

Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003

José A. Posada-Villa, MD*
Carolina Trevisi Fuentes, Psic*

Resumen

Contexto: Poco se conoce acerca de la severidad y los correlatos de trastornos mentales sin tratamiento en Colombia. **Objetivo:** Estimar la prevalencia, la severidad y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) Colombia 2003. El análisis se realizó a partir de la base de datos aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Universidad de Harvard para el ENSM. **Metodología:** Entrevistas cara a cara en hogares de 60 municipios de Colombia representativos del país. Participaron un total de 4.544 adultos. Se empleó como instrumento el CIDI-OMS. **Resultados:** La prevalencia de tener durante el transcurso de la vida cualquier trastorno CIDI-OMS/ DSM-IV es del 40.1 por ciento, siendo los trastornos de ansiedad los más altos durante la vida (19.5 por ciento) y en los últimos 12 meses (9.9 por ciento). Los trastornos de ansiedad tienen la mediana más temprana de edad de inicio a los nueve años. Los trastornos mentales graves están asociados a una discapacidad importante en los papeles y funcionalidad de los adultos colombianos, con un promedio de 27.9 días por año. **Conclusiones:** Una reubicación del tratamiento acompañado de una política en salud mental podría disminuir substancialmente la dificultad de las necesidades no satisfechas de tratamiento para trastornos graves. Se pone en consideración la necesidad de proveer a los casos moderados y leves un tratamiento, especialmente si están en riesgo de evolucionar hacia trastornos más graves. [Posada JA, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. MedUNAB 2004; 7:65-72].

Palabras clave: trastornos mentales, epidemiología, estudio nacional de salud mental.

El final de la Segunda Guerra Mundial marcó un interés por comprender los trastornos mentales a través de la aplicación de encuestas en diversos países. Este interés se ha ido estructurando y actualmente, en estudios realizados por la OMS se estima que 450 millones de personas en el mundo sufren, en un momento dado, de problemas mentales, neurológicos o de comportamiento. Estas dificultades son causantes de sufrimiento, exclusión social, incapacidad y una pobre calidad de vida que aumentan la tasa de mortalidad y tienen un impacto en los costos sociales y económicos.

Así, el tema de la salud mental se ha comenzado a introducir en las agendas políticas de múltiples países y es percibido de igual importancia que la salud física para el bienestar de los individuos y de la sociedad. Sin embargo en Colombia, sólo hasta la década de los años 90 se inició la aplicación de entrevistas estructuradas para diagnosticar trastornos mentales. Muestra de ello es el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia, 1993, y el II Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1998, realizados por el Ministerio de Salud. Cabe anotar que sólo el primero de estos recibió el carácter de oficial por parte del Ministerio.

Si bien constituyeron un esfuerzo por comprender el estado de la salud mental, estas iniciativas sólo contemplan algunos aspectos relacionados, quedando cortas de una descripción poblacional significativa. En esta medida, el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM), nombre de la Encuesta Mundial sobre Salud Mental (EMSM) en Colombia, es la primera que se realiza en el país con el instrumento CIDI-OMS/DSM-IV (versión 15) y cuya base de datos ha sido aprobada por la OMS y la Universidad de Harvard.

La EMSM busca evaluar el estado de las enfermedades mentales en países con diferentes grados de desarrollo, as

* Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca; Fundación Saldarriaga Concha, Bogotá, Colombia

Correspondencia: Dr. Posada-Villa, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Calle 28 #6-02, Bogotá, Colombia. E-mail: latos98@yahoo.com
Artículo recibido: 10 de marzo de 2004; aceptado: 30 de junio de 2004.

como determinar las necesidades en materia de asistencia médica y orientar las políticas de salud. Se considera relevante el estudio de la salud mental, ya que según una investigación realizada por la OMS y el Banco Mundial, denominado Carga Global de la Enfermedad, se concluyó que los trastornos mentales ocupan cinco de los diez primeros lugares entre todas las enfermedades que causan discapacidad, teniendo en cuenta dos factores, muerte prematura y días vividos con discapacidad.

En el caso de Colombia, las razones antes mencionadas son pertinentes, pero se valida aún más cuando se reconoce como telón de fondo la situación de pobreza del país, la violación de los derechos humanos, los desastres naturales y los efectos que ha tenido el conflicto armado de más de 40 años en la salud mental de los colombianos.¹

La EMSM se ha realizado en el Medio Oriente y África (Líbano, Nigeria), Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, España y Ucrania), Asia (Japón, China en las ciudades de Beijing y Shanghai) y las Américas (Colombia, México y Estados Unidos).

Si bien la investigación en Colombia se llevó a cabo en dos grupos poblacionales, adultos (18 - 65 años de edad) y adolescentes (13 - 17 años de edad), este informe pretende hacer una primera exposición descriptiva de los resultados obtenidos para la población de adultos, enfatizando especialmente sobre los estimativos de prevalencia de vida, severidad, tratamiento y correlatos demográficos.

Método

Muestra. El ENSM se basó en una muestra probabilística multietápica y estratificada de la población de hogares de Colombia tomados de la Muestra Maestra del Ministerio de la Protección Social.² Dicha muestra tiene un diseño que le permite ser empleada para estudios epidemiológicos nacionales. El diseño de la muestra se contempló para lograr una representatividad de los adultos (entre 18 y 65 años de edad) del área urbana de 60 municipios del territorio nacional.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con el fin de cumplir con los requisitos mínimos exigidos para la EMSM en Colombia: 4.596 encuestas efectivas de población adulta. Se hace la distinción entre encuesta realizada y efectiva, ya que éstas últimas deben pasar el filtro de calidad de la Universidad de Harvard y la OMS. El diseño requirió 5.750 hogares urbanos, suponiendo una tasa máxima efectiva de no respuesta del 30 por ciento y una selección de un adulto por hogar. Se estimaron 420 segmentos con un promedio de 13 - 14 hogares por segmento. No se permitió la sustitución de los residentes originalmente seleccionados de los hogares cuando éstos no podían ser encuestados.

Adicionalmente se calculó la distribución de los segmentos en los 60 municipios de la muestra maestra en función

del tamaño de los estratos correspondientes, con base en las proyecciones de población municipal urbana a partir del censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (Dane) para el año 2003.³

Todas las encuestas que hacen parte de la iniciativa de la OMS emplean una estrategia interna de muestreo que busca reducir la carga sobre el entrevistado. Por esta razón, la entrevista está dividida en dos partes. La primera (Parte I) incluye el diagnóstico, mientras la segunda (Parte II) contiene información sobre los correlatos del trastorno. Todos los respondientes completaron la Parte I. A la Parte II pasaron todos los respondientes de la Parte I que cumplieron con los criterios para cualquier trastorno mental junto al 25 por ciento del resto de los entrevistados escogidos de manera aleatoria por un programa instalado en el computador. Esto configura una forma larga de aplicación de la encuesta del instrumento. Así, para aquellas personas que no fueron seleccionadas para la Parte II, la entrevista finalizó después de la Parte I. Quienes respondieron la Parte II se ponderaron por el inverso de su probabilidad de selección con el fin de ajustar el muestreo diferencial de casos y no-casos.

Adicional a la ponderación de la selección de la Parte II, se empleó una segunda ponderación para ajustar las probabilidades de selección de personas a ser encuestadas dentro de los hogares seleccionados. Una tercera ponderación se empleó para igualar las muestras a la distribución poblacional que permitió la clasificación de variables socio-demográficas importantes.

Capacitación y procedimiento para el trabajo de campo. Para la capacitación y desarrollo del trabajo de campo se emplearon las estrategias recomendadas por la OMS. El equipo del Centro de Coordinación de la Recolección de Información (Data Collection Coordination Center - DCCC) entrenó a los supervisores bilingües (español - inglés) para cada uno de los países participantes de la EMSM. En el caso colombiano, se recibió el entrenamiento del grupo de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría de México, quienes fueron entrenados por el DCCC.

Siguiendo los parámetros establecidos, se entrenó a 11 supervisores locales y 39 encuestadores quienes hicieron entrevistas cara a cara en los hogares usando un computador portátil.

El equipo del DCCC también desarrolló protocolos estandarizados para la ejecución del trabajo de campo y control de calidad del procesamiento de los datos que incluyeron por parte de los supervisores, una serie de chequeos sobre la precisión del entrevistado y por otro lado, especificaciones sobre la codificación y depuración de la base de datos.

Dentro de los procedimientos para el trabajo de campo se implementó la distribución de un folleto informativo

sobre la Encuesta, previo al consentimiento del posible encuestado. Así, el consentimiento informado fue un requisito para dar inicio a la entrevista.

La población adulta se entrevistó empleando la versión computarizada CAPI (por sus siglas en inglés) del CIDI para adultos versión 15, instrumento que fue tomado del grupo de investigación de México.⁴ Sobre el documento original se llevó a cabo el proceso de armonización o adaptación cultural siguiendo los lineamientos de la OMS.

Instrumento. La encuesta empleó como instrumento el Composite Internacional Diagnostic Interview CIDI (Encuesta Diagnóstica Internacional Compuesta), entrevista estructurada desarrollada por la OMS en cooperación con *Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration* que permite diagnosticar trastornos mentales y ubicar los tratamientos. Existen dos versiones: papel y lápiz (PAPI) y la versión computarizada (CAPI); ambas tienen las mismas secciones y permiten la comparación de datos. En Colombia se empleó el CAPI en computadores portátiles con el *software* Blaise.⁵

La entrevista está compuesta por 17 diagnósticos principales y seis secundarios. Dentro de los trastornos de ansiedad se incluye (agorafobia sin pánico, trastorno obsesivo – compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico), trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar I y II, trastorno distímico, trastorno depresivo mayor), trastornos del control de los impulsos (bulimia, trastorno explosivo intermitente, juego patológico) y reportes en adultos respondientes (18–44 años de edad) de tres trastornos de la niñez y la adolescencia (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante) y trastornos relacionados con sustancias (abuso de alcohol o drogas). Los trastornos se diagnosticaron empleando las definiciones y criterios de la cuarta edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV).

Para el diagnóstico a partir del CIDI se utilizaron todas las reglas de exclusión aunque las reglas jerárquicas de diagnóstico no fueron empleadas. De acuerdo a Wittchen⁶ y a Kessler, Berglund y Walters,⁷ existe evidencia metodológica recolectada durante las pruebas de campo del CIDI-OMS y estudios posteriores de calibración clínica que demuestran que todos los trastornos considerados fueron diagnosticados con una aceptable validez y confiabilidad, tanto en la versión original del CIDI como en su versión expandida.

El CIDI-OMS proporciona diagnósticos de prevalencia vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días según criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10. El diagnóstico en los últimos 12 meses en CIDI-OMS/DSM-IV proporciona una escala de severidad según sea grave,

moderado o leve. Un trastorno grave reúne las siguientes características: cumple con el criterio de 12 meses para un trastorno bipolar (ya sea un episodio maniaco o hipomaniaco ó un episodio depresivo mayor en conjunción con una historia de manía o hipomanía) o dependencia de sustancias; intento de suicidio o plan suicida junto a otro trastorno del CIDI-OMS/DSM-IV; hospitalización por más de un día por dificultades emocionales o con sustancias; tratamientos con medicación antipsicótica; reporte de por lo menos dos áreas de funcionamiento que son percibidas como “severas” debido a deterioro de un trastorno mental ó informe de un deterioro funcional asociado con un trastorno mental que puntúe menos de 55 en la Evaluación de la Actividad Global (GAF).⁸

Las medidas para calibrar el deterioro funcional específico según los puntajes del GAF de cada trastorno del CIDI-OMS se llevaron a cabo conjuntamente con la EMSM en Estados Unidos al estudiar una submuestra de personas que respondieron, a quienes se les hizo una re-entrevista que incluyó una evaluación del GAF. Aquella que no cumplieron con los criterios de los últimos 12 meses en el CIDI-OMS/DSM-IV se clasificaron como moderadas o leves de acuerdo a las respuestas dadas para el trastorno específico del Sheehan Disability Scales (SDS).⁹

Con el fin de buscar validación externa de los rangos de severidad, a los respondientes que cumplieron los criterios para un trastorno en particular se les preguntó cuantos días de 365 días de los últimos 12 meses fueron incapaces en su totalidad de trabajar o llevar a cabo otras actividades rutinarias debido al trastorno. Esto se le preguntó a la persona por cada trastorno que reportó en los últimos 12 meses.

El CIDI-OMS también exploró el tratamiento en los últimos 12 meses, preguntando si habían visitado algún profesional, ya sea de manera particular o como pacientes internados/hospitalizados en instituciones por problemas emocionales, nervios, salud mental o el uso de alcohol o drogas.

Dentro de la lista se encuentran los profesionales de la salud mental (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, psicoterapeuta, enfermera de salud mental), profesionales médicos (médico general, médico de familia, otros especialistas como cardiólogo o ginecólogo, enfermera, asistente de médico, terapeuta ocupacional), consejeros religiosos (por ejemplo: cura, ministro, rabino y otros como yerbatero, quiropráctico, espiritista-médium).

Para cada tipo de profesional consultado, se obtuvo información sobre la duración del tratamiento y si el respondiente estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses, y de ser así, la duración (número de consultas particulares y duración de la hospitalización). Para el propósito de este artículo, se centrará sobre el tratamiento por parte de un profesional de la salud mental o general durante los últimos 12 meses.

Método de análisis. El análisis se realizó a partir de la base de datos aprobada por OMS y la Universidad de Harvard. A continuación se reportan los datos sobre: prevalencia, distribución de la edad de inicio del trastorno, distribución de severidad, asociaciones de severidad con el tratamiento y el número de días en que la persona no cumple con sus papeles cotidianos y los correlatos socio-demográficos de prevalencia, severidad y tratamiento.

Para calcular la prevalencia y la distribución de severidad se empleó una tabulación cruzada sencilla. El Método Kaplan–Meier¹⁰ se utilizó para generar las curvas de edad de inicio del trastorno.

Los errores estándar de estadística descriptiva se estimaron usando el Método de Series de Taylor,¹¹ implementado en el sistema de *software* SUDAAN.¹² Los coeficientes de regresión logística se transformaron en ORs reportados en la parte inferior con intervalos de confianza ajustados al 95%. Los test multivariados están basados en las pruebas Wald.¹³ La significancia estadística se basó en una prueba de un nivel de significancia del 0.05.

Resultados

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el segundo semestre del 2003. Se obtuvo una tasa de respuesta del 87.6 por ciento, siendo ésta la más alta en comparación a los otros países que aplicaron el CIDI-OMS. El promedio de duración de las encuestas fue de 1 hora 44 minutos. (rango: 30 min - 3 h 16 min).

La muestra total se discrimina de la siguiente manera: 4.544 personas en la Parte I y 2.442 encuestados en la Parte II. Como resultado de la tercera ponderación realizada, la distribución socio-demográfica de la ponderación de la muestra de la Parte II (tabla 1) tiene gran semejanza con aquella población de la cual salió la muestra.

Se observa entonces que la distribución socio-demográfica de la muestra de la Parte II (ponderada) está compuesta de la siguiente manera: el 47.7 por ciento de los encuestados se encuentran en un rango de edad entre los 18 y los 34 años de edad, seguido por el 32.8 por ciento entre los 35 y los 49 años. Sólo el 0.5 por ciento de los encuestados son mayores de 65 años. Con respecto al género de los entrevistados, el 56.2 por ciento corresponde a mujeres y el restante 43.8 por ciento a hombres. El estado civil de los encuestados está distribuido así: 55.6 por ciento casados, 33.5 por ciento nunca han estado casados (solteros, unión libre) y el 10.9 por ciento manifiesta haber estado casados con anterioridad (viudos, divorciados, separados).

En lo referente a la educación, el 44.5 por ciento de la muestra de la Parte II ponderada culminó sus estudios primarios y continuó en el colegio. Sin embargo, la mayoría, el 23.3 por ciento de la muestra total, realizó solo algunos años de bachillerato, mientras el 21.2 por ciento

Tabla 1. Distribución socio-demográfica sobre la ponderación de la muestra de la Parte II

Edad (en años)	%
18-34	47.7
35-49	32.8
50-64	18.9
65+	0.5
Sexo	
Mujer	56.2
Hombre	43.8
Educación	
Ninguna	4.0
Primaria incompleta	12.6
Primaria completa	13.7
Bachillerato incompleto	23.3
Bachillerato completo	21.2
Estudios superiores incompletos	14.7
Estudios superiores completos	10.6
Estado civil	
Casado	55.6
Previamente casado	10.9
Nunca ha estado casado	33.5
Ingresos *	
Pobreza	32.3
Promedio bajo	22.2
Promedio alto	18.5
Alto	27.0

*Pobreza es definida como el ingreso por miembro del hogar, antes de la retención de impuestos, que sea menor o igual a la mitad de la media del país. Los ingresos de bajo promedio se ubican por encima de los límites de pobreza hasta la media del ingreso por miembro familiar. Los ingresos altos se sitúan dos veces por encima de la media del ingreso por miembro familiar.

de adultos culminaron sus estudios secundarios. El restante 55.5 por ciento de los entrevistados se ubica por encima o por debajo del nivel secundario, discriminado de la siguiente forma: un 14.7 por ciento realizó actividades académicas posterior al grado de bachiller, seguido por un 13.7 por ciento que completó la primaria y un 12.6 por ciento de adultos que hicieron algunos años de primaria. Sólo el 10.6 por ciento de los encuestados obtuvo grados

universitarios, mientras que el 4 por ciento no consiguió ningún grado de escolarización.

En términos de los ingresos de la muestra ponderada de la Parte II, el 32.3 por ciento de los adultos se ubica en pobreza, entendida como el ingreso por miembro del hogar antes de la retención de impuestos que es menor o igual a la mitad de la media del país. El 27 por ciento de los encuestados recibe ingresos altos, es decir que están dos veces por encima de la media del ingreso por miembro familiar. El 22.2 por ciento tiene unos ingresos en promedio bajo, es decir que están por encima de los límites de pobreza hasta la media del ingreso por miembro familiar. Finalmente, el 18.5 por ciento de la muestra se encuentra en un ingreso de promedio alto, entre ingresos altos e ingresos bajos.

Prevalencia. La prevalencia se presentó para cada uno de los cuatro grupos de trastornos durante toda la vida y en los últimos 12 meses, siguiendo el CIDI-OMS/DSM-IV. Para la prevalencia durante la vida, los trastornos de ansiedad tienen la prevalencia más alta en adultos colombianos, representando el 19.5 por ciento de los encuestados, seguido por los trastornos del estado de ánimo con un 13.3 por ciento. La prevalencia tanto de los trastornos del control de impulsos como aquellos relacionados con sustancias son casi iguales, en el primer caso representa el 9.3 por ciento mientras en el segundo es un poco más alto, 9.4 por ciento. Para otros trastornos no contemplados en los cuatro grupos la prevalencia fue del 36.1 por ciento.

La prevalencia en los últimos 12 meses CIDI-OMS/DSM-IV mantiene el patrón general para los dos primeros trastornos, aunque presenta una pequeña diferencia entre los dos últimos. Los trastornos de ansiedad siguen teniendo la prevalencia más alta durante los últimos 12 meses, representando al 9.9 por ciento de los encuestados, seguido por los trastornos del estado de ánimo con el 6.2 por ciento. En tercer lugar se ubican los trastornos del control de impulsos, con una prevalencia del 3.8 por ciento seguido por un 2.6 por ciento de trastornos relacionados con sustancias. Para cualquier otro trastorno no incluido en los cuatro grupos, la prevalencia es de 17.7 por ciento.

Cabe aclarar que en el caso de dependencia de sustancias, los encuestados que cumplieron con los criterios para algún periodo durante la vida y que continúan teniendo algún síntoma son considerados dentro de la categoría de dependencia de 12 meses aún si actualmente no cumplen con todos los criterios para este trastorno. Se aplicaron las exclusiones orgánicas como se especifican en el DSM-IV, pero no se aplicaron las reglas jerárquicas.

En Colombia se estima que la prevalencia de tener durante el transcurso de la vida cualquier trastorno CIDI-OMS/DSM-IV es del 40.1 por ciento, con una distribución geográfica de la siguiente manera: región Pacífica 41.6 por ciento, Atlántica 35.1 por ciento, Central 41.1 por ciento, Oriental 37.6 por ciento, Bogotá 46.7 por ciento.

Edad de aparición. Las curvas de edad de inicio del trastorno según el método de Kaplan–Meier¹⁴ muestran que los trastornos de ansiedad (figura 1) tienen la mediana más temprana de edad de inicio a los nueve años, seguido por los trastornos de control de impulsos (figura 2) con una edad de inicio a los 12 años. En tercer lugar se ubican los trastornos relacionados con sustancias con una mediana de edad de inicio de 22 años. Por último, la mediana más tardía de edad de inicio (23 años) corresponde a los trastornos del estado de ánimo. De esta manera, la curva de edad de inicio de los trastornos mentales en Colombia mantiene una consistencia con las investigaciones realizadas en otros países.

Severidad de los trastornos. El 6.4 por ciento de la población tiene una prevalencia de trastornos del CIDI-OMS/DSM-IV durante 12 meses de una severidad moderada, seguido por trastornos leves (6.2 por ciento). Sin embargo, el 5.3 por ciento de la población tiene una prevalencia de 12 meses de trastornos graves, mientras el 18 por ciento manifiesta otros trastornos mentales con diferentes severidades.

La proporción de encuestados clasificados dentro de trastornos de 12 meses es algo más alto que en lo expuesto sobre la prevalencia durante la vida y 12 meses de trastornos CIDI-OMS/DSM-IV. Esto se debe a que la hospitalización por problemas mentales y de uso de sustancias junto a los tratamientos ambulatorios para estos trastornos, que incluye el uso de medicación antipsicótica, conllevan a clasificar al respondiente como un caso serio a pesar de que no cumpla con los criterios de trastornos de 12 meses del CIDI-OMS/DSM-IV.

Severidad e incapacidad. Aparece una asociación estadística significativa del 0.05 entre la severidad del trastorno CIDI-OMS/DSM-IV de 12 meses y el número de días en que la persona no cumple con sus papeles y obligaciones cotidianas. Personas con trastornos serios reportaron en promedio 27.9 días en los cuales no pudieron cumplir con sus obligaciones laborales o llevar a cabo sus actividades diarias debido a estas enfermedades. En el caso de severidad moderada, se reportó 6.2 días en contraposición a los 0.2 días en el caso de los trastornos leves.

Severidad y tratamiento. La proporción de respondientes que buscaron tratamiento para sus dificultades emocionales o de uso de sustancia durante los 12 meses anteriores a la encuesta está en relación con la severidad. Es decir, que existe una asociación significativa del 0.05 entre severidad y la probabilidad del tratamiento. Así, el 25.3 por ciento de los adultos con un trastorno severo buscaron tratamiento, seguido por aquellos con trastorno moderado con un 11.7 por ciento. Sólo el 8.8 por ciento de los trastornos leves buscaron un tratamiento. Por último, el 5.2 por ciento de personas con otras enfermedades mentales no contempladas en los cuatro grupos buscó cualquier tipo de tratamiento, mientras el 3.1 por ciento con trastornos mentales no solicitó ningún tipo de ayuda.

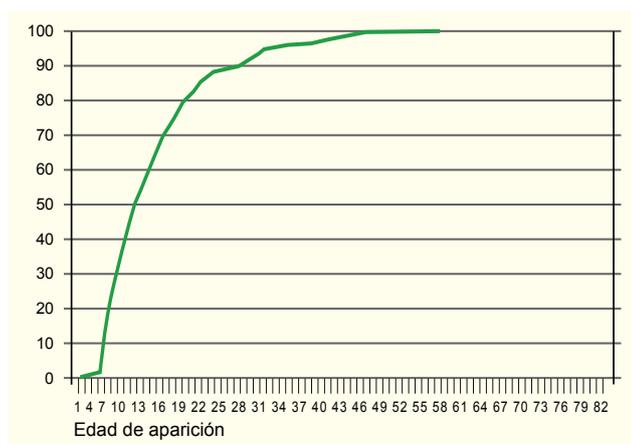


Figura 1. Edad de aparición de trastornos de ansiedad

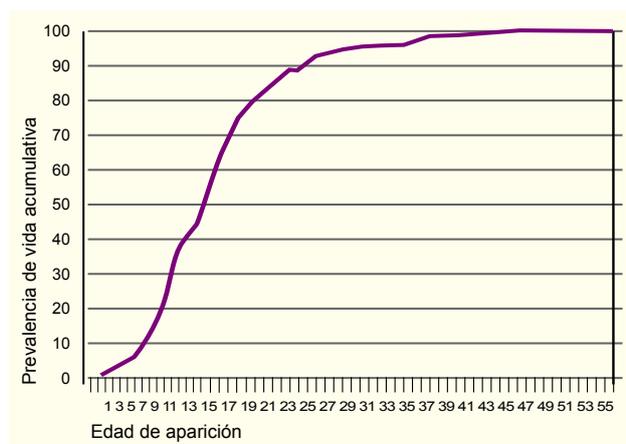


Figura 2. Edad de aparición de trastornos del impulso

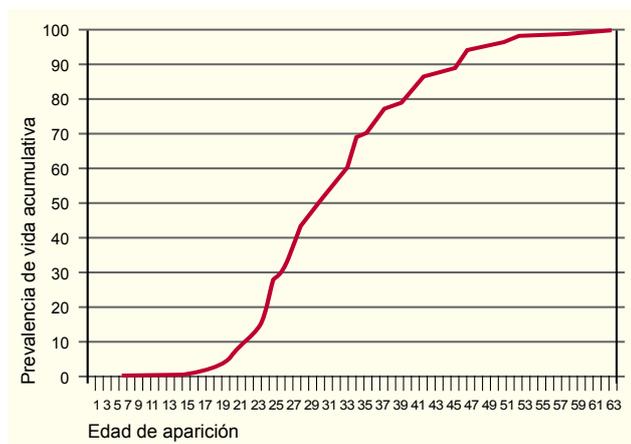


Figura 3. Edad de aparición de trastornos por sustancias

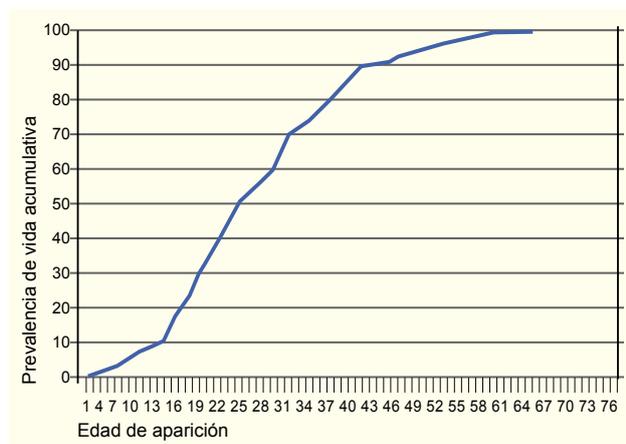


Figura 4. Edad de aparición de los trastornos del estado del ánimo

Correlato socio demográfico del trastorno, la severidad y el tratamiento. El análisis de regresión logística se empleó para investigar el grado de relación entre las variables socio-demográficas como predictoras de un trastorno de 12 meses, severidad del trastorno en casos de 12 meses y tratamiento. En la Tabla 2 se presentan los resultados combinados del tratamiento por severidad del trastorno en las 15 EMSM.

Pareciera entonces que la prevalencia de trastornos de 12 meses y la severidad están significativamente relacionadas a un número de características sociales y demográficas desventajosas como ser joven (más en términos de prevalencia que de severidad), mujer, con poca educación, no casarse y un ingreso bajo (relacionado a la severidad mas no a la prevalencia).

Discusión

Los datos preliminares aquí expuestos de manera descriptiva son de gran valor epidemiológico y sugieren que los trastornos mentales tienden a ser subestimados tanto por los mismos encuestados como por diferentes

instancias del Estado. Es alarmante que la prevalencia de tener durante el transcurso de la vida cualquier trastorno CIDI-OMS/ DSM-IV es del 40.1 por ciento. Y que exista una mayor prevalencia de enfermedad mental en la zona Pacífica y en Bogotá. Si bien hay posibles hipótesis, la base de datos sólida que se logró con este esfuerzo permitirá futuras investigaciones no solo a nivel descriptivo sino explicativo. Este hecho se hace más evidente en los resultados sobre severidad y tratamiento.

Pareciera entonces que los resultados expuestos son coherentes no solo con la experiencia clínica, sino con otras investigaciones, como Carga Global de la Enfermedad, que indican que los trastornos mentales son altamente prevalentes, tienen un inicio temprano^{15, 16} con un curso crónico y recurrente,^{16 - 20} como se evidencia con los trastornos del ánimo. Estas características también se asocian con un impedimento grave en los roles de los individuos²¹⁻²³ en términos de funcionalidad y adaptabilidad, que por lo general no son tratados.²⁴⁻²⁶ De esta manera los trastornos mentales graves están asociados a una discapacidad importante en los papeles y funcionalidad de los adultos colombianos, con un promedio de 27.9 días por año. Este promedio no sólo implica un

Tabla 2. Predictores socio-demográficos de prevalencia, severidad y tratamiento de 12 meses

Características	Cualquier trastorno de 12 meses		Severidad/ Trastorno**		Tratamiento***	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
Edad (años)						
18-34	2.8*	(2.4-3.3)	1.0	(0.8-1.4)	0.8	(0.7-1.1)
35-49	2.5*	(2.1-2.9)	1.1	(0.9-1.4)	1.3*	(1.1-1.6)
50-64	2.1*	(1.8-2.5)	1.1	(0.8-1.4)	1.4*	(1.1-1.7)
65+	1.0		1.0		1.0	
χ^2	191.4*		1.5		47.0*	
Sexo						
Mujer	1.4*	(1.3-1.5)	1.2	(1.0-1.4)	1.7*	(1.5-1.9)
Hombre	1.0		1.0		1.0	
χ^2	60.7*		5.9*		75.2*	
Educación						
Nada de bachillerato	1.4*	(1.2-1.7)	1.6*	(1.1-2.2)	1.0	(0.7-1.2)
Algo de bachillerato	1.5*	(1.3-1.7)	1.2	(0.9-1.5)	0.7*	(0.6-0.9)
Bachillerato completo	1.2*	(1.1-1.4)	1.1	(0.9-1.3)	0.8*	(0.6-0.9)
Algo de universidad	1.2	(1.0-1.3)	1.1	(0.9-1.4)	1.0	(0.8-1.1)
Universidad completa	1.0		1.0		1.0	
χ^2	40.0*		7.5		19.4*	
Estado civil						
Nunca ha estado casado	1.3*	(1.1-1.4)	1.2	(1.0-1.4)	1.0	(0.9-1.2)
Anteriormente estaba casado	1.5*	(1.3-1.7)	1.3*	(1.1-1.6)	1.3*	(1.1-1.6)
Casado	1.0		1.0		1.0	
χ^2	53.5*		8.7*		11.4*	
Ingresos						
Bajo	1.1	(1.0-1.3)	1.5*	(1.2-1.9)	0.9	(0.7-1.1)
Promedio bajo	1.1	(0.9-1.2)	1.3	(1.0-1.6)	0.8	(0.7-1.0)
Promedio alto	1.0	(0.9-1.1)	1.1	(0.9-1.4)	0.9	(0.8-1.1)
Alto	1.0		1.0		1.0	
χ^2	5.0		10.3*		5.9	

*Significativo a un nivel del 0.05, prueba de doble cara.

**Serio o moderado (codificado como 1) versus leve (codificado como 0)

***Controla la severidad del trastorno.

alto nivel de sufrimiento para los sujetos y sus familias, sino que se encuentra relacionado con una pobre calidad de vida y un impacto importante sobre los costos sociales y económicos de las entidades prestadoras de salud.

Si bien los datos muestran que los casos severos son relativamente frecuentes, es preocupante que los trastornos moderados y leves son de igual magnitud en la población adulta colombiana. Se observa además poco cubrimiento y demanda al sistema de salud en casos que no son serios. Queda preguntar si es que los pacientes graves son los que hacen la demanda de atención debido a la discapacidad que producen los trastornos, o si son las instituciones que son más receptivas a los casos extremos.

Agradecimientos

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. Agradecemos a la Fundación FES Social, responsable de la implementación de la muestra.

Summary

Prevalence, severity and unsatisfied needs, usually find during treatments for anxiety related to the abuse of substances, their mental health, as well as, the control of impulses in adults according to The National Study on Mental Health, Colombia 2003.

Background: In our Country, Colombia, little is known about the severity of mental disorders without any treatment. **Objective:** To estimate the prevalence, severity and treatment of anxiety disorders related to substances, mental health and control of impulses among adults, according to the ENSM Colombia, 2003. The analysis was done from a data base approved by WHO and Harvard University for the World Questionnaire for Mental Health. **Methodology:** We, personally, interviewed homes from 60 towns in Colombia. 4544 people responded the questionnaire. CIDI-WHO instrument was followed. **Results:** The prevalence, in Colombia, for having any mental disorder (CIDI-WHO / DSM IV) during life is 40.1%, being anxiety disorders the highest, reaching a 19.5% during their lives, and a 9.9% will be during the last 12 months. Anxiety also have the earliest presentation in life, about the 9th decade. Among Colombians the serious mental disorders are associated with a great disability and a poor functional status. This accounts for an average of 27.9 lost days per year. **Conclusions:** It is mandatory to design new political strategies directed to obtain a satisfactory mental health, by means of new treatments, in order to diminish the unsatisfied needs in the management of serious mental disorders. We stress the fact of the need to intervene, by means of a treatment the light to moderate cases, especially if they are at risk to become a serious disorder

Key words: Mental disorders, Epidemiology, National study on mental health

Referencias

1. OPS/OMS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Guía para el nivel local, 2002.
2. Maestra para Estudios en Salud. Ministerio de la Protección Social. Dirección de Salud Pública. 2003
3. DANE, Encuesta Nacional de Hogares, 2003.

4. <http://erom2.isr.umich.edu>.
5. Blaise. Statistics Netherlands, Voorbug/Heerlen, 2003.
6. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28:57-84.
7. Kessler RC, Berglund PA, Walters EE, et al. Population-based analyses: a methodology for estimating the 12-month prevalence of serious mental illness. In: Manderscheid RW, Henderson MJ (eds). *Mental health*. Washington, US Government Printing Office, 1998:99-109.
8. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:766-71.
9. Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 1997; 27:93-105.
10. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc* 1958; 53:457-81.
11. Wolter KM. *Introduction to variance estimation*. New York: Springer-Verlag; 1985.
12. SUDAAN [programa de computador]. Version 8.0.1. Research Triangle Park, N.C.; 2002.
13. Murray CJL, Lopez AD. *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 University Press, 1996.
14. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:694-700.
15. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety* 2003; 17:173-9.
16. Angst J, Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic classification and course. *J Affect Disord* 1997; 45:31-39; discussion 39-40.
17. Christie KA, Burke JDJ, Regier DA, Rae DS, Boyd JH, Locke BZ. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug-abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988; 145:971-5.
18. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:261-9.
19. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:530-7.
20. Caraveo J, Martinez J, Rivera B. A model for epidemiological studies on mental health and psychiatric morbidity. *Salud Mental* 1998; 21:48-57.
21. Kessler RC, Frank RG, Edlund M, Katz SJ, Lin E, Leaf P. Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *N Engl J Med* 1997; 336:551-7.
22. Katz SJ, Kessler RC, Frank RG, Leaf PJ, Lin E. Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. *Inquiry* 1997; 34:38-49.
23. Kessler RC, Price RH. Primary prevention of secondary disorders: a proposal and agenda. *Am J Community Psychol* 1993; 21:607-33.
24. Alegria M, Bijl RV, Lin E, Walters EE, Kessler RC. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the US with Ontario and the Netherlands. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:383-91.
25. Robins LN, Helzer JE, Croughan JL, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:381-9.
26. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:305-9.