



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Piazza, Marina; Fiestas, Fabián
PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS Y USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL
PERÚ: RESULTADOS DEL ESTUDIO MUNDIAL DE SALUD MENTAL, 2005
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 31, núm. 1, enero-diciembre, 2014,
pp. 30-38
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36331026005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS Y USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ: RESULTADOS DEL ESTUDIO MUNDIAL DE SALUD MENTAL, 2005

Marina Piazza^{1,2,a}, Fabián Fiestas^{1,b}

RESUMEN

Objetivos. Estimar la prevalencia anual de 18 trastornos mentales según, sus correlatos sociodemográficos y la frecuencia de utilización de servicios de salud mental de la población de 18 a 65 años de edad, residente en áreas urbanas de cinco ciudades del Perú. **Materiales y métodos.** El Estudio Mundial de Salud Mental (EMSM) en Perú utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSMIV y el CIE-10. Se realizó con una muestra probabilística multietápica en Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Chiclayo entre julio del 2004 y diciembre del 2005. **Resultados.** La prevalencia de trastornos mentales en los últimos doce meses, fue de 13,5% siendo más frecuentes los de ansiedad (7,9%), estado de ánimo (3,5%), control de impulsos (3,5%) y uso de sustancias (1,7%). Las personas viudas, separadas y divorciadas evidenciaron mayor riesgo de presentar un trastorno en el último año que los casados o convivientes. Solo 32,8% de quienes presentaron trastornos severos de salud mental en los últimos 12 meses recibieron algún tipo de tratamiento; entre quienes presentaron trastornos moderados 18,1%; y entre quienes presentaron trastornos leves, 15,4%. **Conclusiones.** Más de 13 de 100 peruanos han presentado un trastorno de salud mental en el último año. La magnitud de los trastornos de salud mental y la brecha de atención pone en evidencia la urgente necesidad de dirigir atención y recursos hacia la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades mentales en el Perú.

Palabras clave: Prevalencia; Epidemiología; Trastornos mentales; Servicios de salud mental, Perú (fuente: DeCS BIREME).

ANNUAL PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS AND USE OF MENTAL HEALTH SERVICES IN PERU: RESULTS OF THE WORLD MENTAL HEALTH SURVEY, 2005

ABSTRACT

Objectives. To estimate the annual prevalence of eighteen mental disorders, their sociodemographic correlates and the frequency of use of mental health services by individuals aged 18 to 65 in five cities of Peru. **Materials and methods.** The World Mental Health Survey in Peru used the Composite International Diagnostic Interview, which provides diagnoses according to DSM-IV and ICD-10 criteria. It was performed with a multistage probabilistic sample in Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos and Chiclayo between July 2004 and December 2005. **Results.** The prevalence of mental disorders in the last twelve months was 13.5%, the most frequent being anxiety (7.9%), mood (3.5%), impulse control (3.5%) and substance misuse (1.7%). The widowed, separated and divorced showed a greater risk of disorders in the last year than those who were married or partners living together. Only 32.8% of those who had severe mental health disorders in the last twelve months received any kind of treatment. Among those with moderate or mild disorders, 18.1% and 15.4% received treatment, respectively. **Conclusions.** More than 13 out of 100 Peruvians reported having a mental health disorder in the last year. The magnitude of mental health disorders and the gap in those receiving care highlights the urgent need to direct care and resources towards the detection and timely treatment of mental diseases in Peru.

Key words: Prevalence; Epidemiology; Mental disorders; Mental health services, Peru (source: MeSH NLM).

¹ Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

² Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú

^a Psicóloga epidemióloga; ^b Médico epidemiólogo

Recibido: 12-06-13 Aprobado: 06-11-13

Citar como: Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):30-8.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM) es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha desarrollado estudios comparativos transnacionales sobre trastornos mentales en 28 países distribuidos en los cinco continentes ⁽¹⁾. La finalidad de este estudio fue obtener datos empíricos que contribuyan a la toma de decisiones sobre cómo enfrentar mejor la carga pública creciente de los trastornos mentales. Para ello se estimó la prevalencia de trastornos mentales; se identificó los factores asociados; y se describió los patrones de utilización de servicios de salud mental e identificar las barreras existentes en la búsqueda de ayuda. La encuesta ha utilizado los mismos métodos en diferentes países, con diseños ampliamente descritos en la literatura internacional ⁽²⁾. En Latinoamérica, la EMSM ha sido aplicada en México, Colombia y Brasil. Es así que, en México se ha descrito que en 2002 la prevalencia anual de cualquier trastorno de salud mental fue de 13,9% ⁽³⁾; en tanto que en Colombia en 2003, este mismo valor fue de 16% ⁽⁴⁾.

Por otro lado, en Perú existe poca información acerca de la magnitud de los trastornos mentales, a ello se suma que la salud mental no se encuentra adecuadamente priorizada dentro de la política de salud. Es así que la inversión en programas y servicios para prevenir y atender los problemas y trastornos de salud mental se ubica muy por debajo del nivel de inversión de otros países de Latinoamérica. Todo ello condiciona que la detección, referencia y oferta de servicios para el tratamiento de trastornos mentales sean insuficientes ⁽⁵⁾ y que transcurra un tiempo considerable desde el momento en que una persona identifica sus síntomas hasta el momento en que recibe ayuda.

Gracias a la gestión del Instituto Nacional de Salud de Perú, en 2005, la EMSM fue aplicada en el Perú. El objetivo de este artículo es describir la prevalencia de los últimos doce meses de trastornos de salud mental en cinco ciudades, así como describir las características del uso de servicios de salud durante ese período de tiempo.

MATERIALES Y MÉTODOS

La EMSM es un estudio trasversal, tiene un diseño muestral probabilístico, multietápico y estratificado. La recolección de datos fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INEI) entre julio de 2004 y diciembre de 2005. El trabajo de campo fue llevado a cabo por 11 supervisores locales y 39 entrevistadores. Según una prueba piloto, ejecutada en junio de 2004, la proporción de respuesta ponderada fue de 90,2%.

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población estuvo constituida por el conjunto de residentes habituales de 18 a 65 años de edad de hogares de cinco ciudades (Lima Metropolitana, Huancayo, Iquitos, Arequipa y Chiclayo). Se excluyó del estudio a personas residentes en instituciones públicas o privadas, cuarteles, reservaciones militares, o de cualquier otro tipo de forma de vida que no sea familiar. El marco muestral utilizado es del tipo de áreas del precenso de 1999 ⁽⁶⁾. El diseño muestral fue estratificado de acuerdo a criterios geográficos y socioeconómicos. En cada ciudad investigada, la unidad primaria de muestreo fue el conglomerado conformado por una o más manzanas incluyendo en promedio 80 viviendas. La unidad secundaria de muestreo estuvo constituida por las viviendas particulares que existen dentro de los conglomerados seleccionados de manera aleatoria. La unidad terciaria de muestreo fueron residentes habituales de 18 a 65 años de edad. En cada vivienda se enumeró a todos los individuos elegibles residentes en el hogar, y se seleccionó a un informante al azar para la entrevista. La muestra final estuvo constituida por 3930 personas.

EVALUACIONES E INSTRUMENTOS

La epidemiología psiquiátrica ha desarrollado métodos de medición de trastornos mentales en comunidad basados en el auto reporte y ha demostrado precisión en el diagnóstico de trastornos de la emoción, la cognición y la conducta, así como en sus factores de riesgo, evolución y pronóstico ^(7,8). El instrumento utilizado fue la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI, del inglés: Composite International Diagnostic Interview) en su formato computarizado (CAPI, del inglés: Computer Assisted Personal Interviewing) versión 15 ^(9,10).

El CIDI es un instrumento de investigación epidemiológica que permite establecer diagnóstico de enfermedades mentales. Se trata de una entrevista estructurada cara a cara que se aplica con el apoyo de un computador portátil que proporciona diagnósticos de alguna vez en la vida, durante los últimos doce meses y durante los últimos treinta días, según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para 17 diagnósticos principales y 6 diagnósticos secundarios ⁽¹¹⁾. Además el CIDI incluye módulos que exploran las características sociodemográficas, empleo, finanzas, factores familiares, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas crónicas, farmacoepidemiología, discapacidad y uso de servicios. Este instrumento ha mostrado tener una alta confiabilidad entre entrevistadores y se

encuentra adecuadamente validado ⁽¹²⁾. La traducción de este instrumento al español fue realizada siguiendo las guías desarrolladas por la OMS ⁽¹³⁾.

La EMSM aplica reglas de administración de instrumentos que permiten maximizar la eficacia de uso de tiempo durante su aplicación. Es por ello que el CIDI está constituido por dos partes, la primera de ellas incluye preguntas de tamizaje (preguntas que indican probabilidad de que el diagnóstico esté presente), en tanto que la segunda parte está destinada a profundizar en los hallazgos de la primera. En adelante emplearemos los términos “versión corta” y “versión larga”. La versión corta corresponde únicamente a la primera parte del instrumento, en contraste la versión larga que incluye ambas partes. Para cada participante, se seleccionó la versión a partir de las respuestas a las preguntas de tamizaje y también por selección aleatoria con probabilidad proporcional al número de sujetos que habitaban en las viviendas de la muestra.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se implementaron varias actividades con el fin de asegurar el control de calidad de la información incluyendo una extensa supervisión de campo. Dado que la muestra tuvo un diseño multietápico y estratificado; los datos fueron ponderados para ajustarlos a la probabilidad diferencial de selección y de no respuesta. Los errores estándar de la prevalencia de últimos 12 meses se corrigieron por medio del método de Linearización de Taylor con el paquete estadístico Sudaan versión 8.0.1 (<http://www.rti.org/sudaan>).

Se revisó la base de datos para identificar posibles errores e inconsistencias en relación con los tiempos de los eventos, respuestas faltantes, así como para introducir los valores correctos cuando ello era posible usando el paquete SAS. Los programas fueron diseñados por el equipo coordinador del proyecto internacional de la Universidad de Harvard que colaboró estrechamente con el control de calidad y certificación de la base de datos del presente trabajo de investigación.

ASPECTOS ÉTICOS

La aplicación de la EMSM en Perú fue aprobado por el Comité de Ética del INS del Perú. A todos los entrevistados se les aseguró que su participación era voluntaria y que podrían dejar de contestar en cuanto así lo desearan. También se les explicó que la información que proporcionarían sería confidencial y que sus datos personales no serían publicados. Al terminar la entrevista se entregó a los encuestados una lista de las instituciones de salud adonde podían acudir

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra del Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú, 2005

| Características | Frecuencia absoluta (sin pesos) | | Frecuencia relativa (con pesos) | |
|-----------------|---------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|
| | Versión Corta | Versión Larga | Versión Corta | Versión Larga |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 1759 | 797 | 48,4 | 48,4 |
| Femenino | 2171 | 1004 | 51,6 | 51,6 |
| Edad | | | | |
| 18-24 | 741 | 365 | 22,8 | 22,8 |
| 25-29 | 511 | 259 | 15,0 | 15,0 |
| 30-34 | 522 | 229 | 13,4 | 13,4 |
| 35-39 | 503 | 216 | 12,0 | 12,1 |
| 40-44 | 513 | 218 | 10,2 | 10,1 |
| 45-49 | 377 | 179 | 8,4 | 8,5 |
| 50-54 | 308 | 136 | 7,6 | 7,6 |
| 55-59 | 215 | 94 | 5,6 | 5,5 |
| 60-65 | 240 | 105 | 5,2 | 5,1 |
| Ciudad | | | | |
| Iquitos | 231 | 96 | 3,4 | 3,2 |
| Arequipa | 455 | 149 | 8,2 | 8,2 |
| Lima | 2778 | 1350 | 80,7 | 80,6 |
| Huancayo | 214 | 103 | 3,0 | 3,0 |
| Chiclayo | 252 | 103 | 4,9 | 5,0 |

Nota: la versión corta hace referencia a aquellas personas que respondieron únicamente la primera parte del CIDI (tamizaje).

si deseaban hablar más de los temas tratados en la entrevista.

RESULTADOS

El tamaño de la muestra fue 3930 personas en la versión corta y 1801 personas en la versión larga. En ambos casos el 51,6% fueron mujeres, otras características sociodemográficas se muestran de ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO

La prevalencia de uno o más trastornos de salud mental en los últimos 12 meses fue de 13,5% (Tabla 2). En relación al número de trastornos presentados en este período, 9,9% de la población presentó un trastorno, 2,6% de la población dos trastornos y 1% refiere haber presentado tres o más trastornos durante el último año.

Los tipos de trastornos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (7,9%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (3,5%), los trastornos

en el control de impulsos (3,5%) y los trastornos de uso de sustancias (1,7%). Dentro del grupo de trastornos de ansiedad, la fobia específica es la más prevalente (4,6%), seguida de la fobia social (1,4%) y por el trastorno de ansiedad de separación (1,2%). Al interior del grupo de trastornos del estado

de ánimo, el de mayor prevalencia es el trastorno depresivo mayor (2,7%). En el grupo de trastornos del control de impulsos, el más común es el trastorno explosivo intermitente (1,9%). Por último, se observa que el abuso de alcohol es el trastorno relacionado a sustancias más frecuente (1,5%), seguido de la dependencia al alcohol (0,5%).

Tabla 2. Prevalencia anual de trastornos mentales, Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú, 2005

| Trastorno | N.º (%) | EE (IC 95%) |
|---|-------------|---------------------|
| Trastornos de ansiedad | | |
| Trastorno de angustia* | 14 (0,3) | 0,1 (0,10 - 0,50) |
| Trastorno. ansiedad generalizada* | 8 (0,2) | 0,1 (0 - 0,40) |
| Fobia social * | 51 (1,4) | 0,1 (1,20 - 1,60) |
| Fobia específica* | 178 (4,6) | 0,3 (4,01 - 5,19) |
| Agorafobia sin trastorno de angustia* | 17 (0,5) | 0,1 (0,30 - 0,70) |
| Trastorno de estrés postraumático† | 7 (0,2) | 0,1 (0 - 0,40) |
| Trastorno de ansiedad de separación† | 31 (1,2) | 0,2 (0,81 - 1,59) |
| Cualquier trastorno de ansiedad† | 245 (7,9) | 0,5 (6,92 - 8,88) |
| Trastornos del estado de ánimo | | |
| Trastorno distímico* | 14 (0,4) | 0,2 (0,01 - 0,79) |
| Trastorno depresivo mayor* | 103 (2,7) | 0,2 (2,31 - 3,09) |
| Trastorno bipolar* | 30 (0,8) | 0,2 (0,41 - 1,19) |
| Cualquier trastorno del estado de ánimo | 132 (3,5) | 0,3 (2,91 - 4,09) |
| Otros trastornos | | |
| Trastorno negativista desafiante** | 5 (0,3) | 0,1 (0,10 - 0,50) |
| Trastorno de conducta** | 5 (0,2) | 0,1 (0 - 0,40) |
| Trastorno de déficit de atención** | 4 (0,2) | 0,1 (0 - 0,40) |
| Trastorno explosivo intermitente* | 69 (1,9) | 0,2 (1,51 - 2,29) |
| Cualquier trastorno del control de impulsos** | 65 (3,5) | 0,5 (2,52 - 4,48) |
| Trastornos relacionados a sustancias | | |
| Abuso de alcohol* | 49 (1,5) | 0,2 (1,11 - 1,89) |
| Dependencia de alcohol* | 15 (0,5) | 0,1 (0,30 - 0,70) |
| Abuso de drogas* | 7 (0,2) | 0,1 (0 - 0,40) |
| Dependencia a drogas* | 4 (0,1) | 0,1 (-0,10 - 0,30) |
| Cualquier trastorno por sustancias* | 57 (1,7) | 0,2 (1,31 - 2,09) |
| Cualquier trastorno | | |
| Cualquier trastorno† | 390 (13,5) | 0,8 (11,93 - 15,07) |
| Ningún trastorno† | 1411 (86,5) | 0,8 (84,93 - 88,07) |
| 1 trastorno† | 266 (9,9) | 0,7 (8,53 - 11,27) |
| 2 trastornos† | 85 (2,6) | 0,3 (2,01 - 3,19) |
| Más de 3 trastornos† | 39 (1) | 0,2 (0,61 - 1,39) |
| Severidad | | |
| Severa† | 79 (2,3) | 0,2 (1,91 - 2,69) |
| Moderada† | 166 (5,6) | 0,5 (4,62 - 6,58) |
| Leve† | 145 (5,6) | 0,6 (4,42 - 6,78) |

Nota: Para la clasificación se han empleado los criterios de la DSM-IV/WMH-CIDI

EE: error estándar

* Muestra de versión corta (n=3930). Prevalencia calculada usando los pesos de esta versión.

** Muestra de versión larga y de edad ≤ 44 años (n= 2794). Dado que los trastornos de control de impulsos tienen inicio en la niñez y en la adolescencia y tienden a mitigarse con la edad). Prevalencia calculada usando los pesos de la versión larga.

† Muestra de versión larga (n=1801). Prevalencia calculada usando los pesos de esta versión.

Dado que los trastornos de control de impulsos (específicamente el trastorno oposicionista de la conducta, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, y el trastorno de conducta) tienen inicio en la niñez y en la adolescencia y tienden a mitigarse con la edad, este grupo de trastornos fue evaluado sólo en sujetos entre 18 y 44 años de edad. Al poner esta restricción, dada su baja prevalencia en la población mayor a 44 años, no se afecta la prevalencia anual.

SEVERIDAD DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO Y ACCESO A TRATAMIENTO

Entre las personas que han presentado trastornos durante el último año, este fue leve en el 41,2% de los casos, moderado para el 41,6% y severo para 17,2% de los casos, tal como se puede apreciar en la Tabla 3. En tanto que en la Tabla 4 se presenta el porcentaje de la población que accede a distintos tipos de tratamiento de acuerdo a la severidad del trastorno. Solo el 32% de personas con trastornos severos de salud mental recibió algún tipo de tratamiento en el último año. Las personas con trastornos moderados de salud mental accedieron a tratamiento sólo en un 18,1%. Se observa el uso de servicios en un porcentaje similar para trastornos leves (15,4%). Los tipos de tratamiento considerados son medicina general, servicios de salud mental, cualquier servicio de salud, tratamiento alternativo (incluye medicina alternativa, complementaria, espiritual o religiosa, o grupo de autoayuda) y por último, la categoría de cualquier tratamiento (que incluye tanto tratamiento brindado por servicios de salud como tratamientos de tipo alternativo).

CORRELATOS DEMOGRÁFICOS DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL PRESENTADOS EN EL ÚLTIMO AÑO

Las personas en el grupo de viudos, separados y divorciados evidencian mayor riesgo de presentar un trastorno de salud mental en el último año que las personas casadas o convivientes (OR: 2,44; IC 95%: 1,27 - 4,67). El riesgo de las personas viudas, separadas y divorciadas excede asimismo al del grupo de solteros. No se observa diferencias significativas en el riesgo anual de presentar un trastorno comparando mujeres

Tabla 3. Severidad de trastornos mentales, Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú, 2005

| Trastorno | Severidad | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|------|--------|--------|----------|------|--------|-------|------|------|--------|--------|
| | Leve | | | | Moderada | | | | Alta | | | |
| | % | EE | IC 95% | | % | EE | IC 95% | | % | EE | IC 95% | |
| Trastornos de ansiedad | | | | | | | | | | | | |
| Trastorno de angustia* | 21,7 | 10,9 | 0,34 | 43,06 | 46,1 | 14,6 | 17,48 | 74,72 | 32,2 | 15,6 | 1,62 | 62,78 |
| Trastorno. ansiedad generalizada* | 14,3 | 13,4 | NC | NC | 40,1 | 19,3 | 2,27 | 77,93 | 45,6 | 20,5 | 5,42 | 85,78 |
| Fobia social * | 14,9 | 3,8 | 7,45 | 22,35 | 51,9 | 7,6 | 37.00 | 66,8 | 33,2 | 6,2 | 21,05 | 45,35 |
| Fobia especifica* | 35,1 | 3,3 | 28,63 | 41,57 | 50,5 | 4,1 | 42,46 | 58,54 | 14,4 | 2 | 10,48 | 18,32 |
| Agorafobia sin trastorno de angustia* | 22,3 | 9,5 | 3,68 | 40,92 | 62,5 | 13,2 | 36,63 | 88,37 | 15,3 | 9,3 | NC | NC |
| Trastorno de estrés postraumático† | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 52 | 24,4 | 4,18 | 99,82 | 48 | 24,4 | 0,18 | 95,82 |
| Trastorno de ansiedad de separación† | 27,7 | 7,4 | 13,2 | 42,2 | 50,9 | 9,1 | 33,06 | 68,74 | 21,4 | 7,6 | 6,5 | 36,3 |
| Cualquier trastorno de ansiedad† | 31,6 | 2,6 | 26,5 | 36,7 | 51,4 | 3,6 | 44,34 | 58,46 | 17 | 2,4 | 12,3 | 21,7 |
| Trastornos del estado de ánimo | | | | | | | | | | | | |
| Trastorno distímico* | 15,8 | 9,3 | NC | NC | 40,5 | 7,1 | 26,58 | 54,42 | 43,7 | 9,4 | 25,28 | 62,12 |
| Trastorno depresivo mayor* | 24,7 | 5,3 | 14,31 | 35,09 | 51,1 | 4,1 | 43,06 | 59,14 | 24,1 | 2,6 | 19.00 | 29,2 |
| Trastorno bipolar* | 20,1 | 8,9 | 2,66 | 37,54 | 43,6 | 8,9 | 26,16 | 61,04 | 36,3 | 6,4 | 23,76 | 48,84 |
| Cualquier trastorno del estado de ánimo | 24,7 | 5,4 | 14,12 | 35,28 | 48,7 | 4,2 | 40,47 | 56,93 | 26,5 | 2,7 | 21,21 | 31,79 |
| Otros trastornos | | | | | | | | | | | | |
| Trastorno negativista desafiante** | 58,2 | 23,9 | 11,36 | 105,04 | 0 | - | - | - | 41,8 | 23,9 | NC | NC |
| Trastorno de conducta** | 54 | 23,9 | 7,16 | 100,84 | 30,5 | 20,2 | NC | NC | 15,5 | 14,9 | NC | NC |
| Trastorno de déficit de atención** | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 26,2 | 24,2 | NC | NC | 73,8 | 24,2 | 26,37 | 121,23 |
| Trastorno explosivo intermitente* | 45,5 | 6,1 | 33,54 | 57,46 | 34 | 5,4 | 23,42 | 44,58 | 20,5 | 5,7 | 9,33 | 31,67 |
| Cualquier trastorno del control de impulsos** | 46,2 | 6,8 | 32,87 | 59,53 | 30,4 | 5,1 | 20,4 | 40,4 | 23,4 | 5,4 | 12,82 | 33,98 |
| Trastornos relacionados a sustancias | | | | | | | | | | | | |
| Abuso de alcohol* | 69,2 | 8,4 | 52,74 | 85,66 | 7,8 | 3,9 | 0,16 | 15,44 | 23 | 9,5 | 4,38 | 41,62 |
| Dependencia de alcohol* | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 100 | 0 | 100.00 | 100.00 |
| Abuso de drogas* | 2,9 | 3,2 | NC | NC | 51,3 | 24,8 | 2,69 | 99,91 | 45,8 | 24,4 | NC | NC |
| Dependencia a drogas* | 0 | - | - | - | 0 | - | - | - | 100 | 0 | - | - |
| Cualquier trastorno por sustancias* | 62,1 | 10,2 | 42,11 | 82,09 | 12,6 | 4,4 | 3,98 | 21,22 | 25,4 | 8,4 | 8,94 | 41,86 |
| Cualquier trastorno | | | | | | | | | | | | |
| Cualquier trastorno† | 41,2 | 3,2 | 34,93 | 47,47 | 41,6 | 2,9 | 35,92 | 47,28 | 17,2 | 1,2 | 14,85 | 19,55 |
| Ningún trastorno† | 0 | | | | 0 | | | | 0 | | | |
| 1 trastorno† | 51,1 | 4,1 | 43,06 | 59,14 | 39,9 | 3,8 | 32,45 | 47,35 | 9,1 | 1,8 | 5,57 | 12,63 |
| 2 trastornos† | 17,9 | 4,9 | 8,3 | 27,5 | 50,5 | 5,3 | 40,11 | 60,89 | 31,6 | 6,3 | 19,25 | 43,95 |
| Más de tres trastornos† | 5,5 | 3,6 | NC | NC | 36,4 | 5,4 | 25,82 | 46,98 | 58 | 7,4 | 43,5 | 72,5 |

Nota: los porcentajes de las tres columnas de severidad se reportan como proporciones de todos los casos y suman en cada fila 100%. Para la clasificación se han empleado los criterios de la DSM-IV/WMH-CIDI

EE: error estándar; NC: no calculable;

* Muestra de versión corta (n=3930). Prevalencia calculada usando los pesos de esta versión.

** Muestra de versión larga y de edad ≤ 44 años (n= 2794). Dado que los trastornos de control de impulsos tienen inicio en la niñez y en la adolescencia y tienden a mitigarse con la edad). Prevalencia calculada usando los pesos de la versión larga.

† Muestra de versión larga (n=1801). Prevalencia calculada usando los pesos de esta versión.

y hombres (Tabla 5). Comparando por nivel de ingreso económico, tampoco se observa diferencias. Tampoco se observa diferencias significativas entre los grupos de acuerdo a nivel de educación ni a edad (Tabla 5). No se observa asociación entre la severidad del trastorno de salud mental presentado durante los últimos 12 meses y ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas (Tabla 5).

CORRELATOS DEMOGRÁFICOS DE ACCESO A TRATAMIENTO PARA PERSONAS QUE HAN PRESENTADO TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO

En relación al acceso a tratamiento, en la Tabla 5 se observa que las mujeres que presentaron trastornos

Tabla 4. Severidad del trastorno de salud mental y tipo de tratamiento recibido, Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú, 2005

| | Severo | | Moderado | | Leve | | Sin trastorno | |
|--------------------------------------|--------|-----|----------|-----|------|-----|---------------|-----|
| | % | EE | % | EE | % | EE | % | EE |
| Tratamiento | | | | | | | | |
| Cualquier tratamiento* | 32,8 | 6,5 | 18,1 | 4,6 | 15,4 | 4,0 | 5,6 | 0,5 |
| Servicio en el que se atendió | | | | | | | | |
| Medicina general | 7,7 | 3,9 | 5,3 | 1,5 | 3,1 | 1,5 | 1,6 | 0,3 |
| Salud mental | 21,4 | 5,2 | 8,0 | 3,0 | 11,5 | 3,5 | 2,8 | 0,4 |
| Cualquier servicio de salud | 27,8 | 5,2 | 13,3 | 3,8 | 14,6 | 3,8 | 4,4 | 0,5 |
| Tratamiento alternativo** | 9,7 | 4,0 | 6,3 | 2,1 | 2,6 | 1,8 | 1,4 | 0,4 |

Muestra de versión larga (n=1801)

EE: error estándar

*Cualquier tratamiento incluye tanto tratamiento brindado por servicios de salud como tratamientos de tipo alternativo.

**Tratamiento alternativo incluye medicina alternativa, complementaria, espiritual o religiosa, o grupo de autoayuda

de salud mental durante el último año tienen mayor probabilidad que los varones de acceder a centros de tratamiento (OR: 2,06, IC 95%: 1,41-3,00). No se observa asociación entre acceso a tratamiento y otros correlatos demográficos estudiados como edad, ingreso, estado civil y educación.

CORRELATOS DEMOGRÁFICOS POR TIPO DE TRASTORNO DE SALUD MENTAL PRESENTADOS EN EL ÚLTIMO AÑO

En la Tabla 6 se observa que el riesgo de presentar cualquier trastorno del estado de ánimo se encuentra

Tabla 5. Correlatos demográficos de prevalencia de 12 meses de trastornos de salud mental, severidad y tratamiento, Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú, 2005

| Variable | Cualquier trastorno | | | Severidad* | | | Cualquier tratamiento | | |
|---------------------------|---------------------|--------|------|------------|--------|------|-----------------------|--------|------|
| | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Femenino | 1,27 | 0,96 | 1,69 | 1,24 | 0,71 | 2,18 | 2,06 | 1,41 | 3,00 |
| Edad | | | | | | | | | |
| 18-29 | 2,12 | 1,07 | 4,22 | 0,88 | 0,26 | 2,99 | 0,98 | 0,33 | 2,92 |
| 30-44 | 1,98 | 1,09 | 3,60 | 0,94 | 0,36 | 2,42 | 1,42 | 0,57 | 3,53 |
| 45-54 | 1,47 | 0,94 | 2,31 | 0,43 | 0,16 | 1,17 | 0,85 | 0,31 | 2,32 |
| ≥ 55 | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Ingreso | | | | | | | | | |
| Bajo | 1,18 | 0,70 | 2,00 | 1,17 | 0,67 | 2,04 | 0,57 | 0,30 | 1,08 |
| Promedio-bajo | 0,82 | 0,50 | 1,33 | 1,30 | 0,59 | 2,89 | 0,43 | 0,21 | 0,90 |
| Promedio-alto | 0,89 | 0,50 | 1,57 | 0,97 | 0,50 | 1,88 | 0,45 | 0,25 | 0,80 |
| Alto | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Estado civil | | | | | | | | | |
| Casado/Conviviente | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Separado/Viudo/Divorciado | 2,44 | 1,27 | 4,67 | 1,22 | 0,55 | 2,71 | 1,93 | 0,96 | 3,90 |
| Soltero | 1,13 | 0,92 | 1,39 | 0,78 | 0,37 | 1,62 | 1,20 | 0,69 | 2,12 |
| Educación | | | | | | | | | |
| Baja | 1,13 | 0,74 | 1,73 | 1,35 | 0,73 | 2,50 | 0,77 | 0,29 | 2,01 |
| Promedio-baja | 1,28 | 0,82 | 1,99 | 0,84 | 0,34 | 2,10 | 0,72 | 0,26 | 1,99 |
| Promedio-alta | 1,09 | 0,73 | 1,64 | 1,05 | 0,61 | 1,82 | 0,80 | 0,42 | 1,50 |
| Alta | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |

Nota: para la clasificación se han empleado los criterios de la DSM-IV/WMH-CIDI

Analizado con la muestra de versión larga (n=1801)

* Severidad definida como severa/moderada en comparación con leve (n=391, en esta columna)

Tabla 6. Correlatos demográficos de prevalencia de 12 meses de trastornos de salud mental por tipos, Encuesta Mundial de Salud Mental en el Perú, 2005

| Variable | Cualquier trastorno del estado de ánimo | | | Cualquier trastorno de ansiedad | | | Cualquier trastorno de control de impulsos* | | | Cualquier trastorno relacionado a sustancias | | |
|---------------------------|---|--------|------|---------------------------------|--------|------|---|--------|------|--|--------|-------|
| | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | | OR | IC 95% | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Femenino | 1,47 | 0,94 | 2,28 | 1,91 | 1,27 | 2,85 | 1,34 | 0,69 | 2,60 | 0,08 | 0,02 | 0,30 |
| Edad | | | | | | | | | | | | |
| 18-29 | 0,89 | 0,43 | 1,83 | 1,68 | 0,85 | 3,33 | 1,28 | 0,64 | 2,57 | ** | ** | ** |
| 30-44 | 1,27 | 0,56 | 2,88 | 1,50 | 0,87 | 2,59 | | | | ** | ** | ** |
| 45-54 | 1,10 | 0,48 | 2,53 | 0,88 | 0,56 | 1,40 | | | | ** | ** | ** |
| ≥ 55 | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | | | | |
| Ingreso | | | | | | | | | | | | |
| Bajo | 1,79 | 1,06 | 3,04 | 1,46 | 0,76 | 2,81 | 0,84 | 0,27 | 2,58 | 0,64 | 0,18 | 2,29 |
| Promedio-bajo | 1,19 | 0,58 | 2,43 | 0,90 | 0,46 | 1,77 | 0,58 | 0,21 | 1,61 | 0,54 | 0,17 | 1,69 |
| Promedio-alto | 0,83 | 0,33 | 2,06 | 1,16 | 0,66 | 2,05 | 0,62 | 0,22 | 1,76 | 0,75 | 0,18 | 3,16 |
| Alto | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | |
| Casado/Conviviente | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Separado/Viudo/Divorciado | 2,21 | 1,23 | 3,96 | 2,45 | 1,10 | 5,41 | 2,32 | 0,76 | 7,05 | 3,71 | 0,61 | 22,59 |
| Soltero | 1,49 | 0,88 | 2,52 | 0,74 | 0,50 | 1,08 | 1,15 | 0,65 | 2,05 | 2,67 | 1,06 | 6,73 |
| Educación | | | | | | | | | | | | |
| Baja | 1,02 | 0,45 | 2,27 | 0,92 | 0,50 | 1,72 | 1,23 | 0,42 | 3,59 | 2,01 | 0,61 | 6,64 |
| Promedio-baja | 0,70 | 0,25 | 1,92 | 0,92 | 0,45 | 1,88 | 1,19 | 0,40 | 3,53 | 12,02 | 3,35 | 43,12 |
| Promedio-alta | 1,16 | 0,56 | 2,44 | 1,15 | 0,67 | 1,95 | 0,69 | 0,31 | 1,54 | 2,32 | 0,83 | 6,43 |
| Alta | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |

Nota: para la clasificación se han empleado los criterios de la DSM-IV/WMH-CIDI

Analizado con la muestra de versión larga (n = 1801)

*Analizado con la muestra de versión larga y de edad ≤ 44 años (n=2794)

** El número reducido de observaciones limitó la posibilidad de análisis

asociado al estado civil, pues las personas separadas, viudas o divorciadas tienen mayor riesgo de sufrir cualquier trastorno de ansiedad en comparación a las personas casadas o convivientes (OR: 2,21, IC 95%: 1,23-3,96). De igual manera, el riesgo es mayor entre las personas de estado civil separado, viudo o divorciado en comparación con el grupo casado o conviviente (OR: 2,45, IC 95%: 1,10-5,41). En las personas que han presentado trastorno de ansiedad, el riesgo se duplica para las mujeres en comparación con los hombres (OR: 1,91, IC 95%: 1,27-2,85). El correlato demográfico de los trastornos de uso de sustancias es distinto al de los trastornos presentados. En este caso, el riesgo es menor en mujeres que en hombres (OR: 0,08, IC 95%: 0,02-0,30).

DISCUSIÓN

La EMSM en el Perú encontró que 13 de cada 100 encuestados entre 18 y 65 años de edad residentes de Lima, Arequipa, Huancayo, Iquitos y Tacna presentaron trastornos mentales en los últimos doce meses. Los

tipos de trastornos con mayor frecuencia durante el último año son los de ansiedad, estado de ánimo, control de impulsos y de uso de sustancias. Los trastornos más prevalentes en los últimos 12 meses fueron la fobia específica (4,6%); el trastorno depresivo mayor (2,7%); el trastorno explosivo intermitente (1,9%); y el abuso de alcohol (1,5%). Los trastornos reportados fueron severos en uno de cada cinco casos. Además, se encontró que más del 90% de las personas no llegan a acceder a tratamiento por un profesional de salud.

Nuestros hallazgos pueden ser comparados con los encontrados en otros países de Latinoamérica donde la EMSM ha sido también implementada. Así, hemos encontrado que la prevalencia de trastornos mentales en el último año en las ciudades investigadas en Perú es similar a la encontrada en el EMSM de México. Sin embargo, estas prevalencias para Perú se encuentran por debajo a las encontradas en Colombia y en población Latina en Estados Unidos ^(14,15). Las razones de estas diferencias entre países han estado más allá de los objetivos del presente estudio, y deben ser evaluadas en futuras investigaciones. En el caso del presente estudio

que analiza prevalencia anual de trastornos, no se ha podido comparar la información de prevalencia anual de trastornos analizada con estudios nacionales dado que no hemos podido identificar estudios o reportes publicados con información de prevalencia de doce meses para Perú ^(16,17,18).

Como se puede evidenciar en los análisis de asociación con factores demográficos, la mayoría de los trastornos mentales se localizan más en personas que son viudas, separadas o divorciadas que las que son casadas. El sexo femenino se asocia a un mayor riesgo de trastornos ansiosos, pero a un menor riesgo de tener trastorno por consumo de sustancias. Otros factores se asocian de manera inconsistente con algunos de los trastornos, con amplios intervalos de confianza que dificulta su interpretación. De esta manera, desde el punto de vista de salud pública, de la información analizada en este estudio, solo el sexo y el estado civil identifican subgrupos de la población que están en mayor riesgo de estar padeciendo en el último año de trastornos mentales, y en quienes se podrían dirigir estrategias de control para reducir la carga de enfermedad generada por estos trastornos.

Un elemento fundamental que evidencia este estudio es la urgente necesidad de fortalecer la oferta y el acceso a tratamiento de salud mental. En el caso de las personas con trastornos de salud mental moderados, solo uno de cada cinco recibió algún tipo de tratamiento en el último año. No se observa una clara correspondencia entre la severidad del trastorno y los factores demográficos estudiados. Dado que el acceso a cualquier tratamiento fue menor en hombres que en mujeres, estas estrategias deberían tener un componente que, además, ponga énfasis en facilitar el acceso de los hombres al tratamiento.

La limitada oferta de tratamiento para personas con trastornos de salud mental se evidencia para personas con trastornos leves (84%), moderados (81,9%) y también para un alto porcentaje de quienes sufren de un trastorno severo (67%). Es decir, que la oferta de tratamiento debe brindar opciones para personas con trastornos de distinta severidad.

Si bien hubiera sido ideal que todos los países que han formado parte de la EMSM lo hicieran de manera simultánea, una importante fortaleza del presente estudio la constituye la comparabilidad externa que permite poner en contexto la situación de salud mental y de uso de servicios en el Perú. El estudio permite comparar los resultados con los de estudios de la EMSM de otros países realizados en el mismo periodo.

Por limitaciones de presupuesto, el estudio no fue diseñado para cubrir un ámbito nacional. Por otro lado, estudios futuros deberían plantear como objetivo generar información para un ámbito de mayor representatividad geográfica que el propuesto en la presente investigación.

En conclusión, 13 de cada 100 residentes de las ciudades investigadas han presentado un trastorno de salud mental en el último año. El acceso a servicios para las personas con trastornos de salud mental es muy limitado, entre personas con trastornos severos solo uno de cada tres ha recibido algún tipo de tratamiento durante los últimos 12 meses. La magnitud de los trastornos de salud mental y la brecha de atención pone en evidencia la urgente necesidad de dirigir atención y recursos hacia la detección y tratamiento oportuno de las enfermedades mentales en el Perú.

Agradecimientos: la Encuesta Mundial de Salud Mental en Perú se desarrolla en colaboración con la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH) de la Organización Mundial de la Salud, la cual contó con financiamiento del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH; R01 MH070884), la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, la Fundación Pfizer, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (R13-MH066849, R01-MH069864, y R01 DA016558), el Centro Internacional Fogarty (FIRCA R03-TW006481), la Organización Panamericana de la Salud, y las compañías farmacéuticas Eli Lilly, Ortho-McNeil, GlaxoSmithKline, y Bristol-Myers Squibb. Agradecemos al personal de los Centros de Coordinación de Recojo y Análisis de datos del WMH el apoyo en la implementación del trabajo de campo y consultoría en el análisis de datos. Ninguno de los fundadores participó en el diseño, análisis, interpretación o preparación de este artículo. La lista completa de publicaciones de WMH se encuentra en el enlace <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>. La Encuesta Mundial de Salud Mental en Perú fue financiado por el Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), con apoyo adicional de la Organización Panamericana de la Salud. Los investigadores principales son la Dra. Marina Piazza y el Dr. Fabián Fiestas del INS. El Instituto Nacional de Estadística (INEI) desarrolló el trabajo de Campo. Agradecemos a Ron Kessler, Nancy Sampson y Colleen Bouzan (Universidad de Harvard), María Elena Medina Mora y Guilherme Borges (Instituto Mexicano de Psiquiatría), Jorge Rodríguez y María Edith Baca (Organización Panamericana de la Salud), Sergio Aguilar Gaxiola (Universidad Estatal de California en Fresno) y al equipo técnico local (conformado por funcionarios del MINSA, del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi y del INEI), el cual participó en la revisión del instrumento durante la fase inicial del estudio.

Contribuciones de autoría: MP y FF participaron de la ideación de estudio y en los análisis. MP escribió el primer borrador del artículo, con contribución significativa de FF. Ambos autores aprobaron la versión final del artículo.

Fuentes de financiamiento: Instituto Nacional de Salud.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The World Mental Health. The World Mental Health Survey Initiative [Internet]. Boston: Harvard Medical School; c2005 [citado el 28 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>
2. Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008.
3. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P, Benjet C, et al. *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Salud Mental. 2003;26(4):1-16.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS; 2009.
5. Perú, Ministerio de Salud. *Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008*. Lima: MINSA; 2009.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda* [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2008 [citado el 28 de enero del 2014]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/>
7. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. *El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales*. Salud Pública Méx. 2004;46(5):451-63.
8. Wittchen HU. *Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research--the NAPE Lecture 1999*. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta Psychiatr Scand. 2000;101(1):2-10.
9. Kessler RC, Ustun TB. *The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Int J Methods Psychiatr Res. 2004;13(2):93-121.
10. The World Mental Health. The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) [Internet]. Geneva: WHO; c2004 [citado el 28 de enero del 2014]. Disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/cidi/index.php>
11. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, et al. *Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI)*. Int J Methods Psychiatr Res. 2004;13(2):122-39.
12. Andrews G, Peters L. *The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1998;33(2):80-8.
13. World Health Organization (WHO). *Procedures for the development of new language versions of the WHO Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI)*. Geneva: WHO; 1998.
14. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA. 2004;291(21):2581-90.
15. Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. *Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California*. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(9):771-8.
16. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico en salud mental 2002*. Anales de Salud Mental. 2002;18(1-2):13-81.
17. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003*. Anales de Salud Mental. 2003;19(1-2):25-102.
18. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana 2004*. Anales de Salud Mental. 2004;21(1-2):25-98.

Correspondencia: Marina Piazza
 Dirección: Calle Huamachuco 1712, Lima 11, Perú.
 Teléfono: 999 60 7630
 Correo electrónico: piazzamarina@gmail.com