



Prevalencia de vida y último año de trastornos psiquiátricos en nivel primario de atención en una región del sur de Chile

Life and last year prevalence of psychiatric disorders in primary level of care in a region of southern Chile

Ximena Macaya¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2481-161X>

Esteban Moraga-Escobar¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7012-6309>

Paola Lagos Muñoz¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3440-026X>

Romina Rojas Ponce¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8209-6453>

Kristin Schmidt¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8755-7906>

Alejandra Guzmán-Castillo². ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0819-4650>

Sandra Saldivia¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7594-7069>

Benjamín Vicente^{1*}. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8903-6170>

Juan Luis Castillo-Navarrete¹. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7401-2384>

¹Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

²Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

*Autor para la correspondencia: bvicent@udec.cl





RESUMEN

Fundamento: La atención primaria de salud trata aproximadamente el 90 % de todos los problemas de salud a nivel mundial. La utilización de los servicios de salud es alta entre las personas con trastornos mentales; de igual forma se ha establecido que los trastornos mentales representan alrededor del 6 % de todos los años de vida perdidos ajustados por discapacidad en todo el mundo.

Objetivo: Identificar la prevalencia de vida y último año de los trastornos mentales en población que se atiende en el nivel primario de atención en una ciudad del sur de Chile.

Metodología: Estudio transversal de los resultados de la primera aplicación de entrevistas a una cohorte prospectiva realizada sobre una muestra 2839 pacientes entre 18 y 75 años atendidos en 10 Centros de Atención Primaria de la Provincia de Concepción, Chile.

Resultados: La prevalencia de vida de cualquier trastorno se presentó un 65 %. Un 53.7 % de estos trastornos se encuentran entre los rangos de edad de 35 a 54 años. Se observa que las consultantes de sexo femenino presentan una mayor proporción de trastornos afectivos estadísticamente significativa en comparación a la población masculina (37.2 % vs 18.7 %, $p < 0.001$).

Conclusiones: Considerando la alta prevalencia de distintos trastornos de salud mental, en las consultas espontáneas en Atención Primaria, es relevante desarrollar más y mejores políticas de salud para aumentar el acceso al tratamiento adecuado, generando una expedita y oportuna derivación a nivel secundario.

DeCS: TRASTORNOS MENTALES/epidemiología; ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; MÉDICOS DE FAMILIA; CHILE.

Palabras clave: Trastornos mentales y epidemiología; atención primaria de salud; médicos de familia; prevalencia; consultantes; Chile.

ABSTRACT

Background: Primary health care treats approximately 90% of all health problems worldwide. Health service care is high among people with mental disorders; likewise, it has been established that mental disorders represent around 6% of all disability-adjusted life years lost worldwide.

Objective: To identify the lifetime and last-year prevalence of mental disorders in the population assisted at the primary health care level in a city in southern Chile.

Methodology: Cross-sectional study of the results of the first application of interviews to a prospective cohort carried out on a sample of 2839 patients between 18 and 75 years old treated in 10 Primary Care Centers in the Province of Concepción, Chile.

Results: The life time prevalence of any disorder was 65%. 53.7% of these disorders are between the age ranges of 35 to 54 years. It is observed that female consultants present a statistically significant higher proportion of affective disorders compared to the male population (37.2% vs 18.7%, $p < 0.001$).

Conclusions: Considering the high prevalence of different mental health disorders, in spontaneous consultations in Primary Care, it is relevant to develop more and better health policies to increase access to adequate treatment, generating an expeditious and timely referral to secondary level.

MeSH: MENTAL DISORDERS/epidemiology; PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIANS FAMILY; CHILE.

Keywords: Mental disorders and epidemiology; primary health care; physicians, family; prevalence; consultants; Chile.



INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionado con el bienestar del individuo, la familia y la comunidad. La carga de los trastornos mentales se ha vuelto cada vez más relevante ya que provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. ⁽¹⁾ Se ha estimado que el 15.4 % de los adultos de población general ha tenido un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad en los últimos 12 meses. ⁽²⁾ También se ha establecido que los trastornos mentales, incluidos los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, representan alrededor del 6 % de todos los años de vida perdidos ajustados por discapacidad en todo el mundo, lo que representa más que todos los trastornos neurológicos y por consumo de sustancias combinados. ⁽³⁾

La atención primaria de salud (APS) es el primer nivel de atención y trata aproximadamente el 90% de todos los problemas de salud, a nivel mundial. ⁽⁴⁾ En la atención primaria española los trastornos de depresión y ansiedad ocupan el segundo y el tercer lugar como causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. ⁽⁵⁾ En América Latina se estima que hasta 7.7 % de la población femenina sufre trastornos de ansiedad (3.6 % de los hombres). ⁽⁴⁾ Estos trastornos están recibiendo cada vez más atención, debido a la alta incidencia en edades tempranas la tendencia a recaer frecuentemente y su naturaleza incapacitante. ⁽⁶⁾ La utilización de los servicios de salud es alta entre las personas con trastornos mentales y estudios previos sugieren que la prevalencia de trastornos mentales puede ser alta entre las personas que buscan atención por problemas generales de salud en el primer nivel de atención (es decir, centros de atención primaria de salud). ⁽⁷⁾

Los trastornos mentales comunes, definidos como depresión, síndromes de ansiedad y trastornos mentales relacionados con el estrés, son la principal causa de inasistencia laboral por enfermedad de larga duración en países occidentales. ⁽⁸⁾ Los trastornos de ansiedad son una de las 10 principales causas de discapacidad a nivel mundial en relación con prevalencia, cronicidad, comorbilidad, gravedad y probabilidad de presentar secuelas. ⁽²⁾ Las cifras calculadas de personas que padecen depresión en el mundo supera los 260 millones, ubicándose dentro de las 3 principales causas de años vividos con discapacidad (AVD) desde hace más de 1 década. ⁽⁹⁾

Por otro lado, en el caso de los trastornos mentales graves (TMG), como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios que presentan cronicidad y deterioro funcional se inician en etapas tempranas de la vida y requieren de un tratamiento temprano e integral. ⁽¹⁰⁾ En la mayoría de los países, la respuesta social a este fenómeno ha sido inadecuada; millones de personas con TMG no buscan atención médica debido a la falta de disponibilidad de servicios de atención de salud mental en niveles secundarios y terciarios y al estigma. ⁽¹¹⁾ Es desde esta perspectiva que la atención de las personas con TMG está transitando a un nuevo paradigma, al pasar de un modelo de atención hospitalario o institucional (nivel secundario de atención) a uno de servicios de atención primaria que permita la pesquisa y tratamiento precoz de estas enfermedades respondiendo de mejor manera a las necesidades del paciente y de su familia. ⁽¹²⁾

De ahí que, es muy relevante identificar las prevalencias de todos los trastornos psiquiátricos en el nivel primario de atención de salud, tanto globales como en relación con sus características sociodemográficas, ya que estos son comparables a los resultados obtenidos en población general. Aun cuando los estudios de población reflejan fielmente el nivel de salud y salud mental de la población, son estudios complejos, caros y difíciles de realizar. ^(13,14) Los estudios en el nivel primario de atención son más asequibles de realizar, aun cuando presentan prevalencias mayores sus resultados son extrapolables a la población general. ⁽¹⁵⁾

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal de los resultados de la primera aplicación de entrevistas a una cohorte prospectiva realizada sobre una muestra de pacientes entre 18 y 75 años atendidos en 10 Centros de Atención Primaria de la Provincia de Concepción, Chile. Que ha sido evaluado en siete oportunidades entre el 2003 y el 2012 (estudio FONDEF N° DO2I-1140). Los centros son parte del servicio nacional de salud pública chileno.

Los sujetos del estudio corresponden a una muestra aleatoria de consultantes por morbilidad general, incluyendo problemas de salud mental, con edades entre 18 y 75 en el nivel primario de atención (10 centros), el n (número de muestra) original fue de 3000 se incorporaron exitosamente 2839 pacientes.

Los criterios de exclusión para todos los centros incluyeron la inhabilidad para entender el idioma local, la presencia de psicosis aguda, demencia y/o de una enfermedad física incapacitante.

En esta entrevista se solicitó la participación en el estudio, expresada a través de la firma de un formulario de consentimiento informado. Entrevistadores previamente entrenados recogieron la información de los pacientes. La Universidad de Concepción evaluó los aspectos éticos de este nuevo estudio para su aprobación final.

Variables

Se recogió información sobre, todos los trastornos lo que se evaluó usando la sección correspondiente del *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), versión 2.1 es una entrevista estructurada que entrega diagnósticos psiquiátricos tanto actuales, como presentes a lo largo de la vida, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) ⁽¹⁶⁾ y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión IV (DSM-IV), ⁽¹⁷⁾ de la Asociación Psiquiátrica Americana.

La validez de CIDI frente al diagnóstico clínico es alta. ⁽¹⁷⁾ Se trata de un instrumento que ha sido traducido del inglés a varios idiomas y que está validado en Chile; consta de 11 apartados diagnósticos, que pueden administrarse de forma independiente, que abarcan el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y drogas), fobias y trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, manía, anorexia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo, esquizofrenia y otras psicosis. Esta investigación presentó los resultados según criterios CIE-10.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron sexo, escolaridad, edad, estado civil, incluyéndose además en la descripción de la muestra el ser padre o madre, el estar con trabajo al momento de la entrevista y el ingreso mensual familiar.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados a través de R 4.0.0. ⁽¹⁸⁾ Las variables numéricas fueron presentadas con fines descriptivos mediante promedio (desviación estándar), mientras que las variables categóricas mediante frecuencia absoluta y relativa.

La prevalencia de los grupos diagnósticos se construyó identificando la presencia de al menos uno de los diagnósticos individuales del mismo grupo en la población estudiada. Se realizaron análisis bivariados de los distintos grupos diagnósticos en base a las características sociodemográficas seleccionadas mediante pruebas de chi cuadrado, con una significación estadística del 5 %.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra nacional se presentan en la tabla 1. Como se observa, predominan el sexo biológico femenino (72.3 %), los casados o que viven en pareja (51.4 %), con estudios básicos (32.9 %) y medios (56.2 %), sin actividad laboral remunerada (70.2 %) y una edad media de 46.5 años.

En cuanto a la prevalencia de vida de cualquier trastorno se presenta un 65.0 % (n=1777) (Tabla 2), se puede observar que un 54.8 % de los trastornos ansiosos se presentan en el sexo biológico femenino. Un 53.7 % de estos trastornos se encuentran entre los rangos de edad de 35 a 54 años; en cambio, un 39.4 % de los trastornos afectivos se presentan en personas separadas, divorciadas o viudas.

Se observa que las consultantes de sexo femenino presentan una mayor proporción de trastornos afectivos estadísticamente significativa en comparación a la población masculina (37.2 % vs 18.7 %, $p<0.001$). Asimismo, existen diferencias estadísticamente significativas en base a los rangos de edad ($p<0.001$), existiendo mayor prevalencia de estos trastornos en el rango entre 35-54 años (36.1 %, $n=372$); al igual que en relación al estado civil, la condición de separado/divorciado/viudo ($p<0.001$) presentó mayor frecuencia de trastornos afectivos (39.4 %, $n=308$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la variable de escolaridad.

En los trastornos ansiosos se pueden observar diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo femenino, teniendo mayor prevalencia de estos diagnósticos en comparación a sus pares masculinos (54.8 % vs 33.6 %, $p<0.001$). Al evaluar los diagnósticos individuales, permanece esta tendencia, con excepción del Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastorno de pánico, donde se asemeja al de los hombres. En relación con la edad, también existieron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$), con una mayor prevalencia en el grupo entre 35-54 años (53.7 %, $n=565$). En base al estado civil, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0.001$), con una mayor prevalencia en el grupo separado/divorciado/viudo (57 %, $n=451$), pudiera ser una tendencia que se mantiene en los diagnósticos individuales excepto en TOC y trastorno de pánico. No se encontraron diferencias significativas en base a la escolaridad.

En el grupo de otros trastornos, se mantienen las diferencias en relación con las características sociodemográficas, con tendencias similares al resto de los grupos diagnósticos; sin embargo, en este grupo aparecen diferencias estadísticamente significativas en relación con la escolaridad ($p=0.003$), teniendo una mayor prevalencia el grupo de nivel educacional superior (32.9 %, $n=99$), que al evaluar por diagnóstico individual parecen corresponder a diferencias en las prevalencias de los trastornos somatomorfos y disociativos.

Con respecto a la prevalencia del último año (Tabla 3), se identificó que el 48.8 % ($n=1333$) de los consultantes presentó algún trastorno a lo largo del último año. Los trastornos afectivos presentaron una prevalencia año de 18.7 %, los ansiosos 39.6 % y otros diagnósticos 8.5 %.

En comparación a las prevalencias en vida, se mantuvieron las diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo biológico, con mayores prevalencias de los grupos diagnósticos en población femenina, al igual que en el estado civil con más frecuencia de aparición de estos cuadros en el grupo separado/divorciado/viudo.

En relación con los rangos de edad, a diferencia de las prevalencias en vida, al evaluar diferencias en la presencia de un trastorno afectivo en el último año no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Tanto en trastornos ansiosos como en el grupo de otros diagnósticos sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas similares a las encontradas en los análisis de vida. En estos análisis no se encontraron diferencias en los grupos diagnósticos en relación con la escolaridad. (Anexos)

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar la prevalencia de vida y último año de los trastornos mentales en población que se atienden en el nivel primario de atención. En este caso, los sujetos del estudio corresponden con una muestra aleatoria de consultantes por morbilidad general, incluyendo problemas de salud mental, del total de esta muestra (n=2839) en los resultados se pueden identificar que dos tercios presentan algún trastorno psiquiátrico.

Con respecto a las prevalencias, el estudio mostró un 65 % en vida y 48.8 % en el último año de cualquier trastorno de salud mental, lo que considerando la baja prevalencia de otros diagnósticos, podría ser principalmente representativa de los trastornos afectivos y ansiosos. En el estudio de Burrone, et al. ⁽¹⁵⁾ donde solo se midieron los trastornos ansiosos y del ánimo, se reportaron prevalencias de vida 40.4 % y de 12 meses un 20.1 %, respectivamente. Aun cuando no son comparables en el momento de recogida de los datos, el estudio que realizamos presenta prevalencias mayores en los trastornos del ánimo (32.1 %) y los trastornos ansiosos (49 %), relevante es mencionar, que estas prevalencias no se pueden sumar porque existe comorbilidad entre los grupos.

Se observan diferencias estadísticamente significativas en los grupos diagnósticos al analizar el sexo biológico femenino, rango de edad y estado civil, especialmente evidenciada en los trastornos ansiosos, el 37.2 % de las mujeres presentó trastornos afectivos entre los cuales se encuentran diferentes tipos de cuadros depresivos. A diferencia de un estudio realizado en población general, ⁽¹⁹⁾ las mujeres presentaban a lo largo de la vida tasas de prevalencia de depresión mayor que los hombres. En algunos países en desarrollo en América Latina y Asia, las tasas de prevalencia de trastornos mentales comunes más altas se han asociado con el sexo femenino, la poca educación y la pobreza. ⁽²⁰⁾ En estudio epidemiológico realizado en población general se muestra que las mujeres tenían casi el doble de probabilidades de sufrir un trastorno de ansiedad. ⁽¹⁴⁾ Las diferencias de sexo con respecto a la etiología de los trastornos mentales se pueden entender mejor desde una perspectiva de vulnerabilidad-estrés. Una exposición diferente a los estresores psicosociales y una mayor vulnerabilidad biológica y psicológica hacia la ansiedad en las mujeres pueden contribuir a las diferencias sexuales en los trastornos de ansiedad. ⁽²¹⁾ Las mujeres parecen experimentar síntomas más graves y duraderos que los hombres.

Encuestas mundiales de salud mental en América Latina han proporcionado estimaciones de prevalencia de 12 meses de los trastornos mentales, en países como Brasil y México en estudios poblacionales presentan un rango de estimaciones de prevalencia de un 12 % para México ⁽²²⁾ y un 29.6 % para Brasil. ⁽²³⁾ En el caso del estudio en atención primaria, la prevalencia de un año de cualquier trastorno se eleva a un 48.8 %, considerando que es un estudio en atención primaria donde las personas buscan atención por problemas generales de salud, es un hallazgo relevante de mencionar.

En cuanto a la presencia de otros trastornos (esquizofrenia, trastornos disociativos, trastornos alimentarios, etc.), de prevalencia en el último año, se observan 232 pacientes, estos generalmente son derivados desde la atención primaria hacia otras instituciones que cuenten con especialistas, y es aquí donde existe una brecha de atención para otros diagnósticos que no sean TMC como la depresión o ansiedad; por ejemplo, en América Latina se identifica que las brechas de tratamiento para problemas específicos de salud mental son altas en la región, ⁽¹⁾ ya que solo entre el 5 % y el 14 % de la población total de países como Brasil, Perú, Colombia recibió tratamiento y solo entre un cuarto y un tercio de los casos graves de trastorno mental recibieron tratamiento. ⁽¹⁴⁾ Asimismo, la mayoría de los países latinoamericanos mantienen un modelo de servicios para los TMG basados principalmente en hospitales psiquiátricos que consumen la mayor parte del presupuesto nacional en salud mental. De ahí que, los servicios de salud mental basados en la comunidad deben ser una prioridad, al menos para niños y adultos con este tipo de trastornos. ⁽²⁴⁾

Una de las limitaciones del presente estudio es que no son datos recientes, sin embargo, muestran una realidad de todos los trastornos psiquiátricos que no se presentan en estudios actuales, siendo esta, una de sus fortalezas.





CONCLUSIONES

En conclusión, considerando la alta prevalencia de distintos trastornos de salud mental, incluyendo una prevalencia no despreciable de TMG, en las consultas espontáneas no necesariamente relacionadas con consultas de salud mental, es que se puede señalar que es relevante desarrollar más y mejores políticas de salud para aumentar el acceso a las alternativas de tratamiento adecuado, en especial para los TMG. Para estos trastornos puedan ser eficazmente atendidos en Atención Primaria, debe mejorarse la resolutivez, capacitando al médico de familia, generando o estimulando consultorías y contratando psicólogos o alternativamente efectuando una oportuna derivación a nivel secundario.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burrone MS, Enders JE, Alvarado R, Valencia E, Abeldaño AR, Susser E, Fernández AR. La brecha de cobertura de atención de trastornos de salud mental en el primer nivel de atención de la ciudad de Córdoba, Argentina. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 2015 [citado 22 Dic 2023];72(4):309-13. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13839/13971>
2. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990- 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 22];392(10159):1789-858. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30496104/>
3. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 22];43(2):476-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/pdf/dyu038.pdf>
4. Sepúlveda R, Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Alvarado R. Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: a countrywide study in Chile. Rev Panam Salud Public [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 22];42. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49514/v42e1382018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 22];18(1). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5946491/pdf/12913_2018_Article_3161.pdf
6. Moscovici L, Balco EM, Degani NC, Bolsoni LM, Marques JMA, Zuardi AW. Associations between primary health care strategies and outcomes of mental disorders. Braz J Psychiatry [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 23];42(4):360-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7430389/pdf/bjp-42-04-360.pdf>
7. Hohls JK, König HH, Raynik YI, Hajek A. A systematic review of the association of anxiety with health care utilization and costs in people aged 65 years and older. J Affect Disord [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 22];232:163-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717321602?via%3Dihub>



8. Svenningsson I, Björkelund C, Hange D, Wiegner L, Ariai N, Petersson EL. Symptom patterns in patients newly sick listed for common mental disorders and associations with work-related and socioeconomic factors: a cross-sectional study in Swedish primary care. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 22];12(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9272126/pdf/bmjopen-2021-054250.pdf>
9. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017. [cited 2023 Dec 22]. Disponible en: <https://www.afro.who.int/publications/depression-and-other-common-mental-disorders-global-health-estimates-2017>
10. Fowler D, French P, Banerjee R, Barton G, Berry C, Byrne R, et al. Prevention and treatment of long-term social disability amongst young people with emerging severe mental illness with social recovery therapy (The PRODIGY Trial): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 22];18(1). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5504604/pdf/13063_2017_Article_2062.pdf.
11. Gómez-Dantés O, Frenk J. Neither myth nor stigma: Mainstreaming mental health in developing countries. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 22];60(2):212-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2018/sal182k.pdf>
12. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EA. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020 [citado 22 Dic 2023];62(1):72-9. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v62n1/0036-3634-spm-62-01-72.pdf>
13. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiat* [Internet]. 2006 [cited 2023 Dec 22];163(8):1362-70. Disponible en: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.2006.163.8.1362?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
14. Stagnaro JC, Cía AH, Aguilar Gaxiola S, Vázquez N, Sustas S, Benjet C, et al. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 22];53(2):121-9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-017-1475-9>





15. Burrone MS, Alvarado R, Colantonio LD, Enders JE, Abeldaño Zuñiga RA, Valencia E, et al. Prevalence of Mood and Anxiety Disorders Among Adults Seeking Care in Primary Healthcare Centers in Cordoba, Argentina. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 22];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118212/pdf/fpsy-11-00232.pdf>
16. WHO. The CIE-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. Geneva: WHO; 1992. [cited 2023 Dec 22]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&
17. American Psychiatric Association (APA). DSMIV. Barcelona: Masson. 1996.
18. R-Project-O [Internet]. European Union's: R The R Project for Statistical Computing. [updated 2022; cited 2023 Dec 22]. Disponible en: <https://www.r-project.org/>
19. Pérez-Martínez de Arrieta P, Gaviña AJ. Affective disorders and gender differences. In: Sáenz-Herrero M. *Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology* [Internet]. Switzerland: Springer; 2019. p 611-638. [cited 2023 Dec 22]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-15179-9_26
20. Grapiglia CZ, Costa JSDD, Pattussi MP, Paniz VMV, Olinto MTA. Factors associated with common mental disorders: a study based on clusters of women. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 22];55:77. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NhsVDpQmVbcLRKJhCTH4mhJ/>
21. Hallers-Haalboom E, Maas J, Kunst L, Bekker M. Chapter 22 The role of sex and gender in anxiety disorders: Being scared “like a girl”?. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 22];175:359-368. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444641236000242>
22. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz 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* [Internet]. 2005 [cited 2023 Dec 22];35(12):1773-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16300691/>
23. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2012 [cited 2023 Dec 22];7(2). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031879>
24. Minoletti A, Galea S, Susser E. Community Mental Health Services in Latin America for People with Severe Mental Disorders. *Public Health Rev* [Internet]. 2012 [cited 2023 Dec 22];34(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203441/pdf/nihms-490987.pdf>



Anexos

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

| | | Total (n=2839) |
|---|---------------------|-------------------|
| Sexo biológico, n (%) | Femenino | 2054 (72.3) |
| | Masculino | 785 (27.7) |
| Edad | Promedio, DS | 46.5 (17.3) |
| Rangos de edad, n (%) | 18-24 años | 375 (13.2) |
| | 25-34 años | 383 (13.5) |
| | 35-44 años | 549 (19.3) |
| | 45-54 años | 536 (18.9) |
| | 55-64 años | 510 (18.0) |
| | 65 años o más | 486 (17.1) |
| Estado civil, n (%) | Casado | 1265 (44.6) |
| | Conviviendo | 192 (6.8) |
| | Separado/Divorciado | 549 (19.3) |
| | Soltero | 570 (20.1) |
| | Viudo | 263 (9.3) |
| Ser padre o madre, n (%) | Padre/Madre | 2302 (81.1) |
| | Sin hijos | 537 (18.9) |
| Con trabajo al momento de la entrevista, n (%) | No | 1992 (70.2) |
| | Sí | 847 (29.8) |
| Escolaridad, n (%) | Media | 1596 (56.2) |
| | Básica o menos | 935 (32.9) |
| | Superior | 308 (10.8) |
| Ingreso mensual familiar, n (%) | Menos de 50 000 | 624 (22.0) |
| | 51 000 a 150 000 | 1336 (47.1) |
| | 151 000 a 251 000 | 590 (20.8) |
| | 251 000 a 351 000 | 186 (6.6) |
| | 351 000 a 451 000 | 63 (2.2) |
| | 451 000 a 651 000 | 31 (1.1) |
| | 651 000 o más | 9 (0.3) |

Tabla 2. Prevalencia en vida de diferentes enfermedades de salud mental del total de la muestra y en base a características sociodemográficas.

| | Total | Sexo biológico | | | Escolaridad | | | | Rangos de edad | | | | Estado Civil | | | |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | | F | M | p | Básica o menos | Media | Superior | p | 18-34 años | 35-54 años | 55 años o más | p | Casado/Conv. | Sep/Div/Viu. | Soltero | p |
| | | (n=2054) | (n=785) | | (n=935) | (n=1596) | (n=308) | | (n=758) | (n=1085) | (n=996) | | (n=1457) | (n=812) | (n=570) | |
| Cualquier trastorno | 1777 (65.0) | 1427 (71.4) | 350 (47.6) | <0.001 | 566 (63.0) | 1006 (65.4) | 205 (69.0) | 0.146 | 465 (63.4) | 732 (70.2) | 580 (60.5) | <0.001 | 874 (62.2) | 579 (73.5) | 324 (59.8) | <0.001 |
| Trastornos afectivos, n (%) | 871 (32.1) | 731 (37.2) | 140 (18.7) | <0.001 | 271 (30.1) | 504 (33.1) | 96 (33.1) | 0.293 | 227 (32.0) | 372 (36.1) | 272 (28.0) | <0.001 | 417 (29.8) | 308 (39.4) | 146 (27.3) | <0.001 |
| Depresión simple | 448 (15.8) | 380 (18.5) | 68 (8.7) | | 126 (13.5) | 277 (17.4) | 45 (14.6) | | 132 (17.4) | 180 (16.6) | 136 (13.7) | | 227 (15.6) | 140 (17.2) | 81 (14.2) | |
| Distimia | 228 (8.0) | 192 (9.3) | 36 (4.6) | | 90 (9.6) | 112 (7.0) | 26 (8.4) | | 30 (4.0) | 105 (9.7) | 93 (9.3) | | 105 (7.2) | 99 (12.2) | 24 (4.2) | |
| Depresión recurrente | 220 (7.7) | 192 (9.3) | 28 (3.6) | | 81 (8.7) | 118 (7.4) | 21 (6.8) | | 50 (6.6) | 93 (8.6) | 77 (7.7) | | 99 (6.8) | 87 (10.7) | 34 (6.0) | |
| Depresión bipolar | 57 (2.0) | 43 (2.1) | 14 (1.8) | | 14 (1.5) | 37 (2.3) | 6 (1.9) | | 15 (2.0) | 38 (3.5) | 4 (0.4) | | 25 (1.7) | 23 (2.8) | 9 (1.6) | |
| Manía | 77 (2.7) | 58 (2.8) | 19 (2.4) | | 14 (1.5) | 53 (3.3) | 10 (3.2) | | 24 (3.2) | 46 (4.2) | 7 (0.7) | | 29 (2.0) | 30 (3.7) | 18 (3.2) | |
| Trastornos ansiosos, n (%) | 1349 (49.0) | 1096 (54.8) | 253 (33.6) | <0.001 | 434 (47.9) | 758 (48.9) | 157 (53.0) | 0.304 | 339 (46.2) | 565 (53.7) | 445 (46.1) | 0.001 | 665 (47.0) | 451 (57.0) | 233 (42.5) | <0.001 |
| Agorafobia | 176 (6.2) | 147 (7.2) | 29 (3.7) | | 53 (5.8) | 112 (7.0) | 11 (3.6) | | 42 (5.6) | 81 (7.5) | 53 (5.4) | | 79 (5.5) | 66 (8.2) | 31 (5.5) | |
| Ansiedad generalizada | 320 (11.5) | 255 (12.7) | 65 (8.4) | | 98 (10.7) | 187 (11.9) | 35 (11.7) | | 55 (7.4) | 153 (14.3) | 112 (11.5) | | 153 (10.7) | 130 (16.2) | 37 (6.6) | |
| Trastorno de pánico | 7 (0.3) | 5 (0.3) | 2 (0.3) | | 2 (0.2) | 5 (0.3) | 0 (0.0) | | 1 (0.1) | 3 (0.3) | 3 (0.3) | | 5 (0.4) | 2 (0.3) | 0 (0.0) | |
| TEPT | 407 (14.3) | 338 (16.5) | 69 (8.8) | | 136 (14.5) | 221 (13.8) | 50 (16.2) | | 110 (14.5) | 185 (17.1) | 112 (11.2) | | 189 (13.0) | 154 (19.0) | 64 (11.2) | |
| TOC | 11 (0.4) | 9 (0.4) | 2 (0.3) | | 0 (0.0) | 9 (0.6) | 2 (0.7) | | 3 (0.4) | 8 (0.7) | 0 (0.0) | | 5 (0.3) | 3 (0.4) | 3 (0.5) | |
| Fobia social | 276 (9.9) | 227 (11.2) | 49 (6.4) | | 95 (10.3) | 155 (9.8) | 26 (8.6) | | 85 (11.4) | 115 (10.7) | 76 (7.7) | | 126 (8.7) | 93 (11.6) | 57 (10.3) | |
| Fobias específicas | 923 (32.5) | 780 (38.0) | 143 (18.2) | | 306 (32.7) | 507 (31.8) | 110 (35.7) | | 227 (29.9) | 387 (35.7) | 309 (31.0) | | 452 (31.0) | 307 (37.8) | 164 (28.8) | |
| Otros, n (%) | 690 (25.0) | 569 (28.3) | 121 (16.1) | <0.001 | 211 (23.3) | 380 (24.4) | 99 (32.9) | 0.003 | 172 (23.3) | 306 (29.1) | 212 (21.8) | <0.001 | 326 (23.0) | 255 (32.2) | 109 (19.8) | <0.001 |
| Esquizofrenia | 31 (1.1) | 20 (1.0) | 11 (1.4) | | 10 (1.1) | 14 (0.9) | 7 (2.3) | | 9 (1.2) | 11 (1.0) | 11 (1.1) | | 18 (1.2) | 4 (0.5) | 9 (1.6) | |
| Trastornos delirantes | 2 (0.1) | 2 (0.1) | 0 (0.0) | | 2 (0.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | 0 (0.0) | 1 (0.1) | 1 (0.1) | | 2 (0.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| Episodio psicótico (¿?) | 20 (0.7) | 15 (0.7) | 5 (0.6) | | 2 (0.2) | 15 (0.9) | 3 (1.0) | | 11 (1.5) | 6 (0.6) | 3 (0.3) | | 28 (2.0) | 13 (1.6) | 17 (3.1) | |
| Trastorno esquizoafectivo | 6 (0.2) | 4 (0.2) | 2 (0.3) | | 0 (0.0) | 5 (0.3) | 1 (0.3) | | 2 (0.3) | 4 (0.4) | 0 (0.0) | | 2 (0.1) | 1 (0.1) | 3 (0.5) | |
| Trastornos somatomorfos | 453 (16.0) | 369 (18.0) | 84 (10.7) | | 146 (15.6) | 244 (15.3) | 63 (20.5) | | 107 (14.1) | 207 (19.1) | 139 (14.0) | | 220 (15.1) | 162 (20.0) | 71 (12.5) | |
| Trastornos disociativos | 305 (10.7) | 268 (13.0) | 37 (4.7) | | 90 (9.6) | 168 (10.5) | 47 (15.3) | | 61 (8.0) | 147 (13.5) | 97 (9.7) | | 130 (8.9) | 138 (17.0) | 37 (6.5) | |
| Trastornos alimentarios (Bulimia o | 18 (0.6) | 17 (0.8) | 1 (0.1) | | 3 (0.3) | 11 (0.7) | 4 (1.3) | | 8 (1.1) | 8 (0.7) | 2 (0.2) | | 8 (0.6) | 7 (0.9) | 3 (0.5) | |

Tabla 3. Prevalencia en último año de diferentes enfermedades de salud mental del total de la muestra y en base a características sociodemográficas.

| TABLA 3 | Total (N=2839) | Sexo biológico | | | Escolaridad | | | | Rangos de edad | | | | Estado Civil | | | |
|--|--------------------|----------------------|----------------------|------------------|------------------------------|-------------------|---------------------|-------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------|------------------------|--------------------|------------------|
| | | Femenino (n=2054) | Masculino (n=785) | p | Básica o menos (n=935) | Media (n=1596) | Superior (n=308) | p | 18-34 años (n=758) | 35-54 años (n=1085) | 55 años o más (n=996) | p | Casado/Conv. (n=1457) | Sep/Div/Viu (n=812) | Soltero (n=570) | p |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cualquier trastorno | 1333 (48.8) | 1094 (55.1) | 239 (32.0) | <0.001 | 438 (48.3) | 745 (48.7) | 150 (51.0) | 0.711 | 340 (46.3) | 569 (54.8) | 424 (44.3) | <0.001 | 629 (45.0) | 463 (59.0) | 241 (44.1) | <0.001 |
| Trastornos afectivos, n (%) | 530 (18.7) | 442 (21.5) | 88 (11.2) | <0.001 | 191 (20.4) | 283 (17.7) | 56 (18.2) | 0.237 | 134 (17.7) | 224 (20.6) | 172 (17.3) | 0.102 | 242 (16.6) | 203 (25.0) | 85 (14.9) | <0.001 |
| Depresión simple | 177 (6.2) | 155 (7.5) | 22 (2.8) | | 51 (5.5) | 108 (6.8) | 18 (5.8) | | 63 (8.3) | 69 (6.4) | 45 (4.5) | | 85 (5.8) | 56 (6.9) | 36 (6.3) | |
| Distimia | 247 (8.7) | 200 (9.7) | 47 (6.0) | | 106 (11.3) | 114 (7.1) | 27 (8.8) | | 33 (4.4) | 111 (10.2) | 103 (10.3) | | 112 (7.7) | 106 (13.1) | 29 (5.1) | |
| Depresión recurrente | 137 (4.8) | 115 (5.6) | 22 (2.8) | | 50 (5.3) | 72 (4.5) | 15 (4.9) | | 34 (4.5) | 56 (5.2) | 47 (4.7) | | 64 (4.4) | 52 (6.4) | 21 (3.7) | |
| Depresión bipolar | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| Manía | 42 (1.5) | 36 (1.8) | 6 (0.8) | | 7 (0.7) | 32 (2.0) | 3 (1.0) | | 12 (1.6) | 25 (2.3) | 5 (0.5) | | 16 (1.1) | 17 (2.1) | 9 (1.6) | |
| Trastornos ansiosos, n (%) | 1082 (39.6) | 906 (45.7) | 176 (23.4) | <0.001 | 345 (38.4) | 612 (39.7) | 125 (42.8) | 0.402 | 269 (37.0) | 471 (45.0) | 342 (35.6) | <0.001 | 526 (37.4) | 362 (46.2) | 194 (35.7) | <0.001 |
| Agorafobia | 150 (5.3) | 127 (6.2) | 23 (3.0) | | 47 (5.1) | 93 (5.9) | 10 (3.3) | | 36 (4.8) | 71 (6.6) | 43 (4.4) | | 72 (5.0) | 53 (6.6) | 25 (4.4) | |
| Ansiedad generalizada | 203 (7.3) | 168 (8.3) | 35 (4.5) | | 57 (6.2) | 122 (7.8) | 24 (8.0) | | 39 (5.2) | 106 (9.9) | 58 (6.0) | | 94 (6.6) | 82 (10.2) | 27 (4.8) | |
| Trastorno de pánico | 5 (0.2) | 4 (0.2) | 1 (0.1) | | 1 (0.1) | 4 (0.3) | 0 (0.0) | | 0 (0.0) | 3 (0.3) | 2 (0.2) | | 3 (0.2) | 2 (0.3) | 0 (0.0) | |
| TEPT | 136 (4.8) | 117 (5.7) | 19 (2.4) | | 38 (4.1) | 76 (4.8) | 22 (7.1) | | 44 (5.8) | 60 (5.5) | 32 (3.2) | | 58 (4.0) | 52 (6.4) | 26 (4.6) | |
| TOC | 9 (0.3) | 7 (0.3) | 2 (0.3) | | 0 (0.0) | 7 (0.4) | 2 (0.7) | | 3 (0.4) | 6 (0.6) | 0 (0.0) | | 4 (0.3) | 2 (0.2) | 3 (0.5) | |
| Fobia social | 200 (7.1) | 166 (8.2) | 34 (4.4) | | 70 (7.6) | 113 (7.2) | 17 (5.6) | | 59 (7.9) | 88 (8.2) | 53 (5.4) | | 84 (5.8) | 72 (9.0) | 44 (7.9) | |
| Fobias específicas | 813 (28.6) | 699 (34.0) | 114 (14.5) | | 274 (29.3) | 444 (27.8) | 95 (30.8) | | 197 (26.0) | 348 (32.1) | 268 (26.9) | | 399 (27.4) | 270 (33.3) | 144 (25.3) | |
| Otros, n (%) | 232 (8.5) | 197 (9.9) | 35 (4.7) | <0.001 | 65 (7.3) | 139 (9.0) | 28 (9.4) | 0.275 | 52 (7.1) | 112 (10.8) | 68 (7.1) | 0.003 | 97 (6.9) | 102 (13.0) | 33 (6.0) | <0.001 |
| Esquizofrenia | 18 (0.6) | 12 (0.6) | 6 (0.8) | | 6 (0.6) | 9 (0.6) | 3 (1.0) | | 6 (0.8) | 6 (0.6) | 6 (0.6) | | 8 (0.5) | 3 (0.4) | 7 (1.2) | |
| Trastornos delirantes | 1 (0.0) | 1 (0.0) | 0 (0.0) | | 1 (0.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (0.1) | | 1 (0.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| Episodio psicótico (¿?) | 12 (0.4) | 8 (0.4) | 4 (0.5) | | 1 (0.1) | 10 (0.6) | 1 (0.3) | | 7 (0.9) | 4 (0.4) | 1 (0.1) | | 4 (0.3) | 5 (0.6) | 3 (0.5) | |
| Trastorno esquizoafectivo | 5 (0.2) | 4 (0.2) | 1 (0.1) | | 0 (0.0) | 4 (0.3) | 1 (0.3) | | 1 (0.1) | 4 (0.4) | 0 (0.0) | | 1 (0.1) | 1 (0.1) | 3 (0.5) | |
| Trastornos somatomorfos | 6 (0.2) | 6 (0.3) | 0 (0.0) | | 3 (0.3) | 3 (0.2) | 0 (0.0) | | 0 (0.0) | 3 (0.3) | 3 (0.3) | | 3 (0.2) | 3 (0.4) | 0 (0.0) | |
| Trastornos disociativos | 194 (6.8) | 169 (8.2) | 25 (3.2) | | 57 (6.1) | 113 (7.1) | 24 (7.8) | | 36 (4.7) | 98 (9.0) | 60 (6.0) | | 83 (5.7) | 91 (11.2) | 20 (3.5) | |
| Trastornos alimentarios (Bulimia o anorexia) | 13 (0.5) | 12 (0.6) | 1 (0.1) | | 3 (0.3) | 9 (0.6) | 1 (0.3) | | 6 (0.8) | 5 (0.5) | 2 (0.2) | | 5 (0.3) | 6 (0.7) | 2 (0.4) | |



Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de cada autor

Ximena Macaya Sandoval: Conceptualización, investigación, redacción-borrador original, redacción, revisión y edición.

Romina Rojas Ponce: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, redacción-borrador original, redacción, revisión y edición.

Kristin Schmidt: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción-borrador, redacción, revisión y edición.

Alejandra Guzmán-Castillo: Conceptualización, investigación, redacción-borrador original, redacción, revisión y edición.

Sandra Saldivia Bórquez: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, validación, supervisión, revisión.

Paola Lagos Muñoz: Conceptualización, investigación, redacción-borrador, revisión

Esteban Moraga Escobar: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción-borrador original, revisión y edición.

Juan Luis Castillo-Navarrete: Conceptualización, investigación, redacción-borrador original, redacción, revisión y edición.

Benjamín Vicente Parada: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, administración del proyecto, supervisión, validación, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Recibido: 01/03/2024

Aprobado: 05/06/2024

Publicado: 18/06/2024

