

Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina

Juan Carlos Stagnaro¹, Alfredo Cía², Néstor Vázquez³, Horacio Vommaro⁴,
Martín Nemirovsky⁵, Edith Serfaty⁶, Sebastián Ezequiel Sustas⁷,
María Elena Medina Mora⁸, Corina Benjet⁸, Sergio Aguilar-Gaxiola⁹, Ronald Kessler¹⁰

1. Profesor titular, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Coordinador del proyecto.
2. Representante de Argentina ante la World Mental Health Survey Initiative (WMHSI-OMS).
3. Profesor titular, Director del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
4. Presidente (2013-2015) de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
5. Médico especialista en Psiquiatría, Magister en Gerenciamiento de Sistemas y Servicios de Salud, Director General Proyecto Suma.
6. Epidemióloga, Academia Nacional de Medicina, Argentina.
7. Sociólogo, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
8. National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico City, Mexico
9. Center for Reducing Health Disparities, University of California, Davis School of Medicine, Sacramento, CA, USA.
10. Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, USA.

Autor correspondiente: Juan Carlos Stagnaro, E-mail: jstagnaro@gmail.com

Resumen

En el presente trabajo se comunican los hallazgos del primer "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina" en el marco de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey Initiative OMS/Harvard), en colaboración con la Facultad de medicina de la Universidad de Buenos Aires y la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) con financiamiento del Ministerio de Salud. Metodología: se realizó una encuesta domiciliaria probabilística multietápica utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview) (CIDI). La encuesta se practicó a 3.927 personas de 18 años de edad y mayores (sin límite de edad), con residencia fija en una de las ocho áreas urbanas más grandes del país (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta y Tucumán), representativas de aproximadamente un 50,1% de los adultos residentes en el país. La tasa de respuesta fue del 77%. **Resultados:** La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1%. Los trastornos con prevalencia de vida más elevada fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%), el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la Fobia específica (6,8%). Los Trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los Trastornos del estado de ánimo (12,3%), los Trastornos por sustancias (10,4%), y los Trastornos del control de impulsos (2,5%). La prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue del 14,8%, de los cuales, un cuarto de esos trastornos fueron clasificados como severos. El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y sólo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo. Los resultados arrojan datos imprescindibles para la planificación e implementación sanitarias y la formación de recursos humanos en salud mental.

Palabras clave: Epidemiología en Salud Mental - Argentina - Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental - Trastornos mentales en la población general.

EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF MENTAL HEALTH IN THE GENERAL POPULATION OF ARGENTINA

Abstract

In this paper we report the findings of the first "Epidemiological study of mental health in the general population of Argentina" in the framework of the World Mental Health Survey Initiative WHO / Harvard, in collaboration with the Faculty of Medicine of the University of Buenos Aires and the Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) with funding from the Ministry of Health. Methodology: A multistage probabilistic household survey was conducted using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The survey was conducted on 3,927 people aged 18 and over (no age limit), with fixed residence in one of the eight largest urban areas in the country (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta and Tucumán), representing approximately 50.1% of the adults living in the country. The response rate was 77%. Results: The lifetime prevalence of any mental disorder in the general population of Argentina over 18 years of age was 29.1% and the projected life risk up to 75 years of age was 37.1%. The disorders with the highest life prevalence were Major Depressive Disorder (8.7%), Alcohol Abuse Disorder (8.1%) and Specific Phobia (6.8%). Anxiety Disorders were the most prevalent group (16.4%), followed by Mood Disorders (12.3%), Substance Disorders (10.4%), and Impulse Control Disorders (2.5%). The prevalence in the last 12 months of any mental disorder was 14.8%, a quarter of which were classified as severe. 11.6% received treatment in the previous 12 months and only 30.2% of those who suffered a severe disorder received it. The results provide essential data for health planning and implementation and the training of the mental health workforce.

Key words: Epidemiology in Mental Health - Argentina - World Mental Health Survey Initiative - Mental disorders in the general population.

Introducción

Se estima, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que una de cada cuatro personas, es decir, un 25% de la población general, sufre algún trastorno mental o del comportamiento en el transcurso de su vida. Los trastornos mentales se encuentran entre los más perjudiciales, debido a su alta prevalencia y cronicidad, a su temprana edad de aparición, a la baja tasa de tratamiento, y a la grave discapacidad que generan.

Las encuestas a la comunidad sobre los trastornos mentales y la utilización de servicios son la principal fuente para obtener información útil para la planificación e implementación sanitaria en Salud Mental. La epidemiología ha sido una de las áreas preferenciales de la OMS en el ámbito de la Salud Mental. A los estudios de carga o daño global de enfermedad se les suma la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental (*The World Mental Health Survey Initiative*) y la creación, en 1996, de su predecesora el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (CIEP) (1) de la OMS para llevar a cabo estudios comparativos transnacionales sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y factores de riesgo y de protección a ellas relacionados, como el daño y discapacidad que ocasionan.

La Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS ha impulsado estudios sobre trastornos mentales en la población general¹, desde el año 2000, con el fin de comprender su prevalencia y distribución en países de diferentes regiones a nivel mundial con distintos grados de desarrollo, para determinar la necesidad de servicios y, en base a eso, guiar las políticas de Salud Pública a nivel regional y global (2).

Hasta 2016, solo cuatro países de América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú) han participado proporcionando tasas de prevalencia de vida de los trastornos mentales (3, 4, 5, 6). Estas tasas para cualquier trastorno, informados por estas cuatro encuestas, oscilan entre el 26,1% en México (una encuesta nacional representativa de áreas urbanas llevada a cabo en 2001/2); el 29% en Perú (una encuesta representativa de cinco ciudades urbanas llevada a cabo en 2005); el 40,1% en Colombia (una encuesta nacional representativa llevada a cabo en 2003) y el 44,8% en Brasil (una encuesta representativa de Sao Paulo, llevada a cabo en 2005/2007).

Estas encuestas de América Latina han informado edades tempranas de inicio (la mediana de la edad de inicio de cualquier trastorno fue de 18 años en Brasil, 21 en México, y 22 en Perú) y efectos de cohorte globales, como que las generaciones más jóvenes están más afectadas que las mayores. El "Estudio Epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina" es la encuesta más reciente de esta iniciativa y representa el primer antecedente de este tipo de estudios a nivel nacional.

Argentina tiene uno de los Índices de Desarrollo Humano (IDH) más elevados de todos los países de América Latina (7), clasificado como muy alto, con menos desigualdad en el desarrollo humano y de género que el promedio de los países de América Latina y del Caribe, pero mayor que el promedio para los países con muy alto IDH (7). También cuenta con alrededor de 5.000 médicos psiquiatras y es el país que tiene la mayor cantidad de psicólogos *per capita* en el mundo (8).

Hasta que se realizó el "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Ar-

¹ Las encuestas se han realizado con una metodología similar en casi 30 países de diferentes continentes, empleando diseños muestrales probabilísticos para garantizar representatividad a nivel nacional. Entre dichos países se encuentran Brasil, Colombia, México, Perú, Canadá, Estados Unidos, Alemania, Países Bajos, Turquía, Líbano, Arabia Saudita y China.

gentina" no se sabía si la epidemiología de los trastornos mentales en la Argentina era similar o no a la de otros países de América Latina de los cuales existe información disponible.

En el año 2010, la población Argentina era de 40.117.096 personas, el 69,3% de la población era de 18 años de edad o mayor y el 14,3% era mayor de 60 años. La gran mayoría (92%) de la población vive en áreas urbanas, y cerca del 40% en el área de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Gran Buenos Aires (9).

Aunque las encuestas en otros países de América Latina han mostrado que los trastornos mentales tienen una pesada carga social debido a la alta prevalencia de vida asociada a las necesidades de tratamiento ampliamente insatisfechas (3, 5), hasta ahora no existían estudios en población general representativos de trastornos mentales comunes en la Argentina. Recordemos, una vez más, que para el desarrollo de políticas efectivas que apunten a la prevención y al tratamiento temprano, es esencial contar con información precisa y actualizada sobre la prevalencia y la distribución de los trastornos mentales comunes; especialmente, cuando estos trastornos tienden a tener un tratamiento insuficiente, debido en gran medida a que la persona afectada no reconoce padecer una enfermedad, a las bajas tasas de detección en el sistema primario de salud, a la falta de información y al bajo índice de búsqueda de tratamiento por ser percibidos como un estigma.

Investigaciones realizadas por la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental en la población general revelan que entre el 4% y el 26% de la población adulta padece algún trastorno mental en algún año determinado, y sólo entre el 1% y el 15% reciben tratamiento durante ese mismo período (10). Como sería esperable, la utilización de servicios es mayor en los casos de trastornos más severos y, sin embargo, las necesidades insatisfechas continúan siendo un desafío para la salud pública, incluso entre los casos con mayor severidad (10). Tan amplia variación en las tasas cruzadas a nivel nacional requiere comprender las necesidades insatisfechas y de tratamiento en diferentes regiones, con políticas de salud pública y recursos únicos, como así también, determinadas actitudes culturales hacia los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda.

En América Latina, cuatro países de la Iniciativa de la Encuesta Mundial en Salud Mental han brindado valores de prevalencia en los últimos 12 meses, ellos son Brasil, Colombia, México y Perú (11, 12, 13, 14). Estos países presentan un rango más estrecho de tasas de prevalencia en los últimos doce meses; desde el 12% en el caso de México hasta el 26% para Brasil. Las necesidades no cubiertas son importantes en esta región ya que solo entre el 5% y el 14% de las personas en estos países reciben tratamiento, y sólo entre un cuarto y un tercio de los casos severos son tratados.

Hasta ahora, no se habían proporcionado tasas comunitarias de prevalencia en los últimos 12 meses y de utilización de servicios para los trastornos mentales comunes en Argentina. Estas tasas son importantes para

la planificación en el ámbito de la Salud Pública ya que se ha demostrado que los trastornos mentales explican una importante proporción de la carga global de la enfermedad e implican grandes costos, tanto para la persona como para la sociedad (15, 16, 17).

Los trastornos mentales y los trastornos por el uso de sustancias son causas importantes, y cada vez más, de años viviendo con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés), de años de vida ajustados por la discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés), e incluso de años de vida perdidos (YLL, por sus siglas en inglés) (15, 18, 19). Por ejemplo, la depresión y los trastornos de ansiedad se encuentran entre las diez causas principales de YLD a nivel global, y en Argentina, en particular, los DALYS, con motivo de trastornos mentales y trastornos por el uso de sustancias, han aumentado 9,7% globalmente entre los años 2005 y 2013 (18), y la autolesión es la causa número diez de YLL en Argentina (19).

Según la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 17 países (20), la utilización de servicios en los últimos 12 meses, para los trastornos mentales fue, en general, más baja en los países en desarrollo que en los países desarrollados, variando desde el 1,6% en Nigeria al 17,9% en los EE. UU. La mayoría de los tratamientos fueron llevados a cabo por médicos generales en todos los países, excepto en Colombia, México e Israel, donde muchas personas recibieron tratamiento de especialistas en salud mental. La mayoría de quienes iniciaron un tratamiento tuvo al menos una sesión de seguimiento, pero ni siquiera la mitad tuvo el cuidado mínimo adecuado. Los factores socio-demográficos asociados a la búsqueda de tratamiento para los trastornos mentales, en los dos países de América Latina incluidos en el informe, fueron: pertenecer al sexo femenino (en México y Colombia), padecer un trastorno severo (en México y Colombia), estar separado, ser viudo o divorciado (sólo en Colombia), y un alto nivel de ingresos (sólo en Colombia) (20).

La encuesta llevada a cabo en México (21) con métodos e instrumentos de medición similares a los del estudio de Argentina, encontró que menos de uno de cada 5 encuestados con algún trastorno psiquiátrico durante los últimos 12 meses utilizó algún servicio en el año anterior. Alrededor de uno de cada dos encuestados que utilizaron algún servicio recibió el cuidado mínimo adecuado, la mayoría en el sector de la Salud Mental, y las tasas de utilización de servicios fueron más elevadas para los trastornos severos y para los trastornos del estado de ánimo. Como se dijo antes, los trastornos psiquiátricos contribuyen significativamente a la carga global de la enfermedad (15), y aunque existen tratamientos efectivos, muchas personas con estos trastornos no reciben ningún tipo de tratamiento (20), y aquellos quienes inician un tratamiento, frecuentemente lo hacen luego de varios años (22, 23, 24, 25). Existen varias razones por las cuales la demora en el tratamiento es un problema. Los trastornos individuales pueden progresar y convertirse en trastornos más complejos o pueden desarrollar

trastornos comórbidos, los cuales son más difíciles de tratar; además, los trastornos que no son tratados tienden a hacerse más frecuentes y refractarios al tratamiento (26, 27, 28). La patología dual, la cual se define como la comorbilidad entre un problema de salud mental y un trastorno por uso de sustancias, es común en los países de América Latina (29, 30) y crea un desafío para la salud pública. Una patología dual es difícil de tratar y más propensa a repetirse que una enfermedad menos compleja (31). Además, un tratamiento temprano podría mitigar o disminuir muchas consecuencias sociales perjudiciales de los trastornos psiquiátricos, como la deserción escolar, la inestabilidad en el empleo y en las parejas, violencia, accidentes y suicidios (19, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

La Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, indicó también que tanto la falta de acceso, así como la demora en el tratamiento fueron mayores en países en vías de desarrollo, en cohortes mayores, en hombres y en aquellos en quienes la enfermedad se inició a edades tempranas y además, en los trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad versus los trastornos del estado de ánimo (23). El tratamiento temprano, durante el año en que se inicia la enfermedad, en estos países varía en un rango de entre el 6,0% y el 52,1% para los trastornos del estado de ánimo, el 0,8% y el 36,4% para los trastornos de ansiedad, y el 0,9% y el 18,6% para los trastornos por el uso de sustancias. Para aquellos quienes accedieron al tratamiento, la media en la demora varía entre 1 y 14 años para los trastornos del estado de ánimo, 3 y 30 años para los trastornos de ansiedad, y 6 y 18 años para los trastornos por el uso de sustancias (23). En dos países de América Latina que participaron de la Encuesta Mundial de Salud Mental, México y Colombia, se informó ausencia de tratamiento y demora en el acceso al mismo (22, 23). Solo el 3,6% y el 2,9%, respectivamente, de quienes padecen algún trastorno de ansiedad, accedieron al tratamiento en el año en que se inició la enfermedad, el 0,9% y el 3,6% con trastorno por uso de sustancias y el 16,0% y el 18,7% con trastorno del estado de ánimo. Al calcular quienes habrían accedido a tratamiento a los 50 años, el 53,2% y el 41,6% habrían accedido para los trastornos de ansiedad, el 22,1% y el 23,1% para los trastornos por uso de sustancias y el

69,9% y el 66,6% para los trastornos del estado de ánimo en México y Colombia, respectivamente. La demora media de acceso al tratamiento es de entre 10 años para los trastornos por uso de sustancias hasta 30 años para los trastornos de ansiedad en México y de entre 9 años para los trastornos del estado del ánimo hasta 26 años para los trastornos de ansiedad en Colombia (22, 23).

Descripción del primer "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina"

Una alianza entre el Centro de Coordinación de la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental y de la OMS, plasmado en un acuerdo de colaboración entre la Escuela de Medicina de Harvard, sede de asiento de la EMSM, y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, proveyó el soporte metodológico para el manejo y análisis de los datos obtenidos en el presente estudio.²

El Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM), de México, organismo vinculado y perteneciente al Consorcio, estuvo encargado, por convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, de proveer los especialistas encargados para la capacitación y entrenamiento del equipo de encuestadores y brindar asistencia y control de calidad durante la recolección de datos del trabajo de campo.

El Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada (CINEA), dependiente de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) de Argentina, fue el responsable para planificar, elaborar y llevar a cabo el trabajo de campo de las encuestas domiciliarias, y a tal fin se estableció un convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) contribuyó con una parte del costo financiero y prestó apoyo informático y profesional para la encuesta.³

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires actuó como la unidad ejecutora de todos los aspectos contables y administrativo-financieros, de supervisión técnica y ejecución del proyecto en nuestro país.

² Los datos presentados en este trabajo fueron publicados parcialmente en: Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar-Gaxiola S, Sustas S, Serfaty E, Nemirovsky M, Kessler RC, Benjet C. (2018) 12-month treatment use and adequacy for mental health and substance use disorders in Argentina Running head: Mental health treatment in Argentina. *Rev Brasileira de Psiquiatria*; Stagnaro J.C, Cía AH, Vommaro H, Sustas S, Vázquez N, Serfaty E, Kessler RC, Benjet C. (2018) Delays in making initial treatment contact after the first onset of mental health disorders in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*: 1 -11; doi: 10.1017/S2045796018000094; Stagnaro JC, Cía AH, Aguilar Gaxiola S, Vázquez N, Sustas S, Benjet C, Kessler RC (2018) Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9> y Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S, Vommaro H, Loera G, Medina Mora ME, Sustas S, Benjet C, Kessler RC. (2018) Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>.

³ Como apoyo al trabajo de campo participaron en este estudio los siguientes médicos psiquiatras, miembros de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA): Patricio Alba, María Eugenia Arizaga, Diana Berrios, Nicolás Bordón, Paulina Brunello, Iván Capponi, Hugo Carroll, Jorgelina Casajus, Max Cesoni, Santiago Cortesi, Juan Costa, Sebastián Cukier, Facundo Da Ciervo, Gabriel Ensabella, Julieta Falicoff, Marcela Fernández, Paula Figuepron, Mariano Furman, Mariana José Gareca Arizaga, María Garrido, Carolina Goldman, Matías González Olivi, Rafael Groisman, Gisela Guyet, Erika Mariela Hansen, Ricardo Heffel, María Julia Herrero Chego, David Huanambal, Bernabé Ibañez, Melina Ilarregui, Silvia Khaski, Nicolás Kitroser, Natacha Loiacono, Cynthia Analia Lo Pinto, Laura Martínez Didolich, Susana Martorelli, Martín Mazzoglio y Nabar, Milagros Méndez Rivas, María Delia Michat, Santiago Moine, Eliana Montuori, María Eugenia Moyano, Milagros Muñoz, Ana Nuciforo, Diana Oasis, Guillermina M. Olavarria, Graciela Onofrio, Leandro Oural, Mariana Palazzini, Walter Pereyra, Paula Jimena Piñero, Viviana Sala, Mariana Sandoval, Carina Spano, Juan Cristóbal Tenconi, Fabián Triskier, Claudia Villafañe, Marcos Zurita y Rodolfo Zaratiegui.

a) Objetivos específicos

- 1) Estimar la Prevalencia de vida y edad de inicio de los trastornos mentales en adultos mayores de 18 años, de ambos sexos, en la población general (ver I) y la tasa de prevalencia en los últimos doce meses para los trastornos mentales y la utilización de servicios (ver II).
- 2) Estimar la utilización y adecuación del tratamiento en los últimos 12 meses para los trastornos mentales en la población general de la Argentina, en adultos mayores de 18 años de ambos sexos (ver III) y la demora en el acceso a tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental (ver IV).

b) Metodología y lineamientos generales

Para reunir los datos necesarios del primer "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina" se realizó una encuesta domiciliaria probabilística multietápica en hogares de conglomerados urbanos utilizando una versión electrónica de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI), diseñada por la Organización Mundial de la Salud. La CIDI es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada, utilizada en la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental, que incluye a los países hispanoparlantes de América Latina. Los diagnósticos realizados con la CIDI han demostrado una concordancia entre buena y aceptable con los diagnósticos clínicos (38). Los trastornos fueron evaluados utilizando los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) (39) y fueron agrupados de la siguiente manera: trastornos del estado de ánimo (a saber, Trastorno depresivo mayor, Trastorno bipolar I y II y Distimia), Trastornos de ansiedad (Trastorno de pánico, Agorafobia sin trastorno de pánico, Fobia social, Fobia específica, Trastorno de ansiedad por separación, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno por estrés postraumático), Trastornos por uso de sustancias (Abuso y Dependencia de drogas y Abuso y Dependencia al Alcohol) y Trastornos del control de impulsos (Trastorno oposicionista desafiante, Trastorno de la conducta, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y Trastorno explosivo intermitente).

La encuesta se practicó a personas de 18 años de edad y mayores (sin límite de edad) con residencia fija en una de las ocho áreas metropolitanas más grandes del país: NOA (Tucumán, Salta y San Salvador de Jujuy), NEA (Resistencia y Corrientes), Córdoba, Rosario, Mendoza, Neuquén, AMBA (Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires); representativa de aproximadamente un 50,1% de los adultos residentes en el país. La tasa de respuesta fue del 77% para una muestra total de 3.927 personas participantes.

El trabajo de recolección de datos se basó en la organización de equipos de campo conformados por un

máximo de 10 encuestadores, quienes trabajaron en circuitos paralelos de recolección de datos (*vide infra*). Su labor consistió en el relevamiento de datos mediante entrevistas de tipo directa, cara a cara, realizadas en hogares urbanos, de carácter privado y confidencial. Dichas entrevistas tuvieron una duración de 90 minutos aproximadamente cada una.

Cada circuito de trabajo comprendió un conjunto de radios censales de una localidad seleccionada, previéndose la simultaneidad del trabajo de campo de todos los equipos. De forma preliminar se procedió a la organización de, al menos, un equipo de campo por localidad que tuvo a su cargo las tareas de selección y relevamiento de los hogares y personas de los radios censales asignados.

La toma de datos, como se dijo antes, se realizó a través de la entrevista clínica estructurada CIDI, en formato digital (CAPI), traducida al español y adaptada a la Argentina, cargado e implementado mediante *netbooks*. A los fines del entrenamiento de los encuestadores se confeccionaron manuales y material de capacitación complementario.

El tamaño muestral fue proyectado en 1600 casos para el AMBA y 2400 para el resto de las localidades seleccionadas, distribuidos de acuerdo al peso poblacional que a continuación se detalla:

AMBA	1600
Gran Córdoba	567
Gran Rosario	482
Gran Mendoza	381
Gran Tucumán	310
Gran Salta	231
Gran Corrientes	142
Gran Resistencia	150
Gran Neuquén	137
TOTAL	4000

El diseño muestral estuvo basado en la aplicación de una selección probabilística y multi-etápica de hogares sobre las localidades seleccionadas, dentro de cada uno de los cuales se realizó, asimismo, una selección probabilística de un adulto residente.

1ª unidad de muestreo: radios censales

Respecto de la selección de radios censales debe tenerse en cuenta que la disponibilidad de información del censo 2010 no es la óptima. Si bien se encuentran los datos de la totalidad de los radios censales del último censo, la cartografía censal exhaustiva publicada abarca únicamente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Para el resto de las provincias que integran el territorio nacional la publicación de cartografía se encuentra aún en etapa de elaboración.

Por ello se trabajó con la información más actual disponible en cada localidad para la selección de radios censales con probabilidad proporcional al tamaño y, en cada uno de ellos, se seleccionó una cantidad fija de viviendas mediante la utilización de una tasa de selección variable en función del tamaño del radio censal, de manera tal que la muestra de hogares resultara auto-ponderada. Se previó un sobre muestreo, por lo que la muestra original o teórica fue de 4300 casos, con diez visitas c/u; con un valor esperado de 4000 casos efectivos.

2ª unidad de muestreo: la vivienda

La selección de las viviendas se hizo mediante el criterio de timbreo y la aplicación de un criterio de salto preestablecido. Por ejemplo, en una manzana del radio seleccionado se comenzó por la esquina del extremo norte, el recorrido se estableció en el sentido de las agujas del reloj y se indagó en la primera vivienda, dejando un intervalo de dos viviendas, cuando una vivienda resultó efectiva. La cantidad de hogares a seleccionar fue establecida en función de una tasa de sobre muestreo del treinta por ciento (30%).

3ª unidad de muestreo o unidad final: el encuestado

Dentro de cada hogar, de las viviendas que integraron la muestra, se realizó una selección probabilística de encuestados adultos del hogar. Para ellos se listó la totalidad de los miembros y seleccionó a un respondiente mediante la aplicación de selección de la versión CAPI.

Como paso preliminar se realizó una prueba piloto a efectos de chequear los procedimientos. Y se realizaron modificaciones basadas en los resultados, con el fin de maximizar la calidad de los datos. En la prueba piloto, participaron encuestadores experimentados. La prueba piloto se aplicó a 50 participantes que respondieron la entrevista completa, se pusieron a prueba procedimientos de campo, ingreso de datos y registro de resultados preliminares. Para poder cumplir con la prueba piloto, el cuestionario fue traducido y adaptado a las expresiones locales. Una vez concluida la prueba piloto, se presentó un informe del mismo, que incluyó información sobre los participantes.

Luego de leer los objetivos del estudio a los participantes, y de informarles que su participación era voluntaria y confidencial, y luego de otorgar su consentimiento informado, el entrevistado contestó todas las preguntas. Todas las entrevistas fueron realizadas personalmente en el hogar de cada entrevistado, por encuestadores legos capacitados, utilizando la técnica de Entrevistas Personales Asistidas por Ordenador (CAPI, por su sigla en inglés).

Como en encuestas anteriores (40) de la EMSM, esta encuesta fue administrada en dos partes: la Parte I se administró a todos los encuestados e incluyó evaluaciones de trastornos mentales centrales, mientras que la Parte II fue administrada a una sub-muestra de probabilidad de 2.116 de los encuestados de la Parte I, que abarcaban a todos aquellos con un trastorno mental de la Parte I y una

sub-muestra seleccionada aleatoriamente de los encuestados de la Parte I. La Parte II se focalizó en factores de riesgo y trastornos de interés secundario. La muestra de la Parte II fue ponderada para que se ajuste a los no-casos de la sub-muestra de la Parte I, de manera tal que las tasas de prevalencia en la muestra ponderada de la Parte II son equivalente a los de la muestra en la Parte I.

La muestra fue ponderada para ajustarse a probabilidades diferenciales de selección y no respuesta dentro de los segmentos de muestras y hogares; luego, fue adicionalmente ponderada para coincidir con la distribución de la población total de Argentina según el Censo del año 2010, dentro del rango de edad objeto del estudio, y dentro de un rango de variables socio-demográficas. Como se dijo anteriormente, la muestra de la Parte II fue también ponderada para la sub-muestra de los encuestados de la Parte I sin trastornos mentales centrales. Como resultado de este complejo diseño muestral y posterior ponderación, los errores estándares de las tasas de prevalencia fueron obtenidos utilizando el Método de Alineación de Series de Taylor (41), implementado en el sistema de software SUDAAN (42). La prevalencia de vida (proporción de encuestados que informaron haber sufrido un trastorno en el transcurso de su vida) fue calculada con tabulaciones cruzadas. Las distribuciones de la edad de inicio y el riesgo proyectado de vida (el porcentaje de la población que se espera que padezca un trastorno durante el curso de su vida hasta los 75 años de edad) fueron calculados utilizando el método actuarial en dos partes, implementado en el Software de Análisis Estadístico (SAS) (43). Se examinaron los predictores socio-demográficos utilizando un análisis separado de tiempo de supervivencia con una unidad de análisis de persona-año (44). Los intervalos de confianza de la razón de probabilidades (RP), fueron calculados según los modelos de tiempo de supervivencia que fueron obtenidos utilizando el Método de la réplica repetida o *Jack-knife Repeated Replication Method* implementado en un SAS macro (45). Las tasas faltantes a nivel de elementos fueron imputados utilizando imputaciones racionales. El análisis de la información se basó en la muestra de la Parte I para todos los trastornos, excepto, para el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático, los cuales fueron evaluados en la Parte II. Todas las pruebas fueron bilaterales con una significación estadística del 0,05.

c) Aspectos bioéticos

Todo el procedimiento atravesó la aprobación de los estándares éticos para investigación en seres humanos ante el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

d) Plazo de ejecución del estudio

La presentación de la solicitud de financiación del estudio al Ministerio de Salud de la Nación comenzó a

fines del año 2012. Una vez obtenido el primer tramo del mismo en diciembre de 2013, se procedió al establecimiento de los respectivos convenios y cálculo de presupuestos con las instituciones prestadoras de los servicios que requería el estudio (Universidad de Harvard, INPFREM y CINEA). Cumplido ese requisito se procedió a la traducción y adaptación del instrumento para el trabajo de campo y se planificó el conjunto del estudio en tiempos e insumos. La instrucción a supervisores y encuestadores dio comienzo en el mes de noviembre de 2014 y se extendió por 4 a seis 6 semanas.

El trabajo de campo se realizó entre diciembre de 2014 y marzo de 2015.

A continuación, se inició el procesamiento de los datos obtenidos y la consolidación de los mismos para permitir su procesamiento estadístico, tarea que insumió siete meses.

Culminada esa tarea se procedió al procesamiento estadístico, la corrección de datos y revisión completa de todos los datos y la redacción de los informes finales y artículos científicos para publicación en revistas especializadas en inglés y en castellano que fueron revisadas por el equipo de Harvard y Buenos Aires. El conjunto de los datos fue elevado al Ministerio de Salud de la Nación en octubre de 2017.

I) Prevalencia de vida y edad de inicio de los trastornos mentales en adultos

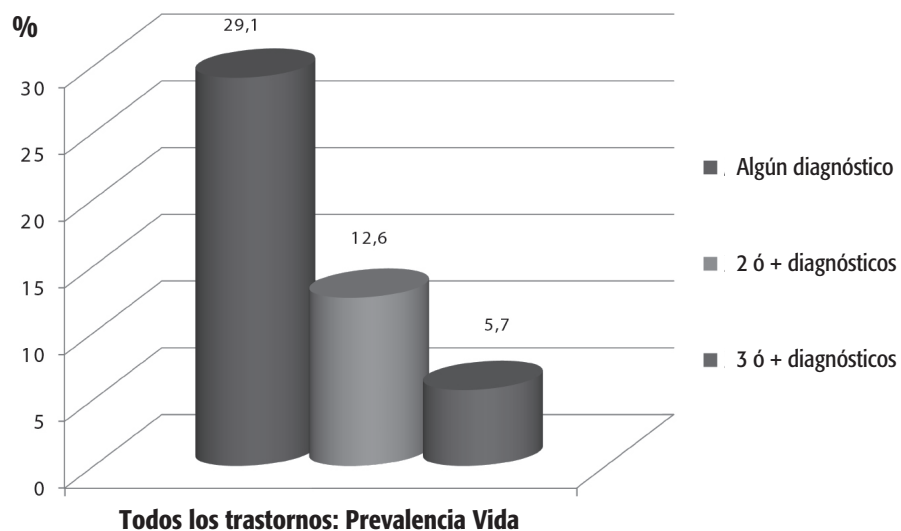
El primer objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue estimar la prevalencia de vida, el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad, la edad de inicio, los efectos de cohorte y las correlaciones socio-demográficas de los trastornos mentales del DSM-IV entre adultos de la población general de las principales áreas urbanas del país.

Resultados

a) Prevalencia de vida global y prevalencia por grupo etario

La prevalencia a lo largo de la vida de al menos un trastorno mental del DSM-IV fue 29,1%, mientras que el 12,6% de los encuestados padecieron dos o más trastornos y el 5,7% padecieron tres o más (Fig. 1).

Figura 1. Prevalencia de Trastornos mentales a lo largo de la vida según DSM-IV.



La clase más común de trastornos fueron los trastornos de ansiedad (16,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12,3%), los trastornos por uso de sustancias (10,4%) y, los menos frecuentes, los trastornos del control de impulsos (2,5%) (Figura 2).

Figura 2. Prevalencia a lo largo de la vida por grupo de Trastornos.

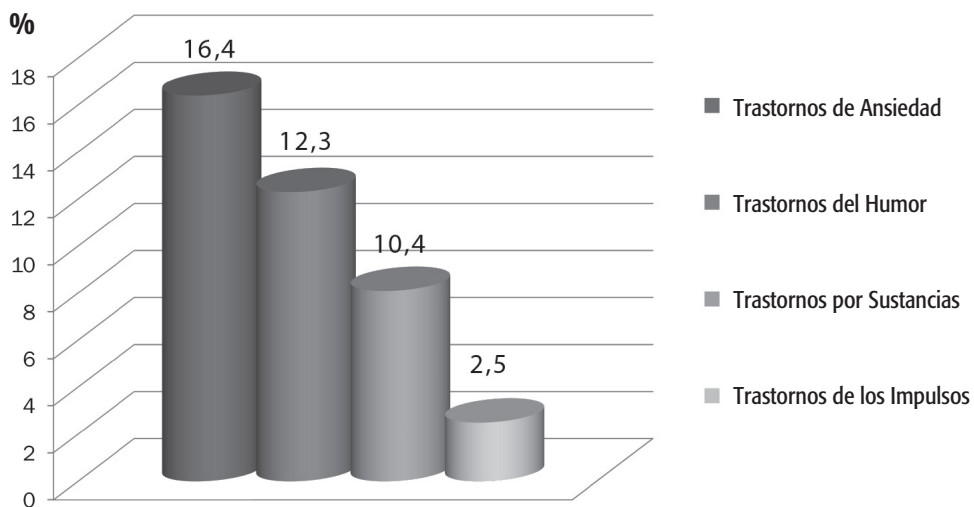
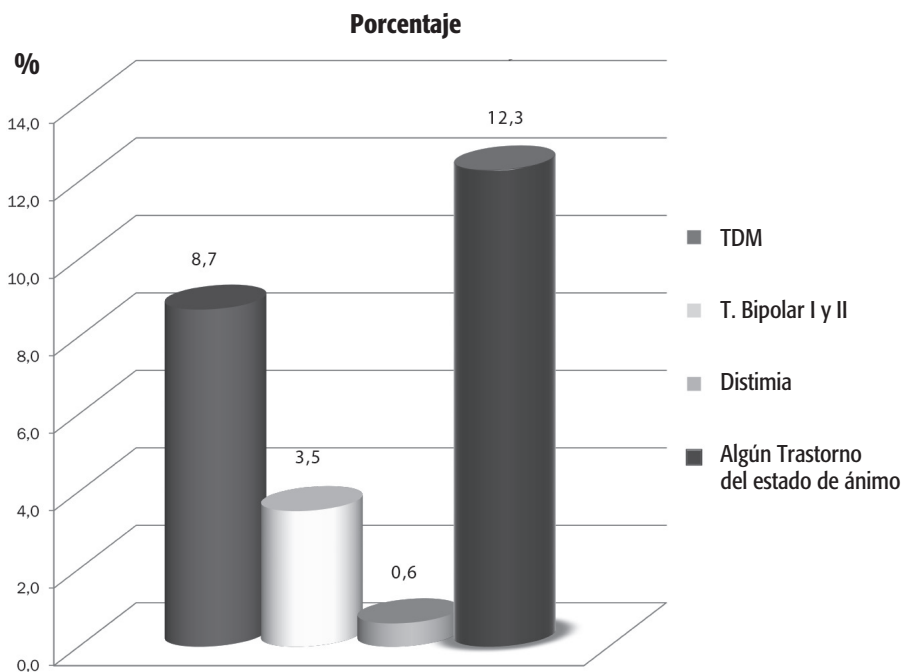


Figura 3. Prevalencia de los Trastornos del estado de ánimo a lo largo de la vida.



En términos de trastornos individuales, los trastornos con mayor prevalencia a lo largo de la vida fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%) (Figura 3), seguido

por el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) (Figura 4), la Fobia específica (6,8%) (Figura 5) y el TDHA (1,1%) (Figura 6).

Figura 4. Prevalencia de los Trastornos por uso de alcohol y sustancias a lo largo de la vida.

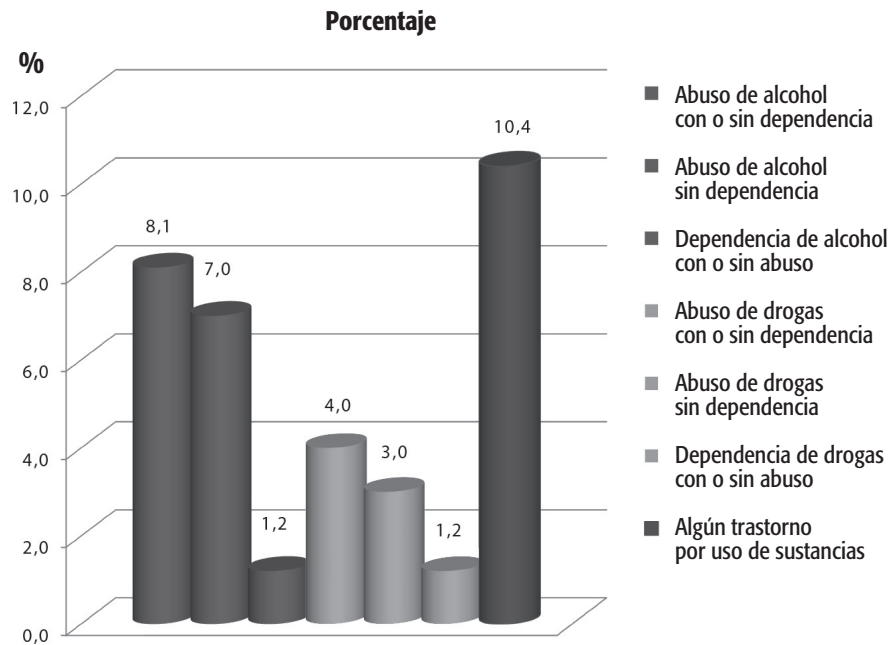


Figura 5. Prevalencia de los Trastornos de ansiedad a lo largo de la vida.

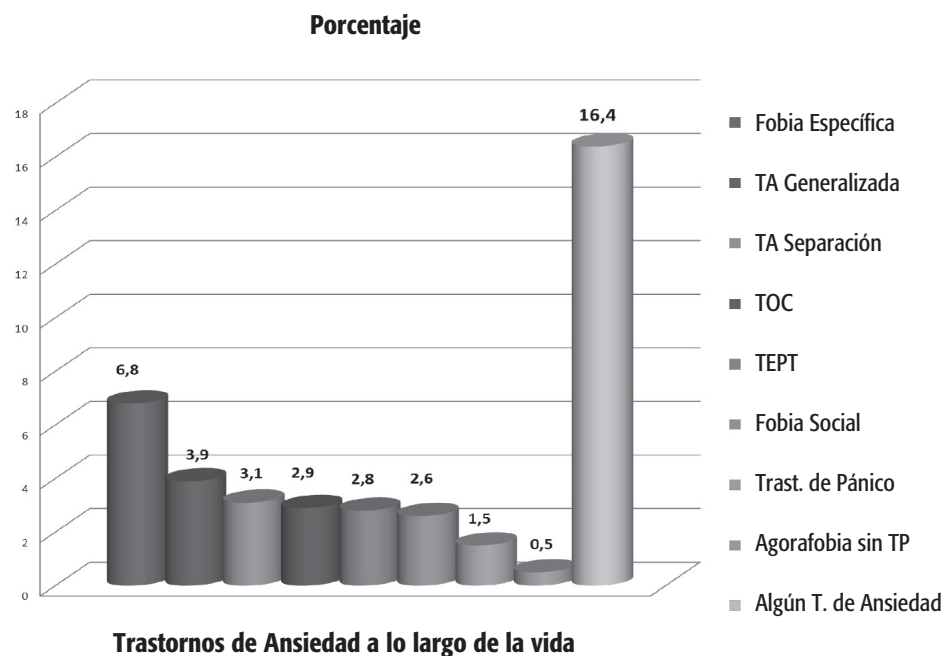
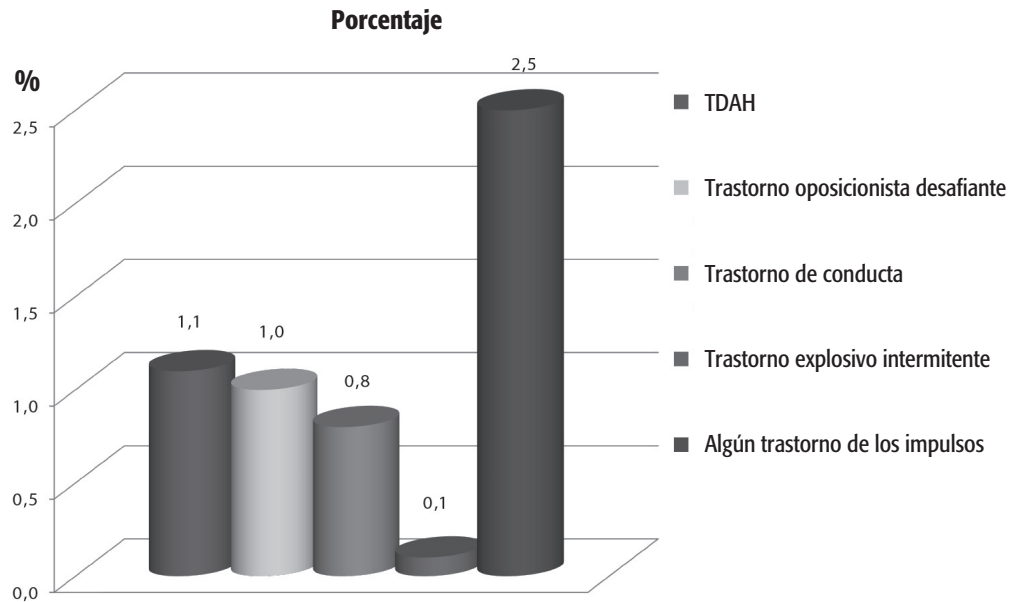


Figura 6. Prevalencia de los Trastornos por control de los impulsos a lo largo de la vida.



En general, la prevalencia estuvo inversamente relacionada con el grupo etario (Tabla 1). En los individuos más jóvenes (18-34 años), la prevalencia a lo largo de la vida para cualquier trastorno mental fue mayor (35,4%) comparada con los grupos de mayor edad (35-49: 27,9%; 50-64: 27%; más de 65 años: 17,3%). Los más jóvenes también tenían un mayor número de trastornos en algún momento de la vida. Por ejemplo, el 7,8% de las personas entre 18-34 años de edad padecieron tres o más trastornos, mientras que solo el 5,6% de las personas entre 35-49 años de edad, el 4,9% de las personas entre 50-64 años de edad y el 1,4% de los mayores de 65 años reunieron los criterios para tres o más trastornos. Sin embargo, existieron algunas excepciones a esta tendencia general. En algunos trastornos, tales como el Trastorno obsesivo-compulsivo o la Distimia, entre otros, no se encontraron diferencias en grupos de edad estadísticamente significativas, y la Fobia social y la Fobia específica tuvieron la mayor prevalencia entre

los grupos de mediana edad (35-49 y 50-64, respectivamente).

b) Edad de inicio (EI)

La mediana de la edad de inicio para cualquier trastorno mental fue de 20 años. Los Trastornos del control de los impulsos tuvieron la edad de inicio más temprana (EI mediana = 11), seguidos por los Trastornos de ansiedad (EI mediana = 19), los Trastornos por uso de sustancias (EI mediana = 21) y; por último, los Trastornos del estado de ánimo (EI mediana = 29). Los rangos intercuartiles (cantidad de años que median entre el percentil 25 y el 75 de las distribuciones de EI) fueron menores para los Trastornos del control de los impulsos (4 años), y para los Trastornos por uso de sustancias (11 años). *A contrario sensu*, los Trastornos del estado de ánimo y los Trastornos de ansiedad, presentaron una mayor variabilidad de EI.

Tabla 1. Prevalencia a lo largo de la Vida de los Trastornos Mentales según el DSM-IV por edad.

Diagnóstico	n	Grupos Etarios				
		Total	18-34	35-49	50-64	65 y +
		%	%	%	%	%
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de pánico	68	1.5	1.3	2.1	1.7	0.7
TAG	160	3.9	3.0	3.9	5.1	4.6
Fobia social	111	2.6	3.1	3.7	1.8	0.5
Fobia específica	289	6.8	6.9	7.1	7.8	4.9
Agorafobia sin pánico	24	0.5	0.5	0.7	0.4	0.2
TEPT	122	2.8	3.1	3.4	2.3	1.9
TOC	33	2.9	3.5	2.1	3.9	1.3
Trastorno por ansiedad de separación	127	3.1	4.1	3.1	2.1	1.7
Algún Trastorno de ansiedad	618	16.4	17.2	16.4	18.8	11.3
Trastornos del estado de ánimo						
TDM	390	8.7	9.4	8.0	9.2	7.6
Distimia	37	0.6	0.5	0.6	0.9	0.7
Trastorno Bipolar I y II	144	3.5	4.8	4.3	2.1	0.9
Algún Trastorno del estado de ánimo	532	12.3	14.0	12.3	11.7	8.5
Trastornos del control de los impulsos						
Trastorno oposicionista desafiante	41	1.0	1.7	0.9	0.2	0.4
Trastorno de conducta	25	0.8	1.4	0.7	0.1	0.3
TDAH	40	1.1	1.5	1.1	0.8	0.8
Trastorno explosivo intermitente	1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
Algún Trastorno del control de los impulsos	91	2.5	4.1	2.2	0.9	1.2
Trastornos por uso de sustancias						
Abuso de alcohol con o sin dependencia	238	8.1	13.7	6.9	3.7	1.6
Abuso de alcohol sin dependencia	205	7.0	11.9	6.4	2.5	1.2
Dependencia de alcohol con o sin abuso	35	1.2	1.8	0.5	1.3	0.4
Abuso de drogas con o sin dependencia	129	4.0	6.5	4.1	1.8	0.3
Abuso de drogas sin dependencia	90	3.0	4.6	3.2	1.6	0.3
Dependencia a drogas con o sin abuso	44	1.2	1.9	1.4	0.3	0.0
Algún Trastorno por sustancias	312	10.4	16.2	10.2	5.6	2.0
Todos los Trastornos						
Algún diagnóstico	1032	29.1	35.4	27.9	27.0	17.3
2 ó + diagnósticos	499	12.6	15.8	12.6	10.5	7.0
3 ó + diagnósticos	245	5.7	7.8	5.6	4.9	1.4

c) Riesgo Proyectado de Vida (RPV)

El riesgo proyectado de vida (RPV) de cualquier trastorno a la edad de 75 años basado en las distribuciones de la EI (Tabla 2) es del 37,1%. Esto es, un 28% más elevado que la prevalencia de vida estimada para cualquier trastorno informado en la Tabla 1. Como se esperaba, los trastornos con edades de inicio más tardías tuvieron los mayores aumentos entre la prevalencia y el RPV, específicamente el Trastorno de ansiedad generalizada, el Trastorno obsesivo-compulsivo, y el Trastorno depresivo mayor. Consecuentemente con la información de la prevalencia, el riesgo proyectado de vida es el mayor para los Trastornos de ansiedad (RPV = 21,9%), seguido por los Trastornos del estado de ánimo (RPV = 19,8%), los Trastornos por el uso de sustancias (RPV = 12,6%) y, con un aumento muy pequeño, los Trastornos del control de los impulsos (RPV = 2,6%).

d) Correlaciones socio-demográficas

El estudio de las correlaciones socio-demográficas, mostró que las mujeres tuvieron un 85% más de probabilidades de padecer Trastornos de ansiedad que los hombres, pero menos probabilidades de padecer Trastornos por uso de sustancias (RP=0,27). En cambio, no se encontraron diferencias según el sexo para los Trastornos del estado de ánimo o para los Trastornos del control de los impulsos. Por otro lado, los estudiantes con nivel educativo bajo, comparados con los que tenían un nivel educativo medio o alto, tuvieron menos probabilidades de padecer ambos trastornos (RP = 0,20 y 0,24 respectivamente).

II) Índice de prevalencia en los últimos doce meses, el grado de severidad de los trastornos mentales y la utilización de servicios

El segundo objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue calcular la prevalencia en los últimos 12 meses, la severidad de los trastornos mentales, las correlaciones socio-demográficas y la utilización de servicios, en población general de adultos residentes de áreas urbanas de Argentina.

Los trastornos fueron clasificados como leves, moderados o severos, de acuerdo con los criterios previamente establecidos en la Encuesta Mundial de Salud Mental.

Para ser considerados como sufriendo un trastorno mental severo los encuestados debían presentar uno o varios de los siguientes criterios:

- 1) Presencia de un Trastorno bipolar I.
- 2) Dependencia de alguna sustancia manifestada por la presencia de un síndrome de dependencia fisiológica.

Tabla 2. Riesgo proyectado de vida (RPV) a los 75 años de los Trastornos mentales según el DSM-IV

Grupo Diagnóstico y Diagnóstico	RPV a los 75 años
	%
Trastornos de ansiedad	
Trastorno de pánico	2.3
TAG	7.5
Fobia social	2.8
Fobia específica	7.9
Agorafobia sin TP+	.
TEPT	4.7
TOC	5.4
Trastorno por ansiedad de separación	3.6
Algún Trastorno de ansiedad	21.9
Trastornos del estado de ánimo	
Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	15.3
Distimia	1.0
Trastorno Bipolar I y II	5.2
Algún Trastorno del humor	19.8
Trastornos del control de los impulsos	
Trastorno oposicionista desafiante	1.0
Trastorno de conducta + TDAH	1.1
Trastorno explosivo intermitente +	.
Algún Trastorno de control de los impulsos	2.6
Trastornos por uso de sustancias	
Abuso de alcohol con o sin dependencia	10.0
Abuso de alcohol sin dependencia	8.4
Dependencia alcohol con o sin abuso	1.3
Abuso de drogas con o sin dependencia	5.0
Abuso de drogas sin dependencia	3.8
Dependencia de drogas con o sin abuso	1.4
Alguna sustancia	12.6
Todos los Trastornos	
Algún diagnóstico	37.1

- 3) Intento de suicidio en co-morbilidad con un trastorno mental.
- 4) Presencia de al menos dos áreas del comportamiento con una discapacidad severa, determinada por una puntuación de 7 o más en la Escala de Discapacidad de Sheehan (46).

Para ser considerados como sufriendo un trastorno mental moderado los encuestados debían presentar uno o ambos de los siguientes criterios:

- 1) Dependencia de alguna sustancia sin síndrome de dependencia fisiológica.
- 2) Presencia de discapacidad moderada en algún área, determinada por una puntuación de 4 o más en la Escala de Discapacidad de Sheehan (46).

Todos los demás casos estudiados fueron clasificados como sufriendo trastornos mentales leves.

La encuesta WMH-CIDI evalúa también la utilización de servicios de salud. A tal fin se les preguntó a los encuestados si en los últimos 12 meses habían consultado con algún profesional, o con varios de diferentes tipos, sobre “problemas emocionales, nerviosos, mentales” o por el uso de alcohol o drogas. El tipo de prestador del servicio fue clasificado como:

1) Profesionales del sector salud

A) Profesionales en salud mental

- a) Psiquiatras.
- b) Otros profesionales de los equipos de Salud Mental (psicólogos, acompañantes terapéuticos, otros psicoterapeutas, enfermeros y trabajadores sociales).

B) Profesionales en medicina general

- a) Médicos de familia.
- b) Médicos clínicos, y otros médicos, como cardiólogos, ginecólogos (en el caso de mujeres) y urólogos (en el caso de hombres), etc.
- c) Enfermeros u otros profesionales de la salud.

2) Otro sector

- a) Trabajadores sociales o consejeros en otras áreas diferentes al área de la salud mental.
- b) Consejeros espirituales o religiosos, como ministros, sacerdotes o rabinos.
- c) Practicantes de Medicinas Alternativas Complementarias (CAM, por sus siglas en inglés) tales como uso de Internet, grupos de autoayuda, cualquier otro sanador, como herboristas, quiroprácticos o espiritualistas y otras terapias alternativas.

La encuesta CIDI evalúa las siguientes correlaciones socio-demográficas: sexo, edad, nivel de ingresos (bajo, medio-bajo, medio alto y alto), estado civil (casado, concubino, previamente casado (separado/divorciado/viudo), y nunca casado) y nivel de educación (bajo, medio-bajo, medio-alto y alto).

Resultados

Prevalencia y severidad de los trastornos mentales

La prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue de 14,8%; un 10,7% padecían solamente un trastorno, el 2,4% dos trastornos y el 1,6% tres o más trastornos (Fig. 7).

Figura 7. Prevalencias de los Trastornos mentales en los últimos 12 meses.

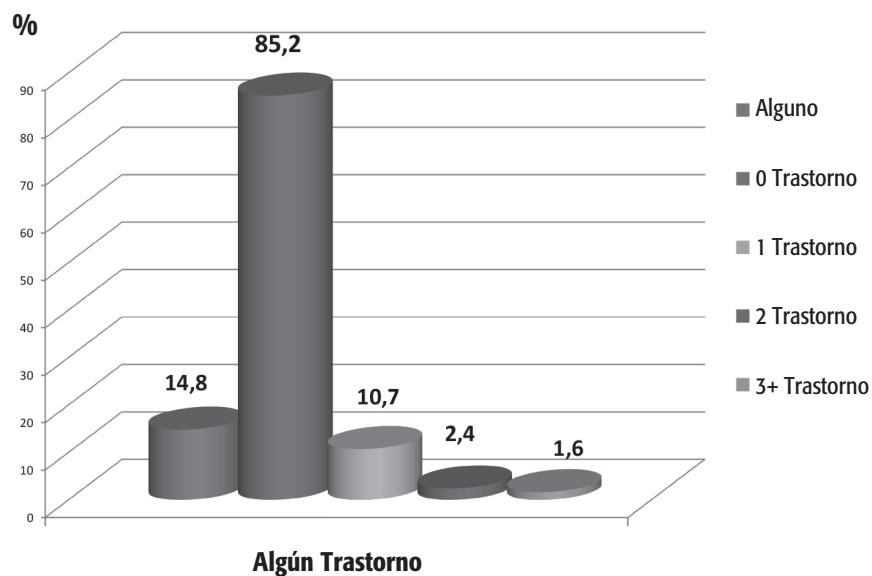


Tabla 3. Prevalencia en los últimos 12 meses de los Trastornos Mentales según el DSM-IV.

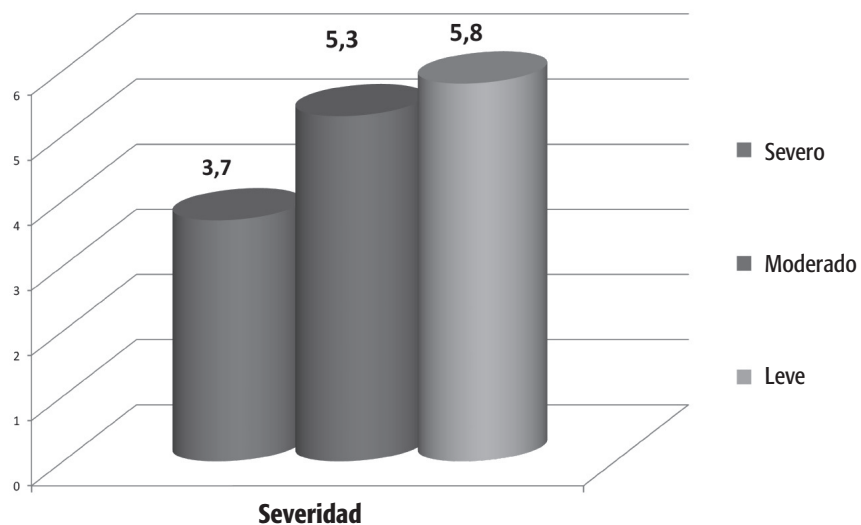
Prevalencia de 12-meses	%		
Trastornos de ansiedad		Trastornos de control de los impulsos	
Trastorno de pánico	0.8	Trastorno oposicionista desafiante	0.0
TAG	1.5	Trastorno de conducta	0.1
Fobia social	1.3	TDAH	0.4
Fobia específica	4.8	Trastorno explosivo intermitente	0.1
Agorafobia sin pánico	0.3	Algún Trast. del control de los impulsos	0.5
TEPT	1.1	Trastorno por uso de sustancias	
Trastorno de ansiedad por separación del adulto	0.6	Abuso de alcohol	1.5
TOC	2.5	Dependencia alcohólica	0.3
Algún trastorno de ansiedad	9.4	Abuso de drogas	1.0
Trastornos del estado de ánimo		Dependencia de drogas	0.4
Distimia	0.4	Algún Trastorno por sustancias	2.4
Trastorno Depresivo Mayor	3.8		
Trastorno Bipolar (I y II)	2.0		
Algún Trastorno del estado de ánimo	5.7		

La prevalencia en los últimos 12 meses de cada clase de trastorno y de cada trastorno individual se muestra en la Tabla 3. La clase más común de trastornos fueron los Trastornos de ansiedad (9,4%), seguida por los Trastornos del estado de ánimo (5,7%), los Trastornos por uso de sustancias (2,4%) y la menos común fueron los Trastornos del control de los impulsos (0, 5%). El trastor-

no individual más común fue la Fobia específica (4,8%), seguida por el Trastorno depresivo mayor (3,8%), el Trastorno obsesivo-compulsivo (2,5%), y el Trastorno bipolar (2,0%).

La prevalencia en los últimos 12 meses de un trastorno severo fue de 3,7%, de un trastorno moderado 5,3% y de uno leve 5,8% (Fig. 8).

Figura 8. Prevalencia de los Trastornos mentales por severidad en los últimos 12 meses.



Los Trastornos del estado de ánimo tuvieron la mayor proporción de trastornos severos (38,6%), seguidos por los Trastornos por uso de sustancias (35,8%), los Trastornos del control de los impulsos (28,3%); y, por último, los Trastornos de ansiedad (22,9%). Los trastornos individuales con mayor severidad fueron, la Dependencia de drogas y el Trastorno opositor desafiante (100%), seguidos de la Dependencia de alcohol (65,7%), el Trastorno bipolar (55,7%), el Abuso de drogas (50,2%), el Trastorno por estrés postraumático (41,9%) y la Fobia social (41,3%). Aquellos con mayor cantidad de trastornos en comorbilidad tuvieron una mayor proporción de trastornos severos.

Utilización de servicios y severidad del trastorno

Un 13,2% del total de la población recibió algún tratamiento en los 12 meses previos, principalmente brindados por profesionales del sector salud (11,5%), específicamente en el sector de la salud mental (7,7%) y profesionales en medicina general (3,8%) versus otro sector (1,7%).

Las personas con trastornos leves recibieron menos tratamiento (22,1%) que las personas con trastornos moderados (32,5%) o severos (30,2%).

Los profesionales del sector salud atendieron al 32,3% de los trastornos severos (21,5% por profesionales de salud mental y el 10,8% de medicina general), el 34% de los moderados (23,5% por profesionales de salud mental y el 10,5% en medicina general) y el 23,8% de los leves (11,5% por profesionales de salud mental y el 12,3% en medicina general).

Los miembros de otro sector (trabajadores sociales o consejeros en otras áreas diferentes al área de la salud mental, consejeros espirituales o religiosos, como ministros, sacerdotes o rabinos, practicantes de Medicinas Alternativas Complementarias) asistieron al 1,7 de las personas con algún trastorno mental entre los que se incluyeron 4,2% de las personas aquejadas de trastornos mentales severos, el 2,2% de los moderados y el 3,7 de los leves.

También recibió tratamiento un pequeño grupo de personas que no reunió los criterios del DSM-IV para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (8,7%).

Correlaciones socio-demográficas para la prevalencia de los trastornos en los últimos 12 meses

Aunque no hubo una diferencia global en cuanto al sexo, las mujeres tuvieron casi el doble de probabilidades de padecer Trastornos de ansiedad (OR = 1,98; 95% CI = 1,32 – 3,0) y probabilidades reducidas de padecer trastornos del control de impulsos (OR = 0,39; 95% CI = 0,22 – 0,68) y Trastornos por uso de sustancias (OR = 0,19; 95% CI = 0,10 – 0,36).

La edad juvenil se asoció con cualquier trastorno y cada clase de trastorno con una OR desde 1,9 para las probabilidades de un Trastorno de ansiedad entre el gru-

po más joven (18 a 34 años) hasta 34,1 para las probabilidades del Trastorno del control de los impulsos entre el grupo más joven.

El nivel de educación bajo y medio-bajo se asoció con las mayores probabilidades de padecer cualquier trastorno, cualquier Trastorno del estado de ánimo y Trastornos de ansiedad, con una OR desde 1,6 para las probabilidades de cualquier trastorno entre aquellos con un nivel de educación medio-bajo hasta 3,1 para las probabilidades de cualquier Trastorno del estado de ánimo entre aquellos con nivel de educación bajo.

El nivel de ingresos y el estado civil no fueron asociados con los trastornos presentes en los últimos 12 meses.

Correlaciones socio-demográficas de la utilización de servicios en los últimos 12 meses

Para este ítem fue evaluada solamente la parte 2 de la muestra, cuyo tamaño fue de 2.116 personas entrevistadas.

En lo que respecta a las correlaciones socio-demográficas de la utilización de servicios en los últimos 12 meses, se comprobó que las mujeres fueron más propensas que los hombres a recibir/buscar cualquier tipo de tratamiento (OR = 1,72; 95% IC = 1,18 - 2,51).

Sexo

	OR	95% IC	
Femenino	1.72	1.18	2.51
Masculino	1.00	-	-
$\chi^2/DF/Prob$	8.67	1.00	0.01

Las personas que nunca se casaron o vivieron en unión libre fueron más propensas que las casadas o las convivientes en unión libre (OR= 1,64; 95% IC = 1,05-2,56).

Estado Civil

	OR	95%IC	
Separado/Viudo/Divorciado	1.02	0.61	1.69
Nunca se casó	1.64	1.05	2.56
Casado/Unión libre	1.00	-	-
$\chi^2/DF/Prob$	6.07	2.00	0.05

Las personas con un nivel de ingresos medio-alto fueron menos propensas que aquellas con nivel de ingresos alto a recibir/buscar tratamiento (OR = 0,58; 95% IC = 0,36 – 0,92).

Ingresos

	OR	95% IC	
Bajo	0.63	0.40	1.01
Bajo-Medio	0.60	0.35	1.05
Medio- Alto	0.58	0.36	0.92
Alto	1.00	-	-
$\chi^2/DF/Prob$	6.93	3.00	0.07

De igual manera, los encuestados con nivel de educación bajo y medio-bajo fueron menos propensos a recibir/buscar tratamiento (OR = 0,50; 95% IC = 0,28 – 0,92 y OR = 0,50; 95% IC = 0,30 – 0,85, respectivamente).

Educación

	OR	95% IC	
Primaria Incompleta	0.50	0.28	0.92
Primaria completa - Secundaria incompleta	0.50	0.30	0.85
Secundaria completa	0.76	0.49	1.18
Terciaria o Universitaria	1.00	-	-
$\chi^2/DF/Prob$	15.11	3.00	0.01

III. Utilización y adecuación de los tratamientos de los trastornos mentales en los últimos 12 meses

El tercer objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue calcular la prevalencia en los últimos 12 meses respecto de la utilización de servicios, en general y por tipo de sector de servicio, la adecuación del tratamiento para los trastornos específicos de salud mental del DSM-IV y las correlaciones socio-demográficas de la utilización de servicios. Varios estudios mundiales o por países han explorado estos datos y sirven como antecedentes.

Como se indicó antes (ver II) se preguntó a los encuestados si en los últimos 12 meses habían consultado con algún profesional, o con varios de diferentes tipos, sobre “problemas emocionales, nerviosos, mentale” o por el uso de alcohol o drogas y se indagó sobre el tipo de prestador del servicio según las categorías ya expuestas (ver II).

Basados en la definición anterior de la Encuesta Mundial de Salud Mental (20), cuando nos referimos a un tratamiento mínimamente adecuado en los 12 meses previos hacemos referencia a: 1) recibir psicoterapia mínimamente adecuada, con cuatro o más visitas del paciente a cualquier prestador de dicho servicio; 2) farmacoterapia mínimamente adecuada, con dos o más visitas a cualquier prestador y tratamiento con medicación durante un período de tiempo; y 3) haber informado seguir “en tratamiento” al momento de la entrevista. Aunque esta definición es más amplia que la definición utilizada anteriormente en otras Encuestas Mundiales de Salud Mental, nos permite obtener un cálculo prudente de tratamientos mínimamente adecuados en todos los sectores. En el análisis de respuestas, se utilizó también una definición más estricta de tratamiento mínimamente adecuado, la cual incluía: 1) ocho o más visitas a cualquier sector de servicios de psicoterapia; o 2) cuatro o más visitas a cualquier sector de servicio y farmacoterapia durante 30 o más días.

La edad al momento de la entrevista, el nivel de educación, los ingresos, el estado civil y el sexo se utilizaron como correlatos de cualquier acceso al tratamiento durante 12 meses y de tratamiento mínimamente adecuado.

Resultados

El 11,57% de los encuestados informó haber utilizado algún servicio para el tratamiento de problemas de salud mental dentro de los 12 meses anteriores a la encuesta. Como se esperaba, la proporción del uso de cualquier servicio fue menor entre los encuestados que no habían sufrido ningún trastorno mental en el período de 12 meses (8,84%) y mayor entre los encuestados con algún trastorno dentro de los 12 meses (27,61%). Los encuestados con Trastornos del estado de ánimo y Trastornos de ansiedad tuvieron los índices más altos de uso de servicio (35,48% y 30,10%, respectivamente). Los trastornos individuales con el mayor uso de cualquier servicio fueron el Trastorno de pánico (53,70%), seguido por el Trastorno de ansiedad generalizada (48,04%), la Distimia (44,15%) y el Trastorno de estrés post-traumático (42,63%), mientras que el trastorno con menor uso de servicios fue el Abuso de alcohol con dependencia. La prevalencia del uso de servicios para algunos trastornos específicos no se ha calculado debido a que la cantidad de casos no ponderados es menor a 30 para el trastorno en cuestión.

Entre aquellos que padecían algún trastorno, los profesionales de salud mental (17,78%) brindaron más servicios que los profesionales de medicina general (11,49%) y los proveedores de otros sectores (2,58%), independientemente del tipo de trastorno.

Los encuestados con algún Trastorno del estado de ánimo consultaron más a psiquiatras que a profesionales de medicina general, mientras que los encuestados con algún Trastorno de ansiedad utilizaron más los servicios de profesionales de medicina general que los servicios de psiquiatras. Entre los encuestados con algún Trastorno por abuso de sustancias, los psiquiatras y los profesionales de medicina general tuvieron una proporción similar de consultas.

La cantidad mediana de visitas realizadas en los últimos 12 meses entre aquellas personas que recibieron algún tratamiento fue de 4,44. La cantidad media de visitas fue consistentemente mucho mayor que la mediana. Por ejemplo, entre la muestra total de encuestados, la cantidad media de visitas por algún tratamiento en el año anterior fue de 16,62, y hubo muy poca diferencia en la cantidad media de visitas entre los encuestados con o sin trastornos psiquiátricos (16,07 y 16,91, respectivamente).

Otros profesionales en salud mental tuvieron la mayor cantidad media de visitas (19,93), seguido por psiquiatras (13,64 visitas), y profesionales en medicina general (6,60 visitas). Los pacientes con Trastornos de ansiedad tuvieron una cantidad media mayor de visitas que los pacientes con Trastornos del estado de ánimo (17,43 vs. 14,09 visitas). Por otro lado se observó que pocos pacientes recibieron una parte desproporcionadamente alta de todas las visitas.

En general, el 78,36% de aquellos que utilizaron algún servicio recibieron un tratamiento que podría

considerarse mínimamente adecuado y existieron sólo pequeñas diferencias entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Entre los encuestados que padecían algún trastorno, la adecuación del tratamiento fue mayor cuando era suministrado por profesionales en salud mental (81,52%) *versus* profesionales en medicina general (69,73%). Los casos de uso de servicios de otros sectores, por parte de encuestados con trastornos, fueron insuficientes como para calcular la adecuación. Entre los que no padecían ningún trastorno, la adecuación del tratamiento fue mayor en otros sectores (95,58%) que en el sector de salud (80,83%). En los análisis de respuestas, con nuestra definición más estricta, la proporción de encuestados que recibieron tratamiento mínimamente adecuado fue de 48,47%, lo cual representa casi un 20% menos que con la definición amplia de adecuación. La cantidad de aquellos con trastornos que recibieron algún servicio mínimamente adecuado disminuyó a 43,68% con nuestra definición más estricta. Esta proporción fue de 42,29% entre los encuestados con Trastornos de ansiedad y 44,40% entre aquellos con Trastornos del estado de ánimo (datos que no se indican, pero que están disponibles a solicitud).

Por otro lado, aplicando los resultados de dos modelos de regresión logística múltiple, uno para las correlaciones socio-demográficas y por tipo de trastorno de la utilización de cualquier servicio en los últimos 12 meses, y otro para las correlaciones socio-demográficas y por tipo de trastorno de tratamiento mínimamente adecuado entre los encuestados que utilizaron algún servicio se concluyó que:

a) Ser joven (menor de 35 años de edad), tener un bajo nivel de educación o bajo nivel de ingresos está asociado con el menor índice de probabilidad de recibir algún tratamiento.

b) No haberse casado y padecer trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o de abuso de sustancias está asociado con 1,7; 3,2; 3,6 y 1,9 de probabilidad de uso de servicio, respectivamente.

c) Ser joven, tener un bajo nivel de educación o un bajo nivel de ingresos también están asociados con una baja probabilidad de recibir un tratamiento mínimamente adecuado entre aquellos tratados, pero el tipo de trastorno no está relacionado con la administración de un tratamiento adecuado.

IV. Demoras en el acceso a tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental

El cuarto objetivo del "Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina" fue brindar información acerca del tratamiento temprano, del acceso a un tratamiento a lo largo de la vida, del tiempo promedio en la demora del inicio del tratamiento, y sobre predictores socio-demográficos del acceso al tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental.

Al finalizar cada sesión diagnóstica CIDI, a los encuestados se les preguntó si alguna vez habían hablado con algún médico clínico o con algún otro profesional acerca de su trastorno, si la respuesta era positiva, se preguntaba qué edad tenían la primera vez que lo hicieron. La respuesta a esta última pregunta fue utilizada para definir la edad del primer contacto para acceder al tratamiento. El término "otros servicios" se utilizó para referirse de manera amplia a consejeros, consejeros espirituales, herboristas, acupunturistas y cualquier otro profesional dedicado a la sanación.

La edad al inicio del trastorno, la edad a la entrevista y el sexo fueron utilizados como predictores del acceso al tratamiento a lo largo de la vida y de la demora en la búsqueda de tratamiento, luego del inicio del trastorno. La edad al inicio del trastorno fue codificada en cuatro categorías, correspondientes a la distribución de cada trastorno (inicio temprano, percentil 25°; inicio medio-temprano, percentil 50° e inicio medio-tardío, percentil 75°).

Resultados

Demoras y primer acceso al tratamiento

La proporción de personas con algún trastorno que tuvieron un acceso temprano al tratamiento en el año en que se inició el mismo, varió entre el 2,0% para las personas con trastornos por Abuso de sustancias (alcohol con o sin dependencia el 2,01%, y drogas con o sin dependencia el 3,21%) pasando por el 31,33% que presentaron algún Trastorno del estado de ánimo (32,21% Episodio Depresivo Mayor, 24,00% Distimia y 31,16% Trastorno Bipolar I y II) hasta el 14,57% para aquellas personas con algún Trastorno de ansiedad (43,2% con Trastorno de pánico, 31,05% con TAG, 2,43% con Fobias específicas y 5,81% con Fobia social). En síntesis, si consideramos por grupos de trastornos, aquellos con Trastornos del estado de ánimo tuvieron la proporción más elevada en el acceso oportuno al tratamiento, seguidos por aquellos con algún Trastorno de ansiedad, mientras que los que presentaron algún Trastorno por abuso de alcohol y otras sustancias fueron los que arrojaron las tasas más bajas.

Se toma como indicador de acceso al tratamiento a lo largo de la vida, la proporción calculada de personas con algún trastorno quienes accedieron al tratamiento en 50 años. Mientras que el 100% de las personas con trastornos del estado de ánimo accedieron al tratamiento a lo largo de la vida, la proporción fue solo del 72,5% para aquellos con Trastornos de ansiedad y del 41,6% para aquellos con algún Trastorno por uso de sustancias.

En el caso de cuatro trastornos individuales, el acceso al tratamiento a lo largo de la vida fue mayor al 85%: Trastorno depresivo mayor, Trastorno de ansiedad generalizada, Distimia y Trastorno de pánico.

Para tres categorías de trastornos el acceso al trata-

miento a lo largo de la vida fue menor al 25%: Abuso de alcohol sin dependencia, Abuso de alcohol con dependencia y Abuso de drogas sin dependencia.

Las medianas o duración promedio de la demora en años para acceder a tratamiento, también difieren ampliamente entre los trastornos: los Trastornos de ansiedad tienen la demora más larga (mediana de 21 años), luego le siguen los Trastornos por el uso de sustancias (mediana de 16 años para el Abuso de alcohol con o sin dependencia y 10 años para el Abuso de drogas con o sin dependencia) y, por último, los Trastornos del estado de ánimo (mediana de 8 años de demora desde el inicio) que son los más precozmente tratados. Se mostraron algunas grandes diferencias dentro de las categorías de trastornos; por ejemplo, entre los Trastornos de ansiedad, el periodo más corto fue de 1 año para el trastorno de pánico y 29 años para la Fobia específica, o entre los Trastornos por uso de sustancias, el período más corto fue de 4 años para el Abuso de drogas y el más largo de 24 años para el Abuso de alcohol sin dependencia.

Predictores de no acceso al tratamiento o de demora en el primer acceso

No encontramos diferencias en cuanto al género en el acceso al tratamiento a lo largo de la vida para cualquier trastorno o grupo de trastornos, excepto para el caso de Abuso de alcohol sin dependencia, donde las mujeres tuvieron un 0,0% de probabilidades de acceso al tratamiento. Los predictores más constantes del acceso al tratamiento a lo largo de la vida entre las personas con algún trastorno mental fueron la edad al momento de la entrevista (cohorte) y la edad al momento del inicio del trastorno. Existen relaciones monótonas significativas entre pertenecer a las cohortes más jóvenes (18-34 años y 35-49 años de edad) y mayores probabilidades de acceso al tratamiento para cualquier Trastorno de ansiedad (OR = 3.96), Trastorno bipolar (OR = 9.45) y Abuso de sustancias (OR = 12.08). La edad de inicio está significativamente relacionada con el acceso al tratamiento en 11 de 17 comparaciones, con un patrón consistente de disminución de probabilidades de acceso al tratamiento si el trastorno se inició a edades tempranas. Por ejemplo, en comparación con el grupo con edades tardías de inicio del trastorno, las personas con edades tempranas de inicio fueron 0,09 veces menos propensas al acceso al tratamiento en el caso de Trastornos de ansiedad y 0,28 veces menos en el caso de Trastornos del estado de ánimo. No hubo diferencias entre inicio temprano y tardío para las personas con Trastornos por uso de sustancias.

Discusión

En lo que respecta a la prevalencia de vida y la edad de inicio de los trastornos mentales en adultos en la primera parte de este estudio se observó que una importante proporción de la población adulta argentina ha

sufrido un trastorno mental en algún momento de la vida (29,1%) y se espera que aún más personas padezcan algún trastorno para cuando alcancen los 75 años de edad (37,1%). Un pequeño grupo (5,7%) padeció tres o más trastornos comórbidos. En general, estas tasas se encuentran dentro del rango informado en todo el mundo (47), aunque son un poco inferiores a las tasas informadas para otros tres países de América Latina (3, 4, 5) con edades de inicio medianas y efectos de cohorte muy similares. Estas tasas de prevalencia de vida, junto con los efectos de cohorte que muestran una mayor prevalencia en los cohortes más jóvenes, y edades de inicio tempranas en las primeras tres décadas de la vida, tienen importantes implicancias en las políticas de salud pública. En primer lugar, desarrollar un trastorno mental a una edad temprana puede tener repercusiones en el éxito escolar (48), en lo laboral (49), en las relaciones interpersonales, como el matrimonio y divorcio (50) e incluso, en su asociación con futuras enfermedades físicas crónicas (51). En segundo lugar, las edades tempranas de inicio sugieren la necesidad de prevención, detección y tratamiento temprano, apuntando a niños y adolescentes, así como la necesidad de contar con los recursos humanos para ello. En la mayoría de los países las políticas nacionales de salud mental para niños y adolescentes, los programas, sistemas de información y recursos humanos capacitados para el cuidado de la salud mental de niños y adolescentes no son suficientes (52). En tercer lugar, el método utilizado para calcular el riesgo de vida está basado en la suposición de un riesgo condicional constante de una primera aparición, durante un año determinado, entre personas de diferentes edades al momento de la entrevista; aunque ésta es una suposición difícil de defender a la luz de la evidencia, por las diferencias significativas de cohortes en la prevalencia de vida. Debido a que las tasas de prevalencia fueron mayores en las cohortes más recientes (jóvenes), el riesgo de vida en las cohortes jóvenes tiende a ser subestimado en este modelo, el cual está basado en la suposición de un riesgo condicional constante inter-cohortes (47). Por lo tanto, podemos esperar en un futuro, un aumento de la prevalencia y de la necesidad de servicios. Los encargados de delinear las políticas de salud pública en la Argentina deberían tomar en cuenta todos estos hallazgos.

El hecho de que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de padecer Trastornos de ansiedad y menos probabilidades de padecer trastornos por el uso de sustancias es un hallazgo consistente con otros estudios mundiales (53); sin embargo, nuestra falta de mayores probabilidades de Trastornos del estado de ánimo en las mujeres es inconsistente. Esto puede deberse a la inclusión del Trastorno bipolar dentro de la categoría de los trastornos del estado de ánimo, dado que no se ha demostrado que el trastorno bipolar sea más frecuente en mujeres (53). Además, Seedat y colaboradores encontraron una pequeña diferencia entre sexos para el Trastorno depresivo mayor en cohortes más recientes,

lo que fue relacionado con cambios en los roles tradicionales del género femenino; en otras palabras, menos desigualdad de género (como lo muestran la igualdad en la educación, en el trabajo, el casamiento a mayor edad, y el uso de anticonceptivos) fue asociado con menos diferencias según el sexo en el Trastorno depresivo mayor (53). El índice de desigualdad de género en la Argentina, aunque es mayor que en otros países con una mayor IDH, es menor que el promedio en América Latina (7) y podría explicar, en parte, junto con la inclusión del Trastorno bipolar en la categoría de los Trastornos del estado de ánimo, la falta de diferencias según género para los Trastornos del estado de ánimo en la Argentina.

Con respecto a la tasa de prevalencia en los últimos doce meses para los trastornos mentales y la utilización de servicios se halló que prácticamente uno de cada siete adultos argentinos, residentes en áreas urbanas, ha sufrido un trastorno mental durante el año previo a esta encuesta y un cuarto de esos trastornos puede considerarse severo. Desafortunadamente, la mayoría no recibió tratamiento; solo el 30,2% de aquellos con trastornos severos recibieron tratamiento, mayormente, en el sector de la salud y por profesionales en salud mental. Las personas con trastornos moderados y severos fueron más propensas a recibir tratamiento que las personas con trastornos leves, lo cual sugiere racionalidad en la asignación de los servicios, y además demuestra la necesidad de mejorar la detección temprana, de manera tal que los trastornos sean tratados mientras son leves, para así prevenir que lleguen a ser severos y, además, evitar ciertas complicaciones que se dan con el tiempo (27, 28). Un pequeño grupo (8,7%) de personas que no reunían ningún criterio para ningún trastorno también recibió tratamiento. Este estudio no puede determinar si esto representa una mala asignación de recursos para el tratamiento o si puede ser explicado como casos sub-umbrales que recibieron atención temprana o personas que dejaron de reunir los criterios y continuaron en seguimiento. Debido a la gran cantidad de psicólogos y a la difusión de técnicas psicoterapéuticas existente en el país, este grupo podría representar personas en psicoanálisis u otra forma de psicoterapia psicoanalítica con objetivos de auto-realización (54). Como en el caso de México y Colombia, y a diferencia de muchos otros países, los trastornos mentales fueron tratados por especialistas más que por médicos generales (12, 13, 20). Esto respalda un patrón emergente en los países de América Latina y está en desacuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de tratar la mayoría de los trastornos mentales en atención primaria, para que así tenga acceso una mayor cantidad de personas, y que la atención primaria sea una contención para servicios más especializados en los casos más severos (55). Muy pocas son las personas en la Argentina que buscan atención en otros sectores. Las tasas de prevalencia en los últimos 12 meses para cualquier trastorno mental y cada clase de trastorno en Argentina fueron consistentes

con los de otros países de América Latina. Por ejemplo, cerca del 15% de los argentinos sufrió algún trastorno, de manera similar a Perú 13,5% de los peruanos, 12,2% en el caso de México y menos del 26% en el caso de Brasil y 20% para Colombia (11, 12, 54, 56). La clase de trastorno por la cual Argentina difiere mayormente con los otros países de América Latina fueron los Trastornos del control de los impulsos, los cuales estuvieron presentes solo en un 0,5% de argentinos versus el 1,6% de mexicanos, el 3,5% de peruanos, el 4,2% de brasileños y el 4,4% de colombianos (12, 14, 54, 55).

Encontramos que las personas más jóvenes y con niveles más bajos de educación tuvieron mayor prevalencia de trastornos; el bajo nivel de educación puede estar relacionado con el abandono escolar debido a la aparición temprana del trastorno (56, 57). Se encontró que las mujeres, en comparación con lo informado anteriormente para los hombres, tuvieron mayor prevalencia de Trastornos de ansiedad y menor prevalencia de trastornos por el uso de sustancias y trastornos del control de impulsos (58).

Las diferencias por sexo en la utilización de los servicios para los trastornos mentales están muy bien documentadas (59, 60, 61). Se ha sugerido que las mujeres buscan tratamiento porque son más capaces de identificar los síntomas de enfermedad mental y no percibirían el tratamiento o el trastorno como un estigma (20). Las personas que nunca contrajeron matrimonio pueden ser más propensas a buscar tratamiento debido a la falta de apoyo social, lo cual fomentaría la búsqueda de ayuda externa. Que un bajo nivel de educación, pero no así de ingresos, esté relacionado con menores posibilidades de tratamiento puede deberse a la falta de información respecto de los trastornos mentales o a actitudes negativas hacia el tratamiento, más que a la falta de recursos financieros y que el bajo nivel de educación esté relacionado tanto a una mayor prevalencia de trastornos como a la falta de tratamiento, sugiere grandes disparidades de salud en este grupo.

En la tercera parte del estudio se evaluó la utilización y adecuación del tratamiento en los últimos 12 meses para los trastornos mentales. En relación a ese punto se verificó que la mayoría de los individuos con un trastorno mental, dentro de los últimos 12 meses no habían recibido ningún tratamiento; lo cual indica, altos niveles de necesidades no atendidas y la necesidad de realizar más investigaciones y acciones orientadas a reducir las barreras hacia los tratamientos e incrementar el acceso a ellos. Se encontró que las mujeres, y aquellas personas que nunca contrajeron matrimonio fueron más propensas a buscar o recibir tratamiento, y aquellas con nivel de educación bajo o medio-bajo fueron menos propensas a ello.

El 27,61% de los encuestados con algún trastorno que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses es consistente, aunque un poco más alto que la proporción de los demás países de Latinoamérica que están inclui-

dos en la Encuesta Mundial de Salud Mental (20). La mayor cantidad de medias que medianas implica que, en comparación, que pocos pacientes reciben una parte desproporcionadamente alta de todas las visitas.

Entre aquellos que fueron tratados, tres cuartos recibieron tratamiento mínimamente adecuado, utilizando una definición amplia de "mínimamente adecuado", pero menos de la mitad lo fueron si se emplea una definición más estricta. Para aquellos que padecen algún trastorno, hay una proporción mayor de tratamiento adecuado brindado por profesionales de salud mental que por profesionales de medicina general. Esto apunta a la necesidad de una mayor capacitación de los efectores de atención primaria en pautas básicas de tratamiento de salud mental. Es posible que el 8,84% de los individuos sin trastornos que recibieron tratamiento reflejen a aquellos individuos con síntomas sub-umbrales, en seguimiento para la prevención de una recaída o en psicoanálisis para el desarrollo personal (54). De hecho, la adecuación del tratamiento para los individuos sin trastornos fue mayor en el caso de profesionales del sector no sanitario, sugiriendo quizás una mayor desestimación por parte de los profesionales de la salud de sus preocupaciones o producto de sus esfuerzos para controlar el uso racional de los servicios (62).

Los individuos menores de 35 años de edad, con un bajo nivel de educación e ingresos que padecieron algún trastorno en los últimos 12 meses tienen menos probabilidad de recibir algún tratamiento. Esta diferencia se debe a barreras económicas o a algún otro obstáculo (como la actitud, la convicción o el conocimiento sobre trastornos psiquiátricos y sus tratamientos, o barreras estructurales) (63), es un área importante para futuras investigaciones. Por otro lado, aquellos que nunca se han casado y aquellos que padecen un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo son más propensos a recibir tratamiento. El hecho de que los solteros son más propensos a utilizar servicios se ha documentado en cinco de los diecisiete países de la Encuesta Mundial de Salud Mental y ha sido propuesto para indicar la fuerza motivadora que tienen los impedimentos sociales y discordancias en las relaciones (20). Asimismo, resulta imprescindible realizar mayores esfuerzos para que quienes padecen trastornos por abuso de sustancias reciban tratamiento.

Entre quienes fueron tratados, los más jóvenes y aquellos con bajo nivel de educación e ingresos recibieron tratamientos menos adecuados. El tipo de trastorno no estuvo relacionado con la adecuación del tratamiento. De modo interesante, y a diferencia de diez de los diecisiete países de la Encuesta Mundial de Salud Mental, no hubo diferencias de género para la utilización o la adecuación de tratamientos en este estudio (20).

En la cuarta parte del estudio se analizó la demora en el acceso a tratamiento luego de la primera aparición de un trastorno mental. Aunque la mayoría de las personas con algún trastorno psiquiátrico en la Argentina, en algún momento de la vida accede al tratamiento, es-

pecialmente aquellas con algún Trastorno del estado de ánimo o algún Trastorno de ansiedad, los tratamientos tempranos son una excepción y las demoras entre una y tres décadas son la regla. Estas demoras en el tratamiento son una pesada carga para el sistema de salud y de salud mental argentinos, como también para las personas con estos trastornos, para sus familias y para la sociedad en general. Los trastornos de ansiedad, en particular, tienen largas demoras, probablemente debido a que estos trastornos tienen las edades de inicio más tempranas (47). Por otro lado, los trastornos por uso de sustancias son los casos con menos probabilidades de acceso al tratamiento; esto puede deberse a factores culturales sobre la utilización de sustancias que hacen que estos trastornos sean difíciles de reconocer, a cierto estigma respecto de los trastornos por el uso de sustancias o a la falta de disponibilidad de servicios que traten estos trastornos, como así también a la baja percepción de necesidad de tratamiento por parte de los afectados (64, 65). Las personas con trastornos por uso de sustancias pueden evitar buscar tratamiento hasta que el mismo se vuelve altamente incapacitante o hasta que algún miembro de la familia insiste en la búsqueda de tratamiento. Un hallazgo alentador es que los cohortes más jóvenes (18-49 años) fueron más propensos que los mayores (50 años y más) al acceso al tratamiento; esto tal vez refleja un cambio de actitud, una disminución de la estigmatización y un aumento de la toma de conciencia respecto de la salud mental entre las generaciones más jóvenes. Por otro lado, las tempranas edades de inicio de los Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y la baja propensión de las personas a acceder al tratamiento sugieren la necesidad de aumentar la detección temprana de trastornos mentales en niños y adolescentes. La detección y el tratamiento oportuno en menores es un desafío, ya que los niños y adolescentes no pueden detectar el problema y buscar tratamiento por ellos mismos; sino que dependen de que terceros (padres, maestros, pediatras) identifiquen el problema y de que los padres tengan la motivación y capacidad necesarias para buscar tratamiento. Sin embargo, la detección y el tratamiento oportuno en menores pueden verse facilitados por el trabajo conjunto de los sistemas de salud, de educación y de desarrollo social.

Este estudio no se encuentra exento de limitaciones. Como los participantes fueron personas con residencia permanente, la prevalencia puede ser subestimada por la exclusión de los indigentes y de las personas hospitalizados o institucionalizados (ya sea en hospitales generales, centros psiquiátricos, instituciones penitenciarias, etc.), y los menores de 18 años o los que viven afuera de las grandes áreas metropolitanas.

Además, la prevalencia pudo ser subestimada por la capacidad de los encuestados de recordar síntomas experimentados en años anteriores o por la falta de predisposición a relatar comportamientos o síntomas que pueden ser estigmatizantes. El mayor sesgo de recuerdos

en los participantes mayores puede llevar a una sobrevaloración de los efectos de cohorte (53). En efecto, el diseño retrospectivo transversal está sujeto al sesgo de los recuerdos, por lo cual, en este estudio se intentó mejorar la precisión de la fecha de inicio del trastorno y del primer acceso al tratamiento, realizando preguntas que focalizaran la memoria y guiaran los recuerdos. Sin embargo, algún sesgo puede permanecer erróneo para eventos lejanos y es probable que se subestimen ciertas demoras del tratamiento. Es necesaria una vigilancia epidemiológica prospectiva continua para determinar si estos efectos de cohorte son sobrevalorados y en qué medida. Además, el diagnóstico estuvo basado en un instrumento totalmente estructurado y no clínico. Se han informado diagnósticos clínicos en concordancia con la encuesta WMH-CIDI, aunque se hubieran preferido diagnósticos clínicos (38).

En esta investigación no se tuvo en cuenta la calidad, el costo o la cobertura de los proveedores de salud (es decir, si se trataba de medicina prepaga, obras sociales, hospitales, centros ambulatorios, etc.) o la cantidad de centros de salud disponibles en las áreas investigadas.

Por último, el diseño transversal del estudio excluye las inferencias respecto de la causalidad o direccionalidad de las correlaciones socio-demográficas y su asociación con los trastornos y el tratamiento.

Además, se incluyó un número limitado de predictores del servicio de acceso al tratamiento. Por ejemplo, el ser beneficiario de seguros de salud y el acceso a los servicios no fueron incluidos y parecen jugar un papel importante en el acceso al tratamiento. La búsqueda de tratamiento también depende de la percepción de la enfermedad, de las barreras relacionadas con los estigmas, de las percepciones de la familia y amigos respecto a la búsqueda de ayuda y de la comunicación de conocimientos sobre salud (63, 66, 67). Finalmente, quedan otras cuestiones a considerar en estudios posteriores respecto de la utilización de los servicios para alcanzar un amplio entendimiento sobre cómo son tratados en la Argentina los trastornos mentales y los trastornos por uso de sustancias, tales como la idoneidad de los tratamientos, los sectores de tratamiento (por ejemplo, no se distingue entre sectores del cuidado de la salud y otros sectores) la relación costo-efectividad y las barreras estructurales.

A pesar de las limitaciones mencionadas, que son similares a las enfrentadas por todas las investigaciones epidemiológicas cruzadas de este tipo, este estudio presenta, por primera vez, datos empíricos representativos de la prevalencia de los trastornos mentales, el uso de servicios y la adecuación del tratamiento para los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias en la Argentina, y en la población general adulta de áreas urbanas del país, con la misma metodología que la aplicada por la Iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental en otros países. Por lo tanto, esos datos se pueden comparar con los de otros lugares de América

Latina. Asimismo, este estudio ayuda a comprender la distribución de los trastornos mentales en el mundo, al llenar un vacío de información sobre la región.

Conclusiones y recomendaciones

La prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad fue de 37,1%.

Los trastornos con prevalencia de vida más elevada fueron el Trastorno depresivo mayor (8,7%), el Trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la Fobia específica (6,8%).

Los Trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los Trastornos del estado de ánimo (12,3%), los Trastornos por sustancias (10,4%), y los Trastornos del control de impulsos (2,5%).

Las mujeres tuvieron mayores probabilidades de padecer trastornos de ansiedad, mientras que los hombres de padecer trastornos por sustancias. La edad a la entrevista estuvo inversamente asociada con el riesgo de vida de cualquier trastorno.

Estas tasas de prevalencia de vida, junto con los efectos de cohorte que muestran una mayor prevalencia en las cohortes más jóvenes, y edades de inicio tempranas en las primeras tres décadas de la vida, tienen importantes implicancias en las políticas de salud pública. Prácticamente uno de cada siete adultos argentinos, residentes en áreas urbanas, ha sufrido un trastorno mental durante el año previo a esta encuesta. En efecto, la prevalencia en los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental fue del 14,8%, un cuarto de esos trastornos fueron clasificados como severos. Los participantes más jóvenes y aquellos con bajo nivel de educación tuvieron mayores probabilidades de padecer cualquier trastorno y la mayoría de los tipos de trastornos.

El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y sólo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo. Las personas con trastornos moderados y severos fueron más propensas a recibir tratamiento que las personas con trastornos leves. Un pequeño grupo (8,7%) de personas que no reunían ningún criterio para ningún trastorno también recibió tratamiento.

Las mujeres y las personas que nunca contrajeron matrimonio o vivieron en uniones estables fueron más propensas a recibir o buscar tratamiento, mientras que las personas con un nivel de educación bajo y medio-bajo fueron menos propensas.

La mayoría de las personas con algún trastorno mental en el último año no ha recibido tratamiento: el 11,57% de la población total y el 27,61% de aquellos que padecen algún trastorno recibieron algún tratamiento en los últimos 12 meses. De ellos, el 78,36% recibió un tratamiento mínimamente adecuado, utilizando una amplia definición, y sólo el 43,68% si se aplica una definición más rigurosa.

Las personas con algún trastorno recibieron más servicios de los profesionales en salud mental (17,78%) que de profesionales de medicina general (11,49%) o de otros sectores diferentes al sector de la salud (2,58%).

Las personas más jóvenes, con bajo nivel de educación y bajo nivel de ingresos fueron menos propensas a recibir tratamiento, mientras que las personas que nunca contrajeron matrimonio o vivieron en uniones estables y aquellas con algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo fueron más propensas. Con respecto a las personas que estaban en tratamiento, éste fue menos adecuado para los más jóvenes y para aquellos con bajo nivel de educación y de ingresos.

La mayoría de los individuos en la Argentina, con Trastornos del estado de ánimo (100%) o con Trastornos de ansiedad (72,5%), con el tiempo acceden al tratamiento, mientras que aquellos que padecen algún Trastorno por abuso de sustancias no lo hacen (41,6%). Es muy poco frecuente el tratamiento temprano (2,6% para Trastorno por abuso de sustancias, 14,6% para Trastornos de ansiedad y 31,3% para Trastornos del estado de ánimo), lo que significa una demora de entre 8 años, para el caso de Trastornos del estado de ánimo y 21 años para el caso de Trastornos de ansiedad. Las cohortes más jóvenes fueron más propensas a acceder al tratamiento que aquellos de mayor edad, mientras que aquellos en los que el trastorno se inició tempranamente fueron menos propensos a acceder al tratamiento.

Los resultados obtenidos sugieren un tratamiento insuficiente generalizado de los Trastornos psiquiátricos y particularmente de los Trastornos por abuso de sustancias, con una pronunciada necesidad no atendida de individuos jóvenes, sin educación y de bajos recursos. Asimismo, demostramos que de un cuarto a más de la mitad de las personas (según se utilice una definición más amplia o estricta de "adecuación del tratamiento") recibe tratamiento que probablemente no sea efectivo. La mayoría de los servicios son suministrados por especialistas en salud mental, y muy escasamente por profesionales en medicina general y servicios de salud mental en entornos de atención primaria.

El presente estudio muestra la necesidad de:

- 1) Desarrollar más y mejores políticas de salud para aumentar el acceso a los servicios de tratamiento adecuado de los trastornos mentales en Argentina, especialmente para los sectores socioeconómicos más desfavorecidos de la población, con especial focalización en los niños, adolescentes y ancianos.
- 2) Capacitar a los profesionales en medicina general y de asistencia primaria en la detección temprana y el

tratamiento de los trastornos mentales.

- 3) Informar y educar a la comunidad sobre las pautas de una adecuada salud mental a fin de propender a la detección temprana y a un tratamiento oportuno de los trastornos mentales.
- 4) Implementar estrategias particulares para que las personas que sufren de algún tipo de trastorno por uso de sustancias inicien un tratamiento.
- 5) Reducir la demora en el inicio del tratamiento en todos los casos de trastornos mentales; y, particularmente, enfocar los recursos y esfuerzos en la detección y el tratamiento tempranos en niños y adolescentes.
- 6) Desarrollar campañas anti-estigma sobre las enfermedades mentales dirigidas a la población general.
- 7) Desarrollar políticas sanitarias destinadas a disminuir el abuso de alcohol en la sociedad y proveer servicios especializados en el tratamiento del alcoholismo.
- 8) Realizar más investigaciones para aportar datos para la planificación del tipo de Servicios a brindar e instalar según áreas geográficas y permitir una distribución regional racional de recursos humanos para incrementar la eficacia de los efectores de salud, tomando en cuenta las dificultades para el acceso a servicios por parte de la población rural y la de conglomerados urbanos pequeños y medianos.
- 9) Obtener datos útiles para orientar la formación de recursos humanos en las carreras de Ciencias de la Salud de nuestro país, en los niveles de grado y postgrado, acorde con las necesidades de la población a la cual van a asistir sus egresados.
- 10) Ofrecer una orientación sobre las prioridades de la formación continua de recursos humanos en Salud Mental.
- 11) Implementar planes de investigación de los siguientes ítems sanitarios y educacionales: a) Encuestas epidemiológicas regulares para mantener actualizado el conocimiento del estado de la Salud Mental en la población general; describir la percepción que tienen los pacientes y sus familias acerca de la idoneidad de los tratamientos que se brindan; identificar las principales dificultades que se presentan en el proceso de búsqueda de un tratamiento; diseñar programas específicos de prevención, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades detectadas en cada región; proveer regularmente información que sirva de base para la toma de decisiones, el diseño de políticas públicas y los programas de atención de situaciones particulares. ■

Referencias bibliográficas

- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alegria M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, DeWitt DJ, Kolody B, Ustun TB, Vega WA, y Wittchen H-U (2000). The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Psychiatrie* 1, 15-20.
- Kessler RC, Üstün TB. The WHO world mental health surveys. New York:Cambridge University Press, 2008.
- Viana MC, Andrade L. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34(3):249-260.
- Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña, CG, Gómez LC. Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33(3):241-62.
- Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund PA. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry.* 2007; 190:521-528.
- Fiestas F y Piazza MF (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú Urbano: Resultados del Estudio Mundial de Salud Mental, 2005. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* 31, 39-47.
- United National Development Programme (UNDP). Human Development Report 2013: The rise of the South: Human progress in a diverse world; 2013 [accessed March 2017]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/ARG.pdf>
- World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 [Matinal Census of population, homes and households 2010]*. [accessed March 10 2016]. Disponible en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, Severity, and Unmet Needs for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. *JAMA.*2004;291(21):2581-2590.
- Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoSOne.* 2012;7(2):e31879.
- Posada-Villa J, Rodriguez M, Duque P, et al. Mental disorders in Colombia: Results from the World Mental Health Survey. In Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008:131-143.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, et al. Prevalence, service use, and Demographic Correlates of 12-month DSM-IV Psychiatric Disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 2005; 35(12):1773-1784.
- Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2014; 31(1):30-8.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic conditions and injuries for 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* 2015; 386(9995): 743-800.
- Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry.* 2011(16):1234-1246.
- Schofield D, Shrestha RN, Percival R, et al. The personal and national costs of mental health conditions: impacts on income, taxes, government support payments. *BMC Psychiatry.* 2011; 11:72.
- GBD 2013 DALYS and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYS) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet.* 2015; 386 (10009): 2145-2191.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* 2015; 385:117-171.
- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *The Lancet.* 2007; 370(9590):841-850.
- Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, et al. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(8):1371-8.
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of First Treatment of Mental and Substance Use Disorders in Mexico. *Am J Public Health.*2007; 97(9): 1638-1643. doi: 10.2105/AJPH.2006.0909852007
- Wang PS, Angermeyer M, Borges F, Bruffaerts R et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007; 6:177-185.
- Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Beekman A. Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services.* 2013; 64:981-989.
- Chapman C, Slade T, Hunt C, Teesson M. Delay to first treatment contact for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2015; 147:116-21.
- Kvitland LR, Ringen PA, Aminoff SR, Demmo C, Hellvin T, Lagerberg TV, Andreassen OA, Melle I. Duration of untreated illness in first-treatment bipolar I disorder in relation to clinical outcome and cannabis use. *Pschiatry Res.* 2016; 30:246:762-768.
- Goi PR, Vianna-Sulzbah M, Silveira L, Grande I, Chendo I, Sodrè LA et al. Treatment delay is associated with more episodes and more severe illness staging progression in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2015; 227(2-3):372-3.
- Post RM, Weiss SR. Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety and obsessive-compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biol Psychiatry.* 1998; 44(3):193-206.

29. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME, Horigian VE, Salloum IM, Villalobos-Gallegos L, Fernández-Mondragón J. Co-occurring disorders: A challenge for Mexican community-based residential care facilities for substance use. *Journal of Dual Diagnosis*. 2016; 12: 261-270.
30. Borrueal MA, Mas IP, Borrueal GD. *Estudio de carga de enfermedad: Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.
31. Serfaty E. Dual Pathology. The comorbidity of psychiatric disorder and psychoactive drug abuse. *Psicofarmacología*. 2001; 71:17-24.
32. Kendler KS, Ohlsson H, Karriker J, Affe KJ, Sundquist J, Sundquist K. Social and economic consequences of alcohol use disorder: a longitudinal cohort and co-relative analysis. *Psychol Med*. 2016; 5:1-11.
33. Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GC, Copeland WE, Whitefor HA, Scott JG. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(10):841-50.
34. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: educational attainment. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1026-32.
35. Boulos D, Zamorski MA. Do shorter delays to care and mental health system renewal translate into better occupational outcome after mental disorder diagnosis in a cohort of Canadian Military personnel who returned from an Afganistan deployment? *BMJ Open*. 2015; 5(12):e008591.
36. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry*. 1998;155(8):1092-6.
37. Cameron CM, Purdie DM, Kliewer EV, McClure RJ. Mental health: A cause or consequence of injury? A population-based matched cohort study. *BMC Public Health*. 2006; 6:114.
38. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS et al. Concordance of the composite international diagnostic interview version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2006; 15:167-180.
39. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
40. Heeringa SG, Wells, JE, Hubbard F, Mneimneh ZN, Chiu WT, Sampson NA, Berglund PA. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008:14-32.
41. Wolter KM. *Introduction to Variance Estimation*. New York, NY: Springer-Verlag; 1985.
42. SUDAAN: Professional Software for Survey Data Analysis [computer program]. Version 8.0.1. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 2002.
43. SAS Institute. *SAS/STAT Software: changes and enhancements, Release 8.2*. Cary, NC: SAS Institute Inc; 2001.
44. Efron B. Logistic regression, survival analysis, and the Kaplan-Meier curve. *J Am Stat Assoc*. 1988; 83:414-425.
45. Kish L, Frankel MR. Inferences from complex samples. *J Royal Stat Soc* 1974; 36:1-37.
46. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996; 11(S3):89-95.
47. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, de Graff R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6:168-176.
48. Mojtabai R, Stuart EA, Hwang I, Eaton WW, Sampson N, Kessler RC. Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50(10):1577-91.
49. Mojtabai R, Stuart EA, Hwang I, Susukida R, Eaton WW, Sampson N, Kessler RC. Long-term effects of mental disorders on employment in the National Comorbidity Survey ten-year follow up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50 (11):1657-68.
50. Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, et al. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 124(6):474-86.
51. Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida J, et al. Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: World Mental Health Surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(2):150-8.
52. World Health Organization. *Atlas: Child and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future*. Geneva: World Health Organization; 2005.
53. Seedat S, Scott K, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha RS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(7):785-795.
54. Bonnin JE. Treating without diagnosis: psychoanalysis in medical settings in Argentina. *Commun Med*. 2014; 11(1):15-26.
55. World Health Organization. *The world mental health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.
56. Lee S, Tsang A, Breslau J, et al. Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *Br J Psychiatry*. 2009; 194(5):411-417.
57. Borges G, Medina-Mora ME, Benjet C, et al. Influence of mental disorders on school dropout in Mexico. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(5):477-83.
58. Boyd A, van de Velde S, Vilagut G, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. 2015; 173:245-54.
59. Harris MG, Baxter AJ, Reavley N, et al. Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance use disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016; 25(6):548-561.
60. Kovess-Masfety V, Boyd A, van de Velde S, et al. Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU. World Mental Health survey. *J Epidemiol Community Health*. 2014; 68(7):649-56.
61. Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, et al. Comprehensive determinants of health service utilisation for mental health reasons in a Canadian catchment area. *Int J Equity Health*. 2012; 11:20.
62. Forrest CB. Primary care in the United States: Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ*. 2003; 326(7391):692-695.

63. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014; 44(6):1303-17.
64. Blanco C, Iza M, Schwartz RP, Rafful C, Wang S, Olfson M. Probability and predictors of treatment-seeking for prescription opioid use disorders: a national study. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 131(1-2):143-8.
65. Haughwout SP, Harford TC, Castle IJ, Grant BF. Treatment utilization among adolescent substance users: Findings from the 2002 to 2013 National Survey on Drug Use and Health. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016; 40(8):1717-27.
66. Suka M, Yamauchi T, Sugimori H. Help-seeking intentions for early signs of mental illness and their associated factors: comparison across four kinds of health problems. *BMC Public Health.* 2016; 16:301.
67. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farrelly S, Bonnington O et al. Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Res.* 2015; 228(3):612-9.