

Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del *Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003*

José A. Posada-Villa¹
Sergio A. Aguilar-Gaxiola²
Cristina G. Magaña³
Luis Carlos Gómez⁴

Resumen

Este estudio forma parte de la *Encuesta mundial de salud mental* (EMSM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y describe la prevalencia de trastornos mentales, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta.

El *Estudio nacional de salud mental Colombia 2003* (ENSM) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para cinco regiones del país, cuya población blanco fue la población no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas. La tasa de respuesta ponderada fue de 87,7%.

El instrumento utilizado es la versión computarizada de la *Entrevista diagnóstica internacional compuesta* (versión certificada 15), que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10. Alrededor del 56% de la muestra fueron mujeres, el 37% tenían entre 18 y 29 años, de las cuales el 26% reportó únicamente estudios primarios y el 45%, estudios secundarios.

El 40,1% de la población reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV, el 16,0% de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4% presentó alguno en los últimos treinta días. Los trastornos más frecuentemente reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y los trastornos por uso de sustancias (10,6%). El 4,9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3% lo ha intentado en los últimos treinta días.

.....
¹ Fundación Saldarriaga Concha, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

² Coordinador para Latinoamérica y el Caribe de la *Encuesta mundial de salud mental* (EMSM).

³ Universidad Estatal de California, Fresno, EE. UU.

⁴ Estadístico-muestrista, sociólogo, MA.



Sólo una de cada diez personas con un trastorno mental y sólo una de cada cinco con dos o más trastornos mentales dijo recibir servicios de cualquier tipo en el último año. Esto representa un reto para el sistema de salud y demuestra la necesidad de enfocar atención y recursos hacia el tratamiento oportuno de enfermedades mentales.

Palabras clave: prevalencia, epidemiología, trastornos mentales, Colombia.

Title: Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003.

Abstract

This study comprises part of the World Mental Health Survey (WMH) of the World Health Organization (WHO) and describes the prevalence of mental disorders, variations in the geographic distribution of disorders, the socio-demographic correlates and the utilization of services in the adult urban population.

The Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 (ENSM) is based on a probabilistic, multistage and stratified sampling design within 5 regions of Colombia. The target population was urban non-institutionalized inhabitants of permanent dwellings, between the ages of 18 to 65 years. The response rate was 87.7%.

The instrument used for this study was a computerized version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (registered version 15) that provides diagnoses in agreement with the Statistical Manual of Mental Disorders-IV and the International Classification of Disease, edition 10. Fifty-six percent of the sample was female, 37% was between the ages of 18 and 29 years old, and 26% had only a primary education while 45% had secondary education.

Lifetime prevalence rates were calculated at 40.1% for any of the 23 DSM-IV disorders

included in the CIDI, 16% for the past 12 months, and 7.4% for the past 30 days. Anxiety disorders were most frequently reported (19.3% lifetime prevalence rates) followed by affective disorders (15.0%) and substance use disorders (10.6%). Lifetime rates for suicide attempts for the overall sample were calculated at 4.9% with 1.3% reported suicide attempts in the past 30 days.

The data indicates that only one out of every 10 individuals with one mental disorder and only one out of every five with two or more mental disorders receives any type of treatment. This represents a challenge to the system of health care and demonstrates the need to focus our attention and resources toward the treatment of mental disorders.

Key words: Prevalence, epidemiology, mental disorders, Colombia.

Introducción

El progreso científico y tecnológico del mundo moderno se ha reflejado en mejores opciones de atención con respecto a la salud mental de las personas (1). Asimismo, nuevas alternativas para el tratamiento, derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales, han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización y la calidad de vida de las personas que sufren trastornos graves ha mejorado considerablemente. Sin embargo, se espera que la prevalencia y la incidencia de enfermos aumenten, debido a problemas como pobreza, violencia, aumento en el abuso de drogas, envejecimien-

to de la población, entre otros factores (1),(2).

En Colombia no se ha estudiado profundamente la magnitud con que se presentan los trastornos mentales, ni sus factores de riesgo y protectores. Tampoco existen estudios previos que utilicen una metodología e instrumentación, como las reportadas en este estudio, que permitan comparaciones con otros estudios y con otros países.

De este modo, a pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos continúa siendo deficiente. Se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la del médico general (3); sin embargo, su detección, tratamiento o canalización a servicios especializados es insuficiente, y existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre el momento en que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable (4),(5).

Por otra parte, la población no solicita la ayuda que está disponible. Junto con razones derivadas del estigma o la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales, así como del desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial, están las diferencias en las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios.

Mientras que la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicas, etc.) que presentan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos. Por lo tanto, la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de atención dificultan la entrada a tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2001 (1), dedicó completamente su reporte anual a la salud mental, en un esfuerzo por colocar estos problemas en el centro de la agenda de salud pública, y desarrolló e invitó a los gobiernos a colaborar en la iniciativa de Salud Mental 2000, para recabar información que pudiera ser útil para orientar las políticas públicas de salud en este campo.

El *Estudio nacional de salud mental Colombia 2003* (ENSM), financiado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia, forma parte de la iniciativa denominada *Encuesta mundial de salud mental* (EMSM), de la OMS (6). La EMSM es una iniciativa de la OMS, cuyos objetivos son llevar a cabo estudios comparativos transnacionales y coordinar la implementación y el análisis de encuestas epidemiológicas en poblaciones generales sobre trastornos mentales, trastornos por abuso de sustancias y trastornos



conductuales en aproximadamente 28 países que forman parte de las regiones de la OMS.

La iniciativa EMSM, en general, está dirigida a obtener datos empíricos que ayudarán a los países participantes en la toma de decisiones sobre cómo pueden enfrentar mejor la carga pública creciente de los trastornos mentales. Una meta más específica de estas encuestas es obtener un cálculo objetivo de la prevalencia de trastornos mentales, de la discapacidad asociada y de los patrones de tratamiento mediante: (i) la valoración del costo global de los trastornos mentales; (ii) el establecimiento de los factores de riesgo psicosociales y la correlación con los trastornos mentales, con especial atención en los efectos del estado social desventajoso; (iii) la determinación de patrones de utilización de servicios de salud mental, y (iv) la identificación de barreras modificables para la búsqueda de ayuda.

Además de intentar cuantificar las prevalencias y correlacionar los trastornos mentales por abuso de sustancias y conductuales, se están recolectando datos detallados sobre la persistencia de los trastornos mentales, sus consecuencias sociales, al igual que los patrones de utilización de servicios y barreras para atención médica, lo que permitirá a los investigadores valorar la importancia clínica de trastornos en casos individuales. Se espera que la am-

pliación de este importante aspecto permita mejorar en forma notable la capacidad para obtener información práctica de las encuestas, con el fin de mejorar las políticas de salud mental.

La EMSM constituye la primera serie de encuestas nacionales que han utilizado los mismos métodos en diferentes países en forma simultánea, con diseños rigurosos de muestras basadas en la población y con ejecución precisa. Todos los países participantes utilizan la *Entrevista diagnóstica internacional compuesta (Composite International Diagnostic Interview—CIDI—)* (7) como el instrumento central para generar los diagnósticos de salud mental y comparar los datos nacionales utilizando métodos de medición comunes. Esto significa que los estudios de la EMSM proporcionarán información sin precedentes sobre la salud general y mental de un amplio número de poblaciones en el ámbito nacional. México es el primer país latinoamericano participante en la iniciativa EMSM, seguido por Colombia. Otros países participantes (y sus tamaños de muestra aproximados) en Latinoamérica son Brasil (5.000, área metropolitana de Sao Paulo), Perú (7.000, encuesta nacional) y Costa Rica (3.000, encuesta nacional). Es de esperarse que estos datos permitan a los planificadores de las políticas de salud calcular los costos sociales de tratar y no tratar diversos trastornos mentales y guiar el diseño, la imple-

mentación y el resultado de las intervenciones dirigidas a incrementar el acceso a la atención mental.

El ENSM pretende dar respuesta a interrogantes como: ¿qué tan extendida está la enfermedad mental en el país?, ¿existen variaciones regionales?, ¿cómo se distribuyen en los diferentes grupos de la población?, y ¿cómo se hace uso de los servicios? Algunas respuestas a estos interrogantes se reportan en este escrito.

Método

Muestra

El ENSM utilizó una muestra probabilística con una población civil, no institucional, de 13 a 65 años de las zonas urbanas de 1.070 municipios de los 25 principales departamentos. Las cinco regiones urbanas de Colombia fueron:

1. Bogotá D. C.
2. Atlántica: Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Cesar, La Guajira, Atlántico.
3. Pacífica: Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño.
4. Central: Caquetá, Huila, Tolima, Quindío, Risaralda, Caldas y Antioquia.
5. Oriental: Meta, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Arauca.

A pesar de que la muestra total incluye participantes de edades que

oscilan entre los 13 y los 65 años, en este documento se presentan únicamente los datos de la población colombiana entre 18 y 65 años de edad (se excluye entonces la muestra de adolescentes). En total 4.544 adultos (18-65 años), provenientes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 420 manzanas de 60 municipios distribuidos en 25 de los departamentos del país, participaron en este estudio. La tasa de respuesta fue de 87,7%.

Los municipios y manzanas son los mismos de la *Muestra maestra de población general* del Ministerio de la Protección Social y los hogares, una submuestra de los existentes en las manzanas en cuestión. No obstante, por ser insuficientes las manzanas de la *Muestra maestra* (359), fue necesario seleccionar 61 manzanas adicionales para completar el tamaño muestral requerido. La *Muestra maestra* del Ministerio de la Protección Social fue preparada en 1998 por la firma SEI S.A., para facilitar la realización de estudios nacionales de salud y tiene un diseño probabilístico, de conglomerados, multietápico y estratificado (8),(9).

En la terminología del muestreo, los municipios son las unidades primarias de muestreo (UPM) y las manzanas son las unidades secundarias (USM). En cada manzana se seleccionó un promedio de



13-14 hogares, cantidad ésta denominada *medida de tamaño* (MT), la cual podía tener un rango entre 7 y 21 hogares. A su vez, en cada hogar se determinaron aleatoriamente para la entrevista uno y sólo uno de los adultos de 18 a 65 años, y uno de los adolescentes de 13 a 17 que residía en el hogar. Sin embargo, por ser el promedio de adolescentes por hogar de sólo 0,39, éstos se obtuvieron solamente de 1.771 hogares.

La composición de la muestra es proporcional a la composición del universo, desde el punto de vista geográfico y socioeconómico; por tal razón, el diseño se hace con probabilidad de selección igual hasta el ámbito de hogar. No obstante, por basarse el marco de muestreo en los datos y materiales del censo de población de 1993, los cambios presentados en las zonas urbanas del país desde esa fecha originaron una variación en el número de hogares de las manzanas, que, en algunos casos, produjeron cambios en la probabilidad de selección de los hogares correspondientes.

Por otra parte, el haber tomado solamente un adulto por hogar seleccionado y un adolescente de aquellos hogares que los tenían dio lugar a submuestreos con probabilidades desiguales, que generaron, a su vez, probabilidades finales de selección desiguales para cada persona estudiada. Para el cálculo de los resultados del estudio, los da-

tos muestrales fueron ponderados por el recíproco de dichas probabilidades finales de selección (factor básico de expansión), ajustado por no cobertura y por estructura de edad y sexo.

El factor básico de expansión no sólo corrige el sesgo originado por las desiguales probabilidades finales, sino que expande los valores de la muestra al universo de estudio, tanto en cifras absolutas como relativas. El ajuste de no cobertura de hogares y personas seleccionadas evita el sesgo generado por las tasas de respuesta variables por municipio y estrato socioeconómico, y por edad y sexo, puesto que se esperan prevalencias de trastornos mentales distintas en función de estas variables independientes.

El ajuste de estructura de la muestra encuestada por edad y sexo, respecto a la estructura observada en las personas listadas (aptas para selección) en los hogares seleccionados, y en relación con la estructura más cercana a la real, obtenida de la Encuesta Nacional de Hogares del DANE, originada en una muestra urbana de 150.000 personas (13-65), 50.000 hogares y 220 municipios, también contribuye a la reducción de sesgos de cálculo.

Después de un proceso riguroso de entrenamiento ofrecido por profesionales de salud mental previamente entrenados y registrados

oficialmente como entrenadores del CIDI en la versión computarizada, el trabajo de campo fue llevado a cabo por la Fundación FES Social, de septiembre a diciembre de 2003.

Evaluación diagnóstica

El instrumento utilizado es una versión computarizada de la *Entrevista diagnóstica internacional compuesta*, en su versión computarizada (CAPI, versión certificada 15) (7). El CIDI CAPI es una entrevista diagnóstica estructurada instalada en un computador portátil y aplicada en una entrevista cara a cara por entrevistadores legos. La OMS-CIDI 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.

En este documento se presentan los diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV. El instrumento contiene, además, módulos que investigan características sociodemográficas, empleo, finanzas, factores del matrimonio y los hijos, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas crónicas, farmacoepidemiología, discapacidad y uso de servicios. Con el fin de maximizar la obtención de

información y minimizar el tiempo de entrevista, algunos individuos de la muestra contestaron la versión larga del instrumento y otros, la versión resumida, seleccionados basándose en sus respuestas a las preguntas de tamizaje (preguntas que indican probabilidad de que el diagnóstico esté presente) y selección aleatoria con probabilidad proporcional al número de sujetos que habitan las viviendas en muestra. El tiempo máximo promedio de la entrevista fue de 3 horas, 16 minutos y el tiempo mínimo promedio fue de 30 minutos).

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

Las versiones antecedentes del CIDI han mostrado tener confiabilidad entre entrevistadores test-retest y validez adecuadas. Las propiedades psicométricas del CIDI han sido



reportadas en artículos previos (9-15). La traducción de este instrumento al español fue realizada siguiendo las guías desarrolladas por la OMS (16), basándose en materiales que ya habían sido traducidos (ICD-10, DSM-IV, SF-36, WHO-DAS), en pruebas cognitivas de la comprensión de los reactivos, en juicios de expertos y en retraducción de reactivos seleccionados y de los términos utilizados en las secciones clínicas.

Un panel de expertos internacionales —formado por expertos en salud mental, clínicos calificados e investigadores— analizó las variaciones incorporadas en la retraducción. Este mismo panel trabajó en un grupo de armonización internacional que desarrolló la versión consensuada para ser utilizada en países de habla hispana. Este grupo produjo una lista de términos problemáticos encontrados en el proceso de traducción y su acuerdo para ésta. Adicionalmente, se realizaron adaptaciones menores por consenso, por parte del grupo de investigadores colombianos para hacerle a la población de este país más comprensibles las preguntas contenidas en el instrumento.

Entrevistadores, entrenamiento y control de calidad

El trabajo de campo fue llevado a cabo por 11 supervisores locales y 39 entrevistadores con amplia experiencia en encuestas con obten-

ción sistemática de información. Éstos recibieron una capacitación inicial de 5 días proporcionada por 2 capacitadores certificados en Estados Unidos, que forman parte del equipo mexicano, y 5 capacitadores colombianos, previamente entrenados en México.

Los encuestadores trabajaron en 5 grupos de 7 integrantes con el apoyo de un supervisor. Además, se implementaron varias actividades con el fin de asegurar el control de calidad de la información: una extensa supervisión de campo, en los aspectos de selección de los individuos que se iban a entrevistar; logística de campo, proporcionado por la Fundación FES Social, y aspectos técnicos, proporcionados por investigadores colombianos propuestos por la OMS y la Universidad de Harvard al Ministerio de la Protección Social. Ambos recibieron, a su vez, supervisión del equipo central de la OMS, la Universidad de Harvard y la Universidad de Michigan.

También se elaboraron manuales de campo y boletines de refuerzo que contenían información sobre las dudas encontradas en el proceso, y hubo un continuo seguimiento a las situaciones especiales. La información de campo era respaldada y enviada a las oficinas centrales periódicamente. El equipo de investigación vigiló continuamente la proporción de respondientes que contestaron afirmativamente la sec-

ción de tamizaje para los diferentes diagnósticos incluidos por cada entrevistador, así como las tasas de respuesta por sexo, con el fin de detectar en forma temprana probables problemas en el patrón de respuesta de los respondientes.

Finalmente, se emplearon programas estadísticos para verificar el control de calidad y detectar tanto posibles errores e inconsistencias en relación con los tiempos de los eventos (inicio, períodos en los que estaban presentes, consistencia de las edades, primera y última fecha de utilización de los servicios), como posibles respuestas faltantes, e introducir los valores correctos cuando ello era posible. Estos programas fueron diseñados por el equipo coordinador del proyecto internacional. El índice de error fue mínimo y la base de datos ya fue certificada por el equipo coordinador internacional de la Universidad de Harvard.

Análisis

Los datos de esta encuesta fueron obtenidos de una muestra multietápica y estratificada; posteriormente, fueron ponderados para ajustarlos por las probabilidades diferenciales de selección y no respuesta. Se llevó a cabo también una postestratificación para la población colombiana, de acuerdo con los cambios poblaciones que han surgido después del censo de 1993, basándose en las últimas encues-

tas de hogares realizadas por el DANE (17) en el país, y tomando en cuenta la distribución por sexo y grupo de edad en cada una de las cinco regiones descritas arriba.

Dos ponderadores (peso parte 1 y peso parte 2) se desarrollaron para el análisis de datos. En este proceso se encontraron observaciones que no incluían la información mínima para confeccionar estos pesos y se tuvieron que eliminar para todos los análisis subsecuentes. Un subgrupo de los participantes de la encuesta completó la forma larga de la entrevista. Para poder llevar a cabo el análisis de datos en esta submuestra se creó un segundo grupo de pesos-pesos partes 2. Este ponderador parte del peso de la parte 1 y lo ajusta por el inverso de la probabilidad de la selección a la forma larga de la entrevista. Ésta es una probabilidad compleja que se genera automáticamente como parte de un algoritmo interno del programa computarizado de la entrevista, que varía de acuerdo con la presencia o no de una serie de síntomas de varios trastornos incluidos en la entrevista.

El grupo de entrevistados con estos síntomas (llamado grupo por encima del umbral) se seleccionó con probabilidad de 1. Es decir, todas aquellas personas que clasifican como personas por encima del umbral se seleccionaron para la entrevista larga. Un segundo grupo de personas que sólo cumplen los cri-

terios del umbral en forma limitada o parcial (grupo subumbral) pasan a la entrevista larga de acuerdo con una probabilidad que depende del número de personas que viven en su residencia. Por último, las personas libres de síntomas de los trastornos investigados se seleccionan para seguir con la forma larga de la entrevista de acuerdo con un grupo de probabilidades basadas en el tamaño del hogar. Por último, ambos pesos (peso parte 1 y peso parte 2) se normalizaron para respetar el tamaño final de la muestra obtenida.

Como resultado de este complejo proceso del diseño muestral y generación de pesos, los errores estándar de las proporciones (prevalencia de alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días) se deben de corregir, y en este trabajo se obtuvieron por medio del método de linearización de Taylor, obtenidos al utilizar el paquete estadístico

SUDAAN. Se utilizó el método de Kaplan-Meier (18) para generar las curvas de edades de inicio y las tasas (HAZARDS) presentadas en las gráficas, usando el paquete SAS. Para los fines de este trabajo, los datos que se reportan aquí están basados en los pesos parte 2, que utiliza un total de 2.442 entrevistas.

Resultados

La Tabla 1 presenta los datos demográficos básicos de la muestra: 56% fueron del sexo femenino y 37% se ubicó en el grupo de edad más joven (18-29 años). La muestra refleja el nivel educativo mixto del país: el 13% de la población completó estudios primarios (sexto grado); el 21%, secundaria completa, y sólo el 10% completó estudios universitarios. Finalmente, la mayoría de la muestra estaba casado o en unión libre (55%) y actualmente trabajando (53%).

Tabla 1. Distribución de las principales variables sociales del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003

Demografía	%	% (se)
Sexo		
M	43,83	1,53
F	56,17	1,53
Edad		
18-29	37,04	1,63
30-44	35,36	1,50
45-59	22,24	1,29
60-65	5,36	0,57
Educación		
Ninguna	3,96	0,78
Primaria incompleta	12,60	1,17
Primaria completa	13,67	1,13

Tabla 1. (Continuación)

Demografía	%	% (se)
Secundaria incompleta	23,28	1,23
Secundaria completa	21,17	1,41
Universitaria incompleta	14,74	1,12
Universitaria completa	10,58	1,62
Estado civil		
Casado-uniión libre	55,63	1,66
Separado-viudo-divorciado	10,90	0,97
Soltero	33,47	1,81
Ocupación		
Trabajador	53,23	1,63
Estudiante	7,79	1,16
Ama de casa	25,14	1,40
Pensionado	2,53	0,49
Otro	11,30	0,95

Las tablas 2, 3 y 4 presentan las prevalencias de 23 trastornos mentales al usar el criterio del DSM-IV, desglosados por sexo, para “alguna vez en la vida”, los “últimos 12 meses” y los “últimos 30 días”. Comenzando por los totales, se puede observar que el 40,1% de la población colombiana reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos mentales; el 16,0%, uno o más trastornos mentales en los últimos 12 meses, y el 7,4%, uno o más trastornos mentales durante

los últimos 30 días. Es decir, alrededor de 8 de cada 20 colombianos, 3 de cada 20 y 1 de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10,6%). Este orden se mantiene en las prevalencias de los últimos 12 meses y los últimos 30 días.

Tabla 2. Prevalencia de vida de trastornos según DSM-IV Colombia

Diagnóstico	%	1. Hombres		2. Mujeres		Total	
	Elegible	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)
Trastornos del estado de ánimo							
Trastorno depresivo mayor	100,0	8,6	0,9	14,9	0,9	12,1	0,7
Trastorno depresivo menor	100,0	1,6	0,5	2,0	0,5	1,8	0,4
Trastorno bipolar I	100,0	2,1	0,4	1,5	0,3	1,8	0,2
Trastorno bipolar II	100,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1

Tabla 2. (continuación)

Diagnóstico	%		1. Hombres		2. Mujeres		Total	
	Elegible	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)	
Trastorno distímico	100,0	0,6	0,3	0,7	0,2	0,7	0,2	
Cualquier trast. estado de ánimo	100,0	11,7	1,1	17,5	1,1	15,0	0,9	
Trastornos de ansiedad								
Trastorno de angustia	100,0	0,6	0,3	1,7	0,3	1,2	0,3	
Agorafobia sin trast. de angustia	100,0	1,5	0,4	3,3	0,6	2,6	0,4	
Fobia social	100,0	5,1	0,7	5,1	0,8	5,1	0,5	
Fobia específica	100,0	10,9	1,1	13,9	1,1	12,6	0,9	
Trast. ansiedad generalizada	100,0	1,5	0,4	1,2	0,3	1,3	0,3	
Trast. estrés postraumático	100,0	0,8	0,3	2,5	0,7	1,8	0,4	
Cualquier trast. de ansiedad	100,0	16,0	1,3	21,8	1,5	19,3	1,1	
Trastornos relacionados con sustancias								
Abuso de alcohol	100,0	13,2	1,4	1,6	0,4	6,7	0,6	
Dependencia de alcohol	100,0	4,7	0,8	0,3	0,1	2,3	0,4	
Abuso de drogas	100,0	2,1	0,4	0,1	0,1	1,0	0,2	
Dependencia de drogas	100,0	1,2	0,4	0,2	0,1	0,6	0,2	
Dependencia de nicotina	100,0	2,9	0,9	0,5	0,2	1,6	0,4	
Cualquier trast. de sustancias	100,0	20,8	1,7	2,6	0,4	10,6	0,8	
Otros trastornos								
Trastorno por déficit de atención	72,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Anorexia nerviosa	50,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ansiedad por separación adulto	100,0	6,3	0,9	9,6	1,1	8,2	0,8	
Bulimia nerviosa	50,9	0,0	0,0	0,5	0,2	0,3	0,1	
Trastorno disocial	72,4	8,8	1,3	2,7	0,5	5,5	0,7	
Trast. negativista desafiante	72,4	4,9	0,9	2,2	0,4	3,4	0,5	
Síndrome tensión premenstrual	56,2	...	...	0,3	0,1	0,3	0,1
Trast. ansiedad por separación	100,0	3,5	0,7	3,4	0,5	3,4	0,4	
Cualquier trastorno								
Cualquier trastorno	100,0	41,0	2,1	39,5	2,0	40,1	1,6	
Cualquier trastorno core	100,0	35,9	2,0	36,8	2,0	36,4	1,5	

Tabla 3. Prevalencia de 12 meses de trastornos según DSM-IV Colombia

Diagnóstico	%		1. Hombres		2. Mujeres		Total	
	Elegible	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)	
Trastornos del estado de ánimo								
Trastorno depresivo mayor	100,0	3,5	0,6	7,3	0,5	5,6	0,4	
Trastorno depresivo menor	100,0	0,5	0,2	0,9	0,4	0,7	0,2	
Trastorno bipolar I	100,0	0,7	0,2	0,9	0,3	0,8	0,2	
Trastorno bipolar II	100,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	
Trastorno distímico	100,0	0,5	0,3	0,5	0,1	0,5	0,1	
Cualquier trast. estado de ánimo	100,0	4,5	0,7	8,7	0,8	6,9	0,6	

Tabla 3. (continuación)

Diagnóstico	%	1. Hombres		2. Mujeres		Total	
	Elegible	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)
Trastornos de ansiedad							
Trastorno de angustia	100,0	0,3	0,1	0,9	0,2	0,6	0,1
Agorafobia sin trast. de angustia	100,0	1,3	0,4	1,7	0,4	1,5	0,3
Fobia social	100,0	2,1	0,4	2,8	0,5	2,5	0,3
Fobia específica	100,0	4,9	0,9	6,9	0,6	6,0	0,6
Trast. ansiedad generalizada	100,0	0,9	0,4	0,5	0,1	0,7	0,2
Trast. estrés postraumático	100,0	0,1	0,1	0,7	0,3	0,5	0,2
Cualquier trast. de ansiedad	100,0	9,1	1,1	13,7	1,3	11,7	0,9
Trastorno relacionados sustancias							
Abuso de alcohol	100,0	2,1	0,4	0,4	0,1	1,1	0,2
Dependencia de alcohol	100,0	2,5	0,7	0,0	0,0	1,1	0,3
Abuso de drogas	100,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1
Dependencia de drogas	100,0	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
Dependencia de nicotina	100,0	0,8	0,5	0,2	0,1	0,5	0,2
Cualquier trast. por sustancias	100,0	5,8	1,0	0,8	0,2	3,0	0,4
Otros trastornos							
Trastorno déficit de atención	72,4	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Anorexia nerviosa	50,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ansiedad por separación adulto	100,0	2,0	0,5	3,3	0,9	2,7	0,5
Bulimia nerviosa	50,9	0,0	0,0	0,3	0,2	0,2	0,1
Trastorno disocial	72,4	2,1	0,5	0,5	0,3	1,2	0,3
Trast. negativista desafiante	72,4	1,0	0,4	0,2	0,1	0,6	0,2
Síndrome tensión premenstrual	56,2	...	...	0,3	0,1	0,3	0,1
Trast. ansiedad por separación	100,0	0,6	0,3	0,7	0,3	0,7	0,2
Cualquier trastorno							
Cualquier trastorno	100,0	15,6	1,4	16,3	1,5	16,0	1,2
Cualquier trastorno <i>core</i>	100,0	14,6	1,3	18,2	1,4	16,6	1,0

Tabla 4. Prevalencia de 30 días de trastornos según DSM-IV Colombia

Diagnóstico	%	1. Hombres		2. Mujeres		Total	
	Elegible	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)
Trastornos del estado de ánimo							
Trastorno depresivo mayor	100,0	0,7	0,2	2,8	0,4	1,9	0,2
Trastorno depresivo menor	100,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1
Trastorno bipolar I	100,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Trastorno bipolar II	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Trastorno distímico	100,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Cualquier trast. estado de ánimo	100,0	0,8	0,2	3,1	0,4	2,1	0,3
Trastornos de ansiedad							
Trastorno de angustia	100,0	0,1	0,1	0,5	0,2	0,3	0,1
Agorafobia sin trast. de pánico	100,0	0,4	0,2	0,4	0,1	0,4	0,1
Fobia social	100,0	0,8	0,4	0,7	0,2	0,7	0,2

Tabla 4. (continuación)

Diagnóstico	%	1. Hombres		2. Mujeres		Total	
	Elegible	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)
Fobia específica	100,0	2,2	0,6	2,7	0,4	2,5	0,3
Trast. ansiedad generalizada	100,0	0,5	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1
Trast. estrés postraumático	100,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1
Cualquier trast. de ansiedad	100,0	3,7	0,7	6,2	0,9	5,1	0,6
Trastornos relacionados con sustancias							
Abuso de alcohol	100,0	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Dependencia de alcohol	100,0	1,2	0,4	0,0	0,0	0,5	0,2
Abuso de drogas	100,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Dependencia de drogas	100,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1
Dependencia de nicotina	100,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Cualquier trast. por sustancias	100,0	1,8	0,4	0,2	0,1	0,9	0,2
Otros trastornos							
Anorexia nerviosa	50,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ansiedad por separación adulto	100,0	0,6	0,3	0,9	0,8	1,3	0,5
Bulimia nerviosa	50,9	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Síndrome tensión premenstrual	56,2	...	...	0,3	0,1	0,3	0,1
Trast. ansiedad por separación	100,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1
Cualquier trastorno							
Cualquier trastorno	100,0	5,8	0,8	8,7	1,0	7,4	0,7
Cualquier trastorno <i>core</i>	100,0	5,6	0,8	8,1	1,0	7,0	0,7

En general, en prevalencias de alguna vez en la vida, los hombres las presentan un poco más altas en cualquier trastorno, en comparación con las mujeres (41,0% y 39,5%, respectivamente). Sin embargo, estas últimas evidencian prevalencias globales más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (16,3% y 15,6%) y en los últimos 30 días (8,7% y 5,8%). Un análisis de la Tabla 4 permite observar que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

Al analizar los trastornos individuales en prevalencias de alguna vez en la vida, se puede observar que en la muestra total las fobias específicas fueron las más comunes (12,6%), seguidas por el trastorno depresivo mayor (12,1%), el trastorno de ansiedad por separación (8,2%) y el abuso de alcohol (6,7%).

Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo. Los tres principales trastornos para las mujeres en prevalencias de alguna vez en la vida fueron: trastorno depresivo mayor, fobia específica y trastorno de ansiedad por separación. Para los hom-

bres, estos tres trastornos fueron abuso de alcohol, fobia específica y trastorno disocial. En los períodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días se observa que en las mujeres el trastorno depresivo mayor, las fobias y el trastorno de ansiedad por separación tienen un gran peso, mientras que en los hombres las fobias, el abuso y dependencia al alcohol y el trastorno depresivo mayor pesan más.

En los gráficos 1 al 4 se pueden observar estos resultados en forma acumulativa. El momento en el cual la curva toca el eje vertical en el punto 50% corresponde a la mediana. De acuerdo con estas medianas, y como era de esperarse, el trastorno por déficit de atención (mediana de 5 años), la fobia específica (mediana de 7 años) y el trastorno de ansiedad por separación (mediana de 8 años) son los trastornos con las edades de inicio más tempranas en esta muestra colombiana. Después aparecen el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (mediana de 10 años), la fobia social (mediana de 14 años), la bulimia nerviosa (mediana de 15 años) y la agorafobia (mediana de 16 años). Al observar los gráficos 1, 2 y 3, que incluyen los trastornos que ocurren durante la vida adulta, se observa que los trastornos de ansiedad se reportan con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos por uso de sustancias. Posteriormente, se reportaron los trastornos del estado de ánimo.

La Tabla 5 muestra los resultados globales de la encuesta, de acuerdo con las cinco regiones en que fue dividido el país. Analizando, en primer lugar, la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida”, se observa que la región Bogotá D. C. es la que presenta la prevalencia más elevada (46,7% contra 40,1%, que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país). Al analizar el motivo de esta elevada prevalencia global en la capital del país, se puede ver que las prevalencias en trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancia son más elevadas en esta región que la muestra total. Sin embargo, la diferencia más importante se encuentra en los trastornos del estado de ánimo (21,2% para Bogotá contra 15,0% para la muestra total). La región con la prevalencia más baja de cualquier trastorno “alguna vez en la vida” fue la región Atlántica. Esta región tiene una prevalencia baja de trastornos de ansiedad (14,9% contra 19,3% de la muestra total) y también prevalencias más bajas de trastornos por sustancias y trastornos del estado de ánimo.

En el período de los últimos 30 días, Bogotá D. C. y la región Pacífica muestran la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (6,7% para ambos), la región Pacífica muestra la prevalencia más elevada de trastornos del estado de ánimo (2,7%). La región Pacífica es la que presenta la prevalencia más elevada para cualquier trastorno en los últimos 30 días (9,4%).

Gráfico 1. Edad de aparición del trastorno del estado de ánimo, según el DSM-IV

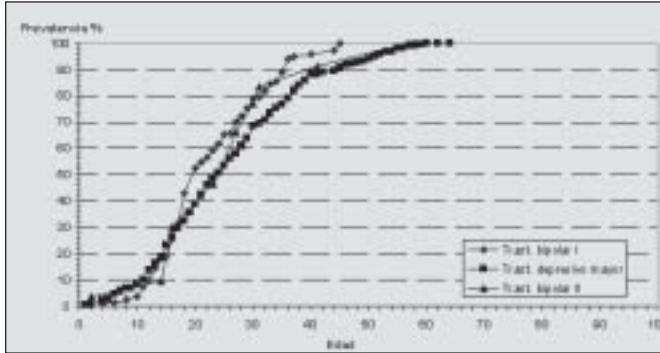


Gráfico 2. Edad de aparición de trastornos de ansiedad, según DSM-IV

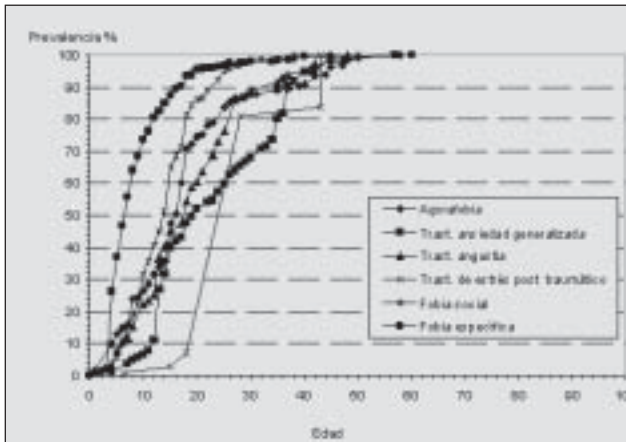


Gráfico 3. Edad de aparición de trastornos relacionados con sustancias, según DSM-IV

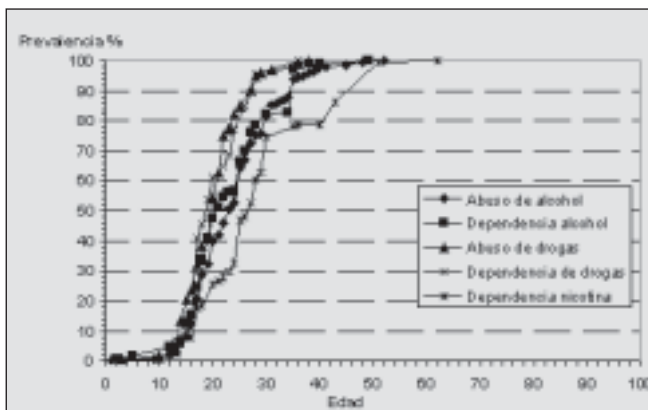


Gráfico 4. Edad de aparición de otros trastornos, según DSM-IV

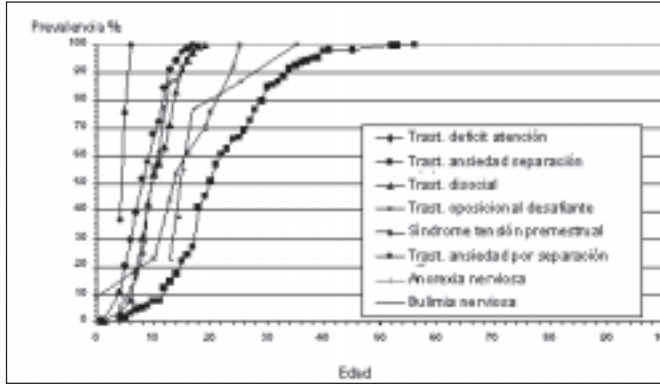


Tabla 5. Prevalencia de vida de trastornos según DSM-IV por regiones

Diagnóstico	Bogotá		Central		Atlántica		Oriental		Pacífica		Total	
	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)	%	% (se)
De vida												
Cualquier trastorno estado de ánimo	21,2	3,2	15,5	1,8	13,4	1,1	8,1	1,7	15,3	1,9	15,0	0,9
Cualquier trastorno de ansiedad	21,7	3,5	19,9	1,9	14,9	1,9	19,4	3,7	22,0	2,5	19,3	1,1
Cualquier trastorno por sustancias	11,0	2,4	11,8	1,2	8,8	1,2	5,9	1,1	12,3	2,7	10,6	0,8
Cualquier trastorno	46,7	5,7	41,1	2,8	35,1	2,3	37,6	6,9	41,6	4,2	40,1	1,6
Cualquier trastorno <i>core</i>	43,1	5,1	37,2	2,6	29,6	1,6	34,5	6,3	40,2	4,3	36,4	1,5
12 meses												
Cualquier trastorno del estado de ánimo	10,9	1,9	7,0	1,2	6,4	0,8	4,1	1,0	6,0	1,0	6,9	0,6
Cualquier trastorno de ansiedad	14,2	3,6	11,3	1,3	10,8	1,5	10,3	3,3	13,4	2,9	11,7	0,9
Cualquier trastorno por sustancias	2,3	0,8	3,6	0,7	2,3	0,5	2,1	0,6	3,2	1,6	3,0	0,4
Cualquier trastorno	18,4	3,8	15,7	1,7	15,0	1,4	13,9	4,1	17,8	4,1	16,0	1,2
Cualquier trastorno <i>core</i>	19,5	3,0	16,5	1,5	15,3	1,4	14,2	3,3	18,5	4,0	16,6	1,0
30 días												
Cualquier trastorno estado de ánimo	2,5	1,0	1,8	0,4	2,5	0,7	1,4	0,6	2,7	0,6	2,1	0,3
Cualquier trastorno de ansiedad	6,7	2,4	4,0	0,7	5,2	0,9	6,5	4,3	6,7	1,6	5,1	0,6
Cualquier trastorno por sustancias	1,1	0,6	0,7	0,2	0,9	0,4	0,6	0,5	1,8	0,9	0,9	0,2
Cualquier trastorno	8,4	2,4	6,3	0,8	7,7	1,2	8,3	4,7	9,4	2,1	7,4	0,7
Cualquier trastorno <i>core</i>	8,4	2,4	5,9	0,8	6,9	1,1	8,1	4,7	9,2	2,1	7,0	0,7

De los tres grandes grupos diagnósticos, es el diagnóstico por trastorno del estado de ánimo el que presenta más variaciones con pre-

valencias que van desde 8,1% (región oriental) hasta 21,2% (Bogotá D.C.). En forma general, estas disparidades se vuelven a encontrar en

las prevalencias reportadas en los últimos 12 meses, pero tienden a desaparecer en las prevalencias reportadas por los últimos 30 días.

Por último, la Tabla 6 muestra el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales en Colombia entre aquellas personas que reportaron algún trastorno del DSM-IV en los últimos 12 meses. Para comprender esta tabla es importante señalar que, operativamente, se hizo la siguiente clasificación para el uso de los servicios:

1. Psiquiatra.
2. Especialistas en salud mental: psicólogo, consejero, psicoterapeuta, enfermera especializada en salud mental, trabajador social.
3. Medicina general: médico familiar, médico general, otros médicos (cardiólogo, ginecólogo, urólogo), enfermera, terapeuta ocupacional, otro profesional de la salud.
4. Salud: especialista en salud mental, otro médico general.
5. Otros recursos: consejero espiritual, cura, rabino, yerbatero, quiropráctico, espiritista.

Tabla 6. DSM-Patrón de uso de servicios por trastorno-Colombia entre personas con 12 meses de trastorno según criterio del DSM

Trastorno	Psiquiatría		Especialidad		Medicina genal.		Serv. Humanos		Alternativo		Salud		Serv. Humanos		Cualquiera	
	PCT	SE	PCT	E	PCT	SE	PCT	SE	PCT	SE	PCT	SE	PCT	SE	PCT	SE
Trastorno mental	2,2	1,0	9,5	2,6	5,2	1,3	3,7	1,9	3,5	1,2	14,2	2,9	6,3	2,2	17,6	3,0
Trastorno de ansiedad	1,9	0,8	6,3	1,5	5,6	1,6	1,4	0,6	3,9	1,0	12,0	2,3	4,6	1,1	15,2	2,3
Trastorno control impulsos	4,2	2,4	6,2	2,4	3,6	1,1	2,3	1,9	1,1	0,6	13,0	3,4	3,4	2,0	13,9	3,5
Trastorno por sustancias	1,6	1,3	3,7	1,6	0,0	0,0	1,5	1,5	1,2	0,9	5,3	2,1	2,7	1,7	7,5	2,7
Cualquier trastorno	2,1	0,8	6,2	1,0	4,1	0,4	1,7	0,7	2,5	0,6	11,0	1,6	3,8	0,9	3,4	1,7
Sin trastorno DSM	0,4	0,2	1,3	0,3	1,1	0,4	0,4	0,2	1,4	0,4	2,6	0,5	1,6	0,4	3,9	0,6
Total Muestra	0,7	0,2	2,2	0,3	1,6	0,4	0,6	0,2	1,6	0,3	4,1	0,5	2,0	0,3	5,7	0,5
DSMO	0,4	0,2	1,3	0,3	1,1	0,4	0,4	0,2	1,4	0,4	2,6	0,5	1,6	0,4	3,9	0,6
DSM1	2,0	1,1	4,2	1,0	3,2	1,1	0,6	0,3	1,7	0,6	8,8	1,7	2,2	0,6	10,5	1,8
DSM2	0,7	0,7	11,9	3,6	7,1	2,1	4,4	3,2	3,8	1,2	16,9	3,9	8,2	4,0	20,4	4,5
DSM3P	4,5	2,3	8,4	4,4	4,2	2,1	3,7	2,1	4,4	2,0	14,0	5,3	5,9	2,4	18,3	5,4

Comenzando una vez más por los totales generales de la Tabla 6, se puede observar que existe una tendencia al incremento en el uso de "cualquier servicio", según el número de trastornos reportados

por la muestra. Las personas sin trastorno reportan una prevalencia del 3,9% en el uso de cualquier servicio, comparados con el 10,5% en aquellos que reportaron un trastorno. Para aquellas personas que

mencionan dos trastornos, 20,4% dijo usar el servicio comparado con el 18,3% para los de tres y más trastornos. Al revisar los grupos de trastornos, se puede observar que los trastornos del estado de ánimo reportan el mayor uso de servicios (17,6% de uso), seguidos por los trastornos de ansiedad (15,2%) y por los trastornos del impulso (13,9%) (categoría diagnóstica que incluye trastornos de la conducta alimentaria, trastorno negativista desafiante, trastornos de ansiedad por separación y trastorno por déficit de atención con hiperactividad).

Al revisar la columna de uso de servicios psiquiátricos, se puede observar que sólo uno de cada 20 sujetos con tres o más trastornos recibió atención psiquiátrica. Los trastornos de la impulsividad son el grupo diagnóstico que generó más uso de servicios psiquiátricos (4,2%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (2,2%) y por trastornos de ansiedad (1,9%). Por último, se puede observar una tendencia general a que, para cada trastorno, el uso de servicios es más frecuente en el rubro del especialista que en el rubro de los servicios médicos generales.

Conclusiones

Cuatro de cada 10 individuos presentan al menos un trastorno mental alguna vez en la vida. Los trastornos de ansiedad son los más

prevalentes y los más crónicos. Los trastornos individuales más comunes fueron la fobia específica, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de ansiedad por separación y el abuso de alcohol. Entre los hombres, el abuso de alcohol es un problema más común, mientras que entre las mujeres el trastorno de depresión mayor ocupa ese lugar. El trastorno por déficit de atención (5 años) y la fobia específica (7 años) son los dos padecimientos más tempranos. El trastorno de ansiedad por separación (8 años), seguida por el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (10 años para ambos) aparecen después. Al analizar las edades de inicio, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos del estado de ánimo y por los trastornos por uso de sustancias.

Bogotá D. C. presenta la prevalencia más elevada de trastornos alguna vez en la vida (46,7%), explicado esto por el elevado índice de trastornos afectivos. La región Pacífica muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2,7%), Bogotá D. C. y la región Pacífica evidencian la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (6,7%) y la región Pacífica para trastornos por uso de sustancias (1,8%).

En cuanto a la utilización de los servicios para trastornos mentales,



es importante notar que muy poca gente los recibe. Los datos indican que sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibe servicios de cualquier tipo, que sólo uno de cada 5 con 2 o más trastornos recibieron servicios, y sólo 2 de cada 10 con 3 o más trastornos obtienen servicios. Estos resultados son similares a los reportados en México con el uso de la misma metodología, y muestran un problema global que se ha documentado en otros países (19). Los datos apoyan la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a hacer más disponibles los servicios y de acercar a la población a ellos. Para lograr esto, es necesario desarrollar políticas y programas de servicios basados en datos generados por investigaciones, que permitan destinar en forma más racional los recursos existentes.

Es también necesario continuar fomentando estudios de investigación que permitan evaluar no sólo el estado de salud mental del país, sino que también examinen qué tan efectivos y apropiados son los servicios que se proporcionan. Por ejemplo, los datos de esta muestra indicaron que 3,9% de aquellas personas que no recibieron un diagnóstico en este estudio estaban recibiendo servicios. Esta inconsistencia aparente nos lleva a reflexionar si esas personas tendrían trastornos mentales que no se detectaron en este estudio o si tal vez estaban

en tratamiento por presentar síntomas menos graves sin llenar criterio diagnóstico de algún trastorno mental. Otros estudios demuestran que la gravedad del trastorno está relacionada con el uso de servicios, donde aquellas personas con síntomas más graves tienden a usar más servicios (19). Dado que en el mundo los recursos para salud mental tienden a ser muy limitados, en comparación a los recursos disponibles para otras enfermedades, es importante poder desarrollar servicios de bajo costo, accesibles y apropiados para mejorar la salud mental no sólo de Colombia, sino del mundo entero.

No existen estudios previos similares en Colombia que permitan comparaciones válidas con los datos presentados en este trabajo. Sin embargo, existen datos de estudios realizados en México y Estados Unidos con la misma metodología (19). En general, Colombia presenta prevalencias en los últimos 12 meses más elevadas que México, pero menores que Estados Unidos, lo cual se podría explicar por diferencias sociales, económicas o políticas en cada país. Este tipo de análisis no se incluye en este trabajo, pero se espera hacerlo en futuras publicaciones. En el futuro también se podrán comparar los datos presentados en este escrito con los de otros países de Latinoamérica, entre ellos Perú, Brasil y Costa Rica.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la Fundación FES Social de Colombia, responsable de la implementación de la muestra. Agradecemos también los comentarios de Patricia Ballesteros, investigadora del Proyecto MAPSS de la Universidad Estatal de California en Fresno, EE.UU.

El *Estudio nacional de salud mental* forma parte de la *Encuesta mundial de salud mental* de la OMS (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). Agradecemos al equipo coordinador de la encuesta por su apoyo con los instrumentos y el trabajo de campo.

Bibliografía

- World Health Organization (WHO). The world health report 2001, mental health: new understanding. New Hope: Geneva; 2001.
- U. S. Department of Health and Human Services. Mental Health: culture, race, and ethnicity: a supplement to mental health: a report of the surgeon general. Rockville; 2001.
- 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. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:771-8.
- Murray CJL, López AD, editors. 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; 1996.
- Gater DE, Almeida B, Sousa E, Barrientos G, Caravejo J, et al. The pathways to the psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine* 1991;21:761-74.
- Alarcon RD, Aguilar-Gaxiola SA. Mental health policy developments in Latin America. *Bulletin of the WHO: The International Journal of Public Health* 2000;78(4):483-90.
- World Health Organization (WHO): Composite international diagnostic interview (CIDI). Version 15. Geneva; 2000.
- Gómez LC. Propuesta para ejecutar el estudio nacional de salud mental e identificar lineamientos para la Política Nacional de Salud Mental [comunicación personal]; diciembre 2002.
- Andrew G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998;33:80-8.
- Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research* 1994;28(1):57-84.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler L, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991;159:645-53.
- Farmer AE, Katz R, McGuffin P, Bebbington P. A comparison between the present state examination and the Composite International Diagnostic Interview. *Archives of General Psychiatry* 1987;44:1064-8.
- Janca A, Robins LN, Cottler LB, Early TS. Clinical observation of CIDI assessments: an analysis of the CIDI field trials-wave II at the St. Louis Site. *British Journal of Psychiatry* 1992;160:815-8.
- Wacker HR, Battagay R, Mulleijans R, Schlosser C. Using the CIDI-C in the general population. In: Stefanis CN, Rabavillas AD, Soldatos CR, editors. *Psychiatry: A world perspective*. Amsterdam: Elsevier; 1990. p. 138-43.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier DA. The CIDI-core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues. *British Journal of Psychiatry* 1991;159:645-53.



16. WHO. Procedures for the development of new language versions of the WHO Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI). Geneva; 1998.
17. DANE. Censo 1993. República de Colombia: XVI Censo Nacional de Población y de Vivienda; junio 1996.
18. Homer DW. Slideshows: applied survival analysis regression modeling of time to event data. New York: John Willey & Sons; 1999.
19. The World Mental Health Survey Consortium. 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.

José A. Posada-Villa

Correspondencia:

Fundación Saldarriaga Concha,

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Cra. 11 No. 94-02, oficina 5-02

Correo electrónico: latos98@yahoo.com