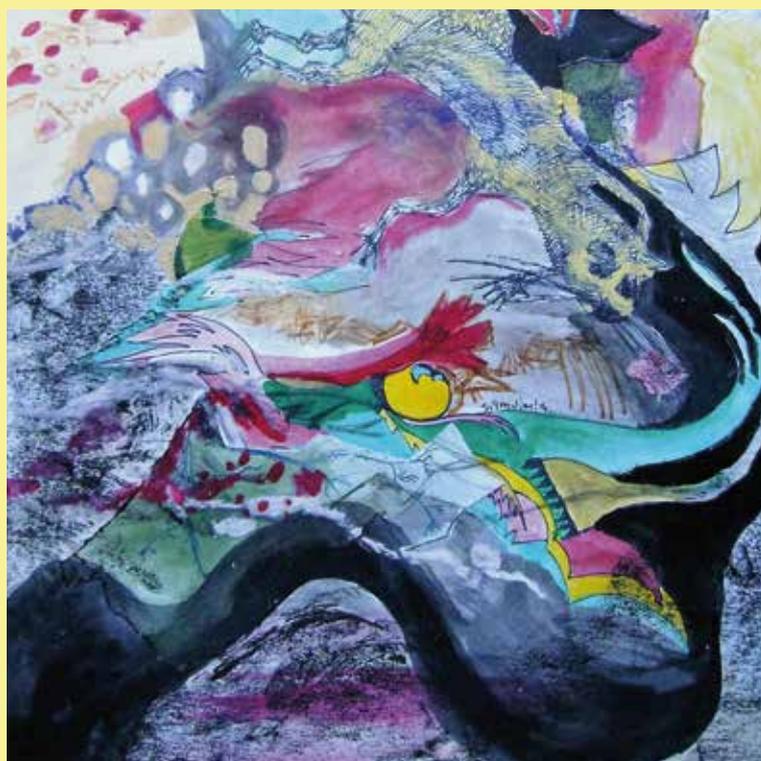


VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA
142



EPIDEMIOLOGÍA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

*Aguilar-Gaxiola / Benjet / Cía / Jones / Kessler / Kestel / Krausz / Leiderman /
Maidana / Medina Mora / Nemirovsky / Serfaty / Stagnaro / Sustas /
Thornicroft / Vázquez / Vigo / Vommaro / Votruba*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXIX – Nº 142 Noviembre – Diciembre 2018 – ISSN 0327-6139 – Buenos Aires



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

142

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria; P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C. T. García); N. Conti (Hosp. J. T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:
Natalia Fuertes

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Impreso en:
Gráfica Aler SRL
Calle 77 N° 856, San Martín,
Buenos Aires, Argentina

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIX Nro. 142 NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2018

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina
de Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana
en Ciencias de la
Salud" (LILACS)*
y *MEDLINE*.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa:
Silvia Müller
Técnica: Collage sobre papel
Sin Título
24 x 34 cm
2014

silmuller@hotmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Celos y violencia en parejas de estudiantes universitarios**
Gustavo Delucchi, Elizabeth León Mayer, Jorge Folino pág. 245
- **Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina**
Alberto Velzi Diaz, Ana Tosi, Paola Benitez, Gisela Santanocito, Esmeralda Garcete, Yasmin Amado, Gianina Antezza, Natalia Cantero, Gabriela Córdoba pág. 255
- **A propósito de un caso de disforia de género**
Paula Tagliotti pág. 263
- **Aportes críticos sobre algunos elementos conceptuales de la Ley Nacional de Salud Mental a partir de la experiencia clínica en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina**
Juan José Costa pág. 267

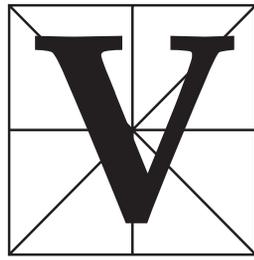
DOSSIER

- **EPIDEMIOLOGÍA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL** pág. 272
- **Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina**
Juan Carlos Stagnaro, Alfredo Cía, Néstor Vázquez, Horacio Vommaro, Martín Nemirovsky, Edith Serfaty, Sebastián E. Sustas, M. Elena Medina Mora, Corina Benjet, Sergio Aguilar-Gaxiola, Ronald Kessler pág. 275
- **Objetivos de Desarrollo Sostenible y Salud Mental**
Graham Thornicroft, Nicole Votruba pág. 300

- **Carga de los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio y prioridades de salud mental en Argentina**
Daniel Vigo, Laura Jones, Daniel E. Maidana, Michael Krausz, Devora Kestel pág. 304
- **Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. Comparación 2005-2017**
Eduardo A. Leiderman pág. 313

LECTURAS Y SEÑALES

- **El eco de mi madre**
Daniel Matusevich pág. 319



EDITORIAL



El mayor problema que afecta a la mejora de la calidad asistencial en salud mental a nivel global es la asignación de recursos. Las sutilezas de los diferentes enfoques para la evaluación de la calidad en los países con mayores ingresos resultan irrisorias cuando se consideran las consecuencias apremiantes de esta carencia presupuestaria en los países de medianos y bajos ingresos. A nivel mundial, la mayoría de las personas con problemas psiquiátricos graves están internadas en instituciones de larga estadía, a menudo en condiciones inaceptables. La adopción de un porcentaje mínimo de inversión nacional en la atención psiquiátrica debería ser el primer paso crucial en cualquier iniciativa de mejora de la calidad global, afirma en el primer número de este año de la revista World Psychiatry, Helen Killaspy, reconocida especialista en rehabilitación psiquiátrica del University College of London. La afirmación es conocida de larga data: la Cienicienta de la Salud Pública, como se ha calificado a la Salud Mental, siempre está esperando a su Príncipe azul que la rescate de la miseria.

La Argentina no escapa, como es de público conocimiento, a esta penuria presupuestaria, en particular la fijada por el gobierno actual. Pero, a diferencia de otros lugares, en nuestro país se justifica menos porque los recursos podrían estar disponibles si los responsables políticos se sensibilizaran más y tomaran en cuenta la importancia que tienen para el bienestar popular y la Salud Pública las cifras que se desprenden del Primer Estudio Epidemiológico en población general que publicamos en este número de Vertex. Los trastornos psiquiátricos y los debidos a uso de sustancias que no se tratan conllevan una mortalidad prematura, sufrimiento personal y familiar, pérdida de la productividad, tasas elevadas de discapacidad, un aumento en el riesgo de sufrir enfermedades crónicas y la consecuente disminución de la expectativa de vida. Por consiguiente, garantizar el acceso equitativo dentro de un modelo basado en valores es necesario no solo para cerrar las brechas de tratamiento existentes sino también para mejorar los resultados para el paciente.

Ya hace una década Wang, Aguilar Gaxiola y Alonso documentaron en un estudio que abarcaba 17 países con ingresos, bajos, medianos y altos, una escasa utilización de los tratamientos psiquiátricos pese a la gran necesidad que se registraba en ellos: por lo menos dos tercios de los individuos con trastornos mentales comunes no se trataban. Las tasas de utilización de los servicios en 12 meses también tendían a ser más bajas en países menos desarrollados y a alinearse con el porcentaje del producto interno bruto invertido en la atención a la salud, según hallaron, pocos años después Kakuma y colaboradores. Por otra parte, es ampliamente conocido que los miembros de grupos socialmente desfavorecidos como minorías étnicas y pacientes con bajos ingresos tienen una menor utilización de servicios de psiquiatría en comparación con miembros de grupos favorecidos.

Para documentar adecuadamente las desigualdades en el tratamiento psiquiátrico, deben implementarse de manera constante y a nivel global, la medición sistemática de resultados y los procedimientos para evaluar el acceso en los sistemas de atención psiquiátrica. Pero no se puede evaluar lo que no se ha medido, y la necesidad insatisfecha no suele estar presente en los datos administrativos o de servicios habituales. Esto en nuestro país es una deficiencia crónica: una falta de política estadística y de control de resultados no es una carencia de política en el tema, es una política específica que permite ocultar la falta de respuesta del Estado a una necesidad y un derecho inalienables, como es el de acceso a la salud integral. En suma, inversión en el campo de la Salud Mental y evaluación de resultados; sin ambas cosas lo demás es pura ficción. ■

Juan Carlos Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2018

Vertex 137 / Enero - Febrero
RECURSOS DIGITALES
EN SALUD MENTAL

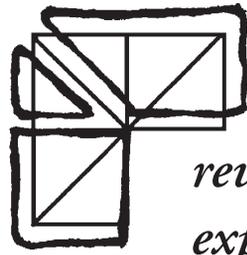
Vertex 138 / Marzo - Abril
PSIQUIATRÍA Y OBESIDAD

Vertex 139 / Mayo-Junio
PSICOGÉNESIS

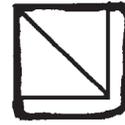
Vertex 140 / Julio-Agosto
EPIDEMIOLOGÍA EN PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL

Vertex 141 / Septiembre-Octubre
FILOSOFÍA Y PSIQUIATRÍA

Vertex 142 / Noviembre-Diciembre
EPIDEMIOLOGÍA EN PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Celos y violencia en parejas de estudiantes universitarios

Gustavo Delucchi

*Médico Psiquiatra, Profesor Adjunto de Psiquiatría, Cátedra de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata
E-mail: elpsi@me.com*

Elizabeth León Mayer

*Dra. en Ciencias de la Salud, Docente de la Cátedra de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional*

Jorge Folino

*Dr. en Medicina, Profesor Titular, Cátedra de Psiquiatría,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional*

Resumen

El efecto deletéreo que tiene la violencia de pareja motiva la exploración empírica de los factores influyentes que puedan ser blancos de prevención. Los objetivos del estudio fueron indagar sobre la violencia en las parejas de estudiantes universitarios y explorar su relación con los celos y otros correlatos. *Método:* con un diseño de corte transversal, encuestamos a 84 estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Los instrumentos utilizados fueron la Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory, la Multidimensional Jealousy Scale y el DSM 5 Cross-cutting level 2: Substance use e items ad hoc. *Resultados:* Los puntajes de violencia fueron en general bajos, con predominio de los indicadores de violencia verbal emocional y con patrón similar en ambos sexos. Los puntajes totales de celos tuvieron una distribución normal y se relacionaron significativamente con la violencia de pareja. Las manifestaciones de celos con mayor prevalencia fueron las emocionales, especialmente en las mujeres. La valoración de propia y ajena fidelidad y el consumo de marihuana fueron correlatos significativos.

Palabras clave: Violencia de pareja - Celos - Estudiante universitario - encuesta - Fidelidad.

JEALOUSY AND VIOLENCE ON UNIVERSITY STUDENT INTIMATE PARTNERS

Abstract

The deleterious effect of dating violence motivates the empirical exploration of the influential factors that may be targets of prevention. The aims of this study are to investigate violence in couples of university students and explore their relationship with jealousy and other correlates. *Method:* with a cross-sectional design, we surveyed 84 medical students from the National University of La Plata, Argentina. The instruments used were the Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory, the Multidimensional Jealousy Scale and the DSM 5 Cross-cutting level 2: Substance use and ad hoc items. *Results:* The scores of violence were generally low, with predominance of emotional verbal violence indicators and a similar pattern in both sexes. The total jealous scores had a normal distribution and were significantly related to intimate partner violence. The manifestations of jealousy with greater prevalence were emotional, especially in women. The valuation of own and foreign fidelity and the consumption of marijuana were significant correlates.

Keywords: Intimate partner violence - Jealousy - Fidelity - University student.

Introducción

La violencia en la pareja ocurre en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción (1) y la prevalencia de su padecimiento en la vida es muy alta, con estimaciones del 24.3% para las mujeres y del 13.8% para los varones (2). Los grupos etarios con mayor riesgo son los de la adolescencia tardía o la adultez temprana (3).

Smith y col informan que la experiencia violenta, ya sea como víctima o perpetrador la tiene el 80% de los individuos (4). Por su parte, Malik y col encontraron que frecuentemente ser víctima de violencia co-ocurre con ser perpetrador (5). El fenómeno también está descrito en parejas muy jóvenes; por ejemplo, en una encuesta nacional en los EE. UU., entre el 14% y el 50% de los adolescentes reportaron un acto de agresión física ocurrido durante un período de seis meses de relación (6).

La violencia en la pareja se manifiesta de variadas maneras. Burk y Seiffge-Krenke agrupan las manifestaciones violentas en dos tipos: la agresión física y la agresión relacional (7). La primera consiste en el uso intencional de la fuerza que puede herir a la pareja y que incluye conductas agresivas leves como por ejemplo empujones o rasguños, así como conductas violentas severas como asfixias, sacudidas, bofetadas, o ataques con armas. La segunda involucra insultos, ataques verbales, chismes difamatorios, exclusión, coqueteo sutil con otra persona con la intención de producir celos y amenazas de terminar la relación. Esta forma de agresión relacional se asocia con mala adaptación psicológica, depresión y una baja calidad de relación (8) e impacta aumentando las discusiones (9).

En lo concerniente a las causas de la violencia en las parejas de jóvenes hay aún vacíos de conocimientos. Se postula que la inmadurez y la falta de experiencia junto al esfuerzo "simil adulto" de controlar a la pareja contribuyen a las conductas abusivas. También que la exposición a la violencia y abuso familiar, el status socioeconómico y el estrés de aculturación se relacionan con la violencia en la pareja de jóvenes (10). Sobre la relación entre celos y violencia, específicamente, se sostiene que los celos son mediadores de la relación entre la sensibilidad al rechazo y la agresión (11).

Considerando la relevancia social implícita en tan alta prevalencia de la violencia de pareja y en la afectación de los jóvenes, en esta investigación nos propusimos indagar sobre la violencia en las parejas de estudiantes universitarios y explorar su relación con los celos y otros correlatos.

Material y métodos*Diseño y muestra*

Con un diseño de corte transversal, encuestamos a estudiantes que cursaban la asignatura Psiquiatría de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata durante los meses de abril a junio de 2017. La muestra estuvo constituida por 84 estudiantes con una distribución por sexo de 73% femenino y 26% masculino y 1% desconocido sin consignar. El promedio de edad de la muestra fue 24,5 años (DE 2,66; Mín 21 y Máx 35 años).

El proyecto fue acreditado por la Universidad Nacional de La Plata en el marco del Programa de Incentivos de la Secretaría de Ciencia y Técnica del Ministerio de Educación de la Argentina. La investigación aún está en desarrollo y en este artículo se informan resultados de la primera etapa.

Definiciones operativas

La delimitación del contexto relacional elegido no es sencilla. La pareja del estudiante universitario suele tener duración diversa y puede incluir o no la convivencia; el involucramiento afectivo puede variar ampliamente y no excluye la fugaz relación por simple atracción física. Por otra parte, uno de los intereses de nuestra investigación era explorar la relación entre celos y violencia en la pareja por lo que necesitábamos que esa pareja hubiera tenido la potencialidad de desencadenar celos, además de ser un ámbito de eventual expresión de violencia. Teniendo en cuenta esos presupuestos y nuestros intereses, tomamos la decisión de focalizar en aquellas relaciones que los participantes consideran que fueron intensas, es decir que movilizaron sus afectos, el romanticismo o el amor según sus

propias interpretaciones de lo que ello implica. Esa fue la manera en que delimitamos el contexto relacional para investigar la "violencia en la pareja de estudiante universitario" -VPEU-.

El constructo de los celos también presenta dificultades para la definición. Suele ser aludido en la comunicación coloquial utilizando el plural como, por ejemplo, cuando alguien dice tener celos o que los celos le están perjudicando. El uso del plural resulta no sólo naturalmente aplicable a las referencias de celos, sino, también, hace justicia a las complejidades que tienen tanto el sustantivo celo como el verbo celar. Se trata de un fenómeno con componentes biológicos, psicológicos y sociales con múltiples facetas -temor a privación; desconfianza de terceros; inseguridad de sí mismo; significación de la posesión, etc.-, de variada graduación -manejeable, tolerable, extremo, delirante, etc.- y que es experimentado de manera polimorfa -una o muchas veces; para con una pareja romántica o para con una hermana; con dolor o con ira; etc.-. Nuestro interés se centra en el sentimiento y comportamiento que surge específicamente en las relaciones románticas y que concuerda con la séptima acepción del sustantivo masculino singular "celo" de la Real Academia Española: "Sospecha, inquietud y recelo de que la persona amada haya mudado o mude su cariño, poniéndolo en otra", y con la cuarta acepción del verbo "celar": "Atender con esmero al cuidado y observación de la persona amada, por tener celos" (12). Por lo tanto, de aquí en más y salvo expresa aclaración, adoptaremos operativamente esas definiciones del constructo y utilizaremos el plural.

Procedimiento

Elaboramos una encuesta anónima que incluía los instrumentos que se describen más abajo y variables diseñadas *ad hoc* destinadas a obtener información respecto a fidelidad, estrés, consumo de sustancias y datos demográficos.

La información solicitada a los participantes estuvo contextualizada a una relación de pareja romántica intensa actual o pasada, que denominamos "pareja índex", independiente del género de ambos miembros.

A los estudiantes les explicamos los objetivos de la investigación y que la decisión de participar o no, de ninguna manera tendría impacto en la valoración de su desempeño estudiantil. Asimismo, los docentes se pusieron a disposición de quienes quisieran recibir algún asesoramiento respecto a la temática o información sobre las conclusiones del estudio. Se ofreció, también, la posibilidad de que quien quisiera ser contactado para futuras entrevistas agregara sus datos, y se destacó que los mismos se mantendrían confidenciales.

Se excluyó un caso por no haber tenido pareja y otro por no haber completado la encuesta. En cuanto al sexo se solicitó a los encuestados que consignaran el sexo biológico.

Instrumentos

Como medida de la agresión utilizamos la escala Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory (CADRI) (13). Utilizamos la versión española traducida de la original por Fernández Fuertes (14) y la adaptamos a la terminología local. La CADRI ofrece una medida de cómo los miembros de la pareja resuelven los conflictos constructivamente -a través de la negociación y compromiso-, o no constructivamente -con coerción, agresión física y/o psicológica. Está formada por 35 pares de ítems, que evalúan la presencia de conflicto y/o violencia en la pareja. Los ítems son enunciados de manera objetiva y comportamental (por ejemplo, "Le hablo de una forma hostil") y son contextualizados al momento de conflicto o pelea con la pareja. Los ítems se agrupan de a pares porque se pregunta por la conducta de quien responde y la de su pareja. Veinticinco de los ítems son considerados para el cálculo del total y de las subescalas. La puntuación de cada ítem va desde 0 a 3 según un ordenamiento de frecuencias -0 corresponde a "nunca", 1 a "raramente o una o dos veces", 2 corresponde a "a veces o de 3 a 5 veces" y 3 a "a menudo o 6 o más veces". Los 10 pares de ítems restantes están relacionados con tácticas de resolución positiva de conflictos y cumplen rol de distractores y no forman parte de las mensuras. Los ítems de la CADRI se agrupan en cinco dominios de violencia de pareja: "Violencia sexual" -cuatro ítems-; "Violencia relacional" -tres ítems-; "Violencia verbal-emocional" -10 ítems-; "Amenazas" -cuatro ítems-; "Violencia física" -cuatro ítems-. Para cada subescala se calcula la media -rango 0 a 3-. Estas subescalas contribuyen a formar dos puntajes de segundo orden: el de violencia cometida y el de violencia sufrida que se obtienen sumando las medias de las subescalas. Los ítems de la Violencia Relacional hacen referencia a acciones tendientes a desacreditar a la pareja entre sus compañero/amigos, mientras que los del Abuso Emocional Verbal hacen referencia a diversos tipos de insultos, amenazas, reproches o actos hechos a la pareja tendientes a hacerla enojar o a darle celos.

Los autores informan los siguientes coeficientes alfa: subescala de violencia cometida, 0,83; violencia sexual, 0,51; violencia relacional, 0,52; violencia verbal-emocional, 0,82; amenazas, 0,66 y violencia física, 0,83. Asimismo, informan resultado de coeficiente de estabilidad para el puntaje total con re-test a las dos semanas de 0,68 (N= 70; $p < 0,001$) (13). Wolfe y col encontraron que las subescalas de abuso sexual y de agresión relacional variaban en su relación con el factor de segundo orden según edades y sexos, por lo que recomiendan utilizar como indicador de violencia sólo la suma de las restantes tres subescalas (13).

Para medir los celos utilizamos la Multidimensional Jealousy Scale (MJS) (15). Con expertos independientes hicimos el procedimiento de traducir la escala al español y retro-traducirla al inglés y adecuar la terminología al español coloquial local. Su denominación traducida es Escala Multidimensional de Celos. Este instrumento fue

desarrollado para evaluar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales de los celos románticos. Diversos estudios informan que la escala tiene estructura factorial estable y buenos índices de consistencia interna superiores a 0.80 (15 - 19). La escala está formada por 24 ítems que se distribuyen en tres factores: cognitivo, que es indicador de la frecuencia de los pensamientos relacionados con los celos; emocional que es indicador de la intensidad de la respuesta emocional o sentimiento; y conductual que es indicador de la frecuencia de las acciones relacionadas a los celos. Como ejemplos se transcriben los dos siguientes: "Sospecho que X está viendo secretamente a alguien del sexo opuesto"; "Reviso los cajones, cartera o bolsillos de X". Cada ítem tiene 7 opciones de respuesta de tipo Lickert y los valores de la subescala cognitiva deben ser revertidos antes de ser sumados. Las puntuaciones posibles en cada subescala tienen un rango de 8 a 56; el total tiene un rango de 24 a 168 y los valores más altos son indicativos de los mayores niveles de celos (15).

La valoración del encuestado sobre su propio patrón de fidelidad y sobre la fidelidad de previas parejas se midió con una escala cuyo rango va desde 0 (nada infiel) hasta 10 (completamente infiel). De la misma manera se midió la valoración del nivel de estrés del encuestado contextualizado en la época de la pareja sobre la que respondió la encuesta, independientemente si el estrés era producido por conflictos de pareja u otra causa externa.

El consumo de sustancias contextualizado a la época de la pareja se midió en base a una de las escalas de medidas emergentes del DSM5, Uso de Sustancias en Adultos (20). El consumo de alcohol no pudo ser medido pues por error de los impresos no se registró la información en esta primera muestra.

Análisis estadístico

Registramos los datos en planilla de Excel con medidas de seguridad y carga con doble control e hicimos el análisis estadístico con SPSS 20.1. No reemplazamos valores perdidos, por lo que los estadísticos no tienen un *n* uniforme. Hicimos análisis descriptivo de las variables según su nivel de medición y los totales de escalas y subescalas. Luego hicimos análisis bivariado con pruebas no paramétricas –prueba de Mann-Whitney y Rho de Spearman- y establecimos un nivel de confianza de $p < 0.05$. Finalmente formulamos un modelo de regresión logística con procedimiento de pasos hacia adelante según test de Wald, con criterio de ingreso $p < 0.05$ y de salida $p < 0.10$.

Resultados

Los encuestados informaron sobre relaciones de pareja que habían comenzado, en promedio, a los 20 años (DE 3,8 años) y que tuvieron una duración media de 41 meses (DE 31). El 52% aún continuaba con la relación al momento de la entrevista.

Los descriptivos de VPEU cometida y sufrida según CADRI los calculamos con la suma de las cinco subescalas y, contemplando los antecedentes bibliográficos (21), con la suma de tres de las subescalas (excluyendo la escala de violencia relacional y la de violencia sexual). Todas tuvieron distribución que difería significativamente de la normal. La distribución de los totales de violencia cometida se muestra en los gráficos 1 y 2 que tienen en su abscisa el rango posible de la puntuación. Se destaca la concentración de puntuaciones en los valores más bajos.

Gráfico 1. Distribución de valores de violencia cometida según total CADRI, cinco subescalas.

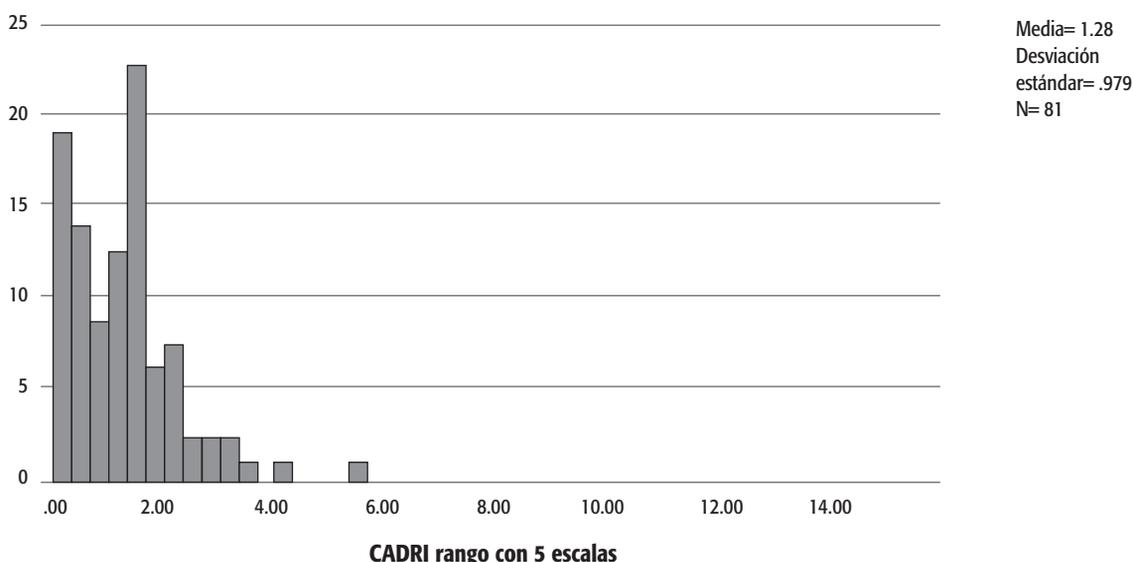
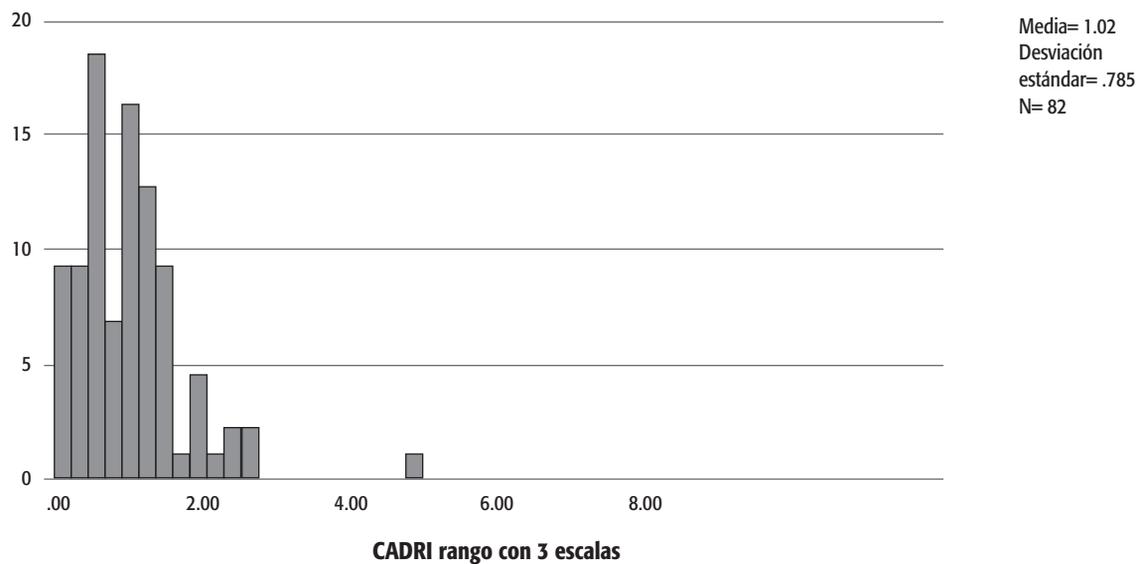


Gráfico 2. Distribución de valores de violencia cometida según total CADRI, tres subescalas.

En la Tabla 1 exponemos los estadísticos descriptivos para las subescalas y totales de la CADRI estratificados por género. En línea con lo expuesto en los gráficos 1 y 2, en la Tabla 1 se verifica que los valores medios para cada tipo de violencia son bajos en relación con el rango posible. El subtipo de violencia más cometido y sufrido

fue el verbal emocional. Al examinar los resultados comparativamente entre sexos, se destaca que sólo en amenazas cometidas se encontró diferencia significativa y que fueron las mujeres quienes informaron haberla cometido en mayor medida (Tabla 1).

Tabla 1. Violencia cometida y sufrida según subescalas y totales de CADRI.

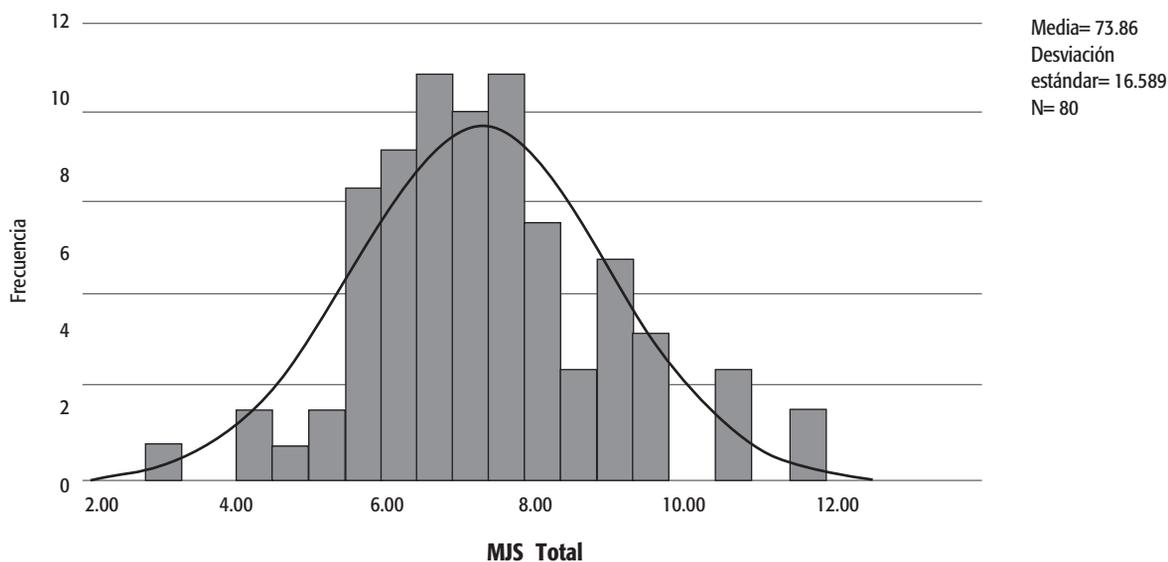
Escala	Total			Fem.			Masc.			p (*)
	N	Media	DE	N	Media	DE	N	Media	DE	
CADRI viol. sexual comet.	82	.22	.30	59	.19	.26	22	.33	.36	.07
CADRI viol. sexual sufr.	84	.24	.31	61	.23	.31	22	.28	.30	.36
CADRI viol. relacional comet.	83	.05	.14	60	.05	.15	22	.03	.1	.58
CADRI viol. relacional sufr.	84	.12	.25	61	.13	.27	22	.09	.18	.91
CADRI viol. verbal emocional comet.	82	.88	.53	60	.93	.53	21	.76	.52	.28
CADRI viol. verbal emocional sufr.	82	.88	.51	59	.89	.49	22	.88	.56	.77
CADRI amenazas comet.	83	.08	.17	60	.11	.19	22	.00	.00	.004
CADRI amenazas sufr.	83	.10	.21	60	.09	.19	22	.10	.26	.45
CADRI violencia física comet.	83	.06	.24	60	.08	.28	22	.01	.05	.15
CADRI violencia física sufr.	84	.10	.29	61	.07	.22	22	.17	.44	.84
CADRI total comet. 3 escalas	82	1.02	.78	60	1.12	.84	21	.77	.55	.10
CADRI total comet. 5 escalas	81	1.28	.98	59	1.36	1.05	21	1.11	.74	.54
CADRI total sufr. 3 escalas	81	1.07	.84	58	1.06	.71	22	1.15	1.12	.69
CADRI total sufr. 5 escalas	81	1.42	1.14	58	1.41	1.07	22	1.52	1.33	.91

Nota: CADRI: Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory. N variable según datos disponibles. Sufr.: sufrida. Comet.: cometida. DE: Desviación estándar. p (*): significación asintótica bilateral prueba de Mann Whitney. Fem.: Femenino. Masc.: Masculino.

En cuando a los celos, medidos con la MJS, hallamos que sólo los valores totales tuvieron una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov = 0.077; $p = 0.2$) (Gráfico 3). La subescala emocional mostró asimetría izquierda

($\bar{X} = 41.9$; DE 7.5; asimetría = -2; curtosis = 6.5) y la cognitiva y la conductual derecha ($\bar{X} = 16.5$; DE 6.7; asimetría = 1.27; curtosis = 2.1 y $\bar{X} = 15.5$; DE 7.8; asimetría = 2.5; curtosis = 9.1, respectivamente).

Gráfico 3. Distribución de valores totales obtenidos con MJS.



En ambos sexos, la media de valores más alta se obtuvo con la subescala emocional (Tabla 2). La estratificación por sexo puso de manifiesto que el valor para

cada tipo de celos fue mayor en las mujeres que en los varones, si bien la única diferencia estadísticamente significativa fue la de la escala emocional.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de valores MJS y comparación por sexo.

Escala (máximo posible)	Femenino			Masculino			p (*)
	N	Media	DE	N	Media	DE	
MJS cognitiva (56)	60	17.1	6.8	22	15.4	6	.38
MJS emocional (56)	59	42.9	7.1	21	39.5	8.4	.04
MJS conductual (56)	61	16.4	8.5	22	13.3	4	.21
MJS total (168)	58	76.5	16	21	67.9	15.6	.07

Nota: MJS: Multidimensional Jealousy Scale. N variable según datos disponibles. DE: Desviación estándar. p (*): significación asintótica bilateral prueba de Mann Whitney.

Respecto a las covariables, se obtuvo que las personas encuestadas informaron, en promedio, un estrés mediano (\bar{X} = 4.4; DE 2.7; mín. 0; máx. 10) y ser un poco más fieles que sus parejas previas (\bar{X} = 2.4; DE 2.7; mín. 0; máx. 10 vs. \bar{X} = 1.9; DE 3; mín. 0; máx. 10).

Al estratificar por sexo, encontramos que la apreciación de estrés para la época de la pareja índice fue levemente mayor para las mujeres, pero sin diferencias significativas con los varones (4.8 vs. 3.5). Las mujeres informaron en promedio ser menos infieles (1.8 vs. 2) y haber sufrido más infidelidad (2.7 vs. 1.7) aunque las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas.

Los participantes informaron que no consumían éxtasis, anfetaminas, cocaína, heroína, alucinógenos, inhalantes ni metanfetaminas. En cambio, el 10,7% informó haber consumido marihuana algunos días al mes y el 4,8% informó haberla consumido la mitad o más de los días del mes. Al dicotomizar la variable consumo de marihuana encontramos diferencias significativas en las medias de puntajes CADRI entre los grupos. Quienes habían consumido marihuana (15,5% por lo menos algunas veces al mes) tuvieron valores significativamente más altos que los que no habían consumido, en el subtipo "violencia verbal emocional" tanto cometida como sufrida (1.10 vs .84; p = .04; y 1.3 vs .8; p = .008, respectivamente) y en los totales con cinco escalas de violencia cometida y sufrida (1.5 vs. 1.2; p = .03; y 2.1 vs. 1.3; p = .009, respectivamente) y con el total 3 escalas de violencia sufrida (1.6 vs. 1; p = .01).

A continuación, exponemos los resultados de las correlaciones entre valores de CADRI para violencia cometida y MJS, la edad al comienzo de la relación, la duración de ésta y el estrés durante la misma (Tabla 3). Se destacan las correlaciones altas y significativas entre las mediciones de los celos con MJS y los totales de CADRI y la subescala CADRI violencia verbal y emocional.

Asimismo, exploramos si correlacionaban los celos con el propio estilo de fidelidad y la apreciación de la fidelidad de previas parejas. Encontramos que el total de MJS correlacionó .26 y .28 respectivamente; ambas correlaciones fueron significativas (p < .05). Al examinar las correlaciones encontramos que los totales de CADRI para violencia cometida correlacionaban fuertemente con los totales para violencia sufrida. Entre los totales de las cinco subescalas se verificó una correlación de .87 y entre los totales de tres subescalas, de .85, ambas altamente significativas (p < .01). Asimismo, el patrón de correlaciones entre valores de MJS y violencia sufrida fue similar al de las correlaciones con violencia cometida.

Finalmente, dicotomizamos el total de CADRI calculado con tres subescalas en base a la mediana que tuvo valor 1. De esa manera la población quedó distribuida en una mitad con valor menor que 1 (Grupo baja violencia) y otra mitad con valor de 1 o más (Grupo alta violencia). El Grupo alta violencia tuvo valores medios significativamente mayores que el Grupo baja violencia en cada una de las subescalas MJS y en el total (Tabla 4).

La variable dicotomizada la utilizamos como variable dependiente para formular modelo de regresión logística. Teniendo en consideración los resultados del análisis bivariado y la importancia que suele tener el sexo, introdujimos como variables independientes las tres subescalas y el total MJS, el consumo de marihuana y el sexo. El modelo quedó formado por el total MJS y el consumo de marihuana con OR de 1.11 (95% IC 1.1; 1.2) y 7,6 (95% IC 1.3; 43.3) respectivamente. El modelo clasificó correctamente al 77% de los casos y ajustó adecuadamente a los datos (Hosmer y Lemeshow = 4.05 (gl 7) p = .78).

Tabla 3. Correlaciones de CADRI totales y subescalas de violencia cometida con MJS, edad, duración de relación y estrés.

Covariable	CADRI Total 5	CADRI Total 3	CADRI Violencia	CADRI Violencia	CADRI Viol. verbal	CADRI	CADRI Viol.
	subescalas	subescalas	sexual	relacional	emocional	Amenazas	física
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
MJS, Cognitiva	.476**	.518**	.270*	.201	.513**	.304**	.306**
MJS, Emocional	.350**	.433**	.104	-.054	.450**	.178	.189
MJS, Conductual	.642**	.692**	.313**	.258*	.676**	.363**	.491**
MJS, Total	.566**	.627**	.271*	.146	.626**	.361**	.360**
Edad/comienzo de relación	-.209	-.209	-.024	-.165	-.201	-.122	.043
Duración/relación (meses)	.312**	.262*	.138	.029	.248*	.216	.061
Estrés durante relación	.180	.208	-.037	-.077	.200	.056	.175

Nota: CADRI: Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory. MJS: Multidimensional Jealousy Scale. Viol.: Violencia. *r*: Rho de Spearman. **: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *: La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 4. Total y subescalas MJS en grupos alta y baja violencia.

Escala	Grupo	Media	p (1)
MJS, Cognitiva	Baja violencia	13.56	(**)
	Alta violencia	18.93	
MJS, Emocional	Baja violencia	39.32	(**)
	Alta violencia	44.24	
MJS Conductual	Baja violencia	11.67	(**)
	Alta violencia	18.88	
MJS, Total	Baja violencia	64.76	(**)
	Alta violencia	82.29	

Nota: MJS: Multidimensional Jealousy Scale. (1): U de Mann-Whitney. (**): $p < 0.001$.

Discusión

En este estudio nos formulamos los objetivos de describir la violencia de pareja y los celos y de examinar sus correlatos en una muestra de estudiantes universitarios. La muestra fue obtenida durante el desarrollo de la primera etapa -2017- de un proyecto que aún no está terminado. Obtuvimos los datos con una encuesta que requería a los encuestados informar sobre las variables en el contexto de una relación de pareja intensa. Los encuestados respondieron sobre parejas con considerable duración que, en más de la mitad de los casos, aún continuaban unidas. En términos generales, focalizaron en parejas alejadas de la época en la que suelen darse los primeros contactos adolescentes. Todo ello tiende a aportar confiabilidad a las referencias pues se trata de memorias con menos afectación del transcurso del tiempo y, coincidentemente con lo que se pretendió con la consigna, de experiencias significativas. Por lo tanto, en primer lugar podemos sostener que el diseño funcionó adecuadamente como para obtener la información buscada.

El perfil obtenido con los puntajes de la CADRI se caracteriza por un predominio general de puntajes bajos y con predominio de los correspondientes a la violencia verbal emocional. Si bien el resumen cuantitativo podría considerarse no alarmante, desde el punto de vista valorativo los hallazgos son preocupantes. La preocupación no surge sólo de que cualquier grado de VPEU es indeseable, sino de la comparación con otras muestras. Tanto ese tipo de violencia como la violencia sexual tuvieron medias mayores que la muestra española del estudio de Fernández-Fuertes (14). Estos autores encuestaron a estudiantes entre 15 y 19 años y nosotros hicimos la comparación con los de 19 años por mayor cercanía en edad a la muestra. Los hallazgos dejan planteados aspectos de los estudiantes locales pueden merecer especial atención preventiva, pero será razonable esperar los futuros resultados con muestra mayor.

Un hallazgo llamativo es la similitud entre los puntajes de violencia cometida y violencia sufrida, verificable tanto en varones como en mujeres. Ambos tipos de mediciones expusieron medias similares y correlaciones altas (.87 para cinco escalas y .85 para tres escalas). Una primera interpretación del hallazgo orienta a considerar que las respuestas estuvieron plenas de honestidad, pues ofrecen una imagen alejada de lo que podría obtenerse por interferencia de sesgos de deseabilidad social, es decir, que los encuestados sobreestimarán la propia victimización a expensas de la propia perpetración de violencia. Por otra parte, el hallazgo orienta a sostener un aspecto empírico muy relevante: las interacciones a las que aluden los encuestados se caracterizan por la bilateralidad de las manifestaciones violentas. Interesantemente, Fernández-Fuertes, Fuertes y Pulido, quienes también obtuvieron altas correlaciones entre violencia cometida y sufrida, hacen una interpretación equivalente, señalando la posible existencia de patrones de violencia mutua (22). Este aspecto de la VPEU podría estar relacionado con los hábitos de conducta y expresividad compartidos y, también, a la amplia predisposición a la acción, ya sea defensiva u ofensiva, típicamente juvenil. De cualquier manera, el hallazgo emerge como tema para mayor profundización en otros estudios.

En cuanto a los celos, los puntajes del total del instrumento mostraron una distribución normal, pero los de las subescalas no. De manera contrastante, la muestra concentró las respuestas relacionadas con los factores cognitivo y conductual en los puntajes más bajos y las relacionadas con el factor emocional en los puntajes más altos. En síntesis, hallamos un perfil de celos con marcado predominio emocional, característica especialmente notoria en las mujeres, cuyas puntuaciones fueron significativamente más altas que las de los varones. Interesantemente, hallamos que las medidas de los celos correlacionaron con la información respecto al grado de la propia fidelidad y de la fidelidad de previas parejas. Los

hallazgos sugieren preliminarmente que previas experiencias de infidelidad podrían incrementar la reacción de celos, pero la relación debe ser revisada con nuevo análisis en una muestra mayor.

El hallazgo más destacable del estudio es la fuerte relación entre celos y violencia detectada. Obtuvimos evidencias que sostienen esa relación en las correlaciones, en la estratificación de la muestra en grupos de baja y alta violencia y con la formulación de modelo de regresión logística.

Junto a esa relación, cabe discutir el hallazgo relacionado con el consumo de marihuana. Un 15% de la muestra informó haber consumido marihuana y, a pesar de que no suele considerarse a la marihuana como una sustancia de las más asociadas causalmente a la violencia, los hallazgos en el análisis bivariado y multivariado sostienen la existencia de relación. Consideramos que, en base al presente estudio, la intervención de eventuales efectos de consumo de marihuana debería interpretarse cautelosamente. Con los datos obtenidos no se puede establecer si el consumo fue posterior a la violencia y consumido como acción paliativa del desconforto, previo, de manera tal que eventuales efectos psicoactivos pudieran estar vigentes al momento de la interacción violenta. Tampoco podemos establecer si se trató de un consumo que sólo causó los efectos transitorios o si alcanzó a conformar un trastorno perdurable, o si es un confusor en tanto puede estar indicando otro tipo de variables, como por ejemplo, determinadas características vinculares. De cualquier manera, no deja de ser una señal de alarma pues el consumo de sustancias es

un problema de salud, ya sea cuando interviene como factor desinhibidor o como factor paliativo, o de alguna otra manera que postergue la mejor resolución de los conflictos o perturbe los vínculos.

Respecto a las debilidades del estudio, cabe reconocer que si bien se implementaron tácticas que atenúan el riesgo de información no confiable, en este tipo de diseño no puede excluirse completamente la posibilidad de sesgos de memoria y de deseabilidad social. Otra limitación fue la imposibilidad de describir el consumo de alcohol durante la relación íntima y la relación temporal entre el consumo de marihuana y la violencia. Teniendo en cuenta todo ello, los resultados deberían ser considerados preliminares.

Finalmente, queremos comentar que este primer informe del proyecto, además de sostener preliminarmente la hipótesis de que los celos tienen influencia sobre la violencia en la pareja de estudiantes universitarios, motiva una amplia heurística y, especialmente, señala tangibles blancos para la prevención de la violencia.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación a este artículo.

Agradecimiento

Los autores agradecen la cooperación de los estudiantes y los docentes de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.L.P. ■

Referencias bibliográficas

1. OMS. *Informe Mundial Sobre La Violencia y La Salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
2. Black, M.C.; Basile, K.C.; Smith, S.G.; Walters, M.L.; Merrick, M.T.; Chen, J.; Stevens MR. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010 Summary Report. *Natl Cent InjPrev Control Centers Dis Control Prev*. 2010;1-124. doi:10.1093/oxfordhb/9780199844654.013.0003.
3. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*. 2012;3(2):231-280. doi:10.1891/1946-6560.3.2.231.A.
4. Smith PH, White JW, Moracco KE. Becoming who we are: A theoretical explanation of gendered social structures and social networks that shape adolescent interpersonal aggression. *Psychol Women Q*. 2009;33(1):25-29. doi:10.1111/j.1471-6402.2008.01470.x.
5. Malik S, Sorenson SB, Aneshensel CS. Community and dating violence among adolescents: Perpetration and victimization. *J Adolesc Heal*. 1997;21(5):291-302. doi:10.1016/S1054-139X(97)00143-2.
6. O'Keefe M. Teen dating violence: A review of risk factors and prevention efforts. *Natl Electron Netw Violence Against Women*. 2005;(April):1-14. http://www.unajuladeoro.com/cd/documentos/AR_TeenDatingViolence.pdf.
7. Burk WJ, Seiffge-Krenke I. One-sided and mutually aggressive couples: Differences in attachment, conflict prevalence, and coping. *Child Abuse Negl*. 2015;50:254-266. doi:10.1016/j.chiabu.2015.08.011.
8. Prinstein M, Boegers J, Vernberg E. Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustments of aggressors and victims. *J Clin Child Psychol*. 2001;30(4):479-491.
9. Salmivalli C, Kaukiainen A. Female aggression revisited. Variable- and person-centered approaches to studying gender differences in different types of aggressive behavior. *Aggressive Behav*. 2004;30:158-163.
10. Seiffge-Krenke I, Burk W. "Bad Romance": Links between Psychological and Physical Aggression and Relationship Functioning in Adolescent Couples. *Behav Sci (Basel)*. 2015;5(2):305-323. doi:10.3390/bs5020305.
11. Murphy AM, Russell G. Rejection Sensitivity, Jealousy, and the Relationship to Interpersonal Aggression. *J Interpers Violence*. January 2016:0886260515622572-. doi:10.1177/0886260515622572.

12. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. <http://dle.rae.es/?id=8A737TG%7C8A7sRXS>. Published 2017. Accessed October 1, 2018.
13. Wolfe DA, Scott K, Reitzel-Jaffe D, Wekerle C, Grasley C, Straatman A-L. Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychol Assess*. 2001;13(2):277-293.
14. Andrés A. Fernández-Fuertes AF y RFP. Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Int J Clin Heal Psychol*. 2006;6:339-358.
15. Pfeiffer, Susan M; Wong PT. Multidimensional Jealousy. *J Soc Pers Relat*. 1989;6:181-196.
16. Haas Bueno JF, Carvalho L de F. Um Estudo de Revisão do Inventário de Ciúme Romântico (ICR). *Psicol Reflexão e Crítica*. 2005;25(3):435-444.
17. Elphinston R, Feeney J, Noller P. Measuring romantic jealousy: Validation of the multidimensional jealousy scale in Australian samples. *Aust J Psychol*. 2011;63(4):243-251.
18. Lucas C, Pereira H, Esgalhado G. Evaluation of Romantic Jealousy: Psychometric Study of the Multidimensional Jealousy Scale for the Portuguese Population. *Psychol Community Heal*. 2012;1(2):151-162. doi:10.5964/pch.v1i2.26.
19. Tani F, Ponti L. The Romantic Jealousy as Multidimensional Construct: A Study on the Italian Short Form of the Multidimensional Jealousy Scale. *Open Psychol J*. 2016;09(1):111-120. doi: 10.2174/1874350101609010111.
20. American Psychiatric Association. *Cross-cutting level 2: Substance use - adult*. 2013. http://www.psychiatry.org/FileLibrary/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Level-2-Substance-Use-Adult.pdf.
21. Muñoz JLB, Bandera JFM. Análisis factorial de las puntuaciones del CADRI en adolescentes universitarios españoles. *Univ Psychol*. 2014;13(1):175-186. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.afpc.
22. Fernández-Fuertes AA, Fuertes Martín JA, Fernández Pulido R. Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja en adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Int J Clin Heal Psychol*. 2006;6(2):339-358. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.

Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina

Alberto Velzi Diaz

*Psicólogo, Magister y Doctor en Salud Colectiva, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario
E-mail: algiova@gmail.com*

Ana Tosi

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Paola Benitez

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Gisela Santanocito

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Esmeralda Garcete

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Yasmin Amado

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Gianina Antezza

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Natalia Cantero

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Gabriela Córdoba

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario

Resumen

A ocho años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 consideramos necesario construir espacios de debate en torno a las potencialidades y desafíos en su implementación práctica. La presente investigación aborda las prácticas de Salud Mental en los hospitales públicos generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina, desde la perspectiva de los trabajadores. A través de un enfoque cualitativo y exploratorio/descriptivo, se realizaron entrevistas semiestructuradas con 23 trabajadores de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y acompañantes terapéuticos). El análisis de los resultados permitió establecer que la sanción de la ley legitimó y fortaleció concepciones y prácticas ya existentes, posibilitando su ampliación y la creación de nuevos dispositivos. También fueron analizadas limitaciones políticas, de gestión, edilicias, de formación y cantidad de recursos humanos que, sumadas a la escasez de los dispositivos sustitutivos al hospital psiquiátrico, permiten concluir en la importancia de un Plan de Salud Mental, con recursos, objetivos y lineamientos claros que pueda posibilitar el cambio de paradigma en la atención.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental - Servicio de Psiquiatría en Hospital - Hospital General - Planificación en Salud - Gestión en Salud.

MENTAL HEALTH IN GENERAL HOSPITALS OF THE CITY OF ROSARIO AND GREAT ROSARIO

Abstract

Eight years after the enactment of the National Mental Health Law N° 26.657, we consider it necessary to build spaces for debate on the potentialities and challenges in its practical implementation. This research addresses the mental health practices in the general public hospitals of the city of Rosario and Gran Rosario, Argentina, from the workers' perspective. Through a qualitative and exploratory / descriptive approach, semi-structured interviews were conducted with 23 mental health workers (nurses, psychiatrists, psychologists, social workers and therapeutic companions). The analysis of the results allowed to establish that the sanction of the law legitimized and strengthened already existing conceptions and practices, making possible its extension and the creation of new devices. Political, management, building, training and human resources limitations were analyzed. The scarcity of substitute devices to the psychiatric hospital, in addition to previously mentioned limitations, points to the importance of a Mental Health Plan, with clear resources, objectives and guidelines that may enable changes in the paradigm of care.

Keywords: Mental health services - Hospital Psychiatric Department - General hospital - Health Planning - Health Management.

Introducción

El fin de la Segunda Guerra Mundial marcó un punto de inflexión en la historia de la asistencia psiquiátrica. Como parte de las propuestas de reestructuración de la asistencia surgen las Unidades Psiquiátricas de Hospital General (UPHG) representando, simultáneamente, una crítica y una alternativa al hospital psiquiátrico tradicional (1). Se expanden –sobre todo en los EE.UU.– teniendo como principales razones: la experiencia de pequeñas salas psiquiátricas en hospitales generales militares que demostraron la posibilidad de tratar eficazmente a los pacientes en el hospital general (HG); la crítica al hacinamiento, segregación y estigma producido por los macro-hospitales psiquiátricos; la adopción por parte de psiquiatras de las propuestas salud pública y comunitaria, planificación y rehabilitación; la idea de que la internación psiquiátrica debía integrarse a las estructuras asistenciales extra-muros (ambulatorios, hospitales regionales) buscando la continuidad del tratamiento; el desarrollo de la electroconvulsoterapia y la psicofarmacología; como también de diversos abordajes psico y socioterapéuticos (2). En América Latina, las UPHG en el sentido moderno del término (3) se desarrollaron con mayor fuerza en los años 1980, lo cual incluyó una planificación terapéutica, integración a la medicina general e internaciones breves para el rápido retorno a la comunidad.

En las últimas cuatro décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tuvieron un papel destacado en el campo de la salud mental para América Latina. Por un lado, estableciendo políticas de asistencia en el área para los diferentes países, integrando la asistencia en salud mental a la Atención Primaria de la Salud (APS), descentralizando los servicios –desarrollo de estructuras intermedias como hospitales día, centros de salud, UPHGs–, mayor participación y continuidad en los tratamientos, con énfasis en la importancia de la prevención (4, 5, 6, 7). Y, por otro lado, adoptando tratados, convenciones e instrumentos específicos, que incorporan una perspectiva de derechos humanos en la atención en salud mental (8, 9, 10, 11, 12, 13).

Desde el año 2010, Argentina (14) cuenta con una legislación que implica un cambio en los modos de concebir e implementar las políticas, los servicios y las prácticas en salud mental y adicciones. Enmarcada en los mencionados lineamientos de la OMS/OPS, tiene como principal horizonte sustituir el modelo de atención centrado en los hospitales psiquiátricos / monovalentes (HP) proponiendo la creación de una red de servicios y dispositivos con base territorial y participación comunitaria, integrando la asistencia y los tratamientos de salud mental en HG y APS y orientando que las internaciones por motivos de salud mental –cuando necesarias– sean realizadas, preferentemente, en hospitales generales (HG).

En este marco, nos proponemos investigar potencialidades y/o limitaciones percibidos por los trabajadores de salud mental en sus prácticas en hospitales generales de adultos de la ciudad de Rosario y dos hospitales generales del Gran Rosario, de la República Argentina.

Métodos

La presente investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria se basó en un diseño flexible y dinámico. Durante 2015/2016 se realizaron entrevistas semi-estructuradas a psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y acompañantes terapéuticos de seis Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y dos del gran Rosario. El Área Metropolitana Rosario incluye a la ciudad de Rosario y al Gran Rosario (aglomerado urbano surgido como consecuencia de la expansión urbana de la ciudad de Rosario). Según el último censo nacional en el año 2010 el Área Metropolitana Rosario contaba con una población de 1.236.089 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC).

Fueron criterios de inclusión ser trabajador/a del Hospital General y tener una antigüedad mínima en el cargo de seis meses.

En total se realizaron veintitrés entrevistas. Las mismas fueron audio-grabadas y transcritas.

Los ocho hospitales atienden similares motivos de consultas y en cada uno hay trabajadores que están específicamente vinculados al abordaje de las demandas de

salud mental. De las 8 instituciones, si bien en todas se llevan a cabo internaciones por motivos de salud mental –siendo psicólogos y psiquiatras quienes deciden la internación/externación– no en todas las prácticas de salud mental son en el marco del Servicio de Salud Mental ya conformados (ver Tabla 1).

Tabla 1

HOSPITALES	CONFORMACIÓN EQUIPO	ENTREVISTADOS	MOTIVOS DE CONSULTA
Hospital Zona Norte	No está constituido como servicio de Salud Mental. Servicio de Psicología: 7 psicólogos Servicio de Psiquiatría: 3 psiquiatras	3 enfermera/os, psicóloga/o	Intentos de suicidio Alcoholismo Adicciones
Hospital Gran Rosario 1	No está constituido como servicio de Salud Mental. Cuentan con 3 psicólogos y 2 psiquiatras	Psicóloga/o y psiquiatra	Problemáticas de Consumo Intentos de suicidios Crisis subjetivas Situaciones de niños con dificultades de conductas Abusos Violencias
Hospital Gran Rosario 2	RISAM: Servicio de Salud Mental compuesto por 5 psicólogos y 4 psiquiatras	Psiquiatra RISAM, psicóloga, psiquiatra y acompañante terapéutico	Violencias Crisis de angustia Problemáticas de niños
Hospital Zona Oeste 1	Servicio de Salud Mental 4 psicólogos y 2 psiquiatras	Psicóloga/o, psiquiatra y trabajadora social	Intentos de suicidio Violencia Problemática de consumo Crisis subjetivas Accidentes varios
Hospital Zona Oeste 2	Servicio de Salud Mental: 5 psicólogos y 4 psiquiatras	Psicóloga/o y psiquiatra	Crisis subjetivas Problemáticas de consumo Psicosis Retraso mental grave Depresiones Intentos de suicidio
Hospital Zona Centro 1	No está constituido como servicio de Salud Mental Servicio de Psicología Servicio de Psiquiatría Servicio de Trabajo Social	Psicóloga/o, psiquiatra y enfermera	Consumo Vulneración de derechos de niños y adolescentes. Violencia de género y crisis subjetivas. Intentos de suicidio. Problemáticas adolescentes con la ley
Hospital Zona centro 2	Servicio de Salud Mental: 12 psicólogos y 4 psiquiatras. 5 residentes de Psiquiatría (UNR)	Psiquiatra y 2 psicólogas	Consumo Excitación psicomotriz Depresión Crisis subjetivas Problemáticas infantiles Intentos de suicidio
Hospital Zona Sur	Servicio de Salud Mental: 6 psicólogos y 4 psiquiatras	Psicóloga/o y psiquiatra	Consumo Psicosis Crisis subjetivas Problemáticas infantiles Tentativas de suicidio

En el transcurso del trabajo en campo todas las entrevistas fueron realizadas en cada uno de los hospitales en momentos en que los trabajadores realizaban sus tareas habituales. Diferentes ejes fueron abordados en torno al trabajo en salud mental: características del servicio, conocimientos en torno a la normativa vigente en la materia, potencialidades y limitaciones para la implementación de la misma.

Se utilizó como metodología el análisis de discurso, entendiendo a este como a “un conjunto amplio de enfoques cuyo objetivo central es el análisis del lenguaje escrito y hablado” (15), así como también la “reflexión sobre las condiciones de producción y aprehensión de la significación de textos producidos en los más diferentes campos” (16).

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Fueron tomados todos los recaudos éticos correspondientes, respetando la Declaración de Helsinki. Todos los entrevistados aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Resultados

Desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 los trabajadores de los distintos hospitales coincidieron en que no fueron establecidos criterios o lineamientos comunes para la organización de los servicios en el trabajo concreto en salud mental. Cada hospital se organizó con los recursos humanos y de infraestructura que disponían para atender las demandas de salud mental.

“(...) en relación a los recursos en esta zona (...), hay tanta cantidad, tanta demanda... no hay una planificación ni por asomo de eso. Eso depende de un trabajo interno nuestro del hospital, acompañado por alguna gente de la gestión, pero solo de alguna gente de la gestión” (Psiquiatra ZO2).

“...no hay una clara directiva desde salud mental (...). Necesitamos que estemos más en sintonía. Estaría bueno que digan cuáles son los dispositivos que se necesitan en salud mental y digan cómo se trabaja” (Psiquiatra ZC2).

Psicóloga/os, psiquiatras y trabajadores sociales refieren que la ley es una herramienta utilizada en el trabajo cotidiano, principalmente en lo que refiere al resguardo de derechos de usuarios/os de los servicios. Sin embargo, manifiestan que integrantes del propio Servicio de Salud Mental –y de otros servicios– si bien conocen la existencia de la ley, ignoran cómo aplicar lo que la misma propone y/o consideran inviable su aplicación:

“Está muy bien la ley, pero en la práctica no sirve. (...) Esta guardia no está preparada para recibir pacientes con excitación. Entonces, un paciente que está acostumbrado a cortarse, hace un arma con cualquier cosa. Eso no se contempló... cómo contener a ese paciente” (Enfermera ZN).

Si bien varios trabajadores refieren que intentan que las concepciones de cuidado integral e inclusión social se traduzcan en sus prácticas cotidianas, plantean –como principal impedimento a esto– dificultades en la articulación con enfermeros y médicos de otros servicios, quienes muestran resistencia y falta de colaboración a la hora de atender usuarios de salud mental.

“(...) principalmente de parte de los enfermeros hemos tenido ciertas resistencias. Aunque también con los médicos existieron algunas dificultades” (Psicóloga ZN).

“Un obstáculo, que se da es cuando hay que internar a un paciente de Salud Mental, es la resistencia de los profesionales de la guardia, ya que ellos consideran que esos pacientes no tendrían que estar en el hospital” (Psiquiatra ZO1).

“Y... resistencias siempre hay (...) La mayor dificultad se encuentra a partir de no saber qué hacer (...) Los médicos mismos te dicen: ‘a mí me llega una neumonía y yo sé que hacer, pero si llega alguien brotado yo no sé qué hacer’” (Psicóloga ZO2).

Hay unanimidad entre los entrevistados al considerar como dos importantes recursos –que facilitan los procesos de internación/externación– a los equipos de acompañantes terapéuticos y al Dispositivo Soporte de Urgencias en Salud Mental (DISUSM), ambos dependientes de la Dirección Provincial de Salud Mental. Por un lado, con relación a los acompañantes terapéuticos, habitualmente son solicitados más por las resistencias de otros trabajadores del hospital que por propias necesidades clínicas del cuadro:

“(...) funcionó como una negociación: ‘se queda, pero con acompañante, ya que el hospital todavía no está en condiciones de recibir a estos pacientes’” (Psiquiatra GR2).

En tanto, otros entrevistados, abren un debate respecto a la función y el uso adecuado de este recurso, observando que en muchas ocasiones la situación clínica del paciente no amerita la cantidad de horas de acompañamiento requerida:

“Cuando están durmiendo, ¿cuál es el sentido que haya un acompañante terapéutico? (...) ¿Para que no se escape...? (...) Ese pibe a lo mejor si se va a su barrio lo matan. Entonces, también... es para que no lo maten” (Psiquiatra ZC1).

Lo cual hace interrogarnos sobre la función atribuida al acompañante: ¿es terapéutica o de control?

Por otro lado, existe el DISUSM. Este equipo fue creado a fines de 2011 por la DNSMyA, y a fines de 2015 asumido por el gobierno provincial y gestionado en coordinación con la Dirección de Salud Mental municipal, y está formado por psiquiatras y psicólogos que trabajan en la modalidad de “guardia pasiva”, para abordar situaciones de urgencia/emergencia en salud mental en las guardias de HG de la ciudad. Funciona en horario nocturno –desde sus comienzos solo los fines de semana y desde mediados de 2016 toda la semana– cuando no hay personal de los servicios de salud mental. Son solicitados telefónicamente, realizan el abordaje de las situaciones en el HG y luego “pasan el caso” al servicio de salud mental. En este sentido, es reconocido y destacado el trabajo de los acompañantes terapéuticos y el DISUSM ya que, sin estos recursos, “(...) antes se los derivaba directamente a los efectores monovalentes y ahora los absorbe el hospital, unas horas, un día, una semana, un tiempo” (Enfermera 1 ZN). De este modo se disminuyen las derivaciones a los hospitales monovalentes.

“Que haya una guardia de salud mental era una cosa imprescindible (...) O sea que vamos avanzando en la guardia, cada vez más. (...) Es imprescindible para que podamos pensar en internar, porque si no... ¿Qué hacíamos antes? Y... dependía de la onda de uno que si se venía el fin de semana y a veces era sábado y domingo” (Psiquiatra ZO2).

Psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales expresan la importancia de incluir al usuario en su proceso de tratamiento, considerando la internación como último recurso, y resaltando la interdisciplina en el proceso de atención. Por ejemplo:

“... ya casi nadie cuestiona que una trabajadora social defina junto con nosotros o con el psiquiatra una internación, o que ésta misma tiene criterio para solicitar un acompañamiento terapéutico para tal situación, etc., o firmar un informe confeccionado conjuntamente” (Psicóloga GR2).

A la hora de identificar limitaciones para el alojamiento de situaciones de salud mental en el hospital general, se releva una amplia coincidencia en las entrevistas a trabajadores. Los enfermeros relatan que les resulta muy difícil el trabajo con pacientes psiquiátricos, ya que no han recibido formación específica para ellos. Esto los lleva a manifestar: “no sabemos cómo tratarlos”. Estas limitaciones en la formación, también es identificada en los médicos de guardia que señalan que “no saben cómo medicar a pacientes psiquiátricos”. Expresan que, si bien hubo instancias de capacitación, éstas fueron escasas y no todo el personal participó.

Otro tema en el que varios participantes del estudio coincidieron fue respecto a los criterios de internación. La decisión a cargo de equipos interdisciplinarios, la inexistencia de protocolos para definir las internaciones/externaciones, el trabajo desde la singularidad del caso a caso, estar atravesando una crisis subjetiva y el riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros, son criterios unánimemente compartidos. Otro aspecto compartido es que, aun teniendo criterio para ser internado un paciente, esto no necesariamente implica que quedará internado en ese hospital. Esto dependerá de la evaluación del tipo de crisis que se trate, de las necesidades del paciente y de las posibilidades de la institución para abordarlas.

“Una persona con ideas suicidas, neuróticas, que está en una situación de su vida, que perdió todas las coordenadas, que no tiene sostén, ni recursos simbólicos para sostenerlos personalmente, ni un entorno que lo contenga... porque también es imprescindible eso. Si no hay eso, y bueno... se queda internado. Y después... bueno... crisis de excitación psicomotriz, que no sean lo suficientemente graves, intensas, que se puedan medicar, respondan y... se quedan acá. (...) Si viene un paciente nuestro y nos dice: ‘mira me pasa esto, esto y esto’, y es psicótico y uno piensa que está mal y creemos que la situación da para que se quede acá, se queda. Cuando creemos que no estamos seguros de que la situación sea posible alojarla acá, ahí es donde va al monovalente. Pacientes que no responden a la medicación, que están en una crisis muy intensa, que no tienen marco de contención familiar, que el único modo es una intervención de este tipo, va al monovalente. Después, el resto... la mayoría se quedan acá” (Psiquiatra ZO2).

Otro aspecto relevado es respecto al espacio físico en el cual se desarrollan estos abordajes. En dos de los ocho hospitales investigados, en caso de ser necesario, intentan conseguir alguna cama en habitación individual, aunque no siempre hay disponibles. En los seis hospitales restantes, los pacientes psiquiátricos no son atendidos en salas especiales, sino en salas de internación general. Por lo que, muchas veces, se contraponen las necesidades de cuidado y tranquilidad de pacientes con problemáticas orgánicas, con las necesidades de abordajes en situaciones de excitación psicomotriz y crisis subjetiva en el mismo espacio físico.

“(...) gente que tiene por ejemplo un patología cardiaca que necesita dormir, estar tranquilo (...) si tiene al lado un paciente que está pateando cosas, gritando... O sea, la ley es muy buena (...) La muestran como muy buena. Para nosotros no es, porque nadie nos da las armas para actuar. (...) La verdad que no sé a quién se le ocurrió lo de la inclusión en los Hospitales Generales” (Enfermera 2 ZN).

Algunas limitaciones fueron planteadas como “externas” al hospital, sobre todo relacionadas a la coordinación con otros servicios y niveles de atención en salud, como así también en la intersectorialidad a la hora de pensar externaciones. Respecto a las articulaciones con otros niveles, instituciones y sectores, si bien los entrevistados refieren que éstas se han impulsado con la ley, aún dependen más del trabajo “artesanal” y/o de relaciones interpersonales, que de mecanismos, protocolos y/o directivas claramente establecidas desde la centralidad de la gestión. También fue mencionado por todos los entrevistados, que aún son escasos los dispositivos comunitarios (centros de día, viviendas compartidas, dispositivos laborales, etc.). *“Una vez externado el paciente, continúa en tratamiento ambulatorio desde el servicio o se deriva al efector que corresponda. También se intenta ofrecer otros dispositivos (recreativos, comunitarios, productivos, artísticos) que acompañen el proceso clínico, pero no contamos con variedad ni cantidad de los mismos”*. Esta situación se torna alarmante y compleja cuando son escasos –o inexistentes– los recursos materiales, económicos y vinculables (familia, allegados, etc.) para la conformación de la red de atención y cuidado necesaria para el sostenimiento del tratamiento de forma ambulatoria.

Discusión

La ciudad de Rosario es una referencia en nuestro país por la organización, diversidad y cobertura de su sistema público de salud. En lo que respecta a la salud mental, también posee tradición en esta área. Una prueba de ello es que la provincia de Santa Fe tiene Ley Provincial de Salud Mental desde 1991 (reglamentada en 2007) y que se encuentra en total consonancia con la Ley Nacional 26.657 de 2010. En este sentido, la legislación nacional viene a reimpulsar –en la provincia de Santa Fe– el debate que en nuestro campo pocos años atrás estuvo en agenda de discusión producto de la reglamentación de la Ley Provincial en 2007 y los procesos de debate colectivo que se dieron para la misma (17). El respeto a los derechos de usuarios/os, la interdisciplina, las internaciones como último recurso y en hospitales generales, la necesidad de una red de servicios comunitarios, entre otras, no fueron propuestas ajenas a la cotidianeidad de las prácticas, y la Ley Nacional les otorgó un marco de mayor legitimidad a las mismas posibilitando, por un lado, su multiplicación y diseminación y, por otro lado, la generación de nuevas prácticas y dispositivos para fortalecer este proceso.

Las resistencias a estas transformaciones siempre existieron y, algunas de estas limitaciones –producto de la falta de capacitación y el sentirse sin acompañamiento por parte de los gestores– podrían abordarse si leyes y reglamentaciones son sustentadas en directivas políticas y de gestión que orienten y oficien de soporte a las prácticas, ampliando –más allá de cada núcleo disciplinar– las capacidades de actuación de los trabajadores (18).

La internación por motivos de salud mental en los hospitales generales –constatada en los ocho hospitales estudiados– reviste importancia si entendemos que, generalmente, la llegada de pacientes al hospital monovalente se da a partir de situaciones de crisis no abordadas en otros servicios del sistema de salud. De este modo, las medidas adoptadas para el sostenimiento de tratamientos de forma ambulatoria –en nuestro caso, la implementación de equipos de acompañantes terapéuticos y la creación del DISUSM– revelan su importancia estratégica en tanto ampliaron las capacidades de los hospitales para alojar situaciones de crisis que necesitan internación. Claro que, como observado en nuestros hallazgos, es necesario estar advertidos de hacer un uso terapéutico, eficiente y eficaz de estos recursos. Particularmente respecto a los acompañantes terapéuticos, obtuvimos testimonios que daban cuenta –en algunas oportunidades– de un uso custodial de este recurso y/o como condición *sine qua non* para permitir la internación.

El debate en torno a la infraestructura adecuada para llevar adelante las internaciones está a la orden del día y en tensión permanente. En la mayoría de los servicios se realiza en salas de internación general, pero fue planteado en varias oportunidades las complicaciones que esto acarrea, acompañado del pedido de un espacio exclusivo, separado, para la internación por salud mental. Entendemos que esto es parte de los riesgos y desafíos inherentes a la complejidad de nuestro campo, necesarios de ser evaluados permanentemente.

La escasez de datos epidemiológicos publicados sobre salud mental es un dato alarmante que no puede dejar de ser analizado e incluido en el marco de otras falencias del sistema a la hora de planificar y ejecutar políticas en el área. Según datos publicados del Ministerio de Salud argentino (19), entre mayo de 2010 y mayo de 2011 se observan cambios en las proporciones de camas destinadas a Salud Mental según tipo de institución, y refieren una reducción de camas en hospitales monovalentes de 14,8% (de 10.465 a 8.914), aumentando en hospitales polivalentes un 37,7%, (de 857 a 1.180) y un 82% (de 460 a 837) en dispositivos comunitarios, denominados “residencias comunitarias”.

Tomando estos datos, e intentando contrastarlos con la realidad de la ciudad de Rosario, entendemos necesario ser cautelosos a la hora de pensar el cierre de los hospitales psiquiátricos pues, en tiempos de políticas de ajuste y achicamiento del Estado, la reducción paulatina de camas en monovalentes no necesariamente implica su sustitución vía la creación de nuevos servicios y dispositivos comunitarios. A modo de ejemplo, Almeida et al. (20) expresan que según datos del Sistema Informático para el registro de internaciones (Diagnose) del año 2017, en los últimos años se observa una reducción de 19 camas en el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” (uno de los tres hospitales monovalentes provinciales). Esto, que podría pensarse –y presen-

tarse— como un dato auspicioso respecto a un proceso de transformación de los modos de asistencia, no sería tal sin consideramos que “el destino de las mismas terminó siendo derivaciones a instituciones del ámbito de lo privado” (20).

Según Belizan et al. (21), las falencias en la articulación entre los diferentes niveles de atención y las dificultades en la coordinación intersectorial podrían explicar la persistencia de la brecha en cuanto al acceso efectivo a los tratamientos de quienes más lo necesitan. Si bien existen, en la ciudad de Rosario, dispositivos llamados sustitutivos, como definidos en los “Lineamientos prioritarios de la política de Salud Mental en la provincia de Santa Fe” (22), estos no logran conformar una red de asistencia sólida que sustituya la necesidad de la utilización de las instituciones monovalentes. Para nuestros entrevistados, esto también motiva que personas en condiciones de ser externadas, tengan que permanecer internadas, sea en el hospital general, sea en el monovalente.

A modo de conclusión

Las prácticas en salud mental en los hospitales generales, en particular las internaciones, han crecido —en algunos hospitales existen hace tiempo— y se están consolidando en los últimos años. La sanción de la ley 26.657 afianzó el proceso de avance hacia el cambio de paradigma en la asistencia del padecimiento psíquico.

Para esto, hemos visto que han sido implementados recursos que, cuando está claramente definida su función, propician y potencian estas prácticas. Pero también hemos constatado que estas potencialidades se ven limitadas cuando observamos las posibilidades de articulación, coordinación e intersectorialidad que requieren algunos abordajes.

El acompañamiento parcial por parte de las instancias centrales de gestión, traducido en la escasez de directivas que vayan más allá de la letra de las leyes y reglamentaciones, que planteen objetivos claros y concretos, ejecutados a partir de una planificación y organización de servicios ordenada y coherente con la realidad del sistema de salud y las necesidades de la población, con estrategias de capacitación permanente para quienes trabajan en el campo, contribuye a la permanencia en el tiempo de varias de las limitaciones apuntadas por quienes entrevistamos.

La importancia de un Plan de Salud Mental, con objetivos y lineamientos claros, puede proporcionar cierta coherencia y cohesión a las prácticas a lo largo del sistema y facilitar el funcionamiento articulado del mismo. Para que esto sea posible, es también imprescindible y prioritaria, la creación de aquellos servicios y dispositivos capaces de alojar en la comunidad todas las dimensiones que hacen a la complejidad inherente a los padecimientos mentales. Sin la apertura de los servicios territoriales que cubran la demanda existente, no es posible pensar en sustituir al hospital monovalente. ■

Referencias bibliográficas

- Greenhill M. Psychiatric Units in General Hospitals. *Hospital Community Psychiatry* 1979; 30:169-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/367914>[último acceso 5 de mayo de 2018]
- Botega NJ. Práctica psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. 4ª Ed. Porto Alegre, Artmed; 2017.
- Botega NJ, Dagalarrondo P. Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço para o psíquico. Sao Paulo, Editora Hucitec, 1992.
- Organización Mundial de la Salud. Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo (Serie de Informes Técnicos, 564). Ginebra: OMS; 1975.
- Organización Mundial de la Salud. Mental Health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. (Technical Report Series, 698). Geneve: WHO; 1984.
- Organización Mundial de la Salud. Quality assurance in mental health. (Division of Mental Health). Geneve: WHO; 1990.
- OMS/OPS. Declaración de Caracas: conferencia reestructuración de la asistencia psiquiátrica en América Latina. Caracas, OPS, 1990.
- ONU. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. NuevaYork, ONU, 1984.
- ONU. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. NuevaYork, ONU, 1991.
- ONU. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. NuevaYork, ONU, 2006.
- ONU. Salud mental y derechos humanos. NuevaYork, ONU, 2017.
- OMS/OPS. Principios de Brasilia: “15 años después de Caracas”. Brasilia, OMS/OPS, 2005.
- OMS/OPS. Consenso de Panamá: “20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”. Panamá, OMS/OPS, 2010.
- República Argentina. Ley Nacional No 26.657. Congreso de la Nación 2010.
- Marradi A, Archenti N, Piovani J. Metodología de las Ciencias Sociales. Buenos Aires, Emecé Editores, 2007.

16. Minayo MCS. El desafío del conocimiento. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1998.
17. Faraone S, Valero AS. Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales. Buenos Aires, Ediciones Madres de Plaza de Mayo, 2013.
18. Campos GWS. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. *SALUD COLECTIVA* 2005; 1(1): 59-67.
19. Di Nella Y, Sola M, Calvillo L, Negro L, Paz A, Venesio S. Las camas del sector público destinadas a salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011. *Rev Argent Salud Pública* 2011; 2(8):43-46.
20. Almeida V, Chidichimo M, Coll L, Orpinell F, Pochettino C, Valdano L. Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial: que abrir para cerrar. Cerrar el Manicomio no es achicar el Estado. *Cadernos CEAS*, 2017, 242:657-671.
21. Belizán J, Borda M, Cisneros C, Davila A, Huerta A, Quadri A, Rodríguez A. Acceso a la atención en salud mental en centros de salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. *Investigación en Salud* 2013; 10(1):31-58.
22. Augsburg AC, Gerlero SS, Taboada E (Comps.). Las políticas públicas en Salud Mental a cinco años de sanción de la Ley Nacional. Editorial Instituto de la Salud Juan Lazarte, 2016.

A propósito de un caso de disforia de género

Paula Tagliotti

*Médica Especialista en Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil,
Jefa de Residentes, Servicio de Salud Mental HIEMI, Mar del Plata.
E-mail: barbidarling@hotmail.com*

Resumen

El concepto de disforia de género es utilizado para designar la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico). Los trastornos más frecuentemente encontrados en estos casos incluyen los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad, y presentan una tasa de intento de suicidio del 19 al 25%. Al ser un cuadro de baja prevalencia este reporte pretende describir el caso de un paciente con disforia de género y comentar su abordaje terapéutico.

Palabras clave: Disforia de género – Suicidio - Descripción de un caso - Abordaje terapéutico.

ABOUT A CASE OF GENDER DYSPHORIA

Abstract

The concept of gender dysphoria is used to designate the dissatisfaction resulting from the conflict between gender identity and gender assigned at birth (genetic, gonadal, genital and morphological). The most frequently encountered psychopathologies include depressive disorders, anxiety, substance abuse, disorders of the personality, and they present a suicide attempt rate of 19 to 25%. Being a manifestation of low prevalence, this report aims to describe the case of a patient with gender dysphoria and comment on the experience of the therapeutic approach.

Keywords: Gender dysphoria – Suicide - Description of a case - Therapeutic approach.

Introducción

La identidad de género es un término utilizado para describir la percepción de una persona de ser hombre, mujer o de sexo indeterminado. A través de los años muchas personas construyen su identidad asimilando la primera asignación que se le dio al nacimiento, mientras que otras no. El término "trans" no solo alude a aquellos individuos que viven en género diferente al asignado al nacer, sino también a aquellos que eligen el tránsito entre los géneros, o no se identifican con ninguno.

El concepto de disforia de género es utilizado para designar la insatisfacción resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico). La disforia de género, anteriormente llamado trastorno de la identidad sexual, cambió de nombre en el DSM 5, con el objetivo de evitar la estigmatización hacia los individuos transgénero. En esta reclasificación se aclara que la disconformidad de género no constituye una enfermedad mental en sí misma, sino que su elemento crítico es la presencia de malestar clínicamente significativo asociado a la condición de género (1).

Diversos estudios demuestran que la disforia de género se asocia con una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos y un mayor índice de suicidios en comparación con la población general (2, 3).

Los trastornos más frecuentemente encontrados en esos casos incluyen los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos por abuso de sustancias y los trastornos de la personalidad (4, 5). Se reportan tasas de intento de suicidio del 19 al 25 % en pacientes con disforia de género y éstos parecen ocurrir con más frecuencia entre adolescentes y adultos jóvenes (2, 3). Se ha demostrado que la presencia concomitante de trastornos psiquiátricos influye en la evolución y en el pronóstico de los pacientes con disforia de género (4).

La ley de identidad de género vigente en nuestro país garantiza el acceso a las modificaciones corporales a través de la hormonización y/o intervenciones quirúrgicas, siempre y cuando sean expresamente decididas y solicitadas por la persona, sin necesidad de someterse a diagnósticos psiquiátricos, autorización judicial o cambio registral (5). El proceso de reasignación de género debe ser abordado de manera multi e interdisciplinaria (6, 7, 8).

Al ser una manifestación de baja prevalencia este trabajo describe un caso de un paciente menor de edad con disforia de género y comenta la experiencia del abordaje terapéutico que se adoptó en su atención.

Descripción del caso

Se trata de una persona de sexo biológico femenino de 14 años de edad, que fue derivada en interconsulta al Servicio de Salud Mental desde un hospital mater-

no-infantil como consecuencia de un intento de suicidio que había realizado en su domicilio mediante la ingesta de psicofármacos.

La joven fue encontrada por su madre, en estado inconsciente, lo que motivó su traslado al hospital adonde se decidió su internación.

A partir de aquí nos referiremos al paciente de acuerdo al género con el que se identifica.

Antecedentes personales: no presentó complicaciones perinatales, desarrollo psicomotor normal, sin antecedentes médicos de relevancia. Escolarizado, buen rendimiento académico, sin repitencias, integrado socialmente. No realizaba actividades extracurriculares, pero manifestaba un gran interés por la estética, como la peluquería y la barbería. Mantenía una relación afectiva con una adolescente.

El paciente refiere haber experimentado disconformidad con su sexo biológico desde los 5 años de edad. Siempre tuvo mayor interés por actividades lúdicas masculinas. Ese malestar cedió entre las edades de 5 y 11 años y reapareció luego en la prepubertad, ante el inminente desarrollo puberal. Comenzó a sentirse atraído por las mujeres, vinculándose con ellas desde un rol masculino. No refieren seguimiento por parte del pediatra.

Como antecedentes semiológicos refiere sentimiento de tristeza de más de dos años de evolución acompañado de hipobulia, anhedonia, alteraciones del sueño, conductas autoagresivas ante frustraciones, irritabilidad y sentimientos de insatisfacción. Respecto al episodio que motivó la internación refiere que se debió a su disconformidad con su cuerpo y a tener una sensación de rechazo respecto a su elección sexual por parte de su familia.

El paciente se encontraba en tratamiento previo por psicología hacía 6 meses, desde la internación, y desde hacía 3 meses con psiquiatría. Se encontraba medicado con Quetiapina 75mg/día y Escitalopram 20mg/día con respuesta poco favorable.

Como antecedentes familiares cabe mencionar que su madre presentó en una oportunidad un episodio depresivo mayor, el padre se ha manifestado crónicamente depresivo y alcohólico, y una tía materna realizó intentos de suicidio.

En la evaluación psiquiátrica se observó que se trataba de un paciente con capacidad cognitiva acorde a la edad cronológica, con hábitos higiénicos conservados, aspecto ligeramente desprolijo, vestido con ropas holgadas y de tonalidades oscuras. Portaba varios *piercings* en su rostro y tenía el cabello corto. Lúcido, orientado auto y alopsíquicamente, con la memoria y la atención conservadas. Negó alteraciones sensorio-perceptivas y presentó una función de pensamiento de curso normal y contenido coherente, timia a predominio displacentera, irritable, acorde a su relato. Juicio preservado.

El paciente permaneció internado durante una semana en la Sala de pediatría, mostrándose colabora-

dor y participativo en las entrevistas con los profesionales tratantes del equipo del Servicio de Salud Mental. Como plan farmacológico recibió divalproato de sodio 500 mg/día. Al cabo de ese lapso alcanzó una franca mejoría de su cuadro anímico con desaparición de la ideación suicida, motivo por el cual se decidió su alta y egreso hospitalario, con posterior seguimiento por Consultorios Externos del Servicio.

El paciente continuó su tratamiento psicológico, con orientación psicoanalista, de manera privada, con frecuencia de una vez por semana. Desde el área de psiquiatría se mantuvieron entrevistas con el paciente y con ambos padres, también con sus hermanas mayores. Durante el seguimiento se registraron preocupaciones excesivas por su rendimiento académico, signo sintomatología ansiosa, dificultad en la conciliación del sueño y autolesiones no suicidas. Por lo expuesto su plan farmacológico sufrió modificaciones, llegando a Divalproato de Sodio 500mg/d y Sertralina 50mg/d. Cambió su escolaridad a una escuela estatal donde se sintió más aceptado socialmente. Ha asistido a talleres de peluquería, también ha participado de distintas actividades deportivas que no sostuvo. El tratamiento se mantuvo hasta fines de 2018 aproximadamente.

Durante el período de seguimiento ambulatorio, el paciente presentó mejoría en su cuadro psicopatológico con disminución de la sintomatología depresiva y mayor capacidad reflexiva, mejorando el vínculo con su madre y hermanas. Manifestó intensos deseos de modificar su sexo biológico a través de tratamientos hormonales y cirugías en el futuro, por lo cual realizó consultas con endocrinología para asesorarse acerca de los procedimientos disponibles. Su familia nuclear aceptó y apoyó sus decisiones.

Se evaluó entonces, conjuntamente con los profesionales de los Servicios de Endocrinología y Psicología, que el paciente se encontraba en condiciones favorables tanto psíquica como clínicamente para comenzar a afrontar el proceso de tratamiento hormonal. Se consideró que el joven se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales, pudiendo decidir y realizar los tratamientos, comprendiendo los efectos predecibles de los mismos, sus limitaciones y sus efectos adversos. Finalmente comenzó un tratamiento hormonal y realizó el trámite de su documento de identidad cambiando su nombre y sexo.

Discusión

La Ley 26743 de identidad de género, vigente desde el año 2012, garantiza que cada persona pueda decidir, desarrollar y expresar libremente su identidad de género de acuerdo con su propia autopercepción, sin obligación de someterse a protocolos y/o diagnósticos

médicos, psicológicos y/o psiquiátricos, ni pasar por ninguna instancia judicial, y establece que los efectores de todo el sistema de salud deberán garantizar de forma permanente las prestaciones que la ley reconoce (5).

Dentro del sistema de salud, las personas deben ser respetadas en su nombre y género de elección, tanto en relación con el hospital en el que eventualmente sean internadas de ser necesario, como en los instrumentos de registro (expedientes, historia clínica, planillas, certificados, etc.).

Para niños y jóvenes que no han cumplido los 18 años de edad y desean acceder a los procedimientos de hormonización, la ley establece que se debe contar con la conformidad de sus representantes legales, además de su propio consentimiento informado. En menores de 18 años que deciden realizarse alguna cirugía de modificación corporal, la ley exige, además de la conformidad de sus representantes legales, la conformidad de la autoridad judicial competente.

La hormonización consiste en la administración de distintos fármacos con la finalidad de modificar algunos caracteres sexuales secundarios. Los distintos esquemas de hormonización deben ser individualizados en base a las metas de cada persona, su estado clínico y la relación riesgo-beneficio de las diferentes drogas. Es necesaria una adecuada evaluación clínica que posibilite conocer el estado de salud general de la persona y descartar la presencia de contraindicaciones (7, 9). La hormonización debe brindarse en el contexto de un abordaje integral de la salud y recorre varias etapas. En una primera instancia se incluyen intervenciones completamente reversibles orientadas a retrasar los cambios físicos propios de la pubertad, produciendo a través de la aplicación hormonal un bloqueo de las gonadotropinas.

Para administrar las hormonas el paciente debe haber alcanzado el estadio II de Tanner (grado II de Tanner en Niñas: presencia de botón mamario, vello púbico no rizado escaso en labios mayores; en Niños: aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil, vello púbico escaso en la base del pene) y debe tener un mínimo de 14 años de edad.

La segunda etapa del tratamiento consiste en intervenciones parcialmente reversibles, donde se incluyen la administración de hormonas feminizantes o masculinizantes. Esta última etapa no debería realizarse antes de los 16 años de edad (5). Los tratamientos quirúrgicos de reasignación sexual son intervenciones irreversibles y solo están autorizadas en mayores de 18 años.

Conflicto de Intereses

No se declaran conflicto de intereses. ■

Referencias bibliográficas

1. APA. DSM 5 (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
2. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 2013; 103(10), 1820-1829.
3. Haraldsen IR, Dahl AA. Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patients with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 102(4), 276-281.
4. Parmelee D (1998) *Psiquiatría del Niño y Adolescente*; Madrid: Ed Harcourt Brace.
5. Ley 26743 de Identidad de género. Boletín Oficial N° 32404 (24-05-2012).
6. Ley 26150 de Educación Sexual Integral. Boletín Oficial N° 31017 (24-10-2006).
7. Ley 26130 de Contracepción Quirúrgica. Sancionada el 9 de agosto de 2006. Boletín Oficial N° 30978 (29-08-2006).
8. Decreto 1086/05: "Hacia un plan nacional contra la discriminación: la discriminación en Argentina" (07-09-2005).
9. Ley 17132/67 del Arte de curar. Boletín Oficial N° 21119 (31-01-1967).

Aportes críticos sobre algunos elementos conceptuales de la Ley Nacional de Salud Mental a partir de la experiencia clínica en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Juan José Costa

*Médico especialista en psiquiatría infanto-juvenil, Centro de Salud y Acción Social Comunitaria 24 (CeSAC 24),
Área programática del Hospital General de Agudos "Parmenio T. Piñero",
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.
E-mail: juan.j.costa@gmail.com*

Resumen

En este artículo se analizan conceptos extraídos de la Ley Nacional de Salud Mental 22657 de la República Argentina, desde la perspectiva de la práctica clínica realizada en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), situado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se analizan las siguientes nociones: perspectiva de derechos en salud, accesibilidad, estigma asociado a consumos problemáticos de sustancias, interdisciplina e intersectorialidad. Se señala el escaso desarrollo relativo que tuvo en la norma la definición de nociones vinculadas a las prácticas comunitarias frente al extenso espacio que ocupó la regulación de las prácticas de internación.

Palabras clave: Salud mental – Derechos – Vulnerabilidad – Accesibilidad – Estigma – Interdisciplina – Intersectorialidad.

CRITICAL CONTRIBUTIONS ON SOME CONCEPTUAL ELEMENTS OF THE NATIONAL MENTAL HEALTH LAW BASED ON CLINICAL EXPERIENCE IN A CENTER FOR HEALTH AND COMMUNITY ACTION IN THE SOUTHERN AREA OF THE CITY OF BUENOS AIRES, ARGENTINA

Abstract

In this article, concepts extracted from the National Mental Health Law 22657 of the Argentine Republic are analyzed, from the perspective of the clinical practice carried out in a Center for Health and Community Action (CeSAC), located in the southern area of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA). The following notions are analyzed: perspective of rights in health, accessibility, stigma associated with problematic consumption of substances, interdiscipline and intersectoriality. It is pointed out the scarce relative development that had in the norm the definition of notions linked to community practices in front of the extensive space occupied by the regulation of internment practices.

Key words: Mental health – Rights – Vulnerability – Accessibility – Stigma – Interdisciplinary – Intersectoriality.

Introducción

En el presente trabajo se realiza un análisis de aspectos conceptuales definidos en la Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina promulgada en el año 2010, que resultan relevantes desde la perspectiva de la práctica de la psiquiatría infanto-juvenil en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) situado en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Dichos aspectos constituyen nociones vinculadas a la lógica que sostiene la propuesta de salud mental basada en la comunidad como modelo de los proyectos de reforma de la atención psiquiátrica (1).

En el primer Capítulo de la ley mencionada se define la salud mental y su promoción y protección dentro de un conjunto de instrumentos normativos internacionales que se han venido produciendo en las últimas décadas. Se puede considerar a la perspectiva de derechos aplicada a la salud en general, y a la salud mental (2) en particular, como una propuesta que procura inducir la formulación de ciertas y determinadas políticas públicas, expresadas en lógicas discursivas y de intervención, marcos reglamentarios, ordenamientos institucionales y asignación de recursos, orientados a resolver problemas de salud mental de personas en situación de fragilidad, vulnerables y vulneradas, restringidas o imposibilitadas para el ejercicio de una serie de derechos consagrados en los mencionados instrumentos legales. Con esa enunciación de derechos de las personas que viven en condiciones de pobreza y desigualdad, que deben sortear barreras sociales y culturales para acceder a servicios de salud, que reciben una oferta insuficiente de recursos provistos por el Estado y que han sido objeto históricamente de prácticas abusivas, se busca generar condiciones para amortiguar y/o revertir esas situaciones. No obstante, los procesos sociales, en su complejidad, se desenvuelven sometidos a diversos vectores de fuerza que permiten con menor o mayor facilidad la efectivización de los marcos legales vigentes.

El CeSAC 24 es uno de los once Centros de Salud y Acción Comunitaria dependientes del Hospital "Parmenio T. Piñero" de la CABA.

La existencia de estos Centros responde a una lógica favorecedora de la accesibilidad enmarcada en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, que tiene puntos en común con las propuestas de Salud Mental Comunitaria y con las perspectivas de derechos en salud.

El Área Programática del Hospital "Parmenio T. Piñero" es la que cuenta con mayor número de CeSACs en la CABA debido a la necesidad de favorecer la accesibilidad al sistema de salud, teniendo en cuenta que alrededor de un tercio de la población que habita las áreas comunales próximas al Hospital, desde donde proviene el mayor número de consultantes al mismo, vive en Villas (3).

Es importante destacar que en los últimos años, se proveyeron cargos rentados de profesionales de la Salud Mental -psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales,

terapeutas ocupacionales y médicos generalistas, entre otros- en varios de estos centros.

Sin embargo, esta mayor existencia de Centros de Salud, con tal conformación de sus plantillas profesionales, no resulta suficiente para garantizar una adecuada respuesta sanitaria a esta población, que en gran medida solo cuenta con los servicios públicos de salud como única opción para su atención.

Esa insuficiencia tiene que ver con la complejidad socio-sanitaria que caracteriza a esa población, condicionante que sigue siendo subestimado, tanto a nivel local como internacional (4) en relación al impacto que produce sobre la salud de los colectivos humanos.

En lo referente a la salud mental, si bien se ha mejorado la oferta de recursos de atención a través de la ampliación de la red de CeSACs, y de profesionales orientados al trabajo con esta problemática, no se han desarrollado políticas específicas adecuadas que provean la organización de las llamadas instituciones intermedias con orientación específica, ni la suficiente articulación entre niveles de complejidad y sectores del Estado, a fin de atender de manera integral los cuadros más severos, como, por ejemplo, los trastornos psicóticos o las conductas de adicción graves, en las distintas manifestaciones que componen estos serios padecimientos.

Alcances y límites de la prescriptiva legal a la luz de la experiencia clínica

a) Las adicciones

El segundo capítulo de la ley 26657 plasma en sus artículos tres a cinco la complejidad en la definición de los problemas de salud mental y alude a la prevención del estigma asociado a los diagnósticos en general y a las adicciones en particular.

Respecto de este último punto, en contextos sociales de por sí estigmatizados como las "Villas" de la zona sur de la CABA, es notable como la representación social de "adicto" carga con una cuota extra de negatividad. Las personas con esos padecimientos, que son denominados popularmente como "fisura", suelen evocar al interior de la población representaciones sociales de peligrosidad, de inmodificabilidad de sus conductas y hasta de regodeo con las dramáticas situaciones que viven. Cito, para el caso, el comentario de una vecina de uno de los barrios sobre los que el CeSAC 24 tiene su área de influencia, al ver salir del consultorio tras una consulta a una paciente que sin dudas era portadora de ese estigma: "Si dejan entrar fisuras, revisen sus pertenencias cuando se van". No pretendemos negar la posible relación entre robo y consumo; la práctica nos puso en contacto con personas con cuadros severos de adicción que cometieron robos para conseguir sustancias de consumo y también con personas reincidentes en el delito como forma de acceso a diversos consumos de sustancias, en especial benzodiazepinas, a fin de desinhibirse antes de salir a robar, sino que lo que queremos subrayar es la forma en

la que ese rasgo impregna al sujeto en cuestión en los diversos contextos sociales en los que interactúa en sus encuentros con otros, generando la hetero y la autoexclusión que estas personas padecen (5).

Al interior de nuestra institución, los consumos problemáticos de sustancias representan un campo de intervención, y de discusión y reflexión de importancia. Se realizan actividades de sensibilización en distintos ámbitos comunitarios respecto de la cuestión, y se implementan los abordajes que el contexto institucional permite llevar adelante. Por otro lado, ésta es una problemática en torno a la cual han ido ensayándose respuestas desde diversos niveles de la gestión pública como, por ejemplo, el Área de Desarrollo Social del gobierno de la CABA, desde donde se habilitaron una serie de efectores orientados a este tema; así como han surgido otros recursos no gubernamentales como los aportados fundamentalmente por la Iglesia Católica a través de un programa llamado "Hogares de Cristo".

No obstante, la complejidad de los casos en sus dimensiones familiares, sociales, psicopatológicas y sanitarias generales, que se expresan en la irrupción de consumos masivos (por ejemplo de pasta base de cocaína) ponen a los sujetos que los sufren en una condición de especial gravedad.

Ante estos cuadros, es claro que las acciones mencionadas anteriormente no alcanzan a funcionar como políticas integrales y articuladas de abordaje; sino que suponen, en muchas situaciones, una mera superposición de esfuerzos con mayor o menor grado de integración frente a un caso puntual determinado, pero no insertas en una planificación estratégica, una jerarquización de propuestas de intervención, y carentes de articulación fluida con otras áreas del Estado como son las de vivienda, educación y/o trabajo, organizadas en programas específicos.

Por otro lado, frente a circunstancias particulares en la clínica de los consumos, no se cuenta a nivel territorial, con ámbitos de internación que ofrezcan un medio acorde para acompañar y modular síntomas psíquicos, conductuales y físicos de abstinencia, propiciar una atenuación en la compulsión al consumo y favorecer una recuperación de pautas mínimas de higiene, alimentación y descanso que luego faciliten avanzar en el diseño y armado de proyectos más amplios de recuperación.

En consecuencia, se vuelve insoslayable abrir una discusión profunda, que trascienda las confrontaciones corporativas y las posiciones ideológicas extremas, respecto de la viabilidad de internaciones involuntarias en la actualidad. La práctica muestra que la condición de involuntaria es casi inaplicable porque difícilmente logran sostenerse sin suscitar algún grado de compromiso del sujeto en cuestión. Esta tarea se vuelve en muchos casos graves un objetivo de trabajo de los equipos territoriales. También se requiere una decisión institucional, infrecuente si no inexistente en la actualidad, que se traduzca en propuestas de intervención concretas, que impliquen la posibilidad de alojar y contener, excluyen-

do, por supuesto, el uso excesivo o cruel de cualquier forma de fuerza, a personas que atraviesan momentos de gran desorganización psíquica y conductual. Aquí cabe recuperar la noción de cuidados balanceados que proponen autores dedicados al estudio de modelos de reforma en la atención en psiquiatría y salud mental (1). Esto es, que lo extra hospitalario no excluye al hospital; sino que plantea en términos teóricos y prácticos, una relación de dependencia y complementariedad recíproca entre distintos niveles de atención.

Más adelante, en el Capítulo cinco de la mencionada ley, el cual especifica las modalidades de abordaje, se establece que éstos sean interdisciplinarios, intersectoriales, y siempre que sea posible, por fuera del ámbito de las internaciones. Es evidente, en nuestra opinión, que estas indicaciones se orientan al abordaje de la patología grave.

b) Los Trastornos del desarrollo

Los trastornos severos del desarrollo infantil son un ejemplo interesante para el análisis de algunos aspectos de la necesidad de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales que normativiza la ley 26657.

La explosión de diagnósticos de los llamados Trastornos del Espectro Autista ha puesto a estos constructos en un primer lugar de importancia para quienes trabajamos con la población infanto-juvenil. Si para un colega que trabaja en los EE. UU., cerca de la mitad de sus consultas de preadolescentes serán merecedoras de un diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (6), para buena parte de nosotros, por distintos factores que inciden en nuestra forma de aproximación clínica, tal categoría no tiene tanta pregnancia epidemiológica, mientras que sí vemos cómo se repiten una tras otra las consultas por niños y niñas que inician su asistencia a Jardines de Infantes y presentan rasgos más o menos pronunciados del llamado Espectro Autista (7). En este terreno se viene insistiendo, cuestión no exenta de debates, en la importancia de la detección e intervención tempranas (8, 9, 10), por medio de abordajes interdisciplinarios (11, 12, 13).

Los ámbitos desde los que se producen la mayor parte de las derivaciones de estos casos son los llamados Centros de Primera Infancia, creados a partir de organizaciones sociales barriales por el área social del gobierno de la CABA, actual Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano.

Estos Centros reciben niños y niñas de entre cuarenta y cinco días y tres años de edad, y allí se les ofrece acompañamiento y cuidado en jornadas que pueden ser de hasta ocho horas de duración. Los mismos cuentan con equipos técnicos compuestos por trabajadores sociales, psicopedagogos y otros profesionales que supervisan y orientan a las responsables del cuidado directo de los niños y niñas a su cargo. Por otro lado, también recibimos consultas de Jardines de Infantes, relacionadas con problemas del desarrollo, entre otros motivos.

Desde el CeSAC 24, como expresión rizomática de los fundamentos que, se entiende, están planteados en esta parte de la ley, se organizó un programa, que actualmente denominamos *Interdisciplinario de desarrollo*, que cuenta con un equipo compuesto por un psiquiatra infantojuvenil, una pediatra, una psicóloga, una fonoaudióloga, dos trabajadoras sociales, una kinesióloga y una terapeuta ocupacional. Además colaboran con el programa, en forma estable desde hace alrededor de tres años, un equipo de psicomotricistas que concurren semanalmente *ad honorem* y un equipo de musicoterapeutas nucleados en una organización no gubernamental. Es este programa, en el marco institucional del CeSAC 24, que no es especializado y por esto no está orientado exclusivamente a estas problemáticas, desde donde ofrecemos un abordaje posible y acompañamiento a los niños y niñas y sus familias o referentes de cuidado que nos consultan. Parte de la composición del programa fue viable por la generación de cargos profesionales rentados que se inició hace siete años como forma de expansión del Programa de Atención Comunitaria a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos, que funcionaba en el Centro de Salud Mental No 1 de la CABA desde el año 2006. Con esta aclaración pretendemos explicitar que algo de la lógica de esta parte del instrumento normativo de la ley 26657 no fue producto de novedosísimas ideas de los legisladores o sus asesores, sino que hunde sus raíces en experiencias y desarrollos teóricos llevados adelante por décadas en nuestro país, y en otros países, y que muestra, aplicando una metáfora botánica, el desarrollo de sus ramas visibles en diversas modalidades.

En el mismo Capítulo V de la ley también se hace lugar a la cuestión del trabajo intersectorial. En el terreno de los Trastornos del desarrollo, esos diálogos se dan, en el momento de las intervenciones tempranas, fundamentalmente entre las áreas de Educación y Salud. Sin embargo, hay todavía, a éste respecto, un muy largo camino a transitar en una dirección distinta a la de los actuales intercambios teñidos de des-implicaciones recíprocas.

Parte de este conflicto puede expresarse como la expectativa del sector de Educación Inicial de que algún proceso de abordaje técnico, especializado, desde el sector Salud, convierta a ese niño o niña con determinadas particularidades, en alguien más decodificable en lo comunicacional o vincular, y desde el sector Salud, que los Jardines y los Centros de Primera Infancia (CPIs), asuman la obligación de incluir a niños y niñas con procesos de desarrollo particulares y proponerles recorridos de educación inicial adecuados a esas modalidades de desarrollo. Paralelamente a estos desencuentros y tensiones, en algunos casos más superables que en otros, se dan experiencias entre instituciones en las que logramos articular la necesidad de sostenernos en un acompañamiento mutuo y en las que a lo largo del tiempo se puedan ir delimitando aspectos específicos de intervención desde las disciplinas e instituciones implicadas.

Esto se pone a la vista en esos casos en determinados recorridos lúdicos, de enseñanza y aprendizaje, por un lado, y un alivio o resolución de síntomas por el otro.

El trabajo con estos niños y niñas, en sus vínculos con sus otros y en su desarrollo evolutivo, produce en algunos de ellos, marcadas moderaciones sintomáticas, incluso algo que podríamos llamar una salida del autismo. Esto permite a posteriori revisar y relativizar criterios diagnósticos que pudieron avizorarse inicialmente y cobra especial importancia para desarmar anticipaciones estigmatizantes.

Otros casos, quizás los más emparentados con las descripciones típicas del Autismo, requerirán de apoyos e intervenciones amplias por períodos de tiempo extensos, donde es necesario un importante trabajo de articulación de actores y abordajes, imposible de protocolizar dadas las variadas propuestas de abordaje actuales, y donde los y las pacientes y sus entornos afectivos, con sus posibilidades y obstáculos, irán marcando el *tempo* y el estilo.

Aquí, como respecto de la problemática de las adicciones analizada previamente, no parecen haberse organizado las instancias de abordajes enunciadas en el citado Artículo 11 de la ley (ver nota 6), en cantidad, calidad y forma accesible a poblaciones vulnerables. En el caso de los problemas del desarrollo infantil más profundos, la vía de la cobertura nacional de la discapacidad o de las coberturas que ofrecen las Obras Sociales implican un serio desafío a la determinación y a la constancia de las familias y quienes acompañamos estos procesos. En los últimos meses, especialmente amenazados por la supresión parcial o total de políticas de inclusión social y de ampliación de las coberturas sanitarias.

Conclusiones

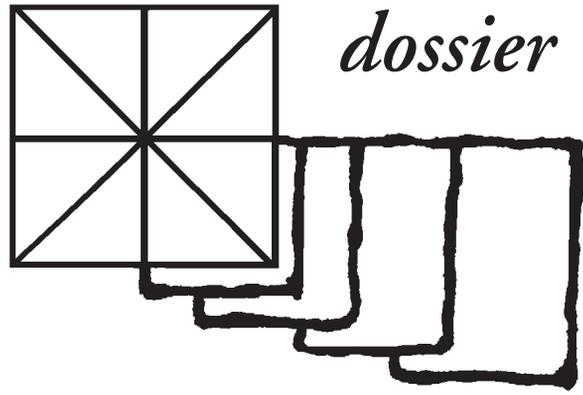
Hasta aquí se intentó articular aspectos significativos de la práctica con la prescriptiva enunciada en el texto de la Ley. Para ello se comentaron las implicancias legales de los primeros cinco Capítulos que representan menos de un cuarto de la extensión total de la Ley 26657; esto es, solamente los primeros once Artículos de un total de cuarenta y seis.

Se puede vislumbrar así que el énfasis de la Ley está puesto en la regulación de las prácticas de internación, que ocupa buena parte del articulado posterior, no analizado en este texto.

Por otro lado, es pertinente señalar que en esta Ley se formalizaron interesantes criterios que orientan a disminuir ciertas concepciones reduccionistas para conceptualizar a las problemáticas en cuestión y, muy especialmente, ubicar a las internaciones en el contexto de propuestas de abordaje con orientación comunitaria desde una perspectiva de cuidado de los derechos de las personas con cuadros de mayor gravedad. Sin embargo, en todos estos aspectos restan muchos esfuerzos por realizar para otorgar viabilidad real a estos enunciados legales. ■

Referencias bibliográficas

1. Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010; 9: 67-77.
2. Sobredo, L. El caso Ximenes Lopes vs Brasil. La psiquiatría y el derecho internacional de los derechos humanos en la vida real. *Vertex, Rev. Arg de Psiquiat.* 2016, Vol XXVII; 191-196.
3. Dirección General de Estadísticas y Censos, CABA. Resultados provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 en la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
4. Stringhini, S y otros. Socioeconomic status and the 25 ×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet.* Vol 389. March 25, 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
5. Vazquez A, Romani O. *Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires.* Facultad de Psicología –UBA- / Secretaría de Investigaciones / Anuario de investigaciones / Volumen XIX.
6. Rapaport, J. Pediatric psychopharmacology: too much or too little? *World Psychiatry* 2013;12:118–123.
7. Rapin, I. The Autistic Spectrum Disorders. *N Engl J Med*, Vol. 347, No. 5. August 1, 2002.
8. Al-Qabandi, M; Jan Willem Gorter, JW; Rosenbaum, P. Early Autism Detection: Are We Ready for Routine Screening? *Pediatrics* 2011 Jul;128(1):e211-7. DOI: 10.1542/peds.2010-1881.
9. Armus, M; Oliver, M; Duhalde, C; Woscoboinik, N. Desarrollo emocional, clave para la primera infancia, de 0 a 3. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_Oa3_simples.pdf
10. Plevak, A; Schelotto, M; Bonifacino, N; Mussetti, D. Consulta pediátrica en la primera infancia: una oportunidad para la detección de indicadores de riesgo en el desarrollo emocional. Experiencia de tamizaje e intervención temprana. *Archivos de Pediatría del Uruguay* 2012; 83 (2)80-86.
11. Jansson, BS; Miniscalco, C; Westerlund, J; Kantzer, AK; Fernell, E; Gillberg, C. Children who screen positive for autism at 2.5 years and receive early intervention: a prospective naturalistic 2-year outcome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016:2255-2263.
12. Dawson, G; Rogers, S; Munson, J; Smith, M; Winter, J; Greenson, J; Donaldson, A; Varley, J. Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics.* January 2010; 125(1).
13. Fernell, E; Hedvall, A; Westerlund, J; Carlsson, LH; Eriksson, M; Olsson, MB; Holm, A; Norrelgen, F; Kjellmer, L; Gillberg, C. Early intervention in 208 Swedish preschoolers with autism spectrum disorder. A prospective naturalistic study. *Research in Developmental Disabilities* 32 (2011) 2092–2101.



0.5	0.6	2.1	0.7	1.7	0.4	0.7	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
3.0	0.6	3.9	0.9	5.1	1.2	4.6	1.1	3.4	0.8	0.8	0.8	0.8
0.3	3.1	0.5	3.7	0.7	1.8	0.5	0.5	0.1	48.0	0.1	0.1	0.1
0.5	6.9	0.8	7.1	0.9	7.8	1.0	4.9	0.8	7.9	0.8	0.8	0.8
0.5	0.1	0.5	0.3	0.7	0.2	0.4	0.2	0.2	0.2	3.4	3	3
2.8	0.3	3.1	0.5	3.4	0.8	2.3	0.8	1.9	0.4	4.5	3	3
2.9	0.8	3.5	1.2	2.1	1.0	3.9	2.5	1.3	0.7	2.8	3	3
3.1	0.3	4.1	0.6	3.1	0.7	2.1	0.6	1.7	0.7	10.9	3	3
16.4	1.1	17.2	1.6	16.4	1.6	18.8	3.9	11.3	1.9	6.3	3	3
0.7	0.6	9.4	0.8	8.0	1.0	9.2	1.2	7.6	1.4	3.2	3	3
0.2	0.5	0.2	0.6	0.2	0.9	0.3	0.7	0.4	0.8	0.8	0.8	0.8
0.4	4.8	0.7	4.3	0.8	2.1	0.7	0.9	0.4	30.6	0.4	0.4	0.4
14.0	0.9	12.3	1.3	11.7	1.2	8.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4

EPIDEMIOLOGÍA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

A excepción de algunos intentos puntuales, nacionales o regionales centrados en el estudio de algunas patologías psiquiátricas en especial, en particular, el alcoholismo y las adicciones, o restringidos a ciertos grupos etarios, llevados a cabo por entes estatales o académicos, así como por algunas iniciativas privadas, podemos decir que no se ha realizado en nuestro país hasta el presente un estudio actualizado y completo en el nivel nacional y en la población general como el que comunicamos en este Dossier.

Es de recordar que en el momento fundacional de nuestra especialidad el Dr. Lucio Meléndez, en colaboración con su colega, el Dr. Emilio R. Coni, llevaron a cabo el primer “Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires”, publicado en la Revista Médico-Quirúrgica en 1880 (Tomo XVI. pp.451, 484 y 507). Ese relevamiento, realizado con los criterios e instrumentos de la época, abarcaba solamente algunas localidades del territorio de la actual provincia de Buenos Aires y la ciudad homónima.

Casi un siglo y medio después podemos contar con datos propios sobre el tema gracias a un esfuerzo mancomunado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA), el Centro de Coordinación de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental y del CIEP de la OMS, plasmado en un acuerdo de colaboración entre la Facultad de Medicina de la UBA y la Escuela de Medicina de Harvard, sede de asiento del CIEP, con financiamiento del entonces Ministerio de Salud de nuestro país.

Las instituciones participantes tuvieron el apoyo en aspectos técnicos por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM), de México; del Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada (CINEA), dependiente de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) de Argentina, que fue el responsable para planificar, elaborar y llevar a cabo el trabajo de campo de las encuestas domiciliarias; y de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), que contribuyó con una parte de la financiación y prestó apoyo informático y profesional para la realización de la encuesta.

La utilidad de los datos recabados puede tener efectos fundamentales sobre la planificación racional de las políticas sanitarias y la formación de recursos humanos en el área de la Salud Mental.

Acompañando ese estudio presentamos en este Dossier tres artículos de importantes especialistas.

El primero, de los colegas ingleses del King’s College de Londres, Graham Thornicroft y Nicole Votruba, se centra en la novedosa inclusión, por primera vez en la historia, de pautas ligadas a la salud mental en el compromiso internacional que establecen los “Objetivos de Desarrollo Sustentable” de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los cuales apuntan a lograr una distribución más equitativa de los recursos a nivel global.

Como bien lo señalan los autores esta inclusión “constituye una oportunidad única para aumentar la cobertura y la calidad de asistencia, especialmente en

países de ingresos bajos y medios, en los que actualmente la brecha de tratamiento supera el 80% incluso para los trastornos más graves”, advirtiendo además, que “... la salud mental se encuentra implícitamente ligada a otros múltiples Objetivos de Desarrollo Sustentable”, y resaltando la importancia de que los Estados desarrollen políticas efectivas destinadas a mejorar la salud mental de la población como precondición para terminar con el hambre, alcanzar un nivel de seguridad alimentaria y una mejor nutrición; asegurar objetivos educativos de calidad, inclusivos, y equitativos; promover oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida; promover el crecimiento económico sostenido, sostenible e inclusivo; reducir la inequidad entre países y dentro de cada país; lograr que las ciudades y asentamientos humanos sean seguros; promover sociedades pacíficas e inclusivas; y, obviamente asegurar condiciones saludables de vida durante todo el ciclo vital, con especial énfasis en los grupos etarios vulnerables como son los niños y adolescentes y los ancianos.

A tal efecto, los autores mencionados resaltan la responsabilidad en la obtención de esos objetivos por parte de los gobiernos, las instituciones de la sociedad civil, las ONGs y las organizaciones académicas.

Por su lado, Daniel Vigo, Laura Jones, Daniel E. Maidana, Michael Krausz y Devora Kestel, a partir de una estimación basada en el Estudio de la Carga Global de Enfermedad, analizan en su artículo la carga de enfermedad relacionada con la salud mental en la Argentina.

Para ello presentan un análisis de la carga a la que añaden la producida por auto-lesiones y suicidio, trastornos neurológicos que provocan trastornos psicológicos y del comportamiento significativos, complicaciones somáticas del trastorno por consumo de alcohol y una estimación del trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente, a fin de aportar elementos para la priorización racional de la asignación de recursos y el desarrollo de servicios.

En sus comentarios y recomendaciones los autores mencionados concluyen en que “... el primer nivel de atención es el único con presencia relativamente homogénea en todo el país, y por lo tanto el único capaz de incrementar efectivamente la cobertura y disminuir la inequidad”; y que para fortalecerlo es necesario capacitar en salud mental a su personal no especializado aplicando recursos tecnológicos informáticos y comunicacionales para compensar las inequidades regionales en la cobertura.

Estas medidas, consideran Vigo y colaboradores, tendrían la virtud de disminuir simultáneamente los costos de atención en base a recursos especializados y los gastos indirectos causados por la pérdida de productividad laboral, al mismo tiempo que darían una cobertura más amplia y contribuiría a disminuir “... la inequidad regional y socioeconómica en la calidad de la atención en salud mental en un país rico en recursos profesionales”.

Para terminar Eduardo Leiderman presenta un estudio que permite conocer la prevalencia actual de consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires y compararla con una encuesta similar realizada en el año 2005 (ver Leiderman EA, Mugnolo JF, Bruscoli N, Massi J. Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría* 2006,17 (66):85-91). Se comprueba en el mismo que casi uno de cada cuatro habitantes de la CABA consume actualmente algún tipo de psicofármaco y casi la tercera parte de los que consumen lo hacen sin recomendación médica, comprobándose que existe un aumento significativo en el consumo actual comparado con el de hace 12 años. El autor recomienda nuevas investigaciones que permitan conocer las causas de este aumento para poder implementar medidas que logren un adecuado control médico e impidan el uso irracional de estos medicamentos. ■

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

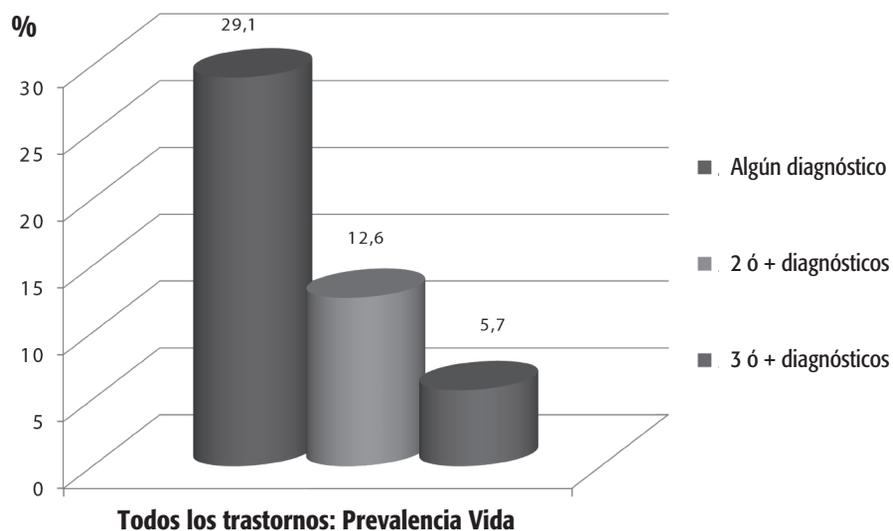
El primer objetivo del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” fue estimar la prevalencia de vida, el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años de edad, la edad de inicio, los efectos de cohorte y las correlaciones socio-demográficas de los trastornos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

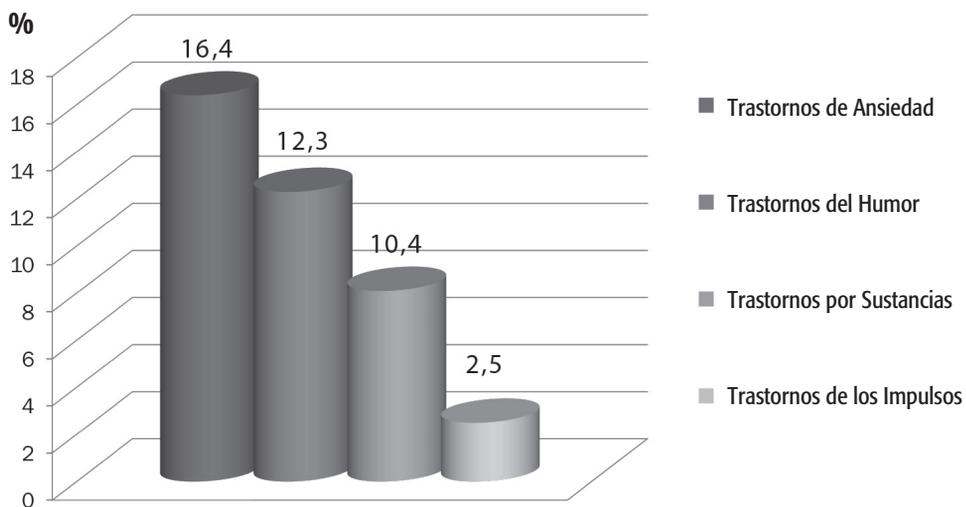
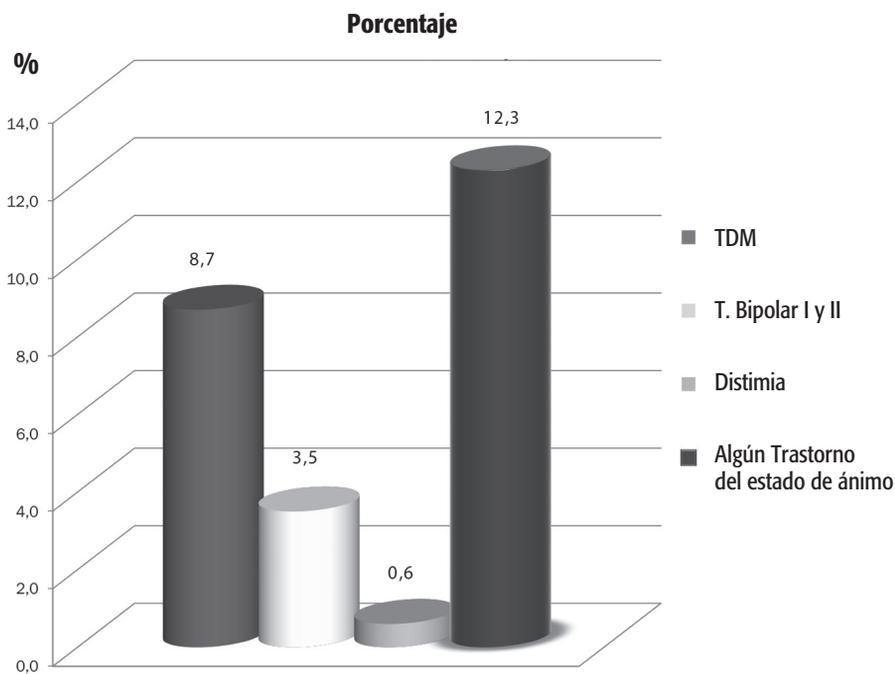


Figura 3. Prevalencia de los Trastornos del estado de ánimo a lo largo de la vida.



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.

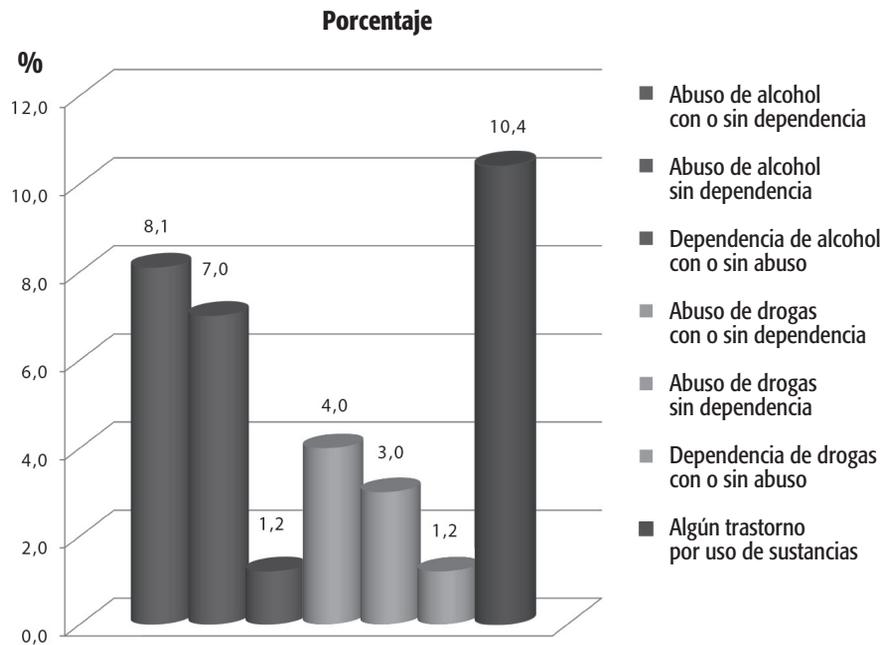


Figura 5. Prevalencia de los Trastornos de ansiedad a lo largo de la vida.

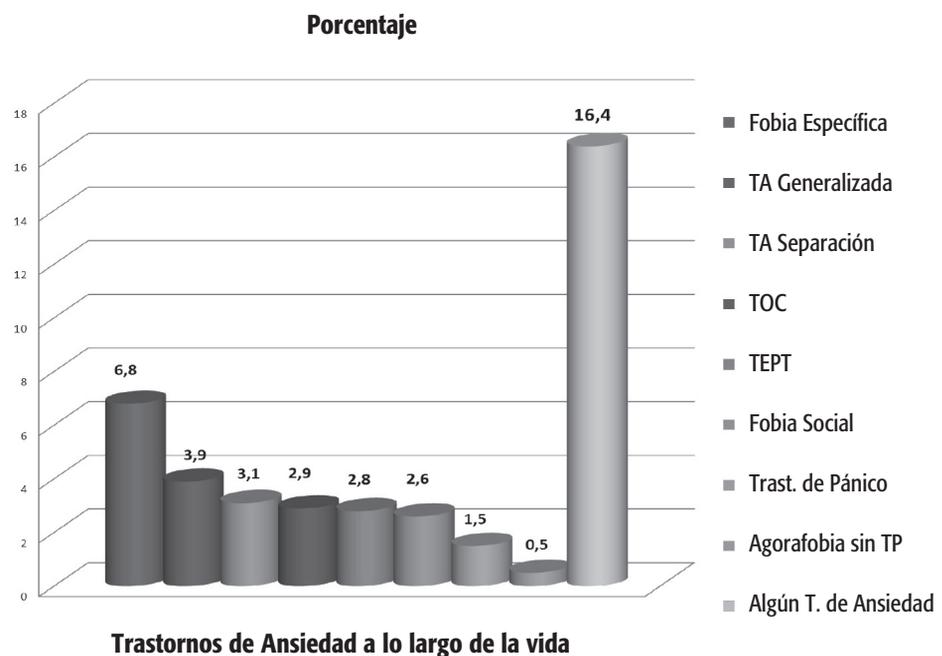
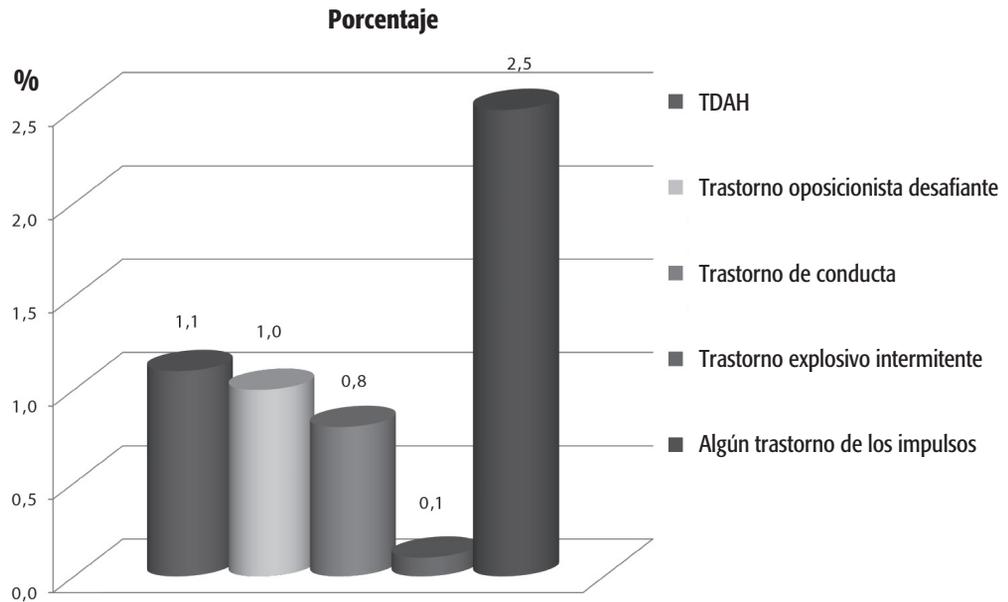


Figura 6. Prevalencia de los Trastornos por control de los impulsos a lo largo de la vida.



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.

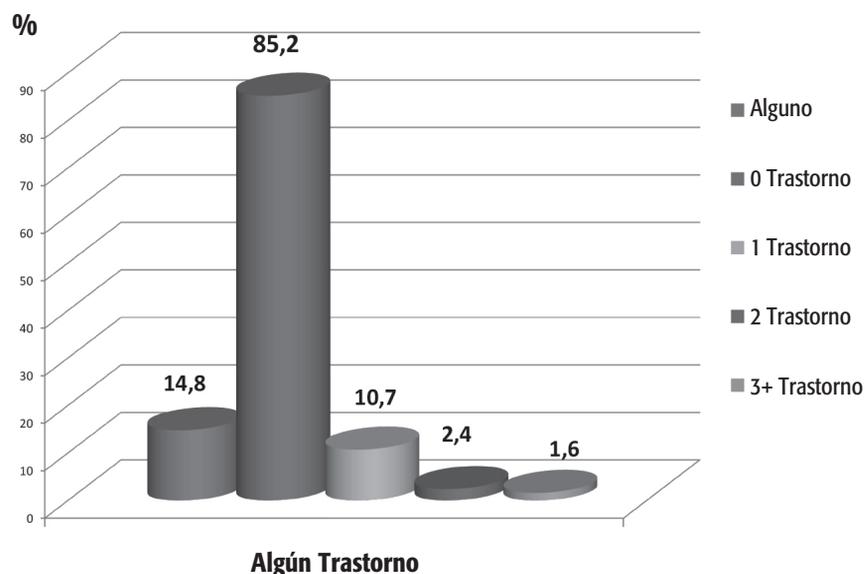


Tabla 3. Prevalencia en los últimos 12 meses de los Trastornos Mentales según el DSM-IV.

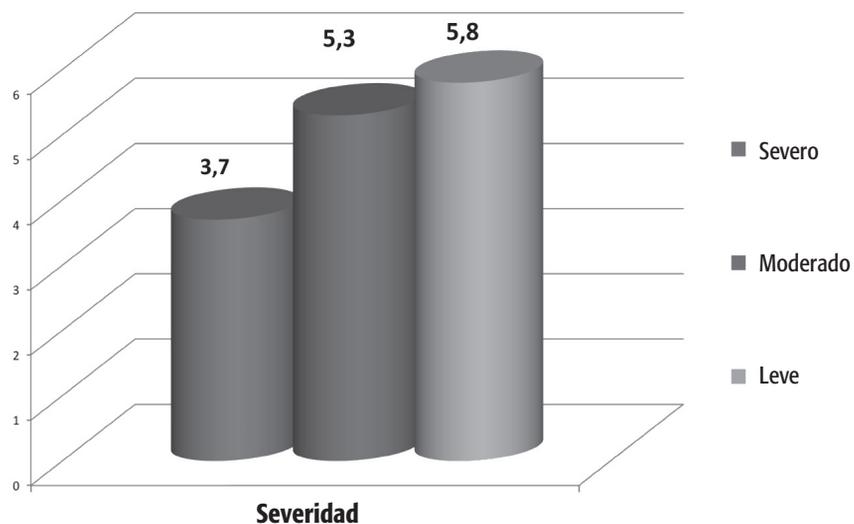
Prevalencia de 12-meses	%		
Trastornos de ansiedad		Trastornos de control de los impulsos	
Trastorno de pánico	0.8	Trastorno oposicionista desafiante	0.0
TAG	1.5	Trastorno de conducta	0.1
Fobia social	1.3	TDAH	0.4
Fobia específica	4.8	Trastorno explosivo intermitente	0.1
Agorafobia sin pánico	0.3	Algún 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	-	-
χ^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 InstituteInc; 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.

Objetivos de Desarrollo Sostenible y Salud Mental

Graham Thornicroft¹, Nicole Votruba²

1. Centre for Global Mental Health, King's College London, Institute of Psychiatry.

2. Coordinator, FundaMental SDG, Centre for Implementation Science, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London.

Autor correspondiente: Graham Thornicroft, E-mail: graham.thornicroft@kcl.ac.uk

Resumen

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas marcan el camino para una distribución más equitativa de los recursos a nivel global. Por primera vez en la historia, este tipo de compromiso colectivo incluye explícitamente objetivos ligados a la salud mental. Esto constituye una oportunidad única para aumentar la cobertura y la calidad de los tratamientos, especialmente en países de ingresos bajos y medios, en los que actualmente la brecha de tratamiento supera el 80% incluso para los trastornos más graves. Además, la salud mental se encuentra implícitamente ligada a otros múltiples Objetivos de Desarrollo sustentable, resaltando la importancia de invertir en mejorar la salud mental de la población como precondition para: terminar con el hambre y lograr seguridad alimentaria y una mejor nutrición (ODS 2); asegurar educación de calidad, inclusiva, y equitativa, y promover oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida (ODS 4); promover el crecimiento económico sostenido, sostenible, e inclusivo (ODS 8); reducir la inequidad entre países y dentro de cada país (ODS 10); lograr que las ciudades y asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, y sostenibles (ODS 11); promover sociedades pacíficas e inclusivas (ODS 16); y, obviamente asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos a lo largo del ciclo vital (ODS 3). En este trabajo revisamos las razones por las cuales el mejoramiento de la salud mental constituye un paso fundamental en el camino para lograr los ODS mencionados, como así también los objetivos de salud mental explícitamente incluidos entre los ODS, resaltando el rol que la sociedad civil, las ONGs y las organizaciones académicas deben cumplir para garantizar el cumplimiento de dichos compromisos.

Palabras clave: Objetivos de desarrollo sostenible - Salud mental - Países de bajos y medianos ingresos (PIMB) - Equidad en salud.

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS AND MENTAL HEALTH

Abstract

In 2015, the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs) set the course for a more equitable distribution of resources globally. For the first time in history, this collective global commitment explicitly included mental health-related objectives, and manifested them as targets in the health SDG 3. This represents a unique opportunity to increase coverage and quality of services, especially in low- and middle-income countries, in which the current treatment gap surpasses 80% even for the most severe disorders. Importantly, although not explicitly highlighted in the SDGs, mental health is implicitly cross-linked to multiple of the other goals and targets, which stresses the importance of investing in improving population-level mental health as a pre-condition to: ending hunger, achieving food security and improved nutrition, and promoting sustainable agriculture (SDG 2); ensuring inclusive and equitable quality education and promoting life-long learning opportunities for all (SDG 4); promoting sustained, inclusive and sustainable economic growth (SDG 8); reducing inequality within and among countries (SDG 10); making cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable (SDG 11); promoting peaceful and inclusive societies (SDG 16); and, obviously, ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages (SDG 3). In this article, we revise the reasons why investing in, and improving, mental health systems and services, constitutes a fundamental step towards achieving the overall SDGs, and we highlight the role that civil society, NGOs, and academic organizations need to play to ensure that these commitments are fulfilled.

Keywords: Sustainable development goals - SDGs - Mental health - Low and middle income countries - Health equity.

Objetivos de Desarrollo Sostenible: las razones para incluir objetivos relacionados con la salud mental

¿Por qué la salud mental es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)? En relación con las necesidades de salud mental en todo el mundo, la situación es grave: la “brecha de tratamiento” en salud mental, es decir, la diferencia entre la prevalencia verdadera y la tratada indica que más del 80% de las personas con trastornos mentales graves en países de bajos y medianos ingresos (PIBM) no reciben tratamiento (1). Las consecuencias adversas incluyen: deterioro sintomático, exclusión social y discapacidad a largo plazo de personas que podrían ser económica y socialmente productivas. Se requiere un esfuerzo global para disminuir el impacto de los trastornos mentales en términos de: carga global de la enfermedad (2), mortalidad prematura (3,4), estigma y abusos contra los derechos humanos (5,6).

En los PIBM, los recursos para personas con trastornos mentales son “inadecuados, inequitativos e ineficientes” (7). En promedio, los PIBM asignan el 0,5% de sus presupuestos de salud a la salud mental, aunque estos trastornos representan el 7,4% de la carga mundial de morbilidad (8). Se reconoce cada vez más la importancia mundial de la salud mental en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015 (9,10).

El argumento para incluir la salud mental en la Agenda de Desarrollo Post-2015 es convincente, tanto en términos de un desafío que atraviesa todas las áreas temáticas emergentes, como directamente en términos de las necesidades no satisfechas de los 450 millones de personas en el mundo que actualmente padecen enfermedades mentales (11). Sin embargo, muy raramente se aprecia que la salud mental atraviesa la mayoría de los temas presentes en los ODS:

En relación con la promoción de *sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, proporcionando acceso a la justicia para todos y construyendo instituciones eficaces, responsables e inclusivas en todos los niveles* (ODS 16), peor salud mental disminuye la resiliencia ante conflictos; los conflictos son en sí mismos factores de riesgo para empeoramientos de la salud mental (12); y las necesidades de los grupos vulnerables post-conflicto, como las personas con enfermedades mentales, son a menudo ignoradas (como Robin Hammond documentó poderosamente: <http://www.robinhammond.co.uk>). Para *hacer que las ciudades y asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles* (ODS 11), la mejora de los sistemas de salud mental desempeñará un papel decisivo, especialmente en relación con la tendencia mundial hacia la urbanización y sus factores de riesgo asociados a enfermedad mental. Además, la adversidad individual puede tener un impacto a nivel poblacional, por ejemplo, las complicaciones del embarazo, como el aborto espontáneo, se asocian con una peor salud mental.

Para *promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos* (ODS 8), está probado que las perso-

nas con enfermedades mentales tienen tasas de empleo mucho más bajas que las de la población general, y que los períodos de recesión están relacionados con un empeoramiento de la salud mental en la población, especialmente entre los hombres (13). En general, las personas con trastornos mentales no tratados contribuyen negativamente a la riqueza mundial porque aumentan el absentismo escolar y el abandono escolar, el gasto en atención médica y las tasas de desempleo (14). Por lo tanto, la productividad se ve perjudicada al ignorar las necesidades de la población en materia de atención de la salud mental (15), y el Foro Económico Mundial ha estimado el producto económico perdido a causa de enfermedades mentales en más de 16 billones de dólares (16).

Para *garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad, y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos* (ODS 4), el desafío clave es que los problemas de salud mental a menudo se asocian con bajo rendimiento educativo, especialmente los trastornos del desarrollo, y que afectan las perspectivas económicas a largo plazo, mientras que los estresores educativos también son factores de riesgo de suicidalidad entre estudiantes de escuelas y universidades. Con respecto a *erradicar el hambre, lograr seguridad alimentaria y mejorar la nutrición y promover la agricultura sostenible* (ODS 2), la enfermedad mental en madres es un factor de riesgo de desnutrición infantil y la mala alimentación en personas con enfermedades mentales graves contribuye a su peor salud física (17-19).

Para *garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades* (ODS 3), es fundamental incluir la salud mental. La *reducción de la desigualdad dentro y entre los países* (ODS 10) no se puede abordar completamente si no se reconoce que casi una cuarta parte de la población mundial, aquellos que experimentan una enfermedad mental este año, experimentan discriminación sistemática en la mayoría de las áreas de la vida (20). De hecho, el derecho a la salud, tal como está incorporado en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se descuida manifiestamente ya que la esperanza de vida entre las personas con enfermedad mental es hasta 20 años menor entre los hombres y 15 años menor entre las mujeres, en comparación con sus pares sin enfermedad mental (3).

También es cierto que las personas con enfermedades infecciosas graves (como el VIH / SIDA) o con enfermedades no transmisibles manifiestan una mortalidad prematura si su adherencia a la medicación se ve comprometida por una enfermedad mental comórbida no detectada y no tratada (21). El punto fundamental es que la salud debe incluir la salud mental, tal como es determinado por la OMS y aceptado por todos los estados miembros de la ONU.

En relación con el tratamiento y las necesidades de atención directas, cualquier intento de lograr la cobertura universal de salud debe incluir necesariamente la provisión de tratamiento a las personas con enfermedades mentales. Mientras que los trastornos mentales contri-

buyen al 22.9% del total de años vividos con discapacidad, en promedio, los países de bajos ingresos asignan solo el 0.53% de su presupuesto total de salud, y los países de medianos ingresos solo el 1.90% (22).

La Agenda de Desarrollo Post-2015 es importante porque, como hemos visto para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los gobiernos nacionales y los donantes internacionales considerarán los Objetivos de Desarrollo Sostenible como sus principales prioridades para la inversión. Por esta razón, se deben considerar las necesidades de salud mental, primero en relación con las necesidades directas de las personas afectadas, pero también por sus efectos indirectos que determinan las oportunidades de vida relacionadas con la educación, en particular de los grupos carentes de atención como las mujeres y los niños, y los que viven en la pobreza.

Elementos de salud mental incluidos en los ODS

En su 70ª sesión, en 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la resolución sobre la nueva Agenda 2030 para el desarrollo sostenible y declaró la salud mental como una prioridad para el desarrollo global. En la declaración inicial, parte de los nuevos ODS (el preámbulo), la ONU ubica la salud mental en igualdad de condiciones con la salud física y hace un llamamiento a sus estados miembros para garantizar un acceso equitativo y universal a la atención médica, incluyendo la promoción de la salud mental y el bienestar, la cobertura de salud universal, y el acceso a una atención de calidad:

“Párrafo 7: en estas Metas y objetivos, estamos estableciendo una visión sumamente ambiciosa y transformadora. Prevemos un mundo (...) con acceso universal y equitativo a una educación de calidad en todos los niveles, a la atención de la salud y la protección social, donde se asegure el bienestar físico, mental y social”.

La ONU también reconoce que la enfermedad mental es un desafío importante para el desarrollo sostenible y expresa su compromiso con la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos conductuales, del desarrollo y neurológicos:

“Párrafo 26: para promover la salud y el bienestar físico y mental, y para extender la esperanza de vida para todos, debemos lograr una cobertura de salud universal y acceso a una atención médica de calidad (...) Estamos comprometidos con la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidos los trastornos conductuales, del desarrollo y neurológicos, que constituyen un gran desafío para el desarrollo sostenible”.

Dentro del Objetivo 3 (el “objetivo de salud”), las Naciones Unidas hacen referencia a la salud mental tres veces: llaman directamente a “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” (Objetivo 3.4); “fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el uso indebido de drogas y el uso nocivo del alcohol” (3.5); y también lo mencionan indirectamente como incluido en la cobertura universal de

salud para lograr cobertura de salud universal, incluida la protección de riesgos financieros, acceso a servicios esenciales de salud y acceso a medicamentos esenciales y vacunas seguros, efectivos, de calidad y asequibles para todos (3.8) (Naciones Unidas 2015). Con esta agenda de desarrollo, la ONU ha seguido las recomendaciones de la OMS y ha convertido a los ODS en una declaración clara en favor de la inclusión de la salud mental como un componente esencial del desarrollo global.

Este es un paso histórico para la salud mental, que los líderes en salud mental global y organizaciones no gubernamentales como FundaMentalSDG han defendido en los últimos años. La lista final de los indicadores de ODS propuestos (según lo acordado por la ONU en marzo de 2016 y aprobado por el ECOSOC en junio de 2016) incluye un indicador sobre la medición de las tasas de suicidio. Esto no solo es relevante sino también un paso razonable ya que los países de la ONU/OMS no requieren un esfuerzo adicional para cumplir con los indicadores ya que han acordado recopilar los datos para estos indicadores dentro del plan de acción de salud mental de la OMS.

Conclusiones

Para que los objetivos del ODS sean verdaderos para todas las personas y “no dejen a nadie atrás” (como expresa un principio de los ODS), ¿qué se puede aprender de la participación del sector de la salud mental en las formulaciones de los ODS? Sugerimos que entre los puntos clave de aprendizaje se encuentran los siguientes: que las partes interesadas (a) harán bien en colaborar y consolidarse en una voz unificada; (b) también deben hacer propuestas de políticas claras y simples para trastornos mentales específicos, mejoras de servicios, o cambios en el sistema; (c) deben trabajar para establecer relaciones continuas y de confianza con los responsables de la formulación de políticas para incorporar la salud mental en la agenda de políticas mundiales; y que (d) la sociedad civil, las ONG y la academia deben asumir su parte de responsabilidad para promover la importancia de los ODS y la necesidad de influencia sobre sus ciudadanos y Estados miembros.

En los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible, la ONU finalmente definió la salud mental como una prioridad de desarrollo global, y sentó las bases de un plan ambicioso para enfrentar los desafíos del mundo en los próximos 15 años. La sociedad civil ha sido ignorada en gran medida en este proceso. Ahora las ONG, las organizaciones de la sociedad civil y académicas deben recordarle a la ONU que ahora las acciones deben seguir al compromiso formal. Los Objetivos Globales requieren un plan de acción detallado, y la implementación de los objetivos de salud debe ser definida y medida por indicadores. La salud mental, en particular, necesita indicadores claros y específicos para identificar, medir e implementar mecanismos para el fortalecimiento y ampliación de los sistemas de salud mental. Esto se aplica particularmente a los países de bajos ingresos donde la cobertura y la provisión de servicios de salud mental son muy deficientes.

La salud mental es un desafío para el desarrollo global no solo en sí mismo, sino que también influye en muchos otros objetivos de desarrollo como un tema transversal. Tanto la ONU como las ONG, las organizaciones de la sociedad civil y el mundo académico deben reconocer estos vínculos de salud mental generalizados a lo largo de los ODS, y fortalecer la salud mental con indicadores claros. Además, las Naciones Unidas deben desglosar los indicadores para garantizar la equidad en la salud. En los próximos 14 años, tanto la ONU como sus estados miembros, las ONG y la academia necesitan medir y monitorear los datos de los indicadores para asegurar que se cumplan los objetivos de los ODS.

Las ONG y el mundo académico deben mantener el impulso y, como guardianes de los ODS, asegurarse que la ONU cumpla con su responsabilidad. Y los estados miembros de la ONU deben comprometerse con su promesa de la agenda 2030 de no dejar a nadie atrás y garantizar la prevención y el tratamiento, y la inclusión dentro de la cobertura de salud universal para las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

Agradecimientos

GT cuenta con el respaldo del Instituto Nacional para la Investigación en Salud (NIHR), Colaboración para el Liderazgo en Investigación y Atención de Salud Aplicada en el Sur de Londres en King's College London Foundation Trust. Las opiniones expresadas son las de los autores y no necesariamente las del NHS, el NIHR o el Departamento de Salud.

Declaración de conflictos de intereses

GT reconoce el apoyo financiero del Departamento de Salud a través del Centro de Investigación Biomédica del Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR) y la Dementia Unit adjudicada al South London y Maudsley NHS Foundation Trust en asociación con King's College London y King's College Hospital NHS Foundation Trust. GT cuenta con el apoyo del proyecto Emerald del Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (FP7 / 2007-2013). ■

Referencias bibliográficas

- Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370(9590): 841-50.
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(2): 171-8.
- Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(4): 334-41.
- Fekadu A, Medhin G, Kebede D, et al. Excess mortality in severe mental disorders: a 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *British Journal of Psychiatry* 2015; 206(4): 289-96; DOI: 10.1192/bjp.bp.114.149112.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Grp IS. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009; 373(9661): 408-15.
- Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381(9860): 55-62.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Global Mental Health 2 - Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370(9590): 878-89.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382(9904): 1575-86.
- Votruba N, Eaton J, Prince M, Thornicroft G. The importance of global mental health for the Sustainable Development Goals. *Journal of Mental Health* 2014; 23(6): 283-6.
- Thornicroft G, Votruba N. Millennium development goals: lessons for global mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences* 2015; 24(5): 458-60.
- Consortium WHOWMHS. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. *Journal of the American Medical Association* 2004; 291: 2581-90.
- Kohrt BA, Hruschka DJ, Worthman CM, et al. Political violence and mental health in Nepal: prospective study. *Br J Psychiatry* 2012; 201(4): 268-75.
- Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. *BMJ Open* 2012; 2(5).
- Collins PY, Saxena S. Action on mental health needs global cooperation. *Nature* 2016; 532(7597): 25-7.
- Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35(1): 1-14.
- World Economic F. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011.
- McCreadie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *BrJPsychiatry* 2003; 183: 534-9.
- Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ* 2013; 346: f2539.
- Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013; 346: f2969.
- Thornicroft G. Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Mayston R, Kinyanda E, Chishinga N, Prince M, Patel V. Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: a systematic review. *AIDS* 2012; 26 Suppl 2: S117-35.
- World Health Organisation. World Mental Health Atlas 2014. Geneva: WHO; 2014.

Carga de los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio y prioridades de salud mental en Argentina

Daniel Vigo ^{1,2,4}, Laura Jones ¹, Daniel E. Maidana ³, Michael Krausz ⁴, Devora Kestel ⁵

1. *Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA), Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Vancouver, Canada.*

2. *Department of Global Health and Social Medicine, Harvard Medical School, Boston, USA.*

3. *Department of Ophthalmology, Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Harvard Medical School, Boston, USA.*

4. *Department of Psychiatry, University of British Columbia, Vancouver, Canada.*

5. *Pan-American Health Organization, Washington, United States.*

Autor correspondiente: Daniel Vigo, E-mail: vigo.daniel@mail.harvard.edu

Resumen

El objetivo de este estudio es proporcionar una estimación de la carga de enfermedad relacionada con la salud mental en la Argentina, a fin de aportar elementos para la priorización racional de la asignación de recursos y el desarrollo de servicios. Partiendo de la base de las estimaciones realizadas por el Estudio de la Carga Global de Enfermedad (1) añadimos un análisis de la carga producto de: a) auto-lesiones y suicidio; b) trastornos neurológicos comunes con severas manifestaciones psicológicas y del comportamiento; c) consecuencias somáticas del trastorno por consumo de alcohol y d) una estimación del trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente. La carga de enfermedad producida por los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio (MNSS) resulta aproximadamente una quinta parte de los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) y más de un tercio de los años vividos con discapacidad (AVDs) totales, resultando el subgrupo más discapacitante de todas las enfermedades no transmisibles (ENT), y superando ampliamente al grupo combinado de las enfermedades infecto-contagiosas y materno-infantiles, y al grupo de los accidentes y lesiones no auto-inflingidas. El análisis de AVADs por edad y sexo permite una jerarquización de los trastornos que debería orientar el desarrollo de servicios para trastornos MNSS, su integración en la atención primaria, y la asignación de recursos. El primer nivel de atención es el único con presencia relativamente homogénea en todo el país, resultando por lo tanto el único capaz de incrementar efectivamente la cobertura y disminuir la inequidad. El fortalecimiento del primer nivel de atención puede ser logrado mediante la capacitación en salud mental de personal no especializado y el aprovechamiento de recursos tecnológicos informáticos y comunicacionales para contrarrestar las inequidades regionales en la cobertura. Tal visión estratégica permitirá disminuir: los gastos excesivos en recursos especializados, que por definición resultan más costosos e intervienen sólo cuando la patología superó cierto umbral; y los gastos indirectos causados por la pérdida de productividad laboral. Fundamentalmente, permitirá aumentar la cobertura y revertir la inequidad regional y socioeconómica en la calidad de la atención en salud mental en un país rico en recursos profesionales.

Palabras clave: Carga de enfermedad en Argentina - Trastornos mentales y AVADs) - Equidad en salud mental - Atención primaria en salud mental.

THE BURDEN OF MENTAL DISORDERS, NEUROLOGICAL, SUBSTANCE USE AND SUICIDE: REPORT ON MENTAL HEALTH PRIORITIES IN ARGENTINA

Abstract

The objective of this study is to provide an estimate of the burden of disease related to mental health in Argentina, in order to provide elements for the rational prioritization of resource allocation and the development of services. Based on the estimations made by the Study of the Global Burden of Disease (1) we add an analysis of the load product of: a) self-injuries and suicide; b) common neurological disorders with severe psychological and behavioral manifestations; c) somatic consequences of alcohol use disorder; and iv) an estimate of the disorder by somatic symptoms with prominent pain. The burden of disease caused by mental, neurological, substance use and suicide disorders (MNSS) is approximately one fifth of the years of life adjusted for disability (DALYs) and more than a third of the years lived with disability (ADLs) total, resulting in the most disabling subgroup of all non-communicable diseases (NCDs), and far exceeding the combined group of infectious and maternal-child diseases, and the group of non-self-inflicted accidents and injuries. The analysis of DALYs by age and sex allows a hierarchy of the disorders that should guide the development of services for MNSS disorders, their integration in primary care, and the allocation of resources. The first level of care is the only one with a relatively homogeneous presence throughout the country, being the only one capable of effectively increasing coverage and reducing inequality. The strengthening of the first level of care can be achieved through training in mental health of non-specialized personnel and the use of computer and communication technology resources to counteract regional inequities in coverage. Such strategic vision will allow to diminish: the excessive expenses in specialized resources, which by definition are more expensive and intervene only when the pathology exceeded a certain threshold; and the indirect costs caused by the loss of labor productivity. Fundamentally, it will allow increasing coverage and reversing regional and socioeconomic inequality in the quality of mental health care in a country rich in professional resources.

Keywords: Burden of disease in Argentina - Mental disorders and DALYs) - Equity in mental health - Primary mental health care.

Introducción

La Argentina está experimentando una transición epidemiológica debido a la disminución de la mortalidad materno-infantil, el aumento de la expectativa de vida y el aumento de la carga de enfermedades no transmisibles (ENTs) en una población que envejece (2–4). Menos conocido es el hecho de que la carga de ENTs se debe principalmente a trastornos mentales, neurológicos, por uso de sustancias y suicidio (MNSS), los cuales impactan de forma negativa tanto en la salud individual y colectiva, como en el bienestar socioeconómico de la comunidad (5–7). A pesar de esto, históricamente el tratamiento y la atención de las personas con trastornos MNSS no ha sido priorizado por los responsables de la formulación de políticas y financiamiento (8). Esta negligencia probablemente se vea exacerbada por la falta de investigación y monitoreo (ya que sólo se puede intervenir sobre lo que se conoce), y por el hecho de que las metodologías tradicionales subestimaron la carga de trastornos MNSS debido a limitaciones técnicas y a la existencia de fronteras arbitrarias entre disciplinas médicas (5). Este trabajo, realizado como parte de un proyecto de análisis de la carga de la enfermedad mental (a nivel continental y por país) de la Organización Panamericana de la Salud, busca proporcionar una epidemiología detallada de la discapacidad y mortalidad asociada a la pérdida de salud mental en Argentina, incluyendo los ajustes necesarios para compensar dichas limitaciones (9). Estos ajustes incluyen el agregado de las autolesiones y el suicidio, una estimación de la carga atribuible al trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente y trastornos neurológicos específicos, así como la reasignación de la carga producida por manifestaciones somáticas del alcoholismo a los trastornos por consumo de

alcohol (en lugar de al grupo genérico “neoplasmas”). La descripción siguiente provee a la vez una visión general y una caracterización detallada de la carga de MNSS, con el objetivo de informar la priorización y planificación de la atención en salud mental en la Argentina.

Métodos

En primer lugar, los datos sobre la carga de enfermedad a nivel país desagregados por edad y sexo en 2016 fueron extraídos de <http://ghdx.healthdata.org/> y <http://www.healthdata.org/gbd-data-tool> para todos los trastornos relevantes. La metodología de la carga global de enfermedad proporciona medidas ponderadas de mortalidad y discapacidad, más una medida compuesta integrando ambas, que permiten la comparación de la carga entre enfermedades y regiones. El objetivo es capturar no sólo la mortalidad de una enfermedad y su impacto no letal –tradicionalmente capturado por las tasas de mortalidad y prevalencia específicas– sino la pérdida real en términos de vida saludable asociada con cada trastorno. Las estimaciones de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) a niveles global y local son producidas anualmente por el *Institute of Health Metrics and Evaluation*, junto con los componentes básicos del AVAD: los años vividos con discapacidad (AVDs), más los años de vida perdidos (AVPs) debido a mortalidad prematura (10). Los AVPs son una medida de mortalidad ponderada por la expectativa de vida normativizada: la muerte producirá una cantidad de AVP equivalente a la esperanza de vida estándar en el momento de la muerte. Los AVDs son una medida de la prevalencia ponderada por la percepción empíricamente determinada que el público en general tiene del deterioro del estado de salud como resultado de una enfermedad (11,12).

En segundo lugar, se re-estimó la carga de enfermedad relacionada con la salud mental para incluir auto-lesiones, trastornos neurológicos específicos, consecuencias somáticas del trastorno por consumo de alcohol, y una estimación del trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente (denominados colectivamente trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y suicidio: MNSS). Las razones para este ajuste son conceptuales y prácticas: muchas estimaciones de carga de enfermedad relacionada con la salud mental no incluyen auto-lesiones y suicidios, trastornos de personalidad, trastornos somatomorfos, consecuencias distales del alcoholismo, y los trastornos neurocognitivos u otros tradicionalmente considerados neurológicos. Tampoco incluyen el exceso de mortalidad relacionado con la mayoría de los trastornos mentales. Dichas exclusiones se basan en limitaciones técnicas más que en decisiones conceptualmente sólidas, y resultan en importantes puntos ciegos epidemiológicos, por lo que en lugar de dicha exclusión proporcionamos estimaciones provisionales basadas en la evidencia existente, según una metodología descrita previamente (5). El objetivo no es estimar la carga tradicionalmente abordada por los psiquiatras en comparación con los neurólogos, sino estimar la carga de la enfermedad relacionada con la salud mental a fin de informar la planificación del sistema de salud. Por lo tanto, basándonos en consideraciones de salud pública y organización de sistemas de salud, seguimos el ejemplo de organizaciones multilaterales e instituciones académicas (como la Organización Mundial de la Salud, colaboradores del estudio de *Global Burden of Disease* y el consorcio *Disease Control Priorities* (13–15)) e incluimos las auto-lesiones y el suicidio, trastornos neurológicos con manifestaciones psicológicas y comportamentales

prominentes, más una estimación del trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente (normalmente ignorado a pesar de una prevalencia que llega al 8% de la población, y constituye una frecuente presentación de trastornos depresivos y ansiosos (16,17). Finalmente, típicamente los análisis de carga de enfermedad asignan las consecuencias somáticas del consumo de alcohol a múltiples grupos de trastornos separados (el cáncer de hígado por alcohol se agrupa con las neoplasias, la miocardiopatía alcohólica con los trastornos cardiovasculares, y la cirrosis por alcohol con las demás manifestaciones cirróticas). Con el fin de tener una idea completa de la carga del alcoholismo, incluimos estas causas de discapacidad y muerte en nuestro análisis.

Resultados

Carga total de enfermedad

Primero nos enfocaremos en la carga de enfermedad para todas las edades causada por todos los trastornos y lesiones en Argentina, clasificados en los tres grupos clásicos: 1) enfermedades no transmisibles (que incluyen al subgrupo de trastornos MNSS); 2) enfermedades transmisibles, maternas, de la infancia, y nutricionales; y 3) lesiones (Figura 1). El patrón de la carga de enfermedad observada en Argentina es típico de los países de ingresos medio-altos de América Latina, donde la mayor parte de la carga (un 80% del total de los AVADs) se debe a enfermedades no transmisibles, de los cuales el 19% del total corresponden a trastornos MNSS. Centrándonos específicamente en la discapacidad, los trastornos MNSS causan más de un tercio del total de los años vividos con discapacidad por cualquier causa en el país (Figura 2).

Figura 1. La carga general de enfermedad en Argentina en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs).

Años de vida ajustados por discapacidad (AVADs)	MNSS 19.3%	Enfermedades transmisibles, maternoinfantiles y nutricionales 10.9%
		Lesiones 8.8%
Otras enfermedades no transmisibles 61.0%		

Figura 2. La carga general de enfermedad en Argentina en términos de años vividos con discapacidad (AVDs).

Años vividos con discapacidad (AVDs)	MNSS 36.4%	Lesiones 6.2%
		Enfermedades transmisibles, maternoinfantiles y nutricionales 5.1%
Otras enfermedades no transmisibles 52.4%		

Carga de enfermedad a lo largo de la vida

Para comprender la carga de enfermedad a lo largo de la vida, usaremos gráficos de áreas apiladas, los cuales proporcionan una imagen dinámica de qué porcentaje de la carga total se debe a cada grupo de trastornos para cada grupo etario. Al examinar la carga de AVADs a lo largo de la vida podemos ver que después del primer año de edad las enfermedades no transmisibles (ENTs) domi-

nan el cuadro en todos los grupos etarios, superando el 50% del total combinado de discapacidad y mortalidad en el grupo de 1 a 4 años, 75% en el de 10 a 14 años y 85% en el de 50 a 54 años y mayores (Figura 3). Un desglose de las ENTs en subgrupos (Figura 4) indica que los MNSS constituyen el mayor subgrupo de carga combinada para niños y adultos entre 10 y 50 años, después de lo cual la mortalidad relacionada con el cáncer cobra mayor importancia, junto con los trastornos cardiovasculares.

Figura 3. Distribución de AVADs de la enfermedad de nivel 1 por grupo de edad. Las ENTs incluyen los porcentajes de la carga total por grupo etario.

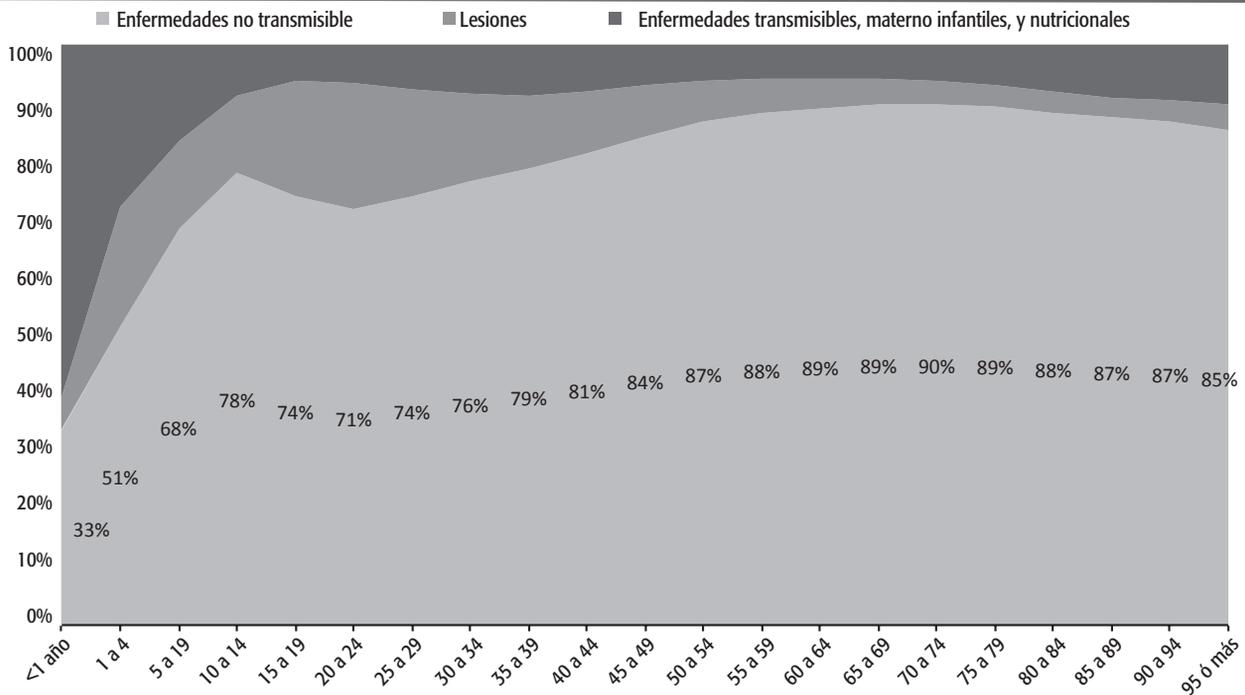
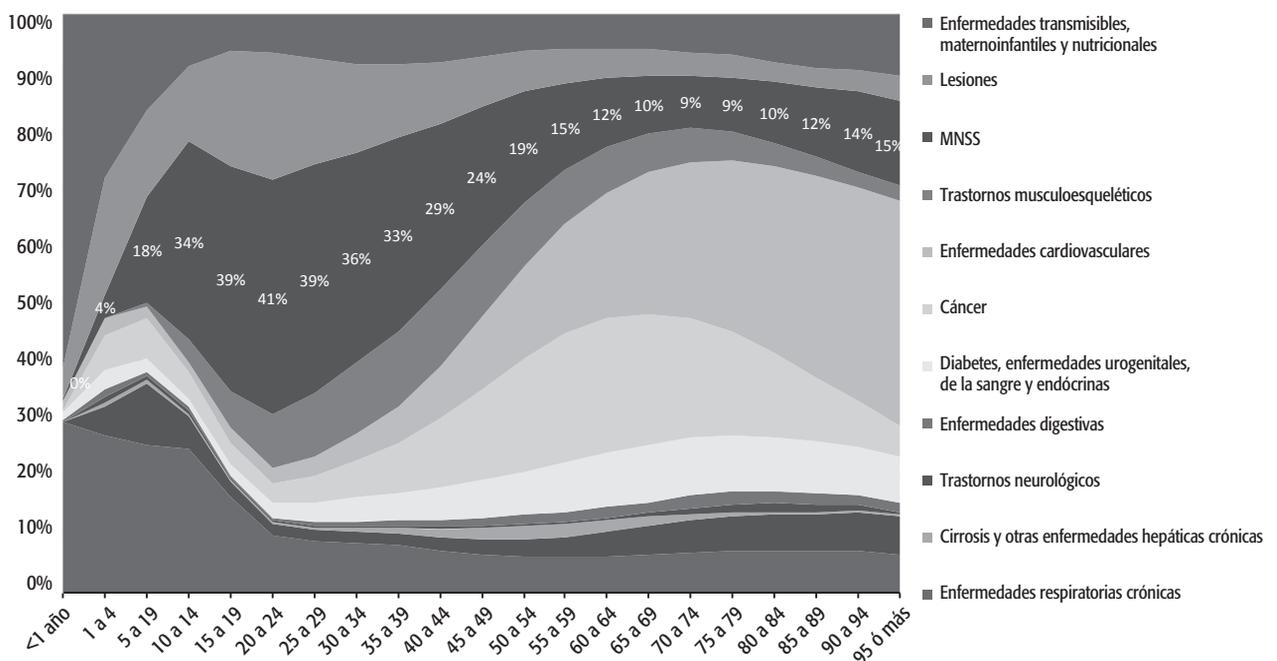


Figura 4. Desglose de los trastornos no transmisibles en el contexto de la distribución del nivel 1 de los AVADs por grupo de edad. Los trastornos MNSS incluyen los porcentajes de la carga total por grupo etario.



En cuanto a la carga relacionada con la salud mental (Figura 5), un análisis del ciclo vital destaca algunos aspectos claves desde una perspectiva de salud pública:

Hasta los 5 años de edad, la carga de los trastornos MNSS se debe principalmente a las convulsiones y el autismo, divididos casi 50/50.

Entre los 5 y los 15 años de edad, la carga de los trastornos de conducta, de ansiedad y los dolores de cabeza (incluidos la migraña y el de tipo tensional) cobran importancia con entre el 17 y el 20% de la carga de los trastornos MNSS cada uno; estos tres trastornos representan dos tercios de los AVADs por trastornos MNSS a los 10 años de edad aproximadamente

Durante el período de 15 a 19 años, aparece una tendencia que se mantendrá estable durante la juventud y la adultez, hasta aproximadamente los 65 años, en promedio: los trastornos mentales más comunes (ansiedad, depresión, y trastorno por síntomas somáticos) y el suicidio representan alrededor del 50% de la carga; los tras-

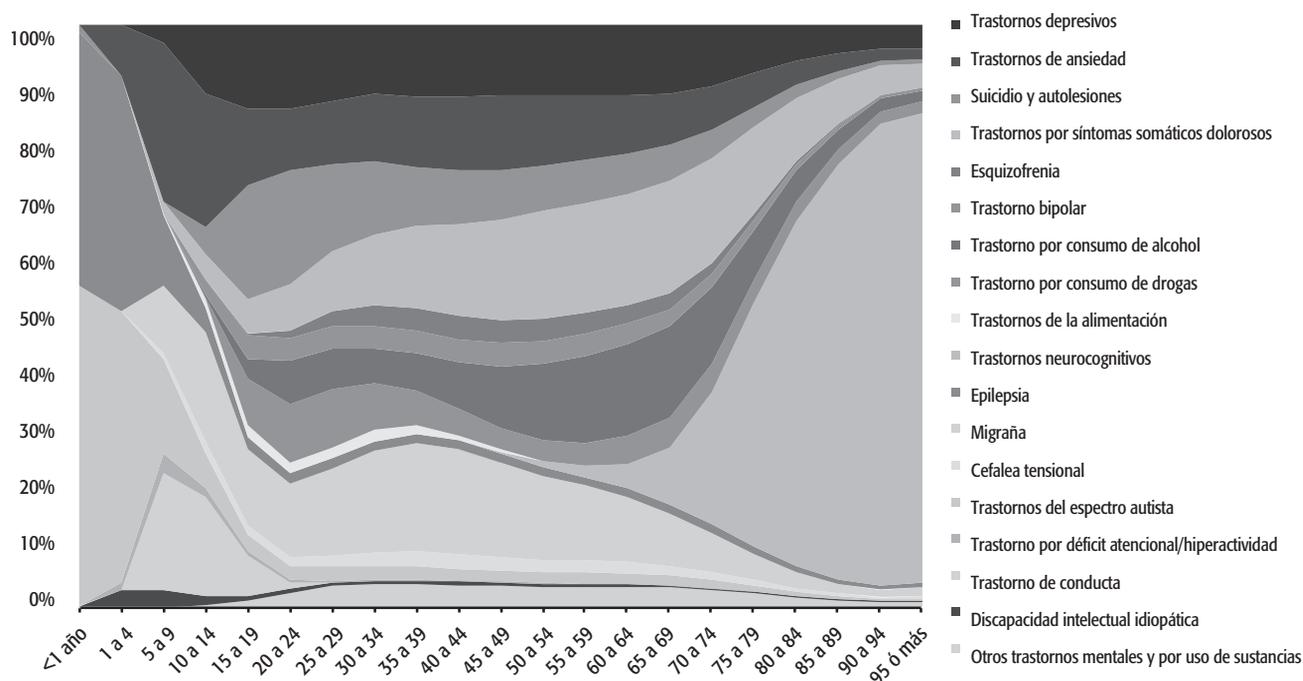
tornos por consumo de sustancias, 15%; los dolores de cabeza/migraña 17%; y los trastornos mentales graves (esquizofrenia y trastornos bipolares), 7%.

La adolescencia muestra un aumento dramático en el suicidio, que representa el 20% de la carga total de trastornos MNSS entre 15 y 19 años –la más alta en cualquier momento del ciclo vital– y en el trastorno por consumo de drogas, que alcanza un máximo entre 20 y 24 años.

Los años de adultez implican un cambio parcial de la carga de enfermedad causada por el uso de sustancias de las drogas al alcohol; y de los dolores de cabeza/migraña a los trastornos por síntomas somáticos con dolor prominente.

Durante la senescencia los trastornos neurocognitivos debido a la enfermedad de Alzheimer adquieren mayor relevancia, con alrededor de un tercio del total de AVAD por trastornos MNSS a los 75 años, 50% alrededor de 80 y 80% alrededor de los 90 años.

Figura 5. AVADs causados por cada trastorno como porcentaje del total de AVADs por trastornos MNSS distribuidos por grupo de edad.



La carga de enfermedad en hombres y mujeres

Los tres trastornos principales en términos de AVADs –que representan entre el 40 y el 50% de la carga total de trastornos MNSS– son de hecho diferentes para hombres y mujeres. Mientras que los hombres sufren principalmente de comportamientos suicidas, consumo de alco-

hol y síndromes somáticos dolorosos, las mujeres sufren principalmente de migrañas, trastornos de ansiedad y depresión. Otras diferencias importantes son la mayor carga del uso de drogas, trastornos del espectro autista, y los trastornos de conducta en hombres; y de los trastornos alimenticios en las mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación distribuida por sexo de los trastornos MNSS medidos con tasas estandarizadas por edad.

HOMBRES		MUJERES	
Trastorno	Tasa de AVADs ^a	Trastorno	Tasa de AVADs ^b
Trastornos MNSS	4978	Trastornos MNSS	4891
Auto-lesiones y suicidio	833	Migraña	872
Trastornos del consumo de alcohol	645	Trastornos de ansiedad	816
Trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente	606	Trastornos depresivos	737
Migraña	465	Trastorno por síntomas somáticos con dolor prominente	653
Trastornos depresivos	435	Trastornos neurocognitivos	329
Trastornos del consumo de drogas	352	Trastornos del consumo de drogas	226
Desórdenes de ansiedad	312	Auto-lesiones y suicidio	199
Trastornos neurocognitivos	307	Trastorno bipolar	191
Trastornos del espectro autista	200	Trastornos del consumo de alcohol	179
Otros trastornos mentales y por uso de sustancias	183	Esquizofrenia	117
Trastorno bipolar	147	Otros trastornos mentales y por uso de sustancias	117
Esquizofrenia	127	Cefalea tensional	114
Trastorno de conducta	113	Epilepsia	99
Epilepsia	104	Trastornos de la alimentación	76
Cefalea tensional	70	Trastornos del espectro autista	63
Discapacidad intelectual idiopática del desarrollo	36	Trastorno de conducta	63
Trastornos de la alimentación	23	Discapacidad intelectual idiopática del desarrollo	29
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	17	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	13

^a AVADs anuales cada 100.000 hombres; ^b AVADs anuales cada 100.000 mujeres

Discusión, recomendaciones, y limitaciones

Las trastornos MNSS causan más de un tercio de la discapacidad total (AVDs) y alrededor del 20% de toda la discapacidad combinada con la mortalidad (AVADs) en Argentina. Ningún otro grupo de enfermedades (o subgrupo de enfermedades no transmisibles) es tan discapacitante como los trastornos MNSS, en términos de AVDs y AVADs. El grupo de enfermedades infecciosas, materno-infantiles y nutricionales causa alrededor del 11% de los AVADs, y las lesiones no auto-inflingidas cerca del 9%. Los subgrupos de ENTs que le siguen son las enfermedades cardiovasculares y los cánceres con alrededor de 16 y 13% respectivamente.

Las implicancias de estos números para la estrategia de salud pública en la Argentina son claras: cualquier estrategia destinada a proporcionar cobertura universal equitativa en salud mental requiere el aprovechamiento de todo el sistema de salud, especialmente de los dispositivos de atención primaria -la única forma de atención adecuadamente distribuida en todo el país- complementados con la utilización de tecnologías de información y comunicacionales. Teniendo en cuenta estas estimaciones, los proveedores del primer nivel de atención (trabajadores comunitarios, enfermeras, médicos generales, pediatras o ginecólogos) deben recibir apoyo, capacitación y herramientas para priorizar la detección y

el tratamiento o derivación de los siguientes trastornos prioritarios:

- Durante la infancia temprana, epilepsia y trastornos del espectro autista (este último particularmente en varones).
- Durante la infancia tardía: trastornos de conducta, ansiedad y dolores de cabeza/migraña.
- Durante la adolescencia: uso de drogas y alcohol; depresión y suicidio; esquizofrenia y trastorno bipolar; y trastornos de la alimentación, además de ansiedad y dolores de cabeza/migraña.
- Durante la edad adulta: trastornos por síntomas somáticos dolorosos y consumo de alcohol, además de depresión (con particular atención a la depresión en mujeres embarazadas o puérperas), ansiedad, auto-lesiones y dolores de cabeza/migraña.
- Finalmente, en el caso de los adultos mayores la atención debe centrarse en la detección y atención de los trastornos neurocognitivos causados por la enfermedad de Alzheimer, además del tratamiento de los trastornos ya diagnosticados.

Para los trastornos más severos, como el autismo, la esquizofrenia, los trastornos bipolares y de la alimentación, así como para las presentaciones graves, comórbidas o complejas de otros trastornos como, por ejemplo, depresión durante el embarazo y el puerperio, uso de

Tabla 2. Desarrollo de una plataforma virtual nacional de salud mental (19–21).

Teniendo en cuenta las necesidades reseñadas y las limitaciones en la distribución de los recursos, resulta evidente que el sistema de salud argentino debería considerar la inclusión de servicios basados en internet como plataforma complementaria de la infraestructura física existente. Esto permitiría desarrollar capacidades adicionales, incrementar la accesibilidad en áreas remotas, y ayudar a respaldar la toma de decisiones para pacientes, familias y profesionales. Los objetivos serían:

Combinar la infraestructura física existente en todo el territorio con los especialistas concentrados en unas pocas ciudades, mejorando la calidad y efectividad del tratamiento, especialmente para las condiciones más severas y las comorbilidades complejas, con un enfoque de clínica virtual.

Acceder a recursos online, incluyendo la provisión de psicoterapia a distancia, y la supervisión clínica a distancia de las intervenciones provistas localmente por trabajadores no especializados, para trastornos mentales altamente prevalentes, como la depresión y la ansiedad, como así también para el manejo en la comunidad de trastornos severos en fases estables.

Incrementar la eficiencia e integración del sistema de salud a través del traslado de ciertas actividades cara a cara (como evaluación, comunicación, y documentación, que actualmente consumen más del 50% del tiempo de contacto) a plataformas online y facilitar un enfoque de tratamiento escalonado y colaborativo, de especialización creciente según la intensidad de la necesidad.

Los avances tecnológicos actuales, la riqueza de recursos locales, y la experiencia global hace posible la creación de un abordaje integral, efectivo, y de cambio paradigmático como parte de una estrategia nacional de salud.

sustancias en un chofer de colectivo, y otras situaciones que conllevan un incremento del riesgo tanto para el paciente como para terceros – los proveedores de atención primaria y el personal comunitario no especializado necesitan acceso a apoyos adecuados, tales como:

- Capacitación, apoyo, y supervisión, con el objetivo de proveer elementos básicos ligados a la detección y tratamiento de personas con trastornos MNSS. Existen herramientas idóneas para implementar dicho proceso de capacitación de personal no especializado, particularmente el mhGAP, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, e implementado a nivel global (incluida la Argentina) para mejorar e incrementar la cobertura.
- Plataformas de referencia y/o de supervisión que permitan el tratamiento continuo en la comunidad, incluido el uso de tecnología digital para aumentar el acceso remoto a recursos geográficamente concentrados. El desarrollo de una plataforma virtual basada en una estrategia nacional de salud mental online (e-Salud Mental) puede resultar la forma más efectiva (si no la única) de lograr la capacidad y calidad requeridas para satisfacer la necesidad existente, incluyendo servicios autoguiados, clínicas virtuales, supervisión a distancia, entre otros recursos (ver Tabla 2).
- Servicios de emergencia, de internación, y residenciales para el manejo de situaciones agudas de alto riesgo y pacientes con alta necesidad. Estos servicios deben basarse en la comunidad, en la medida de lo posible, incluso para el manejo de episodios de crisis, con internación en hospitales generales, viviendas asistidas, y otros servicios residenciales.

Cabe destacar que Argentina tiene una riqueza única de proveedores de salud mental altamente especializados,

incluidos psiquiatras y psicólogos clínicos. Esta fuerza de trabajo (sin paralelo en el mundo (18)) debería aprovecharse para abordar dos retos principales y persistentes:

- a) Mejorar la capacitación para la provisión de servicios interdisciplinarios en la comunidad para trastornos mentales comunes y severos: la fuerza laboral especializada actual está principalmente capacitada en la prestación de psicoterapia o psicofarmacología individual basada en consultorio, en detrimento de intervenciones comunitarias menos estructuradas, más enfocadas en el usuario, y más frecuentemente inter-sectoriales (que consideran no sólo objetivos de salud estrechos, sino que también abordan los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad de manera más amplia).
- b) Disminuir la desigualdad en la distribución de la cobertura: la concentración de recursos humanos en la Ciudad de Buenos Aires y algunos otros centros metropolitanos resulta en una cobertura insuficiente o nula en el resto del país. Los intentos de abordar este problema exclusivamente re-localizando los recursos humanos actuales o entrenando nuevos resulta ineficiente. Para proporcionar una cobertura más homogénea, se debería apuntar a una combinación de infraestructura física y digital, ofreciendo incentivos adecuados para la movilización y capacitación de los recursos existentes, junto con la implementación de una red de nodos digitales en centros de atención primaria (que consistirían en laptops y/o smartphones con conectividad a internet). Los incentivos apuntarían a garantizar una red de proveedores con entrenamiento básico en servicios de salud mental en la comunidad, y a la contratación de recursos metropolitanos especializados para realizar psicoterapia, capacitación, y supervisión online – incluyen-

do servicios de psicofarmacología—. De esta forma, se podría incrementar en forma drástica, efectiva, y eficiente la cobertura en todos los rincones del país donde haya un centro de salud con un nodo digital.

Es preciso mencionar algunas limitaciones de estos resultados:

- 1) Nuestras estimaciones se basan en los resultados de un modelo estadístico desarrollado originalmente por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y posteriormente modificado por el *Institute of Health Metrics and Evaluation* (Washington, EE.UU.). Este modelo (DISMOD-MR) integra los datos globales existentes, ajusta los sesgos conocidos y proporciona estimaciones específicas para cada país incluso en ausencia de datos locales, basadas en datos de países comparables. Hasta la publicación (en este mismo número) de los resultados del Estudio Argentino de Epidemiología en Salud Mental, la Argentina carecía de datos exhaustivos sobre trastornos mentales y por uso de sustancias. Las publicaciones adjuntas (producto de una colaboración sin precedentes de la Universidad de Buenos Aires, la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard el Ministerio de Salud de Argentina y la Asociación de Psiquiatras Argentinos) llegan a remediar esa ausencia y pronto permitirán un nuevo análisis de la carga de enfermedad incluyendo los datos locales actualizados.
- 2) La inclusión de algunos de los trastornos o problemas analizados en este artículo puede resultarle inhabitual al lector, ya sea por no constituir trastornos en sí mismos, sino síntomas (como es el caso de los síndromes por dolor, las cefaleas, las autolesiones o el suicidio), o por no ser habitualmente terreno de intervención del clínico especializado en salud mental (como la epilepsia y la demencia). Este análisis se basa en la perspectiva de que los servicios de salud mental deben intentar adaptarse a las necesidades poblacionales, y no al revés. Por lo tanto, a la hora de identificar cuáles son los problemas más discapacitantes y letales que afectan a la población general y

proponer una estrategia de abordaje, nos basamos en una perspectiva de Salud Pública, y una concepción integral y universalista del derecho a la salud, que incluye a la salud mental en todas sus manifestaciones (22). Incluimos entonces aquellos problemas que presentan una relación intrínseca y prominente con síntomas psicológicos y del comportamiento, y que pueden o deben ser abordados mayormente en el primer nivel de atención o en la comunidad misma, por su prevalencia (como la depresión, el alcoholismo, los síndromes somatomorfos y las autolesiones) y/o porque la evidencia así lo indica, como es el caso de los trastornos más severos (neurocognitivos, esquizofrenia o el uso de drogas). La intención de este artículo no es proponer una nueva nosología: cada teoría o abordaje definirá, basados en su evidencia y marco conceptual, cuál es el abordaje adecuado para clasificar y tratar, por ejemplo, las quejas dolorosas sin correlato causal establecido o las autolesiones. El objetivo de este análisis es jerarquizar su relevancia en términos de su carga discapacitante y/o mortal, y la necesidad de abordarlas con una mirada poblacional, no exclusivamente individual.

- 3) Nuestras recomendaciones se enfocan en el sistema de salud, pero deben considerarse junto con otros determinantes del complejo proceso de salud-enfermedad-atención: los factores económicos, sociales y ambientales, como la pobreza, la estigmatización, la violencia, el cambio climático, y las instituciones precarizadas pueden asimismo conducir a la discapacidad y la muerte. La respuesta eficaz y de largo plazo a dicha carga no residirá únicamente en el sistema de salud, sino en los arreglos sociales y económicos de alto nivel que en cierta medida produjeron y distribuyeron la carga en primer lugar. Sin embargo, el sistema de salud se verá afectado en primera instancia por estas formas de padecimiento socialmente determinado, y deberá estar preparado para tratarlo racionalmente, con un enfoque basado en la evidencia y en coordinación con otros sectores claves como la seguridad social, la vivienda, la educación, el universo laboral y la familia. ■

Referencias bibliográficas

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. [Internet]. Seattle, United States. [cited 2017 Jan 1]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
2. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2018 Jun 22];390(10100):1211–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919117>
3. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. *Lancet* [Internet]. 2015;6736(14):8–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614622546>
4. Hay SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2018 Jun 22];390(10100):1260–344. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919118>
5. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the True Global Burden of Mental Illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3: 171-78.
6. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Non communicable Diseases. Geneva; 2011.
7. Alonso J, Chatterji S, He Y. The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys [Internet]. Cambridge University Press; 2013 [cited 2015 May 22]. 319 p. Available from: https://books.google.com/books?id=_NB5ess7vbgC&pgis=1
8. Mnookin S, Kleinman A, Evans T, Marquez P, Saxena S, Chisholm D, et al. OUT OF THE SHADOWS: Making mental health a global development priority. Washington DC; 2016.
9. Vigo D, Hennis A, Irrarázabal M, Kestel D. The Burden of Mental Disorders in the Americas: THE 2018 PAHO REPORT ON MENTAL, NEUROLOGICAL, SUBSTANCE USE DISORDERS AND SUICIDE. Washington D.C.;
10. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet* [Internet]. 2012 Dec 15 [cited 2014 Sep 5];380(9859):2063–6. Available from: <http://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736%2812%2961899-6/fulltext>
11. Salomon JA, Haagsma JA, Davis A, de Noordhout CM, Polinder S, Havelaar AH, et al. Disability weights for the Global Burden of Disease 2013 study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Sep 23];3(11):e712-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26475018>
12. Salomon J a., Vos T, Hogan DR, Gagnon M, Naghavi M, Mokdad A, et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: Disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2129–43.
13. World Health Organization. Mental Health Action Gap. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva, Switzerland; 2008.
14. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 May 21];24(2):121–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25497332>
15. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. Mental, neurological, and substance use disorders. In: Disease control priorities v 4. The World Bank 1818 H Street NW, Washington, DC 20433; 2016.
16. Fröhlich C, Jacobi F, Wittchen H-U. DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Jul 8];256(3):187–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16328107>
17. Vigo D V, Selle V, Baldessarini R. [Enduring pain I. Nosology and epidemiology]. *Vertex* [Internet]. 2013 Sep [cited 2013 Dec 9];24(111):345–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24312918>
18. Stagnaro JC. The current state of psychiatric and mental health care in Argentina. *BJPsych Advances* Jul 2016, 22 (4) 260-262; doi: 10.1192/apt.bp.113.011536
19. Krausz M, Ward J, Ramsey D. From Tele health to an Interactive Virtual Clinic. In: Hilty DM& DM, editor. e-Mental Health. 1st ed. Springer International; 2015. p. 289–310.
20. Saddichha S, Al-desouki M, Lamia A, Linden I, Krausz MR. Interventions for depression and anxiety – a systematic review. *Heal Psychol Behav Med*. 2014;2(August),.
21. Drury P, Roth S, Jones T, Stahl M, Medeiros D. Guidance for Investing in Digital Health. Philippines; 2018.
22. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* [Internet]. 2007 Sep 8 [cited 2014 Jul 16];370(9590):859–77. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673607612380/fulltext>

Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. Comparación 2005-2017

Eduardo A. Leiderman¹

1. Profesor titular de Clínica y Psicofarmacología.
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.
E-mail: eduardo.leiderman@gmail.com

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia actual de consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires y compararla con la encuesta realizada en el año 2005. **Metodología:** Se realizaron encuestas a 899 transeúntes en diferentes barrios de la ciudad entre septiembre y octubre del 2017 con una encuesta modificada utilizada en el año 2005. **Resultados:** El 22,4% de la población general de la ciudad de Buenos Aires consume actualmente algún tipo de psicofármaco. Hubo diferencias significativas en el consumo actual según nivel de ingresos y edad pero no según nivel educativo. No hubo diferencia significativa según género en consumo actual pero si en consumo pasado. Casi la tercera parte de los que consumen lo hacen sin recomendación médica. Existe un aumento significativo en el consumo actual comparado con el del consumo de hace 12 años ($p < 0.001$). **Conclusiones:** El uso de psicofármacos está muy extendido en la población de la ciudad de Buenos Aires y ha continuado aumentando. El conocimiento de las causas de este aumento permitirá implementar medidas que logren un adecuado control médico e impidan el uso irracional de estos medicamentos.

Palabras clave: Consumo - Psicofármacos - Psicotrópicos-utilización - Epidemiología.

PSYCHOTROPIC MEDICATION CONSUMPTION IN THE GENERAL POPULATION OF BUENOS AIRES CITY. COMPARISON 2005-2017

Abstract

Objective: The purpose of this study was to estimate the prevalence of psychotropic use among inhabitants of Buenos Aires city and to compare it with the study done in 2005. **Methods:** A survey was conducted among 899 inhabitants of different districts of Buenos Aires city between September and October 2017 with a modified survey used in 2005. **Results:** At the time of the survey, 22,4% of the general population of Buenos Aires city used some kind of psychotropic medication. There were significant consumption differences by age and level of income but not by educational level. There were no sex differences in present consumption but there were in life time use of psychotropics. Almost the third part of the consumers use them without medical advice. There is a significant increase in present consumption compared with the one 12 years ago ($p < 0.001$). **Discussion:** The use of psychotropics is highly widespread among the population of Buenos Aires city and has continued increasing. The understanding of the causes of this increase will allow to implement measures for an adequate medical control and to prevent the irrational use of these medications

Keywords: Consumption - Psychotropics-use - Epidemiology.

Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires: 12 años después

Introducción

El estudio del consumo de psicofármacos de una población permite conocer en forma indirecta el acceso de la población al recurso psicofarmacológico, los hábitos de uso y el modo de consumo. Existe un consenso generalizado de que en nuestro país hay un aumento continuo del uso de psicofármacos (1) a pesar de una posibilidad extensa de realizar psicoterapia dada la gran cantidad de psicoterapeutas existentes en el medio (2). La prevalencia del consumo de psicofármacos ha sido estudiada en diversos países, llegando en algunos casos hasta un porcentaje del 10% de la población (3,4). En nuestro país, se han realizado algunos estudios previos sobre el consumo. Una investigación del año 1999 halló que de 2699 individuos encuestados de 18 a 64 años, el 1,2% había ingerido algún psicofármaco sin prescripción médica en el último mes y el 4,3% lo había hecho alguna vez en su vida (5). La Subsecretaría de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires en el año 2004, reveló que el 1,7% de los jóvenes de 16 a 26 años de edad había consumido algún psicofármaco en el último mes, y el 3,4% en el último año (6).

En nuestro anterior estudio realizado en el año 2005 hallamos que el 15,5% de la población de la ciudad de Buenos Aires consumía psicofármacos y en el 2006 encontramos que el 7% de la población del conurbano bonaerense lo hacía (7,8).

Una encuesta reciente realizada por el Sedronar en una muestra de 20658 personas de 12 a 65 años distribuidos a lo largo del país halló que el 15% de los individuos encuestados habían ingerido tranquilizantes alguna vez en la vida y que el 20,3% de los consumidores lo había hecho sin prescripción médica (9). Asimismo, encontró había habido un incremento del uso reciente de drogas ilícitas desde el año 2010 al año 2017 (del 3,6% al 8,3% de la población).

Nuestro objetivo fue conocer el consumo actual de psicofármacos de la población de la ciudad de Buenos Aires, patrones de uso y características sociodemográficas de dicha población y compararlo con el hallado hace 12 años utilizando una metodología similar (7).

Metodología

Se trató de un estudio transversal de muestra intencional. Se encuestaron habitantes de la ciudad de Buenos Aires mayores de 18 años en la vía pública en distintos barrios de la ciudad. Se utilizó la encuesta realizada *ad hoc* para el estudio del 2005 modificada (7). Los barrios en los que se encuestaron a las personas fueron: Barracas, La Boca, San Telmo, Monserrat, Recoleta, Palermo, Barrio Norte, Belgrano, Almagro, Villa Crespo, Caballito, Flores, Floresta, Retiro, Villa Urquiza y Congreso (se tuvieron en cuenta las divisiones tradicionales y populares de los barrios y no su división política-administrativa). Las encuestas fueron tomadas por alumnos

de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo a transeúntes de la vía pública durante los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del 2017. Los encuestados fueron abordados principalmente en plazas, centros comerciales, en la espera de un transporte público o deambulando en las calles. Luego de que el individuo aceptaba realizar una encuesta y confirmaba su residencia en la ciudad de Buenos Aires se procedía a hacerle las preguntas. La aceptación del llenado de la encuesta se consideró como el consentimiento de participar del estudio. La tasa de respuesta fue del 79,7%.

La encuesta constaba de 19 ítems donde se recolectaron datos: a) demográficos (edad, sexo, educación, cobertura de necesidades básicas), b) consumo actual y pasado de psicofármacos, c) tiempo de consumo actual y pasado y d) persona que recomendó el psicofármaco.

A los individuos que actualmente consumían psicofármacos se los interrogó también sobre: a) la frecuencia de uso, b) el motivo de la utilización del medicamento, c) la preferencia por una marca, d) el tipo de psicofármaco usado y e) el grado de dependencia al psicofármaco a través de una escala likert.

Para que los individuos pudiesen estar seguros sobre el tipo de fármacos sobre los que se estaba preguntando su consumo, se les aclaraba que se trataba de fármacos para los problemas de la mente, para dormir, para los nervios, etc.

Los datos demográficos de los encuestados se encuentran en la Tabla 1.

Los datos demográficos y de consumo fueron comparados con los hallados en la encuesta realizada en el año 2005 (Tabla 1).

Las diferencias de grupo fueron analizadas con la prueba del Chi Cuadrado y la prueba de t de Student. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS para Windows (versión 20).

Resultados

Consumo de psicofármacos en la encuesta del año 2017

El 22,5% (N: 202) de los encuestados respondió que consume actualmente psicofármacos. El tiempo de consumo de estos individuos tuvo una mediana de 24 meses (rango: 25 días a 20 años). El 23,5% (N: 164) de individuos que no consumen actualmente psicofármacos respondió que había consumido alguna vez en su vida.

Es decir, entonces, que el 40,7% (N: 366) de la muestra estudiada de la población de la ciudad de Buenos Aires consume o ha consumido psicofármacos.

En relación a la cantidad de psicofármacos que utilizan: el 80,4% de los consumidores actuales sólo toma un psicofármaco, el 16,6% dos y el 3% tres o más.

El 73,1% lo consume todos los días, el 19,3% 1 a 6 veces por semana, el 5,1% menos de 1 vez por semana y el 2,5% menos de 1 vez por mes.

El 66,5% dijo que el psicofármaco le es indispensable para sentirse bien.

Tabla 1. Comparación de datos demográficos de las poblaciones encuestadas en el año 2005 y 2017.

		2005	2017	Pruebas estadísticas
N		1777	899	
Edad		38,3 ± 16,4 rango 16-91)	38,2 ± 15,3 (rango 18-85)	t(1913,7)= 0.19, p=0.8
Sexo	Mujeres	56%	54,5%	X ² (1)= 0.57, p=0.44
	Hombres	44%	45,5%	
Nivel Educativo	Primaria Incompleta	3,7%	5,6%	X ² (3)=156, p<0,001
	Primaria Completa	16,3%	2,9%	
	Secundaria Completa	52,7%	41,8%	
	Terciaria o Universitaria Completa	27,3%	49,7%	
Necesidades básicas cubiertas	Sí		90,9%	*
	No		9,1%	
Clase Socio económica	Baja	5,6%		*
	Medio Baja	21,7%		
	Media	65,4%		
	Medio Alta	7,2%		
	Alta	0,1%		

* Estos ítems no se han comparado porque no fueron preguntados en la otra encuesta.

Variables demográficas de los consumidores

La edad promedio de los que consumen (43,2± 17,4) es mayor que la de los individuos que no consumen psicofármacos (36,7± 14,3) (t(284,95):4,87 p< 0,001) debido a que el uso de medicación psicotrópica va aumentando con la edad. El 18,9% de los individuos de 16 a 44 años consumen psicofármacos, el 26,8% de los individuos de 45 a 64 años y el 43,8% de los individuos mayores de 64 años de edad.

No hubo diferencia estadísticamente significativa de género en consumo actual de psicofármacos: hombres 20,7% vs mujeres 23,8% (X²(1):1,2 p=0,26).

Las mujeres han consumido o consumen más psicofármacos (45,3%) que los hombres (35,2%) (X²(1): 9,41 p=0,002).

Hay diferencia de consumo según la cobertura de las necesidades básicas con los ingresos. Mientras que el 23,3% de los que tenían cubiertas sus necesidades básicas consumían psicofármacos, sólo el 13,4% de los que no las tenían cubiertas (X²(1):4,2; p=0,03). No hubo diferencias significativas de nivel educativo entre los consumidores y los que no lo son (X²(3):3,3; p= 0,3)

Tipo de psicofármacos que se consumen

El 66,3% de los actuales consumidores toman benzodiazepinas. Las más utilizadas son el clonazepam (42%),

el alprazolam (21,3%), el diazepam (1,5%) y el bromazepam (1%).

El 23,3% toma antidepresivos siendo los más utilizados la fluoxetina (7%), el escitalopram (4,4%) y la sertralina (4%).

El 3,9% toma antirrecurrentes, el 6,9% antipsicóticos, el 1,5% antidemenciales y el 12,8% hipnóticos no benzodiazepínicos.

En la Tabla 2 se dan los porcentajes de uso de psicofármacos en la población general.

Motivo del uso del psicofármaco

El 37,1% de los individuos lo utiliza para poder dormir, el 52,5% para disminuir la ansiedad, el 13,4% para tratar su depresión y el 10% por otros motivos (tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno límite de personalidad, demencia de Alzheimer, esquizofrenia, etc.).

Indicación del psicofármaco

Sólo al 71,8% de los individuos que consumen psicofármacos se lo había recomendado un médico. En los otros casos, el medicamento había sido indicado por un profesional no médico (7,3%) o un familiar o amigo (20,9%).

Tabla 2. Porcentajes de uso de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires.

Tipo de Psicofármaco	Porcentaje
Ansiolíticos e Hipnóticos	17,8 %
Antidepresivos	5,2%
Antipsicóticos	1,5%
Antirecurrenciales	0,9%
Antidemenciales	0,3%
Psicoestimulantes	0,2%

Los profesionales médicos que los recomendaron eran principalmente psiquiatras (63,3%), clínicos (21,8%), neurólogos (8,4%) y cardiólogos (4,2%). Dentro de los profesionales no médicos que los recomendaron se encontraban los farmacéuticos y psicólogos principalmente.

En el caso de los individuos que sólo tomaban benzodiazepinas, los profesionales médicos que los indicaron fueron en orden descendente: psiquiatras (61,7%), clínicos (29%), cardiólogos (5,6%) y neurólogos (3,3%).

No se observaron diferencias en la identidad de quien recomendó el psicofármaco ni según edad, sexo o nivel educativo del consumidor ni tampoco según su posibilidad de cobertura de necesidades básicas.

El 56,9% de los individuos cuyos psicofármacos habían sido recomendados inicialmente por un profesional médico continúan siendo medicados por el mismo profesional. El 14,4% es medicado por otro profesional, al 5,5% le es indicado por un profesional que le da la receta sin tratarlo, el 6,1% le es indicado por un profesional no médico y el 17,1% lo consigue sin receta profesional.

Las benzodiazepinas fueron los medicamentos más recomendadas por personas que no eran médicos en relación a los otros psicofármacos (25,2% vs 13,3%) ($X^2(3):9,6 p=0,008$).

Importancia de la marca comercial

El 48,2% (N:96) de los individuos que consumen psicofármacos considera que no le es indistinta la marca comercial a la hora de comprar el psicofármaco.

Dependencia al psicofármaco

El 54,3% de los que actualmente utilizan psicofármacos dijo que no podía dejar de consumirlos. Un 22,4% (N: 22) de este grupo dijo que el motivo por el que no podían dejar de hacerlo era únicamente el acostumbramiento que tenían al fármaco.

En una escala de 0 a 10 (0 menor dependencia-10 máxima dependencia) los consumidores señalaron una dependencia promedio de $5,9 \pm 2,6$ puntos. Se constató una dependencia alta al psicofármaco (8 puntos o más) en el 34,5% (N: 68) de este grupo.

Existe una correlación significativa entre el grado

de dependencia reportado y la duración del consumo actual ($r: 0,25 p < 0,001$), así como una asociación con la frecuencia de uso del psicofármaco ($F(3): 13,2 p < 0,001$).

Comparación entre las encuestas del 2005 y del 2017

La comparación de las características demográficas de ambas encuestas se encuentra en la Tabla 1. Mientras que no hubo diferencias significativas en edad y sexo, sí hubo diferencias en nivel educativo siendo en promedio mayor en la muestra más reciente.

Hubo diferencias significativas en relación al consumo actual. Mientras que el consumo actual de la muestra del 2005 fue de 15,5%, el de la muestra del 2017 fue de 22,5% ($X^2(1): 19,5 p < 0,001$). No hubo diferencia en tiempo de consumo (tanto en el 2005 como en el 2017 la mediana fue de 24 meses (U de Mann Whitney $Z:0,5; p= 0,59$)).

Las diferencias de consumo persisten significativas en los subanálisis subsiguientes de los grupos estratificados por sexo. En los grupos estratificados por educación se halló diferencia significativa sólo en aquellos con educación secundaria completa. Mientras que en la encuesta del 2005 el 13,2% de la muestra que tenía educación secundaria completa consumía psicofármacos, en la encuesta del año 2017 el 23,1% lo hacía ($X^2(1):19,4; p < 0,001$).

También hubo diferencia estadísticamente significativa en la población general en el porcentaje de los consumen y consumieron psicofármacos: mientras que en 2005 el porcentaje fue de 29,48%, en el 2017 fue de 40,71% ($X^2(1): 33,8; p < 0,001$).

Las diferencias de tipo de psicofármacos que se utilizan y los motivos para ello se encuentran en las tablas 3 y 4 respectivamente. Se observó principalmente un aumento de uso de hipnóticos no benzodiazepínicos en la encuesta actual (principalmente melatonina) así como un aumento de uso de antipsicóticos (principalmente quetiapina) y de antidepresivos.

Las benzodiazepinas más utilizadas fueron semejantes en ambas encuestas (clonazepam, alprazolam y bromazepam) a la cual se agregó el diazepam en el último registro. En relación a los antidepresivos mientras que en el 2005 los más utilizados fueron la paroxetina, la sertralina y la fluoxetina, en el 2017 fueron la fluoxetina, el escitalopram y la sertralina.

En los consumidores actuales hubo un aumento del uso para calmar la ansiedad en desmedro del uso para dormir o para tratar la depresión.

La dependencia que reportó el grupo que consume psicofármacos fue mayor en la muestra del 2017 (2005: $4,8 \pm 2,7$ vs 2017: $5,9 \pm 2,6$ t (633): $4,8$; $p < 0,001$).

Discusión

Nuestro estudio observó que el 22,5% de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires consumen psicofármacos y que este consumo ha ido aumentando a lo largo de los últimos 12 años. En el año 2005, el 15,5% de la población consumía psicofármacos (7). Es difícil conocer la verdadera explicación a este fenómeno por la característica de nuestra encuesta. Una posible explicación es que más habitantes de la ciudad están recibiendo tratamiento psiquiátrico o que éste implica un tiempo más prolongado de uso de psicofármacos. Sin embargo, no pareciera ser esto último ya que el tiempo de consumo es semejante entre las dos encuestas. Otra hipótesis alternativa podría ser que más individuos padecen trastornos mentales en nuestra ciudad. El estudio argentino de epidemiología del año 2015 reveló que el 29,1% de los habitantes en la Argentina padecieron algún trastorno mental alguna vez en la vida y que el 14,8% había sufrido alguno trastorno mental en los últimos 12 meses (10). Esto es semejante a lo hallado en el último estudio poblacional que fue realizado por el Conicet a través de su programa de epidemiología psiquiátrica entre los años 1979 y 1982 que indicaba que un 26% de la población general de la ciudad de Buenos Aires presen-

taba síntomas moderados o graves que requerían asistencia psicológica y/o psiquiátrica (11). Otra explicación podría ser un aumento del uso ilegal de estas drogas. El estudio del Sedronar halló que el uso de tranquilizantes sin prescripción médica aumentó (de 3 a 3,2% de la población) así como el uso de drogas ilícitas (del 3,6% al 8,3%) (9). Sin embargo, nuestro estudio no mostró un aumento de la indicación no médica de estas drogas (pasó del 30,6% al 28,2%). En otros países también se ha dado un aumento del uso de psicofármacos como en España, Italia, Inglaterra y USA (12,13,14,15).

El aumento en nuestro país ha sido a expensas de un aumento de hipnóticos no benzodiazepínicos y de antidepressivos como lo observado en otros estudios (14,15). El uso de estos últimos como ansiolíticos parece convalidarse con el aumento del uso para disminuir la ansiedad. Es así también que se puede especular que el aumento del uso de antipsicóticos a expensas de la quetiapina pareciera no ser por el efecto antipsicótico propiamente dicho sino por los efectos ansiolíticos y/o antidepressivos de dicha molécula.

Como lo observado en los otros estudios (7,9,16,17) las mujeres consumen y consumieron más psicofármacos que los hombres probablemente por su mayor afectación de trastornos afectivos y de ansiedad y su mayor propensión a buscar ayuda médica. También se observó un mayor consumo entre los individuos añosos siendo mayor el consumo a lo largo de la edad. Esto también se asemeja a lo hallado en los anteriores estudios (7,9,17). Asimismo, nuestro estudio reveló un número semejante al hallado en la encuesta del Sedronar con respecto al porcentaje de individuos que toman los psicofármacos sin prescripción

Tabla 3. Tipo de psicofármacos que se consumen. Comparación 2005-2017 (Porcentajes del total de psicofármacos que se consumen).

Psicofármaco	2005	2017
Benzodiazepinas	78,6%	66,3%
Antidepresivos	19,9%	23,3%
Antipsicóticos	2,5%	6,9%
Antirrecurrentes	4,7%	3,9%
Psicoestimulantes	2,1%	1%
Antidemenciales	0%	1,5%
Hipnóticos no benzodiazepínicos	1,4%	12,8%

Tabla 4. Motivos para consumir psicofármacos. Comparación 2005-2017.

Motivos	2005	2017
Para dormir	41,8%	37,1%
Para disminuir la ansiedad	33,6%	52,5%
Para tratar la depresión	17,5%	13,4%
Otros motivos	10,7%	10%

médica. Esto nos advierte de la facilidad de obtención de esta medicación y la necesidad de un mayor control del Estado en la distribución de estos medicamentos.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones: La muestra es intencional por lo que no es representativa de toda la población de la ciudad, en especial en lo referente al nivel educativo. Es en esta variable donde hubo una diferencia demográfica significativa con la muestra del año 2005. Sin embargo, en el único grupo en que hubo un aumento significativo de consumo fue en el del nivel secundario completo que es justamente el que estaba menos representado en la muestra del año 2017. No parece ser esa entonces la causa del aumento de consumo observado. Otra limitación fue que al ser realizada entre individuos que deambulan quedó excluida la población que no puede salir de sus hogares o aquellas personas institucionalizadas. Sin embargo, la tasa de respuesta fue alta (79,7%) y se trató de poder encuestar a personas de diversos barrios.

Nuestra alta tasa de consumo, comparada con otros países (13,18) debe hacernos reflexionar sobre la racionalidad del consumo de psicofármacos, la adecuación del uso en relación a los trastornos mentales y el correcto control del uso indebido de los mismos.

Agradecimientos

Se agradece a Antonini L, Chacon P, Lucero Bustamante ML, Loza F, Mosquera L y Santoro B por la ayuda en la recolección de datos.

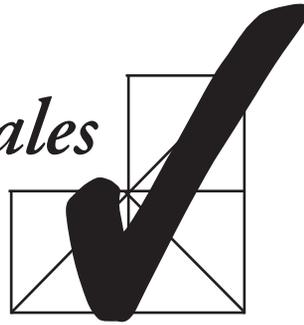
Declaración de conflictos de intereses

El Dr. Eduardo Leiderman ha cobrado honorarios del laboratorio Astra Zéneca por asesoría de investigación y honorarios por clases del laboratorio Roemmers durante el año 2013 y becas de asistencia a congresos por parte del laboratorio Janssen y del laboratorio Raffo. ■

Referencias bibliográficas

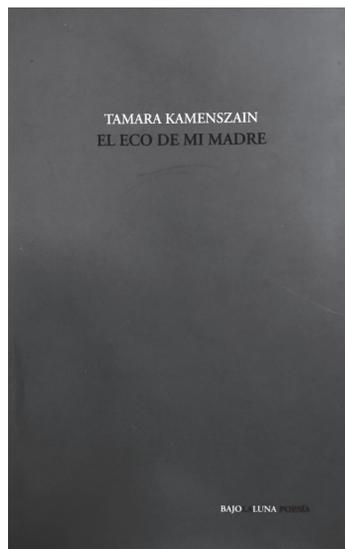
- Diario Perfil (2017) descargado de <http://www.perfil.com/politica/alerta-por-el-abuso-de-psicofarmacos-una-de-cada-tres-mujeres-toma-tranquilizantes.phtml> el 20/11/2017.
- Alonso Modesto (2006). Los psicólogos en la Argentina, *Psicodébate 6, Psicología, Cultura y Sociedad*: 7-14.
- Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Esteban-Hernández J, Álvaro-Meca A, López-de Andrés A, DelBarrio-Fernández JL y Rodrigo Jiménez-García R. Time Trend in Psychotropic Medication Use in Spain: A Nationwide Population-Based Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016,13, 1177.
- Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. *Psychol Med* 1993, 23(2):467-474.
- Míguez H. Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina. *Acta psiquiátr. Psicol Am. lat.* 2000,46 (3): 231-236.
- Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires: Estudio de prevalencia en el año 2004 sobre abuso de alcohol y uso de drogas en la población general del conurbano de 16 a 26 años de edad. URL: http://www.sada.gba.gov.ar/ob_juvenil.htm.
- Leiderman EA, Mugnolo JF, Bruscoli N, Massi J. Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría* 2006,17 (66):85-91.
- Leiderman EA, Konfederak M, Thomas G, Montenegro B, López L, Perez V, Gil Costa J, Genzone L. Consumo de psicofármacos en la población general del conurbano bonaerense. Comparación entre distintas zonas y con la ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría* 2007, 18(72):85-9.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre drogas de la Nación Argentina (2017). Estudio Nacional: Informe de resultados N° 1 en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Extraído el 20/11/2017 de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-08-15ZEncuestaZHogaresZ2017ZB.pdf>
- Cia AH, Stagnaro JC Aguilar Axiola S, Vommaro H, Loera G, Medina-Mora ME, Sustas S, Benjet C & Kessler RC. Lifetime prevalence and age of onset of mental disorder in adults from the Argentinean study of mental Health epidemiology. *Soc Psychiatry and Psychiat Epidemiol* 2018 53(4):341-350.
- Pages LF, Casullo M y Paso F. Prevalencia de la patología mental en la megápolis de Bs. As. CONICET 1982. Programa de investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. Documenta Laboris. Año II, n° 32.
- Deambrosi P, Chinellato A, Terrazzani G, Pulia G, Giusti P, Skaper SD y Debetto P (2010). Antidepressant drug prescribing patterns to outpoints of an Italian local health authority during the years 1998 to 2008. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2010, 30 (2).
- Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry* 2012. 200(5):393-8.
- Kaufmann CN, Spira AP, Alexander GC, Rutkow L, Mojtabai R. Trends in prescribing of sedative-hypnotic medications in the USA: 1993-2010. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2016,25(6):637-4.
- Vicente Sánchez MP, Macías Saint-Gerons D, de la Fuente Honrubia C, González Bermejo D, Montero Corominas D, Catalá-López F (2013). Trends of use of anxiolytics and hypnotics in Spain from 2000 to 2011. *Rev Esp Salud Pública* 2013,87(3):247-55.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al: Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004, 109 (suppl 420): 55-64.
- Rubio-Valera M, Fernández A, Luciano JV, Hughes CM, Pinto-Meza A, Moreno-Küstner B, Palao DJ, Haro JM, Serrano-Blanco A. Psychotropic prescribing in Catalonia: results from an epidemiological study. *Fam Pract.* 2012 29(2):154-62.
- Athanasopoulos C, Pothitis M., Messari I, Lionis C y Papadopoulou-Daifoti Z. Is Drug Utilization in Greece Sex dependent? A Population-based Study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2013, 112(1):55-62.

Lecturas y señales



El eco de mi madre

Daniel Matusevich



El eco de mi madre
Tamara Kamenzain
Bajo la luna, 2010



La novela de la poesía
Tamara Kamenzain
Adriana Hidalgo editora, 2012

Hace tres años, en esta misma sección de *Vertex* reseñamos el brevísimo *Desarticulaciones*, “...inclasificable texto de Silvia Molloy que nos abre las puertas a la posibilidad de echar una mirada diferente sobre la vida de aquellas personas que están perdiendo la memoria. La narradora visita casi diariamente a una amiga aquejada de Alzheimer e intenta, día tras día, establecer un

mapa acerca de cómo se va descomponiendo una mente sumergida en los océanos del olvido”.

En ese mismo comentario recomendábamos al lector no dejar pasar de largo el libro de poemas *El eco de mi madre* de Tamara Kamenzain, testimonio poético de una hija a una madre con demencia que se está muriendo.

El diálogo establecido entre ambas es un punto de referencia ineludible para nuestro rastreo bibliográfico, en palabras de la propia Molloy: "...nuestros libros fueron paralelos, en el sentido de que fueron escritos en la misma época y publicados el mismo año. Y, en efecto, hablamos con Tamara de lo que estábamos haciendo, o mejor, de lo que no podíamos dejar de hacer: las dos sentíamos el mismo desamparo ante la persona querida que se nos va y la misma urgencia de escritura. *El eco de mi madre* es un libro único, ya a partir del título mismo que recuerda precisamente el remanente, lo que queda de la persona que se está yendo, esa voz que ya es eco, que se confunde con el silencio sin por ello dejar de decir: 'escucha lo que no dice'. La poesía de Tamara recupera el asombro y el vértigo ante lo que se está yendo como no lo logra otro texto".

Decidimos ocuparnos de esta obra, única hasta donde sabemos, pero que no basa sus méritos exclusivamente en lo excepcional, sino que ilumina con sensibilidad absoluta una forma muy particular de envejecer a través de los olvidos.

Kamenszain abraza el destino de la pérdida desde el mismo título, intenta adaptarse a situaciones que van cambiando día a día viviendo una vida sin respuestas ("Hay golpes en la vida tan fuertes / que me demoro en el verso de Vallejo / para dejar dicho de entrada / lo que sin duda el eco de mi madre / rematará entre puntos suspensivos: / yo no sé... yo no sé... yo no sé...").

Este texto se emparenta con un ensayo escrito por Jonnathan Franzen en su libro *Cómo estar solos*: el autor de *Libertad* busca imperiosamente la estela del padre diagnosticado como enfermo de Alzheimer y no deja de encontrarla en miles de señales que van quedando dispersas en la vida que el vivió (todo comienza con una carta que le llega al escritor informándole el resultado de la autopsia "del cerebro de mi padre"). También podemos relacionarlo con el primer cuento del volumen de cuentos de Jeffrey Eugenides Quejas en el cual una señora con Alzheimer es rescatada de un hospital como paso previo a ser institucionalizada por una amiga de la infancia emprendiendo una fuga estilo Thelma & Louise con desafío cognitivo. Por último, cómo no asociarlo al inolvidable *Batman y Robin tienen un problema*, que comentamos en estas mismas páginas, del maestro King.

Si bien la autora desconfía acerca de si la narración puede dar cuenta del sufrimiento ("No puedo narrar. / ¿Qué pretérito me serviría / si mi madre ya no me teje más? / Desmadrada entonces me detengo..."), a poco de leer los primeros poemas nuestra percepción de los olvi-

dos comienza a cambiar al ritmo de una precisión en las palabras y las descripciones que nos abisma ("Sentada al borde de su memoria / me archivo como puedo en ese olvido que la trabaja / entre nosotras las palabras se acortan / ella no habla yo dejo de decir lo que decía"). Los poemas van relatando cómo la relación se va reformulando, cómo van cambiando las coordenadas de los encuentros ("Avanza protegida por lo que no dice su amnesia / y me pierde a mí en otro idioma / nos encuentra sueltas nuestras maternidades adoptivas / soy ahora por ella la hija que crece sin remedio / para dejarla decrecer tranquila entre mis brazos") hasta la despedida final ("Del otro lado del dormitorio familiar / fijo como una roca al espacio inhóspito del desalojo / ahí, más allá de los retratos de abuelos / señalando esa almohada que ya nadie usa / pegado a las valijas que esperan de pie / ahí es donde crece el fantasma del asilo").

La neuropsiquiatría solo ofrece algoritmos y psicofármacos, sugiriendo que las personas dementes son verdaderos "muertos vivos", ya que han perdido su identidad en el camino de la enfermedad; así está planteado en varios libros clásicos que bordan el tema (Cohen, Eisdorfer, Debaggio). En repetidas ocasiones nos hemos opuesto de manera terminante a este enfoque a través de charlas, artículos y libros; por supuesto que el ser en el mundo de las personas con demencia cambia, como dudar, pero una cosa son los cambios y otra muy distinta es dejar de ser persona.

Existe un marco bibliográfico narrativo (King, Franzen, Roca, Molloy, Kamenszain, Eugenides) y clínico (Whitehouse, George, Sack, Schenk, Post, Hughes, Radenn, Kitwood) que nos permite significar de otra forma estos movimientos, como paso previo a acercarnos con una sensibilidad que esté a la altura de las circunstancias, guiados por la brújula antropológica para evitar desnortarnos olvidando los fundamentos de nuestra especialidad, alguna vez llamada por Arthur Kleinmann "la más humanista de las especialidades médicas". ■

*"A ver a ver a ver repetía antes de morirse
como si algo le tapara la visión de otro camino
ese que ella ya tenía delante de las narices
pero que la dirección de su cuerpo aún se negaba a tomar.
A ver a ver a ver siguió insistiendo hasta el cansancio
mientras los que rodeábamos su cama queríamos ver también
si es que realmente algo visible,
un ángel o cualquiera otra aparición,
metida de lleno en la asepsia de ese cuarto
podía darnos la clave médica de que algo estaba por pasar."*