

## Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile

Benjamín Vicente P<sup>1</sup>, Robert Kohn<sup>2</sup>, Sandra Saldivia B<sup>1</sup>, Pedro Rioseco S<sup>1</sup>.

### *Burden of psychiatric diseases in Chile*

*Chile has one of the highest disease burdens caused by neuropsychiatric illnesses in the world, according to WHO, reaching to 31%. Major depression and alcohol use disorders are ranked first and second in attributed disability among adults. Nearly one-third of the population has had a psychiatric disorder in their lifetime, and 22.2% in the past year. Anxiety disorders are the most prevalent conditions, followed by major depression and alcohol abuse. Currently, mental health accounts for 2.3% of the health care budget, which is less than some neighboring countries. The availability of 1.3 psychiatric beds per 10,000 inhabitants, is less than the mean of lower-income countries. Moreover, 81% are for chronic rather than acute care. Chile has 4.0 psychiatrist per 100,000 inhabitants, which is lower than other countries in Latin America. Only 38.5% of those patients with a psychiatric diagnosis receive any kind of mental health care, whether from a specialist or primary care. There is a perception among lay persons, that psychiatric treatments lack efficacy, despite evidence demonstrating the contrary. Not addressing the treatment gap in mental health has serious public health implications (Rev Méd Chile 2007; 135: 1591-9).*

**(Key words:** Alcoholism; Depression; Mental health)

Recibido el 12 de diciembre, 2006. Aceptado el 17 de mayo, 2007.

<sup>1</sup>Universidad de Concepción, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Concepción, Chile. <sup>2</sup>Brown University, Department of Psychiatry and Human Behavior, Providence, RI, USA.

#### LA CARGA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La carga de las enfermedades mentales ha sido gravemente subestimada por los enfoques tradicionales que en su valoración consideran las muertes y no las discapacidades. El programa

sobre Carga Global de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> ha redefinido el cómo ésta debe ser evaluada. La prevalencia, los años vividos con discapacidad y la mortalidad, son tomados ahora en cuenta a fin de calcular los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y los años vividos con discapacidad (AVISA). El presente trabajo busca sintetizar la información disponible acerca del peso de las condiciones neuropsiquiátricas en Chile y sus variables asociadas, para analizar las principales brechas y desafíos a enfrentar.

*Correspondencia a:* Benjamín Vicente, Universidad de Concepción, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Casilla 160-C Concepción, Chile. Teléfono/Fax: (56) 41-2312799. E mail: bvicent@udec.cl

En el año 2002, las condiciones neuro-psiquiátricas en el mundo sólo explicaron 1% de las muertes, pero respondieron por 13% de la carga de la enfermedad y 28% de los años vividos con discapacidad. Hay una marcada diferencia a través de las regiones del mundo respecto del número de AVISA y AVAD que se deben a condiciones neuro-psiquiátricas. Las estimaciones de AVAD para las condiciones neuro-psiquiátricas en Chile no se encuentran disponibles oficialmente; sin embargo, es posible plantear que estarían aproximadamente entre 40% y 48%. América Latina y el Caribe tienen un AVAD estimado de 40%, mientras que en los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá llega a 48%. Por el contrario, todas las otras regiones del mundo están por debajo de esta cifra. En África alcanza sólo a 19%, en el Oriente Medio a 26%, mientras que el Sudeste Asiático presenta 28% y Europa, 40%.

En Chile, los trastornos neuro-psiquiátricos a través de todos los grupos de edad se estima que contribuyen con 31% de los AVISA, uno de los más altos en el mundo. En América Latina y en el Caribe en total, la contribución a los AVISA es solamente de 22% y en los Estados Unidos de Norteamérica y en Canadá es de 30%, mientras que en África es sólo de 5%, el Cercano Oriente y el Sudeste Asiático presentan 11% y Europa 20%. De los 20 trastornos específicos más relevantes por su contribución a los AVISA en Chile, para 2002, las depresiones mayores y los trastornos por el consumo de alcohol clasifican en primer y segundo lugar con 9,9% y 5,1%, respectivamente. Los trastornos asociados al consumo de drogas y la esquizofrenia también se encuentran entre los 20 más importantes. El peso de los trastornos psiquiátricos específicos es incluso mayor cuando sólo se examinan aquellos que se presentan entre los 15 y 59 años de edad<sup>2</sup>.

La alta tasa de contribución de las condiciones neuro-psiquiátricas, tanto para los AVISA como los AVAD en Chile, son un reflejo de los avances en la salud pública y en la atención de salud del país. Aquellos países que presentan bajas contribuciones a los AVISA, expresan la continua necesidad de combatir las enfermedades infecciosas que tienen como resultado una alta mortalidad, las enfermedades relacionadas con la diarrea en niños, muertes maternas precoces y altas tasas de HIV/SIDA; a diferencia de muchas enfermedades cancerosas y cardiovasculares, que se presentan más tarde en la

vida y tienen una prevalencia más baja que muchos trastornos psiquiátricos. Las necesidades de salud mental de la población, sin embargo, no pueden ser vistas artificialmente en un análisis exclusivo de los trastornos en los Ejes 1 y Ejes 2 del DSM-IV o ICD-10. Los trastornos de la transición epidemiológica, tales como enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, hipertensión, cáncer pulmonar, otros cánceres y cirrosis hepática, presentan componentes de comportamiento y de salud mental, tales como cambios en la dieta, uso de ejercicios, moderación en el consumo de alcohol y abandono del tabaco. Los trastornos emergentes también contribuyen a la carga de salud mental de una nación en desarrollo y necesitan ser adecuadamente enfrentados por los agentes sanitarios, ya que pueden resultar en condiciones psiquiátricas: homicidio, suicidio, accidentes en vehículos motorizados, consumo de sustancias, HIV/SIDA, abuso de menores, abuso de mujeres y otros tipos de violencia.

Estos trastornos, que deberían ser una preocupación especial para los salubristas y funcionarios de la salud mental, presentan factores de riesgo que están asociados a problemas conductuales, características demográficas y factores sociales. Los factores de riesgo demográfico tales como la edad, género, nivel económico y social, estado civil, etnia y residencia en sectores urbanos en comparación con áreas rurales, no son fáciles de modificar. Mientras que las variables de comportamiento individual tales como la dieta, consumo de tabaco, prostitución, utilización de jeringas, posesión de armas de fuego y uso de cinturones de seguridad en los autos son enfrentables y posibles de modificar.

Los factores propios de la sociedad requieren de planificaciones gubernamentales de largo plazo, a fin de intervenir en áreas tales como la pobreza, desempleo, mejoramiento de la educación, discriminación por géneros, cambios poblacionales, estructura familiar, condiciones de trabajo, guerra y migración.

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS EMERGENTES RELACIONADOS CON SALUD MENTAL

Los indicadores básicos de salud del Ministerio de Salud destacan entre los grandes grupos de causas de muertes las llamadas causas externas, que

representan 8,9% de las defunciones para 2003, levemente menor que 12,2% que representaban en 1990. De éstas, 30% fueron accidentes de transporte, 12,9% homicidios y 22,9% suicidios. La tasa ajustada de muertes por accidentes de tránsito para 2004, fue de 12,3 por 100.000, con un mayor peso para los hombres respecto de las mujeres, 21,9 y 4,8, respectivamente. La tasa de muerte derivada de lesiones auto inflingidas alcanzó a 10.1 por 100.000, siendo casi seis veces más alta en hombres que en mujeres; 18,5 respecto de 3,2<sup>3</sup>.

El VIH/SIDA tuvo una incidencia, para 2004, de 8,5, con 13,8 en hombres y 3,3 en mujeres; mientras que la tasa de mortalidad alcanzó a 2,2, con 4,5 y 0,5, para hombres y mujeres, respectivamente. En todos los casos se trata de tasas por 100.000 habitantes.

Por otra parte, del total de recién nacidos durante 2004, 14,9% nació de una madre menor de 20 años.

Respecto del consumo de sustancias, el sexto estudio en población general realizado por CONACE, en 2004, mostró una tasa de prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante el último

año de 5,83%. Con una mayor tasa de consumo para marihuana, con 5,29%; el clorhidrato de cocaína (1,28%) y la pasta base (0,62%). Los resultados por género muestran una prevalencia mayor en los hombres respecto de las mujeres, en una relación de 3 a 1, con prevalencias para el último año de 8,82% en los hombres y de 3,00% en las mujeres. Las mayores diferencias se dan en el consumo de pasta base, donde se registra una relación aproximada de 1 a 7,3<sup>4</sup>.

Pero, sin duda, el alcohol sigue siendo la droga legal más consumida en Chile, la tasa de mortalidad por cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado alcanzó en 2004 una tasa ajustada de 21,6 por 100.000, (37,2 para hombres y 15 para mujeres).

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

En Chile se han efectuado dos grandes estudios de prevalencia psiquiátrica en la década 1990-99. Uno de ellos limitado a determinar prevalencias

**Tabla 1. Prevalencia de 12 meses de Trastornos DSM-IV en Chile, en comparación con otros países**

	Canadá		Chile		Alemania		Países Bajos		Estados Unidos	
	%	(ee)	%	(ee)	%	(ee)	%	(ee)	%	(ee)
<i>Tipo de trastorno</i>										
Trastorno de estado 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 por consumo 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)
<i>Gravedad del Trastorno</i>										
Ninguno	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)
Moderado	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 y cols, 2003<sup>8</sup>.

**Tabla 2. Número de personas (>15 años) con prevalencia de vida, 12 meses y actual de trastornos DSM-III-R en Chile (Censo 2002)**

Diagnóstico	Vida			1 Año		
	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino
Psicosis no afectiva	164.831	74.764	90.399	64.049	9.573	53.948
Depresión mayor	867.484	307.717	557.461	535.937	168.674	365.971
Distimia	749.747	160.468	585.650	362.629	72.940	287.722
Trastorno maniaco	175.192	67.014	108.382	131.865	30.088	101.092
Ansiedad generalizada	242.067	42.852	197.809	147.877	31.455	115.186
Trastorno de pánico	149.761	30.088	119.560	81.003	20.514	60.266
Obsesivo compulsivo	108.318	30.544	75.819	108.318	30.544	75.819
Consumo/Dependencia del alcohol	940.951	787.299	159.900	653.674	552.066	105.952
Consumo/Dependencia de drogas	316.476	154.542	161.844	173.308	77.043	96.717

de un mes en Santiago<sup>5</sup>, y un sondeo de representación nacional de cuatro regiones (Metropolitana, Bío-Bío, Tarapacá y Araucanía)<sup>6-7</sup>. El estudio nacional se basó en los criterios diagnósticos del DSM-III-R y se efectuó haciendo uso del CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), que ha sido ampliamente utilizado a nivel internacional, incluyendo estudios comparativos transnacionales que han incluido a Chile<sup>8</sup>. Los trastornos por ansiedad y por uso de sustancias son menos frecuentes en Chile que en Canadá, Alemania, los Países Bajos y los Estados Unidos de Norteamérica. Sin embargo, los trastornos afectivos son igualmente prevalentes (ver Tabla 1). Las diferencias en estas tasas se podrían explicar por una baja prevalencia de los trastornos leves, pero no así de los severos o moderados, cuyas prevalencias son relativamente más cercanas<sup>9</sup>.

Casi un tercio de la población ha tenido trastornos psiquiátricos en su vida, y 22% durante el año previo. Los trastornos por ansiedad son los trastornos de mayor prevalencia. Las depresiones mayores constituyen uno de los trastornos específicos más prevalentes, 9,2% en vida y 5,7% en un año. Los trastornos por consumo de alcohol y drogas presentan también una alta prevalencia, 11% y 8,1%, respectivamente. Una apreciable proporción de la población presenta trastornos moderados, 5,5% y severos, 3,3%<sup>9</sup>.

Además, hay claras diferencias regionales en relación a las tasas de trastornos a lo largo de Chile<sup>7</sup>. Existen tasas considerablemente más altas de depresión mayor en el Área Metropolitana, a la vez que mayores tasas de consumo de alcohol y de drogas en Tarapacá. Cifras que podrían asociarse con que la primera es la mayor área urbana del país; mientras que la segunda se encuentra cercana a la frontera con países donde existe un creciente tráfico de drogas. En Chile, se estima que 3.529.625 personas tienen el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico durante su período de vida y 2.495.035 han presentado un trastorno psiquiátrico en los últimos doce meses. La Tabla 2 muestra el número de individuos que presentan algunos de los trastornos psiquiátricos estudiados en base al Censo Nacional del año 2002 y el periodo de prevalencia considerado.

#### DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud ha recopilado información sobre salud mental aportada por los Ministerios de Salud de todos los países miembros (Ver tabla 3)<sup>10</sup>. A diferencia de lo que ocurre en más de un tercio del mundo, Chile cuenta con una política de salud mental, con atención comunitaria para estos problemas y con una legislación que protege, al

**Tabla 3. Resultados seleccionados de países que proporcionaron información al Proyecto Atlas-OMS 2005**

País	Presupuesto	Camas	Psiquiatras	Psicólogos	Asistentes Sociales	Enfermeras
Argentina	2,0	6,0	13,3	106,0	11,0	
Bolivia	0,2	0,8	0,9	5,0		
Brasil	2,5	2,6	4,8	31,8		
Chile	2,3	1,3	4,0	15,7	1,5	1,1
Colombia	0,1		2,0			
Ecuador		1,7	2,1	29,1	0,1	0,5
México	1,0	0,7	2,7	0,2	0,1	
Paraguay	0,1	0,7	1,8			0,1
Perú	2,0	0,5	2,1	4,0	1,0	6,0
Surinam	4,2	5,2	1,3	0,2	0,6	15,0
Uruguay	8,0	5,4	22,9	15,1	62,0	0,9
Venezuela		2,5	24,0			
Canadá	11,0	19,3	12,0	35,0		44,0
Estados Unidos	6,0	7,7	13,7	31,1	35,3	6,5

Presupuesto = % de presupuesto para atención de salud; camas = camas psiquiátricas/10,000; tasas de profesionales: por 100.000 habitantes

Fuente: Atlas: Recursos para Atención Mental en el Mundo, 2001,

menos parcialmente, los derechos de quienes padecen enfermedades mentales.

Actualmente, la salud mental recibe 2,3% del presupuesto de salud. Desafortunadamente, esto es más bajo que el que tienen países vecinos como Argentina y Brasil, y está bastante más lejos de 6% y 11% de Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, respectivamente. Aunque el financiamiento principal para la atención de salud mental se basa en seguros de salud previsional, muchos no pueden acceder a través del sistema y como resultado, se deben autofinanciar. No obstante, la incorporación al programa de garantías explícitas de salud de la depresión y el primer episodio de esquizofrenia, puesta en marcha en los dos últimos años, ha permitido ampliar la cobertura y asegurar un nivel de asistencia adecuado a protocolos preestablecidos.

Aunque Chile tiene más disponibilidad de camas psiquiátricas que la mayoría de sus vecinos, en comparación con los Estados Unidos y Canadá

la diferencia es enorme y, en comparación con otros países en el mundo, la tasa del 1,3 por 10.000 habitantes es menor que la mediana de los países de ingresos medio-bajos. Además, la proporción de aquellas camas está cuestionablemente distribuida. La mayoría se encuentra en hospitales psiquiátricos (81%), lo que sugiere que se están usando preferentemente para casos crónicos en lugar de agudos. En los países de mayores ingresos económicos la proporción es prácticamente similar (55%-45%).

Chile tiene 4,0 psiquiatras por 100.000 habitantes, tasa que está en un nivel medio respecto de otros países en América Latina, y lejos más baja que la de países más desarrollados. En contraste, hay 15,7 psicólogos por 100.000 habitantes. La disponibilidad de atención de salud mental y de especialistas para poblaciones infantiles y geriátricas es limitada y en la mayoría de los casos, no está disponible. Además, existe una amplia disparidad de recursos disponibles a lo largo del país<sup>11</sup>.

USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
Y DEFICIENCIA DE TRATAMIENTO

La mayoría de las personas con algún trastorno psiquiátrico en Chile no buscan atención de salud mental<sup>12-11</sup>. Menos de la mitad de aquéllos que presentan un trastorno prevalente, 46,9%, recibieron cualquier tipo de atención de salud en los últimos seis meses, en tanto que solamente 38,5% recibió algún tipo de atención de salud mental, ya sea de parte de un especialista o generalista. Los servicios especializados se utilizaron escasamente, sólo en 13,1%. Aunque hay una mayor proporción de individuos con trastornos severos que hacen uso de los servicios de salud mental, sólo 24,9% de estos recibe atención mental especializada<sup>11</sup>. Comparativamente, hay una preocupante disparidad en el uso de los servicios entre la gente que presenta enfermedades mentales serias en Chile y aquéllas de los países desarrollados (ver Tabla 4)<sup>8</sup>.

Las brechas de tratamiento para problemas específicos de salud mental, es decir el porcentaje de individuos que necesitan tratamiento y no lo están recibiendo, es algo menor en comparación con otros

países de América Latina<sup>13</sup> (ver Tabla 5), sin embargo, continúan siendo alarmantemente altas. Más de la mitad de las personas con trastornos bipolares se encuentran sin tratamiento y casi la mitad de aquellos con depresión mayor. El 44,4% de brecha en el tratamiento para psicosis no afectivas es mayor que en la mayor parte del mundo, 32,2%, como también lo es el 84,8% para los trastornos por consumo de alcohol. Las brechas de tratamiento en Chile podrían incluso ser mayores, si se incluyeran en el análisis áreas con acceso aun menor a la atención.

RAZONES PARA LA FALTA  
DE TRATAMIENTO

A pesar de las evidencias en el sentido contrario, la población mantiene una percepción de falta de eficacia en los tratamientos. Muchas personas creen también que el problema va a terminar por sí solo, y desean manejar éste sin ayuda externa. Hay también barreras directas que interfieren con el tratamiento, incluyendo las de tipo financiero, al igual que una insuficiente disponibilidad de

**Tabla 4. Relación entre gravedad del trastorno y tratamiento en Chile, en comparación con otros países**

	Canadá		Chile		Alemania		Países Bajos		Estados Unidos	
	%	(ee)	%	(ee)	%	(ee)	%	(ee)	%	(ee)
<i>Porcentaje que recibió cualquier tipo de tratamiento</i>										
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)
<i>Entre aquellos que recibieron cualquier tratamiento, porcentaje de quienes recibieron tratamiento especializado</i>										
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 y otros, 2003<sup>8</sup>.

**Tabla 5. Brechas de tratamiento para trastornos mentales en América Latina y el Caribe, en términos de porcentaje de individuos que requerían atención, pero que no la recibieron <sup>a</sup>.**

Trastorno	Sao Paulo (mes pasado)	Chile (seis meses)	México ENEP (año pasado)	Ciudad México (vida)	México rural (vida)	Puerto Rico (año pasado)	Promedio	Mediana
Psicosis no afectiva	58,0	44,4	... <sup>b</sup>	...	...	9,7	37,4	44,4
Depresión de mayor	49,4	46,2	78,2	43,4	66,3	70,0	58,9	57,9
Distimia	43,8	32,4	81,5	78,5	58,0	...	58,8	58,0
Trastorno bipolar	46,0	50,2	85,7	74,1	...	...	64,0	62,2
Ansiedad generalizada	41,1	44,2	94,7	72,2	...	...	63,1	58,2
Trastorno de Pánico	47,8	22,7	71,2	70,0	...	...	52,9	58,9
TOC	...	27,6	...	92,1	...	...	59,9	59,9
Consumo/Dependencia del alcohol	53,3	84,8	...	...	...	76,0	71,4	76,0

<sup>a</sup> La Salud Mental Mundial para Colombia (*Colombia WMH*) ha publicado información (año anterior) acerca de las deficiencias de tratamiento solamente para lo siguiente: todo tipo de trastornos, 82,4%; todo tipo de trastornos de ansiedad, 95,4%; y todo trastorno por el consumo de sustancias, 92,5%,

<sup>b</sup> Los puntos suspensivos (...) indican que no se hicieron observaciones, Adaptado de Kohn y otros, 2005, (14)

servicios. La falta de conocimiento acerca de las enfermedades mentales y el estigma, constituyen las principales razones por las cuales los chilenos no buscan tratamiento (ver Tabla 6)<sup>11,12</sup>.

Se espera que las brechas de tratamiento sean mayores entre aquellas personas de clases sociales más bajas, ya que se encuentran en mayor riesgo de padecer enfermedades mentales<sup>15</sup> y tienen un menor acceso relativo a tratamiento. La población indígena, por otro lado, en concreto los mapuches, no reciben virtualmente ninguna intervención de salud mental. En un estudio hecho por los mismos autores<sup>16</sup> sólo 6,5% de aquéllos que padecían trastornos psiquiátricos buscaron alguna forma de tratamiento y ninguno acudió a un especialista en enfermedades mentales, a pesar de que hay poca evidencia de que las tasas de trastornos psiquiátricos muestren alguna diferencia entre los mapuches y otros chilenos.

Faltan en Chile estudios que examinen el estigma, al igual que el nivel de conocimiento sobre las enfermedades mentales.

#### IMPLICANCIAS

Si la discapacidad, al igual que la carga económica, asociada con los trastornos mentales y psicológicos ha de ser reducida, es necesario identificar las “*brechas de tratamiento*” y reducir la demora en el acceso, el llamado “*retardo del tratamiento*”. Además, algunos trastornos son evitables, lo cual sugiere que también tendríamos una brecha de “*prevención*”, y una “*brecha de intervención*”. Las altas tasas de discapacidad por causa de trastornos neuro-psiquiátricos demuestran que éstas son condiciones que ameritan tratamiento. Son trastornos de una prevalencia significativamente alta que debieran estar en la primera prioridad de la agenda de salud pública. El inicio de enfermedades mentales a tempranas edades en la vida resulta en una prolongada discapacidad y carga. El curso de la enfermedad sin tratamiento es, a menudo, crónico y debilitante. Existe evidencia sólida en el sentido que el tratamiento es central y eficiente en la reducción de la discapacidad para el individuo y la familia, mejorando los síntomas y alterando el curso de la enfermedad. El grado de carga de la enfermedad, el costo económico de la

**Tabla 6. Razones para no consultar por enfermedad mental entre aquéllos que acepta necesidad de atención**

Razón	N = 347	
	%	ee
Problema resuelto por si mismo	65,7	5,0
Puedo resolver el problema por mí mismo	60,1	3,0
Carga financiera	43,6	3,2
Temeroso del diagnóstico	36,7	2,4
Restricciones de tiempo	28,9	3,2
No confía en personal que proporciona atención de salud	22,2	2,8
No es de utilidad	27,6	2,6
Le preocupa lo que dirán los demás	24,1	4,0
No sabe dónde ir	29,0	3,1
Transporte	11,4	1,9
Alguien lo puede averiguar	22,1	4,0

Tomado de: Saldivia S. y otros 2004<sup>11</sup>.

misma y la discapacidad asociada tanto al individuo como la familia alcanza un nivel tal, que si no se interviene el precio a pagar será inaceptable.

No enfrentar las brechas de tratamiento tiene graves implicancias para la salud pública. La pobreza, el bajo nivel social, disminuidos logros educacionales, son consecuencias posibles derivadas de no tratar enfermedades mentales. Las enfermedades no tratadas pueden producir una deteriorada función familiar, creciente número de embarazos de adolescentes y violencia doméstica en aumento. Los trastornos psiquiátricos también tienen un impacto negativo en la calidad de vida, aumentando los índices de mortalidad, aparte del suicidio.

La Organización Mundial de la Salud<sup>17</sup> ha sugerido diez recomendaciones, que pueden ser aplicadas en Chile, a fin de reducir las deficiencias de tratamiento en la salud mental: 1) Hacer que el tratamiento para salud mental sea más accesible en la atención primaria, 2) Asegurar que los fármacos psicotrópicos que sean necesarios, se encuentren prontamente disponibles en todas las áreas de atención de salud, 3) Llevar la atención desde las instituciones hacia la atención comunitaria. 4) Educar a la población, 5) Involucrar a las familias, comunidades y consumidores en el mejoramiento del sistema de atención de salud, 6) Expandir los programas nacionales de atención de

salud mental, 7) Aumentar y mejorar la capacitación profesional en la atención de salud mental, especialmente para niños y adultos mayores, 8) Aumentar los vínculos con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, 9) Proporcionar monitoreo del sistema de salud mental por medio de indicadores de calidad, 10) Apoyar una mayor investigación.

La importancia del rol de la enfermedad mental y la utilización de los servicios de salud para estos problemas y para la discapacidad en general en Chile, aunque está creciendo, no es, en nuestra opinión, todavía completamente valorada. Los estudios de epidemiología psiquiátrica son un medio para proveer información relevante a las autoridades que estén en posición o en condiciones de asignar recursos para enfrentar el desarrollo de una epidemia de trastornos mentales que, claramente, puede ser anticipada en América Latina, en la medida en que el proceso actual de transición epidemiológica continúe desarrollándose.

Sin embargo, se requieren nuevos estudios para, por ejemplo, aumentar o afinar el interés en las necesidades de la utilización de servicios, la presencia de comorbilidad médica, la prevalencia de tasas para enfermedades mentales graves y las cada vez más necesarias medidas objetivas de discapacidad.



REFERENCIAS

1. MURRAY CJL, LÓPEZ 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. World Health Organization: WHO statistical information system (WHOSIS) <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>
3. Ministerio de Salud Chile. DEIS. <http://deis.minsal.cl/index.asp>
4. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Sexto Estudio General de Drogas en Población General en Chile. Informe final. <http://www.conace.cl>
5. ARAYA R, ROJAS G, FRITSCH R, ACUÑA J, LEWIS G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178: 228-33.
6. VICENTE B, KOHN R, RIOSECO P, SALDIVIA S, BAKER C, TORRES S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004;184: 299-305.
7. VICENTE B, KOHN R, RIOSECO P, SALDIVIA S, NAVARETTE G, VELOSO P, TORRES S: Regional differences in psychiatric disorders in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 935-42.
8. 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. *Health Affairs* 2003; 22: 3; 122-33.
9. VICENTE B, KOHN R, RIOSECO P, SALDIVIA S, LEVAV I, TORRES S: Lifetime and 12-month prevalence in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1362-70.
10. World Health Organization. Mental Health Atlas - 2005. Geneva: WHO; 2005.
11. SALDIVIA S, VICENTE B, KOHN R, RIOSECO P, TORRES S: Use of mental health services in Chile. *Psychiatric Services* 2004; 55: 1; 71-6.
12. VICENTE B, KOHN R, SALDIVIA S, RIOSECO P, TORRES S: Patrones de uso de servicios por adultos con problemas de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health* 2005; 18(4-5): 263-70.
13. 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. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health* 2005; 18(4-5): 229-40.
14. KOHN R, SAXENA S, LEVAV I, SARACENO B: The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:11; 858-66.
15. KOHN R, DOHRENWEND BP, MIROTZNIK J: Epidemiologic findings on selected psychiatric disorders in the general population, in (Dohrenwend BP ed.) *Adversity, Stress, and Psychopathology*. New York: Oxford University Press, 1998; pp. 235-284.
16. VICENTE B, KOHN R, RIOSECO P, SALDIVIA S, TORRES S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *International Journal of Social Psychiatry* 2005; 51; 2: 119-27.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The World Mental Health Report 2001: Mental Health: New Understanding New Hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.