



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Vicente, Benjamín; Saldivia, Sandra; Pihán, Rolando  
PREVALENCIAS Y BRECHAS HOY; SALUD MENTAL MAÑANA

Acta Bioethica, vol. 22, núm. 1, junio, 2016, pp. 51-61

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55446795006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://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

# PREVALENCIAS Y BRECHAS HOY; SALUD MENTAL MAÑANA

Benjamín Vicente<sup>1</sup>, Sandra Saldivia<sup>1</sup>, Rolando Pihán<sup>1</sup>

**Resumen:** La OMS coloca a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) en el mundo. La depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos. Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su lapso de vida y un 22,2% ha tenido uno durante el año pasado. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, seguidos por depresión mayor y trastornos por consumo de alcohol. Solo el 38,5% de quienes han sido diagnosticados reciben algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria. En niños y adolescentes, la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). Estos trastornos son principalmente de ansiedad y disruptivos. La prevalencia es más alta entre niños de cuatro a once años de edad (27,8%) que entre aquellos de 12 a 18 años, y esta diferencia se debe principalmente a trastornos disruptivos. La prevalencia de trastornos de ansiedad es la segunda más alta, aunque menos asociada con discapacidades, mientras que muchos niños y adolescentes con trastornos afectivos están discapacitados y solo un quinto de las personas con necesidad de servicios buscan alguna forma de asistencia. Casi un cuarto de aquellos que usan los servicios no presentaron diagnóstico psiquiátrico durante el año pasado. La comorbilidad ocurre en el 27% de aquellas personas que presentan trastornos, pero solo el 7% tienen tres o más diagnósticos. No abordar la brecha de tratamiento en salud mental tiene serias implicaciones en la salud pública.

**Palabras clave:** salud mental, carga, barreras, brecha de servicio

**Prevalence and gaps today; mental health tomorrow**

**Abstract:** WHO places Chile among countries with greater morbidity burden for psychiatric diseases in the world (23,2%). Major depression and alcohol consumption disorders hold the first and second place in disabilities attributed to adults. Almost a third of the population older than 15 years have suffered a psychiatric disorder during life span and 22,2% persons have had one in the last year. Anxiety disorders have more prevalence, followed by major depression and alcohol consumption disorders. Only 38,5% of those diagnosed receive some type of mental health care, by an specialist or a primary health care physician. In children and adolescent, prevalence of any psychiatric disorder is 22,5% (19,3% for boys and 25,8% for girls). These disorders are mainly disruptive and of anxiety. Prevalence is higher for children between 4 to 11 years (27,8%) than between 12 and 18 years, and this difference is due mainly to disruptive disorders. Prevalence of anxiety disorders is the second highest, even though less associated with disabilities, while many children and adolescents with affective disorders are disabled and only a fifth of persons with health care needs look for some form of care. Almost a fourth of those that use health care services did not present psychiatric diagnosis during last year. Co morbidity occurs in 27% of those with disorders, but only 7% have three or more diagnosis. Not addressing treatment gap in mental health has serious implications in public health.

**Key words:** mental health, burden, barriers, health care gap

**Prevalências e lacunas hoje; saúde mental amanhã**

**Resumo:** A OMS coloca o Chile entre os países com maior carga de morbidade por enfermidades psiquiátricas (23,2%) no mundo. A depressão maior e os transtornos por consumo de álcool ocupam o primeiro e segundo lugar nas discapacidades atribuídas entre adultos. Quase um terço da população maior de 15 anos tem sofrido um transtorno psiquiátrico em seu lapso de vida e cerca de 22,2% tiveram um durante o ano passado. Os transtornos de ansiedade são os mais prevalentes, seguidos por depressão maior e transtornos por consumo de álcool. Somente 38,5% daqueles que foram diagnosticados recebem algum tipo de serviço de saúde mental, seja de um especialista ou de um médico de atenção primária. Em crianças e adolescentes, a prevalência de qualquer transtorno psiquiátrico é de 22,5% (19,3% para meninos e 25,8% para meninas). Estes transtornos são principalmente de ansiedade e disruptivos. A prevalência é mais alta entre meninos de quatro a onze anos de idade (27,8%) do que entre aqueles de 12 a 18 anos, e esta diferença se deve principalmente a transtornos disruptivos. A prevalência de transtornos de ansiedade é a segunda mais alta, embora menos associada com discapacidades, enquanto muitos meninos e adolescentes com transtornos afetivos estão desabilitados e somente um quinto das pessoas com necessidade de serviços busca alguma forma de assistência. Quase um quarto daqueles que usam os serviços não apresentou diagnóstico psiquiátrico durante o ano passado. A comorbidade ocorre em 27% daquelas pessoas que apresentam transtornos, porém só 7% têm três ou mais diagnósticos. Não abordar a lacuna de tratamento em saúde mental tem sérias implicações para a saúde pública.

**Palavras-chave:** saúde mental, carga, barreiras, lacunas de serviço

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Concepción, Concepción, Chile  
Correspondencia: bvicent@udec.cl

## Carga de las enfermedades mentales

La carga de las enfermedades mentales fue seriamente subestimada por los enfoques tradicionales que consideraban solo la muerte y no la discapacidad. Ya a mediados de la década de los 90(1), el Programa de la Organización Mundial de la Salud sobre carga de las enfermedades mentales redefinió cómo esta debería ser evaluada e hizo proyecciones hasta el año 2020. En la actualidad, prevalencia, años vividos con discapacidad y mortalidad se toman en consideración con el fin de calcular la discapacidad ajustada por año de vida y los años vividos con discapacidad, ya ampliamente conocida como DALYS o AVISA.

Hace más de una década, concretamente en 2002, las condiciones neuropsiquiátricas solo explicaban el 1% de las muertes en el mundo, pero eran responsables del 13% de la carga global de las enfermedades y del 28% de los años vividos con discapacidad.

Las regiones del planeta difieren marcadamente respecto del número de DALYS debidas a condiciones neuropsiquiátricas.

En nuestro país, de acuerdo con el estudio de carga de enfermedad del 2008(2), los trastornos neuropsiquiátricos generan la mayor contribución para todos los grupos etarios, representando un 30,4%. En América Latina y el Caribe la contribución total a los DALYS varía de un 15 al 25%; mientras que en Estados Unidos y Canadá es de un 30,9% y 33,9%, respectivamente; en África alcanza solo al 5% y en Europa a un promedio cercano al 20%.

En Chile, la causa específica más relevante para todos los grupos etarios, en términos de su contribución a los DALYS, es el trastorno depresivo unipolar, que alcanza el segundo lugar con el 4,5% del total; la dependencia al alcohol ocupa el cuarto lugar con el 3,4% y —complementariamente— la cirrosis hepática alcanza el quinto lugar con 3,3%.

Entre los hombres, la dependencia al alcohol es la segunda causa de DALYS, la cirrosis hepática es la tercera, la depresión unipolar la quinta y las agresiones la sexta. Entre las mujeres los trastornos

depresivos ocupan el segundo lugar, los trastornos de ansiedad el tercero y las agresiones llegan al cuarto. La esquizofrenia se encuentra también entre las 20 causas más importantes. El peso de los trastornos psiquiátricos específicos es aún más grande cuando se examinan solo aquellos que están presentes entre los 10 y 59 años de edad(2,3) (tabla 1).

En Chile, la gran contribución de las condiciones neuropsiquiátricas refleja los avances en salud pública y en la atención sanitaria general. Cuando los trastornos neuropsiquiátricos contribuyen menos a los DALYS, esto indica que el país está todavía primariamente implicado en luchar contra enfermedades infecciosas, lo que se traduce en una alta mortalidad relativa, si se compara con las enfermedades cancerosas y cardiovasculares que se presentan mucho más tarde en la vida y que tienen menor prevalencia que muchos trastornos psiquiátricos.

Las necesidades de salud mental de la población no pueden estimarse analizando exclusivamente los trastornos en los ejes 1 y 2 del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

Los trastornos propios de la transición epidemiológica, como las enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, hipertensión, cáncer de pulmón y otros, o la cirrosis hepática, tienen importantes componentes del comportamiento y estilos de vida.

Los trastornos emergentes también contribuyen a la carga de enfermedad mental de una nación en desarrollo y necesitan ser tratados adecuadamente por los agentes de salud, ya que pueden a su vez expresarse en una variedad de condiciones psiquiátricamente relacionadas, como son los homicidios, suicidios, accidentes automovilísticos, consumos de substancias, HIV/SIDA, abuso infantil, abuso a mujeres y otros tipos de violencia.

En ambos grupos los factores de riesgo están asociados a estilos de vida, características demográficas y factores sociales. Los factores demográficos, tales como edad, género, nivel socioeconómico y social, estado civil, etnia y ruralidad no son fáci-

Tabla 1. Resultados seleccionados de países que entregaron información al Proyecto ATLAS 2011.

PAIS	Presupuesto Salud %PIB	Presupuesto Salud Mental %	Gasto per cápita (PPPinf US\$)	Tasa Suicidio X10.000		Carga Global
				Hombres	Mujeres	
Argentina	9.53	-	549.0	12.7	3.4	24.6
Bolivia	5.07	-	161.0	2.2*		15.6
Brasil	9.05	2.38	323.0	7.3	1.9	20.3
Canadá	10.0	7.2	2557.4	16.8	5.5	33.9
Chile	8.27	2.78	363.0	17.4	3.4	30.4
Ecuador	6.08	1.20	165.0	9.1	4.5	21.7
México	6.47	0.65	344.0	6.8	1.3	19.4
Paraguay	7.08	0.31	119.0	5.5	2.7	19.2
Perú	4.62	0.27	184.0	1.1	0.6	21.8
Uruguay	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	16.21	6.2	3076.0	17.7	4.5	30.9

\* Tasa Global

les de modificar; sí podríamos tratar de impactar variables de la conducta individual, tales como la dieta, el consumo de tabaco, el uso de jeringas, la posesión de armas y el uso del cinturón de seguridad en vehículos motorizados etc.

Las tasas de suicidio, en claro y vertiginoso incremento, parecen directamente relacionadas con el porcentaje del PIB nacional invertido en salud y la muy escasa proporción de este gastado en salud mental.

#### Prevalencia de trastornos emergentes relacionados con salud mental

El Ministerio de Salud de Chile utiliza algunos indicadores básicos para analizar las tasas de mortalidad, entre las que se encuentran las denominadas “causas externas”. En 2009 estas fueron responsables del 8,9% de las muertes, similar al porcentaje encontrado en 2003. De estos fallecimientos, 2,8% se debieron a accidentes de tránsito y 26,4% a suicidios. La tasa de mortalidad ajustada por accidentes de tránsito fue de 12,4 por 100.000, con un mayor peso para los hombres (20,2) que para las mujeres (5,1); mientras que la tasa derivada de heridas autoinflingidas alcanzó un 12,7 por 100.000 y fue casi cuatro veces más alta para hombres (20,8) que para mujeres (5,0)(4). En 2008, la incidencia de HIV/SIDA alcanzó 2,1 por 100,000 habitantes (4,0 para

hombres y 0,8 para mujeres) y el 16,9 de los recién nacidos provenían de madres de menos de 20 años de edad.

Respecto del consumo de substancias, el décimo primer estudio nacional de drogas en población general llevado a cabo por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), publicado en 2015, indicó una prevalencia anual de consumo de marihuana de 11,3%, que revierte la tendencia decreciente observada desde el 2006 (7,2%) al 2010 (4,6%). La misma curva se encuentra en los grupos más jóvenes: el uso de marihuana por adolescentes (12-18 años) sube de 5,3%, en 2010, a 13,5%, en 2012, así como también en adultos jóvenes (19-25 años), donde sube de 17,5%, en 2008, a 24%, en 2012. La prevalencia del consumo de cocaína en 2010 fue de 0,7%, incrementándose a 1,4% en 2012 y en el segmento de edad de 19-25 años alcanza 1,6%; mientras que en el caso de la pasta base de cocaína la prevalencia de consumo sube de 0,4% en 2010 a 0,5% en 2012(5) (tabla 2).

Sin lugar a dudas, el alcohol se mantiene como la droga legal más consumida en Chile, con una tasa ajustada de mortalidad debida a cirrosis hepática y otras enfermedades hepáticas crónicas de 24,11 por 100.000 (34,01 para hombres y 14,40 para mujeres), también considerando datos de 2012.

Tabla 2. Evolución de las prevalencias de consumo (% mes/año).

Año	Mes tabaco	Mes alcohol	Año marihuana	Año cocaína	Año pasta base
2000	44.0	54.4	5.7	1.5	0.7
2002	43.6	59.6	5.0	1.5	0.5
2004	43.6	57.9	5.4	1.3	0.6
2006	42.4	58.1	7.2	1.3	0.6
2008	41.2	49.8	6.4	1.8	0.7
2010	36.0	40.5	4.6	0.7	0.4
2012	34.0	40.8	7.1	0.9	0.4
2014	34.7	48.9	11.3	1.4	0.5

Adaptada de informe SENDA 2015

**Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población adulta**

En Chile se efectuaron dos grandes estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en los años noventa. Uno de dichos estudios determinó prevalencias de un mes en Santiago(6), y el otro fue un estudio de representación nacional realizado en cuatro regiones (Metropolitana, Biobío, Tarapacá y Araucanía)(7,8). El estudio nacional, basado en los criterios diagnósticos del DSM-III-R, emplea el CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta), ampliamente utilizada internacionalmente para estudios transnacionales comparativos que también han incluido a Chile(9). La ansiedad y los trastornos por abuso de substancias son menos frecuentes en Chile que en

Canadá, Alemania, Holanda y los Estados Unidos. Sin embargo, los trastornos afectivos son igualmente prevalentes (tabla 3). Casi un tercio de la población ha tenido algún trastorno psiquiátrico en su vida, y el 22,2% ha tenido uno durante cualquier periodo de 12 meses. Los trastornos de ansiedad tienen la más alta prevalencia y las depresiones mayores corresponden a uno de los trastornos específicos con la mayor prevalencia, un 9,2% si consideramos vida y 5,7% dentro de un año. Por otro lado, la prevalencia de trastornos debido al consumo de alcohol y drogas también es alto (11% y 8,1%, respectivamente) y la proporción de la población que presenta trastornos moderados (5,5%) y severos (3,3%) no es despreciable(10).

Tabla 3. Prevalencia de trastornos psiquiátricos (DSM) en Chile, comparados con otros países\*.

	Canadá % (se)	Chile % (se)	Alemania % (se)	Holanda % (se)	Estados Unidos % (se)
<b>Tipo de trastorno</b>					
Trastorno de ánimo	4.9 (0.5)	9.0 (1.3)	11.9 (0.5)	8.2 (0.5)	10.7 (0.6)
Trastorno de ansiedad	12.4 (0.6)	5.0 (1.3)	11.9 (0.5)	13.2 (0.7)	17.0 (0.6)
Trastorno de abuso de sustancias	7.9 (0.5)	6.6 (0.9)	5.2 (0.5)	9.9 (0.5)	11.5 (0.5)
Cualquier trastorno	19.9 (0.8)	17.0 (1.8)	22.8 (0.7)	24.4 (1.0)	29.1 (0.7)
<b>Gravedad del trastorno</b>					
Ninguna	80.1 (0.8)	83.0 (1.8)	77.2 (0.7)	75.6 (1.0)	70.9 (0.7)
Leve	12.4 (0.6)	8.1 (1.1)	10.8 (0.6)	14.1 (0.6)	13.8 (0.4)
Moderada	3.6 (0.4)	5.5 (0.8)	6.6 (0.4)	4.2 (0.3)	7.0 (0.4)
Grave	3.9 (0.4)	3.3 (0.6)	5.4 (0.3)	6.1 (0.3)	8.2 (0.5)
(n)	(6.320)	(2.181)	(3.219)	(6.030)	(5.384)

Adaptado de Bijl et al. (2003)(9). (\*) Restringido a algunos diagnósticos e individuos entre 18-54 años de edad.

Más aún, dentro de Chile existen grandes diferencias regionales en las tasas de los trastornos estudiados(8). La depresión mayor es más prevalente en el Área Metropolitana, mientras que el consumo de drogas y alcohol es mayor en Tarapacá. El primer caso puede relacionarse con el hecho de que el Área Metropolitana es el área urbana más grande del país, y el segundo con la localización de la Región de Tarapacá, cercana a la frontera con países que han experimentado un creciente tráfico de drogas. En Chile se estima que 4.380.197 personas mayores de 15 años han presentado algún trastorno psiquiátrico durante su lapso de vida y que 3.010.538 lo han padecido en los últimos 12 meses.

### **Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población infantil y adolescente**

#### *Población general*

En América Latina, la investigación acerca de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es limitada. Un estudio realizado a fines de la década pasada permitió conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra nacional representativa de niños y adolescentes chilenos, mediante la selección de sujetos de entre 4 y 18 años de edad, usando un diseño polietápico estratificado. La entrevista DISC-IV(11) (Diagnostic Interview Schedule) fue usada para obtener diagnósticos DSM-IV en 12 meses y fue complementada con cuestionarios que examinaron los factores familiares de riesgo, el índice socioeconómico y la utilización de servicios. La muestra alcanzó a 1.558 niños y adolescentes, con una tasa de respuesta de 82,4%. La tasa de prevalencia para todos los trastornos fue de 38,3%, sin considerar discapacidad asociada, y 22,5%, cuando se usaron los algoritmos de

discapacidad contenidos en la propia entrevista DISC-IV (tabla 4). El grupo de diagnóstico con más prevalencia fue el de los trastornos disruptivos (14,6%), seguido por los trastornos ansiosos (8,3%) y los afectivos (5,1%). Los trastornos por uso de sustancias en niños y adolescentes tienen una prevalencia de 1,2%. Por otro lado, los trastornos alimentarios y esquizofrénicos fueron relativamente raros(12,13).

En comparación con los niños, las niñas tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, principalmente fobia social ( $OR = 3,4$ , 95% CI (1,3 – 8,6)) y trastornos de ansiedad generalizada (TAG) ( $OR = 4,5$ , 95% CI (1,8, 11,5)). No se encontró diferencia de género en las tasas de prevalencia para trastornos afectivos, cuando se tomó en cuenta la discapacidad. Tampoco se observaron diferencias de género para trastornos disruptivos o por consumo de sustancias(12,13).

Se encontró pocas diferencias estadísticamente significativas en las tasas de prevalencia entre niños y adolescentes, y dichas diferencias no existieron en el caso de los trastornos afectivos y trastornos de ansiedad. Los adolescentes tuvieron tasas más altas de trastornos de conducta que los niños ( $OR = 3,2$ , 95% CI (1,2, 8,4)). Ningún niño —solo adolescentes— fue diagnosticado con trastornos de consumo de sustancias(12,13).

La percepción de la disfunción familiar estuvo significativamente asociada con cada categoría de trastorno psiquiátrico, y la estructura familiar se relacionó con la salud mental de niños y adolescentes. Con excepción de los trastornos por consumo de sustancias, los niños que vivían con solo un progenitor tenían tasas de trastornos psiquiátricos significativamente más altas. La psicopatología de los padres, pero no los trastornos

**Tabla 4. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil y adolescente\*.**

	Total		Masculino		Femenino		4-11 años		12-18 años	
		SE		SE		SE		SE		SE
Trastornos ansiosos	8.3	0.9	5.8	0.9	11.0	1.7	9.2	1.1	7.4	1.4
Trastornos afectivos	5.1	0.9	3.2	0.9	7.1	1.8	3.5	1.1	7.0	1.5
Trastornos disruptivos	14.6	1.1	13.5	1.3	15.8	2.3	20.6	2.1	8.0	1.7
Trastornos por uso de sustancias	1.2	0.4	1.4	0.5	1.1	0.5	-	-	2.6	0.8
Cualquier trastorno	22.5	1.6	19.3	1.8	25.8	2.8	27.8	2.2	16.5	2.0

\*Tomada del estudio Chileno de Trastornos psiquiátricos en Población Infanto-Juvenil.

de ansiedad o por consumo de sustancias, fue un factor de riesgo para los trastornos afectivos y disruptivos. Curiosamente, solo los trastornos por consumo de sustancias se asociaron con no poder graduarse de la enseñanza secundaria. Por otro lado, el estatus económico se relacionó inversamente con los trastornos de ansiedad(12,13).

### *Población específica (delincuentes juveniles)*

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal para una muestra de jóvenes de entre 12 y 18 años de edad con antecedentes delictuales. Los participantes fueron jóvenes privados de libertad en instituciones penales o de protección, y, por razones de conveniencia, se eligieron y agruparon muestras de 100 adolescentes por género y rango de edad, pareados con un segundo grupo de 100 adolescentes que no tenían antecedentes delictuales. Se utilizó una batería de instrumentos para evaluar ambos grupos (DISC-IV, WISC-R/WAIS, Cuestionario de Estilo de Vida Adaptado e Historia Familiar). Los dos grupos diferían en nivel intelectual, número de fracasos escolares, número de parejas sexuales, trastornos disociativos, niveles educacionales, jefe de familia, y último año escolar aprobado.

Durante los 12 meses previos al estudio, 64% de los jóvenes con antecedentes delictuales y 18% de los controles presentaron un diagnóstico psiquiátrico. Entre los primeros, los trastornos de ma-

yor prevalencia fueron los trastornos de conducta (46,7%), abuso de alcohol (26%) y dependencia de otras sustancias (18%); mientras que el grupo control mostró principalmente déficit atencional y trastornos de conducta (5% cada uno). Ambos grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en términos de su nivel de funcionamiento intelectual: 31% del grupo de estudio fue catalogado con inteligencia límitrofe y 34% fueron clasificados como de nivel lento, ninguno de los controles aparece en la primera categoría y solo un 3% en la segunda.

Los resultados que proporciona el análisis indican una capacidad predictiva del 98%, tanto para el grupo de adolescentes que cometieron delitos como para el grupo control. El principal predictor para la conducta delictual resultó ser el coeficiente intelectual (CI) de los participantes, seguido por los años de educación (cursos aprobados), número de detenciones, número de parejas sexuales, presencia de un diagnóstico de trastorno de conducta y nivel de educación del jefe de hogar.

### **Disponibilidad de servicios de salud mental**

El Proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud ha compilado la información sobre salud mental entregada por los ministerios de salud de sus países miembros (tabla 1)(14,15). Chile, a diferencia de más de un tercio del mundo, tiene una política de salud mental con cuidados comunita-

Tabla 5. Resultados seleccionados de países que entregan información al Proyecto Atlas-WHO Project 2005.

País	Camas	Psiquiatras	Psicólogos	Trabajadores sociales	Enfermeras
Argentina	6.0	13.3	106.0	11.0	
Bolivia	0.8	0.9	5.0		
Brasil	2.6	4.8	31.8		
Chile	1.3	4.0	15.7	1.5	1.1
Ecuador	1.7	2.1	29.1	0.1	0.5
México	0.7	2.7		0.2	0.1
Paraguay	0.7	1.8			0.1
Perú	0.5	2.1	4.0	1.0	6.0
Surinam	5.2	1.3	0.2	0.6	15.0
Canadá	19.3	12.0	35.0		44.0
Estados Unidos	7.7	13.7	31.1	35.3	6.5

camas = camas psiquiátricas/10,000; tasa de profesionales por 100.000 habitantes.

rios para estos problemas, junto con la legislación que protege, al menos parcialmente, los derechos de aquellos que sufren de enfermedades mentales.

De acuerdo con datos del Proyecto Atlas, el presupuesto para salud mental en Chile es el 2,78% del total destinado a salud (8,7% del PIB), claramente inferior al 6,2% y 7,2% de Estados Unidos y Canadá, respectivamente. El financiamiento primario para el cuidado de la salud mental se basa en el seguro de salud público, al que accede aproximadamente el 80% de la población. Desde 2006 la depresión y el primer episodio de esquizofrenia han sido incorporados al sistema de garantías explícitas de salud, permitiendo una cobertura más amplia y postular a un adecuado nivel de cuidado, proporcionado por las normas y protocolos pre establecidos; luego se incorporaron garantías que cubren consumo de sustancias en adolescentes (con un muy limitado impacto) y en 2014 el Trastorno Afectivo Bipolar. La garantía de calidad está aún pendiente.

Aunque Chile tiene más camas psiquiátricas disponibles que la mayoría de sus vecinos, la diferencia con Estados Unidos o Canadá es enorme (tabla 5). Cuando se compara con otros países del mundo, la tasa de camas de 1,3 por cada 100.000 habitantes es más baja que la mediana de los países con ingresos medio-altos y muchas están aún en hospitales psiquiátricos, sugiriendo que se usan más para casos crónicos que agudos.

Chile tiene 4,0 psiquiatras por 100.000 habitantes. En promedio, esta tasa es semejante a la de países latinoamericanos pero muy por debajo que la de la mayoría de los países desarrollados. En contraste, tendríamos 15,7% psicólogos por cada 100.000 habitantes. El cuidado de la salud mental y los especialistas para niños y adultos mayores son limitados y, en la mayoría de los casos, no están disponibles. Adicionalmente, existe una amplia disparidad de los recursos disponibles a través del país, y la concentración de especialistas en el mundo privado (20% de la población) alcanza niveles alarmantes(15).

### **Uso de los servicios y brecha de tratamiento**

En Chile, en la pasada década, muchos adultos con un trastorno psiquiátrico no buscaban aten-

ción para su enfermedad mental(16,17). Menos de la mitad de aquellos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico recibieron algún tipo de atención en los pasados seis meses (47,9%), mientras que solo el 36,5% recibió algún tipo de atención de salud mental, ya fuera de un médico especialista o general y el uso de servicios especializados fue escaso (solo 6,31%). Aunque una significativa proporción de las personas con trastornos graves hizo uso de servicios de salud mental, solo 21,36% recibió atención especializada(16). En general, el uso de servicios entre personas que presentan enfermedades mentales graves en Chile no difiere significativamente al compararla con países desarrollados. Sí cuando se analiza la atención especializada versus la gravedad del cuadro (tabla 6)(9).

Más recientemente, en la población de niños y adolescentes, 41,4% de los sujetos con necesidad de servicios busca algún tipo de asistencia y casi un quinto (17,8%) de aquellos que usan servicios no tienen un diagnóstico psiquiátrico en el año anterior. Los servicios más usados por aquellos que cuentan con un diagnóstico son los servicios existentes en contextos escolares (21,8%) y servicios psiquiátricos ambulatorios (19%). El grupo que presenta trastornos de conducta disruptiva buscó ayuda más a menudo.

Las brechas en el tratamiento de trastornos psiquiátricos específicos, esto es, el porcentaje de individuos que no reciben tratamiento, es algo menor que en otros países latinoamericanos, si se consideran los datos de la última década(18) (tabla 7). No obstante, estas tasas permanecen alarmantemente altas. Más de la mitad de las personas con trastornos bipolares y casi la mitad de aquellos que sufren de depresión mayor no han sido tratados. La brecha de 44,4% en el tratamiento de la psicosis no afectiva es mayor que en la mayor parte del mundo (32,2%), así como también la de los trastornos de consumo de alcohol (84,8%)(19). Las brechas de tratamiento en Chile podrían ser aún mayores si las áreas con incluso menor acceso a la salud, como las zonas extremas del país, hubiesen sido incluidas en el análisis.

En el caso de niños y adolescentes, las brechas son todavía mayores y consistentes con la escasa oferta

Tabla 6. Relaciones entre la seriedad del trastorno y tratamiento en Chile, comparado con otros países.

	Canadá % (se)	Chile % (se)	Alemania % (se)	Holanda % (se)	Estados Unidos % (se)
Porcentaje recibido por cualquier tipo de tratamiento					
Ninguno (sin casos)	3.4 (0.4)	14.4 (1.1)	14.1 (0.8)	7.6 (0.4)	6.3 (0.4)
Leve	10.4 (1.7)	12.3 (2.7)	29.6 (1.6)	13.3 (1.2)	11.3 (1.4)
Moderado	27.7 (4.7)	50.2 (6.3)	38.7 (3.3)	43.0 (3.4)	26.3 (3.2)
Grave	52.3 (5.1)	47.9 (8.0)	67.0 (3.0)	66.3 (2.6)	37.1 (2.3)
Total	7.0 (0.5)	17.3 (1.2)	20.2 (0.8)	13.4 (0.5)	10.9 (0.5)
De aquellos que recibieron cualquier tratamiento, porcentaje que recibió tratamiento especializado					
Ninguno (sin casos)	46.8 (4.9)	34.5 (7.2)	65.4 (2.5)	43.2 (2.4)	42.3 (4.9)
Leve	40.6 (6.6)	16.4 (8.7)	74.5 (3.7)	41.4 (4.9)	46.3 (6.2)
Moderado	50.8 (7.7)	48.2 (13.9)	68.2 (4.1)	47.3 (4.6)	50.6 (4.6)
Grave	61.6 (8.5)	44.6 (7.7)	79.8 (3.0)	60.0 (3.2)	62.9 (3.2)
Total	50.6 (3.7)	36.5 (4.9)	69.8 (1.7)	48.5 (1.6)	50.0 (2.8)

Adaptado de Bijl et al. (2003)(9).

de servicios disponibles para la población.

Las prevalencias de trastornos psiquiátricos en los adultos mayores es aún una deuda pendiente. Podemos anticipar que las brechas serán vergonzosas.

### Razones para la falta de tratamiento

A pesar de la evidencia en contrario, la población mantiene una percepción acerca de una falta de efectividad en el tratamiento. Muchas personas

también creen que el problema se resolverá a sí mismo e intentan manejarlo sin ayuda externa. Barreras directas, tales como aspectos financieros e insuficiente disponibilidad de los servicios, también interfieren con el tratamiento, y la falta de conocimiento respecto de las enfermedades mentales y el estigma asociado con estas constituyen las principales razones de por qué los chilenos no buscan tratamiento (tabla 8)(16,17).

Se espera que las brechas en el tratamiento sean

Tabla 7. Brechas en el tratamiento de enfermedades psiquiátricas en América Latina y el Caribe, en términos de porcentaje de individuos que requieren tratamiento, pero que no lo recibieron.

Trastorno	Sao Paulo (mes anterior)	Chile (seis meses)	México ENEP	Puerto Rico (año anterior)	Promedio	Mediana
	(año anterior)					
Psicosis no-afectiva	58.0	44.4	...	9.7	37.4	44.4
Depresión mayor	49.4	46.2	78.2	70.0	58.9	57.9
Distimia	43.8	32.4	81.5	...	58.8	58.0
Trastorno bipolar	46.0	50.2	85.7	...	64.0	62.2
Ansiedad generalizada	41.1	44.2	94.7	...	63.1	58.2
Trastorno de pánico	47.8	22.7	71.2	...	52.9	58.9
Trastorno obsesivo compulsivo	...	27.6	...	...	59.9	59.9
Dependencia a alcohol/sustancias	53.3	84.8	...	76.0	71.4	76.0

Adaptado de Kohn et al. (2005)(14).

más grandes entre personas de menores ingresos, dado su mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales(20) y su menor acceso relativo al tratamiento. La población indígena, específicamente mapuche, recibe virtualmente ninguna atención de salud mental. Solo el 6,5% de aquellos que han tenido un trastorno psiquiátrico en un año dado buscaron algún tipo de tratamiento y ninguno vio a un especialista en salud mental a pesar de la poca evidencia de que las tasas de trastornos mentales para los mapuche sean diferentes de aquellas de otros chilenos(21).

Los estudios que examinan el estigma de las enfermedades mentales son escasos, y el nivel de conocimiento en esta área es bajo.

## Discusión

### *Implicaciones*

Para que la discapacidad, al igual que la carga asociada con los trastornos mentales, sea eventualmente reducida, es necesario identificar las “brechas en el tratamiento” y reducir el retraso en el acceso a la atención, el denominado “retraso en el tratamiento”. Más aún, pensamos que algunos trastornos se pueden evitar, lo que sugiere que existe una “brecha en la prevención” así como también una “brecha en la intervención”. Las al-

tas tasas de discapacidad asociadas a los trastornos neuropsiquiátricos confirman la importancia de que estas condiciones reciban un tratamiento oportuno y eficaz. El inicio de las enfermedades mentales durante las etapas tempranas de la vida resulta en una prolongada discapacidad y carga, y el curso de la enfermedad sin tratamiento es a menudo crónico y aun más discapacitante.

Existe evidencia consistente que indica que los tratamientos en general son eficientes y eficaces en la reducción de la discapacidad, tanto para el individuo como para su familia, mejorando los síntomas y alterando el curso de la enfermedad.

No ocuparse de las brechas en el tratamiento tiene serias implicaciones para la salud pública. La pobreza, bajos niveles sociales y logros educacionales disminuidos son posibles consecuencias derivadas de la falta de tratamiento oportuno de algunas enfermedades mentales. Un tratamiento insuficiente o tardío puede también llevar a un deteriorado funcionamiento familiar, altas tasas de embarazo adolescente y mayor violencia doméstica. Por otro lado, los trastornos psiquiátricos sin duda alguna tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, incrementando las tasas de mortalidad, y especialmente de las tasas de suicidio.

Tabla 8. Razones para buscar atención por enfermedades físicas y mentales en grupos que aceptan la necesidad de atención.

Razón	Enfermedad física N = 1387		Enfermedad mental N = 347	
	%	se	%	se
Problema nunca resuelto por si mismo	55.5	3.7	65.7	5.0
Yo puedo resolver el problema por mi mismo	52.8	4.0	60.1	3.0
Carga financiera	35.8	3.2	43.6	3.2
Miedo al diagnóstico	33.4	2.1	36.7	2.4
Restricciones de tiempo	23.0	2.0	28.9	3.2
No confío en quienes proporcionan atención de salud	19.8	1.8	22.2	2.8
No es útil	15.4	1.7	27.6	2.6
Preocupado acerca de lo que dirán otros	10.0	1.7	24.1	4.0
No sé donde ir	10.9	1.4	29.0	3.1
Transporte	9.8	2.5	11.4	1.9
Alguien podría saber	8.5	1.4	22.1	4.0

Tomado de: Saldivia et al. (2004)(12).

La Organización Mundial de la Salud(22-24) ha hecho diez recomendaciones que pueden ser implementadas en Chile y otros países de la región, con el fin de reducir las deficiencias en el tratamiento de la enfermedad mental: 1) Hacer que los tratamientos sean más accesibles a través de la atención primaria; 2) asegurar la disponibilidad inmediata de los medicamentos psicotrópicos necesarios en todas las áreas de la atención de salud; 3) llevar la atención de salud mental desde las instituciones a la atención comunitaria; 4) educar a la población; 5) involucrar a las familias, comunidades y usuarios a mejorar el sistema de atención de salud; 6) expandir los programas nacionales de atención de salud mental; 7) incrementar y mejorar el entrenamiento profesional, especialmente en la atención de niños y adultos mayores; 8) incrementar los lazos con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales; 9) proporcionar monitoreo de los sistemas de salud mental a través de indicadores de calidad, y 10) apoyar una mayor investigación.

El rol de las enfermedades mentales y el uso de los servicios de salud para esos problemas y la discapacidad general asociada está, en nuestra opinión, todavía subvalorado en Chile, a pesar de los progresos de las últimas décadas. Los estudios de epidemiología psiquiátrica proporcionan información relevante a las autoridades, las que están en posición de asignar más recursos para enfrentar el desarrollo de una evidente epidemia de trastornos mentales. La permanencia de tal epidemia puede claramente anticiparse en América Latina en la medida en que los actuales procesos de transición epidemiológica continúen desarrollándose.

No obstante, se requiere de nuevos estudios, por ejemplo sobre cómo incrementar el interés por usar los servicios, la presencia de comorbilidad médica, la identificación de marcadores genéticos y metabólicos, y las cada vez más necesarias medidas objetivas de la discapacidad.

Con todo, seguiremos solo documentando mejor y más fielmente un fenómeno creciente y, con un significativo aumento de recursos, tratando más precoz y eficazmente la enfermedad.

Este es el desafío de hoy, pero, al sentarnos frente a pacientes, precozmente identificados y adecuadamente tratados, seguimos llegando tarde.

Una nueva revolución es deseable y necesaria, semejante a la impulsada por la salud pública en el siglo pasado. Los indicadores de salud general, como la mortalidad materno infantil, no se mejoraron prescribiendo antibióticos sino con medidas globales de saneamiento básico.

El desafío es repetir aquello en la salud mental. Estrategias audaces y de frontera que impacten la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental son el desafío de mañana.

## Referencias

1. Murray CJL, Lopez AD, (eds.) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank; 1996.
2. Ministerio de Salud. *Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública y Depto. de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile; 2008.
3. World Health Organization: *WHO Statistical Information System (WHOSIS)* <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>
4. Ministerio de Salud Chile. *Departamento de Estadísticas e Información de Salud DEIS*. <http://deis.minsal.cl/index.asp>
5. SENDA. Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General. Resultados Principales. *Observatorio Chileno de Drogas*, julio 2015.
6. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Brit J Psychiat* 2001; 178: 228-233.
7. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldívia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Brit J Psychiat* 2004; 184: 299-305.
8. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldívia S, Navarrete G, Veloso P, et al. Regional Differences in Psychiatric Disorders in Chile. *Soc Psych Psych Epid* 2006; 41: 935-942.
9. Bjil RV, De Graff R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Int J Psychiatry* 2003; 22(3): 122-133.
10. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldívia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Int J Psychiatry* 2006; 163: 1362-1370.
11. Shaffer D, Fischer P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 28-38.
12. Vicente B, Saldívia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitaria. *Rev Med* 2012; 140: 447-457.
13. Vicente B, De la Barra F, Saldívia S, Kohn R, Rioseco P, Melipillán R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: A community epidemiological study. *Rev Chil Psiquiatr* 2012; 47: 1099-1109. DOI 10.1007/s00127-011-0415-3.
14. World Health Organization. *Mental Health Atlas*. Geneva: WHO; 2005.
15. World Health Organization. *Mental Health Atlas*. Geneva: WHO; 2011.
16. Saldívia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Rev Chil Psiquiatr* 2004; 55(1): 71-76.
17. Vicente B, Kohn R, Saldívia S, Rioseco P, Torres S. Patrones de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. *Rev Chil Psiquiatr* 2005; 18(4-5): 263-270.
18. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Chil Psiquiatr* 2005; 18(4-5): 229-240.
19. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Rev Chil Psiquiatr* 2004; 82(11): 858-866.
20. Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J. Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population. In Dohrenwend BP, (ed.) *Epidemiology of Mental Health Problems* New York: Oxford University Press; 1998: 235-284.
21. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldívia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Rev Chil Psiquiatr* 2005; 51(2): 119-127.
22. World Health Organization. *World Health Report 2004: Mental Health: New Understanding, New Hope* Geneva: World Health Organization; 2001.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Salud Mental en las Américas: Situación Actual y Desafíos* Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
24. World Health Organization. *Managing Mental Health Global Action Program: A Plan of Work 2008-2013* Geneva: World Health Organization; 2008.

Recibido: 29 de enero de 2016

Aceptado: 15 de febrero de 2016