	1,0	0,5	0,5	0,6									1,4
Depresión mayor	1,4	4,0	2,7	7,7	12,9	10,3	2,7	3,9	3,3	4,9	9,1	7,1	4,9	8,6	6,8
Distimia				2,1	3,0	2,5				1,2	2,4	1,8	1,0	1,9	1,5
Trastorno maniaco	0,9	1,1	1,0	1,4	1,3	1,3				2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	2,6
Ansiedad generalizada	2,4	5,0	3,8	2,0	4,3	3,1				1,3	2,8	2,1	1,9	3,4	2,7
Trastorno de pánico	0,6	1,2	0,9	1,3	3,2	2,3				1,3	2,9	2,2	1,6	3,8	2,7
Agorafobia			1,7	3,8	2,8								0,8	0,9	0,9
Trastorno de estrés post traumático													1,8	5,2	3,6
Fobia social			6,6	9,1	7,9					2,1	3,3	2,8	5,8	8,0	7,1
Obsesivo-compulsivo	1,4	1,9	1,7										0,5	1,8	1,2
Abuso/dependencia de alcohol	11,9	2,2	6,8	32,6	14,6	23,5	11,0	4,1	7,4	12,4	8,5	4,9	4,5	1,8	3,1
Abuso/dependencia de drogas	4,1	1,4	2,7	14,6	8,4	11,9	1,8	1,5	0,5	2,8	1,2	2,0	2,2	0,7	1,4

Nota: H = hombre; M = mujer; T = total, **Notas:** Las siguientes siglas son el equivalente en inglés de los estudios mencionados en el cuadro: (ECA) Epidemiological Catchment Area; (NCS) National Comorbidity Survey; (NLAES) National Longitudinal Alcoholism Epidemiological Survey; (NESARC) National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions; (NCS-R) National Comorbidity Survey Replication. Nombre en español de estos estudios: ver página de Abreviaturas.

Cuadro 1.8. Tasas de prevalencia de trastornos mentales en adultos obtenidas en estudios epidemiológicos psiquiátricos llevados a cabo en los Estados Unidos que examinaron poblaciones hispanas y afrocaribeñas.

Trastorno	MAPSS			NCS	NCS-R	NESARC	NLAAS	NSAL
	H	M	T	T	T	T	T	T
Prevalencia de vida								
Psicosis no-afectiva								
Depresión mayor	6,1	12,3	9,0	18,3	13,5	7,7	15,2	12,9
Distimia	3,1	3,7	3,3	8,6	2,2	1,7	2,6	
Trastorno maniaco	2,4	0,9	1,7	0,5	4,3	3,5		
Ansiedad generalizada				6,2	4,8	1,5	4,1	
Trastorno de pánico	1,3	2,3	1,7	1,8	5,4	1,3	2,8	
Agorafobia	5,6	10,1	7,8	6,8	2,7		3,2	
Trastorno de estrés post traumático					5,9		4,4	
Fobia social	6,1	8,8	7,4	19,0	8,8	2,1	7,5	
Obsesivo-compulsivo					1,2			
Abuso/dependencia de alcohol	17,3	6,7	14,4	20,8	15,0	15,3	10,2	12,5
Abuso/dependencia de drogas	11,3	5,5	8,6	10,3	9,1	1,7	5,6	8,7
Prevalencia de 12 meses	H	M	T	T	T	T	T	T
Psicosis no-afectiva								
Depresión mayor	3,9	8,8	6,2	14,5				7,2
Distimia	0,3	1,3	0,8	3,1				
Trastorno maniaco	1,4	0,5	1,0	0,6				
Ansiedad generalizada								
Trastorno de pánico	0,5	1,4	0,9	0,8				
Agorafobia	2,6	4,7	3,6	,4				
Trastorno de estrés post traumático								
Fobia social	3,9	5,2	4,5	7,8				
Obsesivo-compulsivo								
Abuso/dependencia de alcohol	9,3	2,7	6,2	9,9				
Abuso/dependencia de drogas	3,5	1,3	2,5	3,0				

Notas: H = hombre; M= mujer; T = total, MAPSS y NESARC = Mexicano-Americanos; NCS, NCS-R, NLAAS = Hispano-Americanos; NSAL = Afro-Caribeños. Las siguientes siglas son el equivalente en inglés de los estudios mencionados en el cuadro: Mexican American Prevalence and Services Survey (MAPSS); Epidemiological Catchment Area (ECA); (NCS) National Comorbidity Survey; (NCS-R) National Comorbidity Survey Replication; (NESARC) National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions; (NLAAS) National Latino and Asian American Study; (NSAL) National Survey of American Life. Nombre en español de estos estudios: ver página de Abreviaturas.

Cuadro 2.1. Estudios epidemiológicos psiquiátricos en niños y adolescentes mediante instrumentos de diagnóstico estructurados.

Autor/Lugar	Muestra	Métodos	Criterios de Discapacidad	Prevalencia Total
DAWBA				
Fleitlich-Bilyk, 2004 Taubate, Brasil	N = 1251, escuela Age: 7-14	Informantes: padres, maestros, niño	Dificultad significativa o discapacidad	DSM-IV 12,7%
Goodman, 2005 Ilha de Mare, Brasil	N = 100 de 848, escuela Edad: 7-14	Tamizaje en dos fases utilizando el cuestionario SDQ Informantes: padres, maestros, niño	Dificultad significativa o discapacidad	DSM-IV 7,0%
Anselmi, 2010 Pelotas, Brasil	N = 265 de 4448, cohorte de nacimiento Edad: 11-12	Tamizaje en dos fases utilizando el cuestionario SDQ Informantes: padres, niño	Dificultad significativa o discapacidad	DSM-IV 10,8%
CAPA				
Angold, 2002 Carolina del Norte, EUA	N = 1302 de 3613, comunidad Edad: 9-17	Tamizaje en dos fases utilizando la lista CBCL, ítems de uso de sustancias Informantes: padres, niño	Discapacidad CAPA	DSM-IV 21,1%
Costello, 2003 Carolina del Norte, EUA	N = 920 de 4067, comunidad longitudinal, Edad: 9-16	Tamizaje en dos fases utilizando la lista CBCL, ítems de uso de sustancias Informantes: padres, niño	Discapacidad CAPA	DSM-IV 13,3% Discapacidad 6,8%
DISC				
Bird 1988 Puerto Rico	N = 386 de 777 Edad: 4-16	Tamizaje en dos fases utilizando la lista CBCL, ítems de uso de sustancias Informantes: padres, niño	DISC, C-GAS	DSM 49,5% C-GAS 15,8%
Shaffer 1996 Atlanta, New York City, New Haven, Puerto Rico, EUA	N = 1285, comunidad Edad: 9-17	Informantes: padres, niño	DISC, C-GAS	DSM-III-R 50,6% C-GAS 24,7%

Autor/Lugar	Muestra	Métodos	Criterios de Discapacidad	Prevalencia Total
DISC				
Brenton, 1999 Quebec, Canadá	N = 2400, comunidad Edad: 6-14	Informantes: padres, niño	Ninguno	DSM-III-R 32,4%
Canino, 2004 Puerto Rico, EUA	N = 1886, comunidad Edad: 4-17	Informantes: padres, niño	Criterios A de DISC, C-GAS	DSM-IV 19,8% Criterios A 16,4% C-GAS 6,9%
Roberts, 2006 Houston, TX, EUA	N = 4175, afiliados a una HMO, Edad: 11-17	Informante: niño	Criterios A de DISC, C-GAS	DSM-IV 17,1% Criterios D 11% C-GAS 5,3%
Carter, 2010 New Haven, CT, EUA	N = 567 de 1078, cohorte de nacimiento Edad: ~5 ó 6	Tamizaje en dos fases utilizando la lista CBCL, IT-SEA Informantes: padres	Criterios A de DISC	DSM-IV 32% Criterios A 21,6%
Merikangas, 2009 EUA	N = 3042, comunidad Edad: 8-15	Informantes: padres (teléfono), niño	Criterios D de DISC	DSM-IV 13,1% Criterios D 11,3%
Vicente 2012 Chile	N = 1558, comunidad Edad: 4-18	Informantes: padres, edad 4-11; niño, edad 12-18	Criterios D de DISC	DSM-IV 38,3% Criterios D 22,5%
CIDI-A				
Torres de Galvis 2010 Colombia, urbano	N = 1520, comunidad Edad: 13-17	Informante: niño	Ninguno	DSM-IV 17,6%
Benjet, 2009 Ciudad de México, México	N = 3005, comunidad Edad: 12-17	Informante: niño	Inventario de Discapacidad de Sheehan Gravedad WMH	DSM-IV 39,4% Moderada 28,9% Grave 8,5%
Kessler, 2012 EUA	N = 10,123, comunidad y escuela Edad: 13-18	Informante: niño	DSM-IV, C-GAS	DSM-IV 42,6% Grave 8,0%

Notas: El período de prevalencia es de 12 meses o menos (Costello 2003 se basa en una prevalencia de 3 meses, no acumulativa); ~ Edad aproximada basada en el grado escolar; C-GAS = Children's Global Assessment Scale; CBCL = Child Behavior Checklist; IT-SEA Infant-Toddler Social and Emotional Assessment; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; Gravedad WMH = Definición de gravedad de la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH); Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA); HMO = health maintenance organization.

Cuadro 3.1. Tasas de prevalencia de 12 meses de trastornos mentales en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las Américas, para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, y según la severidad del trastorno.

Trastorno	Brasil	Canadá	Chile	Colombia	Guatemala	México	EUA
Ansiedad	19,9	4,7	9,3	14,4	2,1	8,4	19,0
Afectivo	11,0	5,2	9,9	7,0	1,4	4,7	9,7
Sustancia	3,6	11,0	10,4	2,8	3,0	2,3	3,8
Cualquiera	29,6	18,7	17,0	21,0	7,2	13,4	27,0
Leve	33,1	44,3	18,9	35,9	57,2	40,5	35,7
Moderado	33,0	32,4	40,3	41,0	15,2	33,9	39,2
Grave	33,9	23,3	40,8	23,1	27,6	25,7	25,2

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 3.2. Tasas de prevalencia de 12 meses de trastornos mentales específicos en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las Américas.

Trastorno	Brasil	Canadá	Chile	Colombia	Guatemala	México	EUA
Prevalencia de vida							
Psicosis no-afectiva			1,8		2,4		3,1
Depresión mayor	16,9	12,2	9,2	12	3,2	7,2	16,9
Distimia	1,6		1,9	0,8	0,8	0,6	2,5
Trastorno maníaco	2,1	2,2	8	2,6	0,5	1,9	4,4
Ansiedad generalizada	3,7		2,6	1,3	0,1	0,9	5,7
Trastorno de pánico	1,7	3,7	1,6	1,2	0,2	1	4,7
Agorafobia	2,5	1,5	11,1	2,5	2,1	1	1,3
Trastorno de estrés post traumático	3,2		4,4	1,8	1,8	1,5	6,8
Fobia social	5,6	8,1	10,2	5	1	2,9	12,1
Obsesivo-compulsivo	6,7		1,2		0,7		2,3
Abuso/dependencia de alcohol	13,1		10	9,2	8,6	11	13,2
Abuso/dependencia de drogas	4,3		3,5	1,6	0,2	1,9	8
Prevalencia de 12 meses							
Psicosis no-afectiva			0,7		1		1,4
Depresión mayor	9,4	4,8	5,7	5,3	0,8	3,7	6,8
Distimia	1,3		3,9	0,6	0,3	0,4	1,5
Trastorno maníaco	1,5	1	1,4	1,5	0,1	1,1	2,6
Ansiedad generalizada	2,3		1,6	0,6	0,03	0,4	2,7
Trastorno de pánico	1,1	1,5	0,9	0,7		0,6	2,7
Agorafobia	1,6	0,7	6,3	1,5	1	0,7	0,9
Trastorno de estrés post traumático	1,6		2,4	0,6	0,4	0,6	3,6
Fobia social	3,9	3	6,4	2,8	0,4	1,7	7,1
Obsesivo-compulsivo	3,9		1,2		0,4		1,2
Abuso/dependencia de alcohol	4	9,5	7	3,3	3	2,2	3,1
Abuso/dependencia de drogas	1,1	3	1,8	0,7		0,6	1,4

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 3.3. Tasas de prevalencia de 12 meses de trastornos mentales en las Américas, América del Norte y América Latina para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, y según la severidad del trastorno.

Trastorno	Américas			América Latina			América del Norte
	Mediana	Media	Ponderada	Mediana	Media	Ponderada	Ponderada
Ansiedad	11,1	9,3	16,1	10,8	9,3	14,6	17,5
Afectivos	7,0	7,0	8,7	6,8	7,0	8,2	9,2
Sustancias	5,3	3,6	4,0	4,4	3,0	3,4	4,5
Cualquiera	19,1	18,7	24,2	17,6	17,0	22,3	26,1
Leve	37,9	35,9	36,2	37,1	35,9	35,7	36,6
Moderado	33,6	33,9	36,3	32,7	33,9	34,1	38,5
Grave	28,5	25,7	27,6	30,2	27,6	30,2	25,0

Nota: Los resultados están en porcentajes. Las tasas ponderadas se basan en la población de cada uno de los países (Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Guatemala, México, EUA).

Cuadro 3.4. Tasas estimadas de prevalencia de 12 meses y de vida de trastornos mentales específicos en las Américas, América del Norte y América Latina.

Trastorno	Américas			América del Norte			América Latina		
Prevalencia de vida									
	Mediana	Media	Ponderada	Mediana	Media	Ponderada	Mediana	Media	Ponderada
Psicosis no-afectiva	2,4	2,4	3,0	3,1	3,1	3,1	2,1	2,1	2,0
Depresión mayor	11,1	12,0	14,5	14,6	14,6	16,4	9,7	9,2	12,5
Distimia	1,4	1,2	1,8	2,5	2,5	2,5	1,1	0,8	1,2
Trastorno maniaco	3,1	2,2	3,3	3,3	3,3	4,2	3,0	2,1	2,3
Ansiedad generalizada	2,4	2,0	4,0	5,7	5,7	5,7	1,7	1,3	2,4
Prevalencia de vida									
	Mediana	Media	Ponderada	Mediana	Media	Ponderada	Mediana	Media	Ponderada
Trastorno de pánico	2,0	1,6	3,0	4,2	4,2	4,6	1,1	1,2	1,4
Agorafobia	3,1	2,1	1,9	1,4	1,4	1,3	3,8	2,5	2,5
Trastorno de estrés post traumático	3,3	2,5	4,6	6,8	6,8	6,8	2,5	1,8	2,5
Fobia social	6,4	5,6	8,3	10,1	10,1	11,7	4,9	5,0	4,8
Obsesivo-compulsivo	2,7	1,8	3,7	2,3	2,3	2,3	2,9	1,2	5,9
Abuso/dependencia de alcohol	10,9	10,5	12,4	13,2	13,2	13,2	10,4	10,0	11,7
Abuso/dependencia de drogas	3,3	2,7	5,4	8,0	8,0	8,0	2,3	1,9	3,1
Prevalencia de 12 meses									
	Mediana	Media	Ponderada	Mediana	Media	Ponderada	Mediana	Media	Ponderada
Psicosis no-afectiva	1,0	1,0	1,4	1,4	1,4	1,4	0,9	0,9	0,8
Depresión mayor	5,2	5,3	6,7	5,8	5,8	6,6	5,0	5,3	6,7
Distimia	1,3	1,0	1,3	1,5	1,5	1,5	1,3	0,6	1,0
Trastorno maniaco	1,3	1,4	1,9	1,8	1,8	2,4	1,1	1,4	1,3
Ansiedad generalizada	1,3	1,1	2,0	2,7	2,7	2,7	1,0	0,6	1,4
Trastorno de pánico	1,3	1,0	1,8	2,1	2,1	2,6	0,8	0,8	0,9
Agorafobia	1,8	1,0	1,2	0,8	0,8	0,9	2,2	1,5	1,5
Trastorno de estrés post traumático	1,5	1,1	2,3	3,6	3,6	3,6	1,1	0,6	1,2
Fobia social	3,6	3,0	4,9	5,1	5,1	6,7	3,0	2,8	3,1
Obsesivo-compulsivo	1,7	1,2	2,1	1,2	1,2	1,2	1,8	1,2	3,5
Abuso/dependencia de alcohol	4,6	3,3	3,6	6,3	6,3	3,8	3,9	3,3	3,5
Abuso/dependencia de drogas	1,4	1,3	1,3	2,2	2,2	1,6	1,1	0,9	0,9

Nota: Los resultados están en porcentajes. Las tasas ponderadas se basan en la población de cada uno de los países (Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Guatemala, México, EUA). Los países que contribuyeron al cálculo de cada trastorno son los que aparecen en el Cuadro 3.2.

Cuadro 3.5. Utilización de los servicios para cualquier trastorno, por severidad y tipo de proveedor de servicio, y brecha de tratamiento (carencia de tratamiento).

	Total	Cualquier trastorno	Grave	Moderado	Leve	Sin trastorno
BRASIL-WMH						
Medicina general	3,3	8,6	12,0	7,7	5,9	1,1
Salud mental	5,6	14,0	23,2	12,3	6,4	2,0
Atención de la salud	8,0	19,7	30,2	17,2	11,6	3,0
Tratamiento alternativo	2,0	5,2	9,5	4,6	1,5	0,7
Cualquier tratamiento	9,0	21,9	32,8	20,0	12,7	3,6
Sin tratamiento	91,0	78,1	67,2	80,0	86,3	96,4
CANADÁ-CCHS						
Medicina general	5,4	17,5	42,0	17,7	4,6	2,8
Salud mental	5,4	16,4	40,3	16,6	4,0	3,0
Atención de la salud	8,3	24,1	55,5	2,5	7,5	4,8
Tratamiento alternativo	2,9	7,6	18,8	7,0	2,2	1,8
Cualquier tratamiento	9,5	25,9	58,0	27,1	8,5	5,8
Sin tratamiento	90,5	74,1	42,0	72,9	91,5	94,2
CHILE-ECPP*						
Medicina general	17,7	34,1	57,5	41,9	17,4	12,9
Salud mental	5,6	13,1	29,4	9,6	5,0	3,5
Atención de la salud	20,1	38,5	65,0	44,3	20,3	14,8
Tratamiento alternativo	1,2	2,7	1,0	4,8	3,1	0,8
Cualquier tratamiento	20,1	38,5	65,0	44,3	20,3	14,8
Sin tratamiento	79,9	61,5	39,8	52,0	60,6	95,2
COLOMBIA-WMH						
Medicina general	2,3	6,0	9,3	6,1	2,7	1,4
Salud mental	3,0	7,7	27,8	10,3	7,8	3,4
Atención de la salud	5,0	13,2	25,7	11,5	8,4	3,0
Tratamiento alternativo	0,7	1,7	4,6	0,8	0,4	0,5
Cualquier tratamiento	5,5	14,0	27,8	10,6	8,2	3,4
Sin tratamiento	94,5	86,1	72,2	89,4	91,8	96,6

LA BRECHA DE TRATAMIENTO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

	Total	Cualquier trastorno	Grave	Moderado	Leve	Sin trastorno
GUATEMALA*						
Medicina general	2,2	6,3	9,1	6,1	0,4	2,8
Salud mental	3,0	3,8	2,3	4,6	6,6	2,1
Atención de la salud	4,5	8,9	9,4	10,6	7,1	4,2
Tratamiento alternativo	5,7	10,4	8,1	19,1	10,5	5,3
Cualquier tratamiento	8,7	15,1	13,1	19,1	17,1	8,3
Sin tratamiento	91,3	84,9	86,9	80,9	82,9	91,7
MÉXICO-WMH						
Medicina general	1,7	6,5	8,1	6,8	4,9	1,1
Salud mental	2,8	10,2	25,8	17,9	11,9	1,8
Atención de la salud	4,2	15,8	20,2	18,6	10,2	2,7
Tratamiento alternativo	1,2	3,9	3,6	4,1	3,5	0,9
Cualquier tratamiento	5,1	18,6	23,8	20,8	12,6	3,4
Sin tratamiento	94,9	81,4	76,2	79,2	87,4	96,6
EUA-NCS-R						
Medicina general	9,3	22,8	32,1	23,6	18,9	4,7
Salud mental	8,8	21,7	41,9	20,7	13,3	4,4
Atención de la salud	15,3	36,0	52,3	34,1	22,5	8,1
Tratamiento alternativo	5,6	13,2				
Cualquier tratamiento	17,9	41,1	59,7	39,9	26,2	10,1
Sin tratamiento	82,1	58,9	40,3	60,1	73,8	90,3

Notas: Los resultados están en porcentajes. Medicina general = Cualquier médico no especializado en salud mental que está proveyendo tratamiento en salud mental; Salud Mental = Proveedores del sistema formal de salud mental; Atención de la salud = Tratamiento provisto por un médico general o de salud mental; Tratamiento alternativo = incluyendo líderes religiosos, curanderos, grupos de autoayuda, v.g. Alcohólicos Anónimos; Cualquier tratamiento = Tratamiento provisto por la medicina general, de salud mental o alternativa; Sin tratamiento = No obtiene tratamiento de ningún tipo; *El tratamiento en Guatemala está basado en la utilización del servicio de por vida, y en Chile está basado en una utilización del servicio de 6 meses; Las tasas de prevalencia son de 12 meses para todos los países.

Cuadro 3.6. Utilización de los servicios según trastornos específicos.

Trastorno	Brasil	Canadá	Chile	Colombia	Guatemala	México	EUA
Psicosis no afectiva			53,7		14,9		58,0
Depresión mayor		57,0	62,4		23,8	26,1	56,8
Distimia			70,2		0,0		67,5
Trastorno maníaco		52,0	47,4		13,1	26,4	55,5
Ansiedad generalizada			66,0		0,0	14,1	52,3
Trastorno de pánico		33,0	71,3			29,9	65,4
Agorafobia		38,4	41,7		23,3	17,5	52,6
Trastorno de estrés post-traumático			64,8		4,5		57,4
Fobia social		41,4	38,5		53,6	16,3	45,6
Obsesivo-compulsivo			72,4		11,2		
Abuso y dependencia de alcohol		12,6	14,9		8,7	23,4	40,4
Abuso y dependencia de drogas		22,5	50,0				44,7
Cualquier trastorno	21,9	25,9	38,5	14,0	15,1	18,6	41,1

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 3.7. Tasas de prevalencia de 12 meses de utilización de los servicios en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las Américas, para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias.

Trastorno	Canadá	Chile	Colombia	Guatemala	México	EUA
Ansiedad	30,6	61,0	17,6	2,9	22,2	56,4
Afectivos	41,1	50,0	15,2	4,9	13,2	42,2
Sustancias	23,8	25,5	7,5	3,0	17,1	38,1

Nota: Los resultados están en porcentajes, No se disponen datos del Brasil.

Cuadro 3.8. Brecha de tratamiento según trastornos específicos.

Trastorno	Brasil	Canadá	Chile	Colombia	Guatemala	México	EUA	Media	Mediana
Psicosis no afectiva			46,3		85,1		42,0	57,8	46,3
Depresión mayor		43,0	37,6		76,2	73,9	43,2	54,8	43,2
Distimia			29,8		100		32,5	54,1	32,5
Trastorno maníaco		48,0	52,6		86,9	73,6	44,5	61,1	52,6
Ansiedad generalizada			34,0		100	85,9	47,7	66,9	66,8
Trastorno de pánico		67,0	28,7			70,1	34,6	50,1	50,8
Agorafobia		61,6	58,3		76,7	82,5	47,4	65,3	61,6
Trastorno de estrés post-traumático			35,2		95,5		42,6	57,8	42,6
Fobia social		58,6	61,5		46,4	83,7	54,4	60,9	58,6
Obsesivo-compulsivo			27,6		88,8			58,2	58,2
Abuso y dependencia de alcohol		87,4	85,1		91,3	76,6	59,6	80,0	85,1
Abuso y dependencia de drogas		77,5	50,0				55,3	60,9	55,3
Cualquier trastorno	78,1	74,1	61,5	86,0	84,9	81,4	58,9	75,0	78,1

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 3.9. Días de incapacidad por año (media) según la severidad del trastorno.

	Grave	Moderado	Leve	Cualquier trastorno
Brasil				30,1
Canadá	83,6	16,3	5,1	
Colombia	53,0	33,7	15,6	
México	42,8	26,3	11,7	
EUA	135,9	65,3	35,7	

Nota: Canadá no incluye a los trastornos por uso de sustancias y por lo tanto está subestimado en comparación con otros países.

Cuadro 3.10. Porcentaje de personas con un trastorno que acceden al tratamiento durante el primer año del diagnóstico, y mediana de años de demora en la búsqueda de tratamiento.

	Contacto primer año %			Mediana de demora en años		
	Ansiedad	Afectivos	Sustancias	Ansiedad	Afectivos	Sustancias
Canadá	32,4	34,6		3,0	2,0	
Colombia	2,9	18,7	3,6	26,0	9,0	11,0
México	3,6	16,0	0,9	30,0	14,0	10,0
EUA	11,3	35,4	10,0	23,0	4,0	13,0

Nota: Los datos de Canadá se basan en una estimación aproximada pues los períodos de tiempo para calcular la demora en el tratamiento estaban en bloques de 5 años y no eran continuos.

Cuadro 3.11. Cálculos de la brecha de tratamiento en las Américas para trastornos con una prevalencia de 12 meses.

	Cualquier trastorno	Grave	Moderado	Leve	Moderado - Grave
Brasil-WMH	78,1	67,2	80,0	86,3	73,5
Canadá-CCHS	74,1	42,0	72,9	91,5	60,0
Chile-ECPP	61,5	39,8	52,0	60,6	45,3
Colombia-WMH	86,1	72,2	89,4	91,8	83,2
Guatemala	84,9	86,9	80,9	82,9	84,8
México-WMH	81,4	76,2	79,2	87,4	77,9
EUA-NCS-R	58,9	40,3	60,1	73,8	52,4
Las Américas					
Peso	69,3	69,4	60,6	55,4	63,4
Media	75,0	60,7	73,5	82,0	68,2
Mediana	78,1	67,2	79,2	86,3	73,5
América Latina					
Peso	79,1	79,5	80,0	67,9	74,2
Media	78,4	68,5	76,3	81,8	72,9
Mediana	81,4	72,2	80,0	86,3	77,9
América del Norte					
Ponderado	60,0	40,4	61,0	75,1	47,2

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 3.12. Cálculos de la brecha de tratamiento en las Américas para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias con una prevalencia de 12 meses.

	Trastornos de ansiedad	Trastornos afectivos	Trastornos por uso de sustancias
Canadá-CCHS	69,4	58,9	76,2
Chile-ECPP	39,0	50,0	74,5
Colombia-WMH	82,4	84,8	92,5
Guatemala	97,1	95,1	97,0
México-WMH	77,8	86,8	82,9
EUA-NCS-R	43,6	57,8	61,9
Las Américas			
Peso	56,2	66,3	70,6
Media	68,2	72,2	80,8
Mediana	73,6	71,9	79,6
América Latina			
Peso	76,3	83,2	85,3
Media	74,1	79,2	86,7
Mediana	80,1	85,8	87,7
América del Norte			
Ponderado	46,3	57,9	63,4

Nota: Los resultados están en porcentajes. No se disponen datos del Brasil.

Cuadro 3.13. Comparación entre estudios actuales e históricos de la brecha de tratamiento en las Américas y en América Latina.

Trastorno	Kohn 2004 Américas Mediana	Kohn 2005 América Latina Media	Kohn 2005 América Latina Mediana	Estudio actual Américas Media	Estudio actual Américas Mediana	Estudio actual América Latina Media	Estudio actual América Latina Mediana
Psicosis no afectiva	56,8	37,4	44,4	57,8	46,3	65,7	65,7
Depresión mayor	56,9	58,9	57,9	54,8	43,2	62,6	73,9
Distimia	48,6	58,8	58,0	54,1	32,5	64,9	64,9
Trastorno maníaco	60,2	64,0	62,2	61,1	52,6	71,0	73,6
Ansiedad generalizada	49,6	63,1	58,2	66,9	66,8	73,3	85,9
Trastorno de pánico	55,4	52,9	58,9	50,1	50,8	49,4	49,4
Agorafobia				65,3	61,6	72,5	76,7
Trastorno de estrés post-traumático				57,8	42,6	65,4	65,4
Fobia social				60,9	58,6	63,9	61,5
Obsesivo-compulsivo	82,0	59,9	59,9	58,2	58,2	58,2	58,2
Abuso y dependencia de alcohol	72,6	71,4	76,0	80,0	85,1	84,3	85,1
Abuso y dependencia de drogas				60,9	55,3	50,0	50,0
Cualquier trastorno				75,0	78,1	78,4	81,4

Cuadro 3.14. Brecha de tratamiento para la esquizofrenia y utilización de los servicios en América Latina y el Caribe, por país.

País	Población por 100,000	Niveles de ingreso	Prevalencia estimada (por 1000 habitantes)	Prevalencia tratada (por 1000 habitantes)	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS			
					Ambulatorio (%)	Hospitalizados en hospitales psiquiátricos (%)	Hospitalizados en hospitales generales (%)	Brecha de tratamiento (%)
Anguila	0,14		5,75	5,04	50,8	14,3	0	12,3
Antigua y Barbuda	0,86	Medio-Alto	5,08	1,83	65,5	0	34,4	68,2
Argentina	80,39	Medio-Alto	4,41	2,61	3,4	47,4	29,2	40,7
Bahamas	3,35	Alto	5,08	2,62	13,4	51,0	36,1	54,4
Barbados	2,69	Alto	5,08	6,63	30,0	45,8	46,0	-15,3
Belice	3,01	Medio-Bajo	4,41	13,56	29,1	31,0	40,0	-207,8
Bolivia	98,28	Medio-Bajo	4,13	1,47	13,5	17,3	28,7	66,6
Brasil	1841,84	Medio-Alto	4,41	3,27	13,6	44,0	42,8	25,9
Islas Vírgenes Británicas	0,28		5,75	4,18	30,0	24,1	0	27,3
Chile	159,56	Medio-Alto	4,41	1,90	12,5	26,6	38,3	56,9
Costa Rica	44,02	Medio-Alto	4,41	1,57	6,0	12,6	28,0	64,4
Cuba	112,39	Medio-Alto	4,47	2,32	7,7	25,9	18,6	59,7
Dominica	0,71	Medio-Alto	5,08	6,49	30,0	61,0	0	-12,9
República Dominicana	85,63	Medio-Alto	5,08	0,92	31,0	15,0	21,5	83,9
Ecuador	134,08	Medio-Alto	4,13	0,12	1,0	21,6	38,0	97,3
El Salvador	57,44	Medio-Bajo	4,41	1,64	19,9	0	19,0	62,9
Granada	1,07	Medio-Alto	5,08	2,74	30,0	65,0	73,0	52,3
Guatemala	140,10	Medio-Bajo	4,13	0,16	3,1	44,4	51,4	96,4

LA BRECHA DE TRATAMIENTO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

País	Población por 100,000	Niveles de ingreso	Prevalencia estimada (por 1000 habitantes)	Prevalencia tratada (por 1000 habitantes)	UTILIZACIÓN DE SERVICIOS			
					Ambulatorio (%)	Hospitalizados en hospitales psiquiátricos (%)	Hospitalizados en hospitales generales (%)	Brecha de tratamiento (%)
Guyana	7,50	Medio-Bajo	4,41	1,21	20,0	86,5	44,7	72,5
Haití	3,01	Bajo	4,13	13,56	29,1	31,0	40,0	-135,8
Honduras	71,97	Medio-Bajo	4,41	1,50	9,0	0	14,0	65,9
Jamaica	26,61	Medio-Alto	5,08	5,66	51,0	45,8	78,7	1,6
México	1032,63	Medio-Alto	4,41	0,28	5,2	15,9	23,6	93,7
Montserrat	0,05		5,75	7,68	84,1	0	0	-33,5
Nicaragua	56,26	Medio-Bajo	4,13	0,24	11,6	6,0	35,6	94,6
Panamá	31,72	Medio-Alto	4,41	0,52	6,0	17,4	33,2	88,2
Paraguay	52,00	Medio-Bajo	4,41	0,87	21,0	20,8	58,1	80,3
Perú	272,19	Medio-Alto	4,13	0,56	3,0	21,6	25,1	87,3
S, Kitts y Nevis	0,51	Alto	5,08	5,67	36,6	50,0	0,0	1,5
Santa Lucía	1,67	Medio-Alto	5,08	1,93	30,0	5,9	68,2	66,4
San Vicente y las Granadinas	1,00	Medio-Alto	5,08	5,46	67,8	14,3	71,1	5,1
Surinam	4,80	Medio-Alto	4,41	16,63	30,0	0,0	12,3	-277,3
Trinidad y Tobago	13,28	Alto	5,08	9,05	26,8	46,8	56,4	-57,3
Turcas y Caicos	0,33	Alto	5,75	1,90	18,8	0	0	67,0
Uruguay	33,34	Medio-Alto	4,41	1,92	2,7	21,6	22,9	56,5

Nota: Siete países tenían una brecha de tratamiento negativa, muy probablemente debido a la inestabilidad de las tasas por la escasa población del país.

Cuadro 3.15. Brecha de tratamiento para la esquizofrenia en América Latina y el Caribe, por subregiones.

	Media	Mediana	Ponderado
América Latina y el Caribe	26,0	56,9	56,4
Caribe	2,1	12,3	38,3
América Central	37,8	65,9	79,4
América del Sur	69,4	66,6	73,9
México	93,7	93,7	93,7
Brasil	25,9	25,9	25,9
Ingresos bajos	21,7	66,6	74,7
Ingresos altos	27,5	53,4	54,1

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 4.1. Prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes, en determinados países de las Américas.

	Brasil Taubaté	Chile			Colombia			Ciudad de México			Puerto Rico	EUA NCS-A	NHANES EUA		
Rango de edad	7-14	4-18			13-17			12-17			4-16	13-18	8-15		
Trastorno	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	T	T	M	F	T
Trastorno depresivo mayor	1,0	3,6	8,6	6,1	3,5	6,5	5,0	2,0	7,6	4,8	3,6	8,2	1,8	3,7	2,7
Distimia		0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,2	0,9	0,5	0,6	2,1	0,7	1,2	1,0
Trastorno bipolar					0,8	0,9	0,9	2,4	0,5	2,5					
Trastorno de ansiedad generalizado	0,4	6,2	10,3	8,2	0,4	0,6	0,5	0,3	0,7	0,5	2,4	1,1	0,3	0,4	0,3
Trastorno de pánico	-				0,7	1,4	1,1	1,3	1,9	1,6	0,7	1,9	0,2	0,6	0,4
Agorafobia	-				2,2	4,8	3,8	2,5	4,7	3,6		1,8			
Fobia específica	1,0							15,6	26,1	20,9		15,8			
Fobia social	0,7	2,9	8,2	5,5				10,0	12,4	11,2	2,8	8,2			
Rango de edad	7-14	4-18			13-17			12-17			4-16	13-18	8-15		
Trastorno	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	T	T	M	F	T
Trastorno de estrés post-traumático	0,1				0,2	1,4	0,8	0,3	1,7	1,0	0,8	3,9			
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,1														
Ansiedad por separación	1,4	7,3	13,1	10,2	0,4	5,6	1,7	1,7	3,6	2,6	5,7	1,6			
Trastorno por déficit de atención	1,8	16,6	15,1	13,7				1,4	1,8	1,6	8,9	6,5	11,6	5,4	8,6
Trastorno negativista-desafiante	4,7	7,5	9,9	8,7				3,7	6,9	5,3	6,0	8,3			
Trastorno de conducta	2,2	4,4	3,0	3,7	1,9	0,8	1,4	3,3	2,6	3,0	2,6	5,4	2,3	1,5	2,1
Trastorno de la alimentación		0,1	0,5	0,3	0,2	0,3	0,3					2,8	0,1	0,1	0,1
Abuso/dependencia de alcohol		3,9	3,2	3,6	4,4	2,4	3,4	4,1	2,3	3,2	2,0	4,7			
Abuso/dependencia de drogas		0,5	1,1	0,8	1,3	0,6	1,0	1,7	0,8	1,3	1,2	5,7			
Dependencia de tabaco		1,4	1,8	1,6	0,1	0,6	0,4				1,0				
Cualquier trastorno	12,7	33,5	43,3	38,3	14,8	17,4	16,1	35,7	43,2	39,4	19,8	42,6	14,5	11,6	13,1

Notas: Los resultados están en porcentajes. Para Taubaté, Brasil, prevalencia actual; Puerto Rico y Chile sin discapacidad. Las siguientes siglas son el equivalente en inglés de estudios mencionados en el cuadro: National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A); National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES).

Cuadro 4.2. Tasas de prevalencia de 12 meses de los trastornos mentales en niños y adolescentes en estudios epidemiológicos psiquiátricos de prevalencia seleccionados de las Américas, para trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, y según la severidad del trastorno.

Trastorno	Brasil Taubaté	Chile	Colombia	Ciudad de México	Puerto Rico	EUA NCS-A
Ansiedad	5,2	18,5	5,5	29,8	9,5	24,9
Afectivo	1,0	6,1	5,3	7,2	4,1	10,0
Control de los impulsos	8,8	21,8	7,6	15,3	12,6	16,3
Sustancias		4,8	5,4	3,3	3,1	8,3
Cualquiera	12,7	38,3	16,1	39,4	19,8	40,3
Leve		22,7		21,5	42,2	58,2
Moderado		18,6		51,9	29,2	22,9
Grave		58,7		26,6	28,6	18,8

Notas: Los resultados están en porcentajes. Ciudad de México definía la severidad como grave si estaban presentes un trastorno bipolar I, dependencia de sustancias con síndrome de dependencia fisiológica, tentativa de suicidio junto con cualquier otro trastorno, o se notificaba un deterioro funcional grave debido a un trastorno mental en al menos dos áreas funcionales según la medición de la Escala de Discapacidad de Sheehan. La gravedad del trastorno fue definida como moderada si no se alcanzaban los criterios de un trastorno grave, pero la discapacidad fue clasificada como por lo menos moderada en cualquier dominio de la Escala de Discapacidad de Sheehan, o si existía dependencia de sustancias sin un síndrome de dependencia fisiológica. Todos los demás trastornos fueron clasificados como leves. En Puerto Rico, la gravedad se definía como cualquier trastorno que alcanzaba los criterios del Instrumento de Entrevista Diagnóstica (DISC) en el informe de los padres o del hijo, excluyendo los criterios DISC de discapacidad; leve, cualquier trastorno que alcanzaba los criterios DISC, incluyendo los criterios DISC específicos de discapacidad en el informe de los padres o del hijo; moderado, cualquier trastorno que alcanzaba los criterios DISC, incluyendo una discapacidad significativa basada en un punto de corte inferior a 69 en la Escala de Evaluación Global para Niños – Entrevista para padres -PIC-GAS-; y grave, cualquier trastorno que alcanzaba todos los criterios DISC, incluyendo los criterios DISC específicos de discapacidad en el informe de los padres o del hijo, y un punto de corte inferior a 69 en PIC-GAS. El estudio NCS-A (National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement) de EUA definía a 1 o más trastornos de 12 meses como graves si se alcanzaba una puntuación de 50 o menos en la Escala de Evaluación Global para Niños (CGAS); puntuaciones CGAS entre 51 y 60, moderado; y mayores de 60, leves. En Chile, los trastornos graves son aquellos que alcanzan los criterios D del DISC y los moderados son los que alcanzan los criterios A. El control de los impulsos incluye al trastorno por déficit de atención.

Cuadro 4.3. Utilización de los servicios por niños y adolescentes para cualquier tipo de trastorno, según la gravedad y el tipo de proveedor de servicio, y brecha de tratamiento (carencia de tratamiento).

	Total	Cualquier trastorno	Grave	Moderado	Leve	Sin trastorno
CHILE						
Escolar	11,9	18,9	21,9	14,1	11,7	8,1
Salud mental	9,3	14,5	19,2	5,2	8,2	6,1
Atención primaria	3,0	4,4	5,9	3,3	1,2	2,2
Servicios sociales	0,3	0,4	0,6	0,6	0	0,3
Tratamiento alternativo	2,2	3,6	5,3	1,6	0,7	1,4
Cualquier tratamiento	23,2	33,3	41,6	21,7	21,2	16,9
Sin tratamiento	76,8	66,7	59,4	78,3	78,8	83,1
CIUDAD DE MÉXICO						
Escolar	2,5	13,7	4,8	4,5	3,9	1,3
Atención de la salud	6,3	9,5	14,2	9,2	6,5	4,3
Tratamiento alternativo	1,7	2,9	4,5	2,8	1,7	0,9
Cualquier tratamiento	9,1	13,7	19,2	13,2	10,4	6,1
Sin tratamiento	90,9	86,3	80,8	86,6	89,6	93,9
PUERTO RICO						
Escolar	12,7	32,7	33,3	32,2	32,2	6,8
Atención de la salud	8,7	23,4	35,3	17,2	12,2	4,4
Cualquier tratamiento	16,6	39,8	49,6	39,5	25,7	9,7
Sin tratamiento	83,4	60,2	50,4	60,5	74,3	90,3
EUA-NCS-A						
Escolar	14,9	25,4				6,2
Salud mental	13,3	23,8				4,6
Atención primaria	5,9	11,0				1,6
Servicios sociales	4,4	7,2				2,0
Justicia de menores	2,9	5,2				1,0
Non-health care	3,3	5,3				1,7
Cualquier tratamiento	27,6	45,3	47,4		26,1	13,0
Sin tratamiento	72,4	64,7	52,6		73,9	87,0

Notas: Los resultados están en porcentajes. La búsqueda de tratamiento en EUA está basada en tasas de vida; las de Chile, México y Puerto Rico son todas tasas de 12 meses.

Cuadro 4.4. Cálculos de la brecha de tratamiento para trastornos mentales de 12 meses de prevalencia en niños y adolescentes de las Américas.

	Cualquier Trastorno	Grave	Moderado	Leve
Chile	66,7	59,4	78,3	78,8
Ciudad de México	86,3	80,8	86,6	89,6
Puerto Rico	60,2	50,4	60,5	74,3
EUA NCS-A	64,7	52,6		73,9
Las Américas				
Media	69,3	60,8		79,2
Mediana	65,7	52,6		74,3
América Latina				
Media	71,1	63,5	75,1	80,9
Mediana	66,7	59,4	78,3	78,8
América del Norte				
Ponderado	63,8	52,6		73,9

Notas: Los resultados están en porcentajes. La búsqueda de tratamiento en EUA está basada en tasas de vida; las de Chile, México y Puerto Rico son todas tasas de 12 meses.

Cuadro 4.5. Brecha de tratamiento según trastorno mental específico en niños y adolescentes de las Américas.

Trastorno	Chile	México	EUA	Media	Mediana
Cualquier trastorno de ansiedad	66,2	86,7	82,2	78,4	82,2
Cualquier trastorno afectivo	73,9	80,7	62,3	72,3	73,9
Cualquier trastorno de control de los impulsos	62,7	82,9	51,1	65,6	62,7
Cualquier trastorno por uso de sustancias	73,1	77,8	62,0	71,0	73,1
Cualquier trastorno	66,7	86,3	63,8	72,3	66,7

Notas: Los resultados están en porcentajes. El control de los impulsos incluye al trastorno por déficit de atención. La búsqueda de tratamiento en EUA está basada en tasas de vida; las de Chile, México y Puerto Rico son todas tasas de 12 meses.

Cuadro 5.1. Trastornos mentales de 12 meses de prevalencia en población indígena adulta.

Trastorno	Guatemala Mayas	Chile Mapuches	EUA Tribu del Sudoeste	EUA Tribu de las Planicies del Norte
	409	75	1446	1638
Ansiedad	1,5	3,9	7,5	10,1
Afectivo	1,2	6,0	7,3	4,6
Sustancias	2,7	7,0	10,5	17,5
Cualquiera	6,6	15,7	21,0	24,3

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 5.2. Utilización de los servicios entre indígenas con trastornos mentales, según el tipo de proveedor de servicio y brecha de tratamiento (carencia de tratamiento).

Tratamiento	Guatemala Mayas	Chile Mapuches	EUA Tribu del Sudoeste	EUA Tribu de las Planicies Norteñas
Salud mental	2,5	0	25,9	28,4
Otros médicos	11,6	7,6	20,5	21,3
Curandero	8,2	0	39,2	19,0
Cualquier tratamiento	18,0	0	66,6	63,6
Sin tratamiento	82,0	92,4	33,4	36,4

Notas: Los resultados están en porcentajes. La búsqueda de tratamiento en Guatemala y EUA está basada en tasas de vida; Chile está basada en tasas de búsqueda de 6 meses.

Cuadro 6.1. Barreras de acceso a la atención entre personas adultas de Chile.

Barreras a la atención	Entrevistados con trastorno que no buscaron tratamiento				Sin diagnóstico, pero reconocen la necesidad de ayuda
	Cualquiera	Grave	Moderado	Leve	
Percepción de necesidad					
Baja percepción	63,8	50,5	67,2	70,2	
Barreras estructurales entre los que perciben la necesidad					
Carga financiera	41,8	51,7	43,7	40,1	35,1
Falta de conocimiento acerca de dónde ir para obtener ayuda	21,4	26,1	16,2	22,6	12,0
Dificultad para transportarse	11,9	15,1	3,4	20,8	9,9
Inoportuno	24,5	28,7	19,2	23,6	23,8
Barreras actitudinales entre los que perciben la necesidad					
Pensaban que el problema iba a mejorar	66,2	61,4	59,6	67,3	56,2
Creían que el tratamiento era ineficaz	20,9	37,1	13,8	19,6	16,1
Estigma o miedo a pedir ayuda	15,9	22,9	11,1	20,9	11,3
Miedo a conocer sus problemas	12,3	21,8	11,5	11,5	9,6
Querían manejarlo por cuenta propia	65,2	54,9	65,6	63,0	51,2
Preocupados por posible diagnóstico	43,6	55,4	42,9	44,1	30,2
No confiaban en el profesional	26,7	27,6	31,0	21,9	25,5

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 6.2. Barreras de acceso a la atención entre personas adultas de Canadá.

Barreras a la atención	Entrevistados con trastorno que no buscaron tratamiento				Sin diagnóstico, pero reconocen la necesidad de ayuda
	Cualquiera	Grave	Moderado	Leve	
Percepción de necesidad					
Baja percepción	93,3	96,6	92,3	89,8	89,5
Barreras estructurales entre los que perciben la necesidad					
Carga financiera	8,9	10,5	8,7	6,1	6,7
Falta de disponibilidad de tratamiento	3,2	6,4	1,4	2,0	4,5
Problemas de transporte o cuidado de niños	2,7	3,5	1,0	4,1	2,4
Inoportuno	19,9	22,2	16,3	23,2	21,2
Falta de conocimiento acerca de dónde ir para obtener ayuda	15,0	17,0	13,4	19,7	16,1
Profesional no disponible en el momento	7,0	5,8	10,5	3,0	4,3
Tiempo de espera demasiado largo	3,8	5,3	3,3	11,1	2,2
Barrera lingüística	0,4	0	1,0	0	1,0
Barreras actitudinales entre los que perciben la necesidad					
Querían manejarlo por cuenta propia	40,5	31,6	44,5	46,9	44,4
Pensaban que el tratamiento no era efectivo	10,1	11,7	11,0	6,1	6,1
Estigma o miedo a pedir ayuda	18,8	18,7	20,1	15,2	13,6
Responsabilidades familiares o personales	5,7	7,6	6,2	6,1	3,1

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 6.3. Barreras de acceso a la atención entre personas adultas en el estudio NCS-R de los Estados Unidos.

Barreras a la atención	Entrevistados con trastorno que no buscaron tratamiento			
	Cualquiera	Grave	Moderado	Leve
<i>Percepción de necesidad</i>				
Baja percepción	44,8	25,9	39,3	57,3
<i>Barreras estructurales entre los que perciben la necesidad</i>				
Carga financiera	15,3	26,0	14,5	9,1
Falta de disponibilidad de tratamiento	12,8	24,2	11,3	7,0
Problemas de transporte	5,7	13,4	4,9	1,6
Inoportuno	9,8	18,7	10,0	3,7
<i>Barreras actitudinales entre los que perciben la necesidad</i>				
Querían manejarlo por cuenta propia	72,6	62,7	73,9	77,7
Pensaban que el tratamiento no era efectivo	16,4	26,0	14,9	12,0
Estigma o miedo a pedir ayuda	9,1	21,3	10,3	5,3
Pensaban que el problema mejoraría	11,5	23,1	10,3	5,3
El problema no era grave	16,9	27,1	15,9	11,5

Nota: Los resultados están en porcentajes.

Cuadro 6.4. Barreras de acceso a la atención entre niños y adolescentes que no recibieron tratamiento en Chile.

Barreras a la atención	Entrevistados con trastorno que no buscaron tratamiento				Sin diagnóstico, pero reconocen la necesidad de ayuda
	Cualquiera	Grave	Moderado	Leve	
Baja percepción de la necesidad	70,8	48,1	91,6	97,2	77,5
Razones personales	28,1				23,9
Razones sociales	56,0				23,9
Razones económicas	76,2				43,8
Razones prácticas	48,3				43,8
Razones relacionadas con el servicio	56,0				43,8

Notas: Los resultados están en porcentajes. Las *razones personales* incluyen: creía que el problema no era tan grave, podía manejarlo solo, y no quería recibir ayuda; las *razones sociales* incluyen: desconfianza en la persona que recomienda, le preocupa lo que la familia o amigos piensan, otros no le recomiendan el tratamiento, desconfianza en las referencias, se preocupa por el etiquetado, conflictos familiares sobre la necesidad de tratamiento; las *razones económicas* incluyen: es caro, no posee seguro, el plan de salud no lo autorizará, no reúne los requisitos de elegibilidad para los servicios; las *razones prácticas* incluyen: inoportuno, los servicios no alcanzan, problemas para llegar, no sabe a dónde ir, no tiene tiempo; las *razones relacionadas con el servicio* incluyen: experiencia negativa con profesionales de la salud, no cree que pueda ayudar, mucho tiempo de espera para la consulta, demasiadas condiciones para recibir los servicios, el servicio no es parte del tratamiento, se sintió no respetado por el profesional, no había profesional disponible, se negó al tratamiento, dificultad para concertar una cita, no se le dio la cita, preocupación por la confidencialidad.