Tendencias 2022

# SALUD MENTAL

en América Latina
y el Caribe

LA PANDEMIA SILENCIOSA

Confianza
*toda la vida*

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

# ÍNDICE


2 Resumen ejecutivo

4 Introducción

6 Visión general de la salud mental

7 Afecciones Comunes

9 Estigma y problemas culturales

11 Estadísticas

13 Suicidio

14 Costos e impacto económico

15 Causas de MNS

16 Tratamiento y brechas en el tratamiento

18 COVID-19 y salud mental

20 El cuidado de la salud mental

22 Programas en el lugar de trabajo

24 Conclusión


PAN AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

# La salud mental en América Latina y el Caribe

## La pandemia silenciosa

Un informe de Pan-American Life Insurance Group

“

No hay **salud** sin **salud** mental

$3

**Algunos países de Centroamérica destinan menos de 3 dólares por persona al año a programas y atención de salud mental.**

# Resumen Ejecutivo

**Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) se han generalizado en América Latina y el Caribe. Estas afecciones representan cerca del 20% de la carga total de discapacidad, y solamente las superan las enfermedades crónicas no transmisibles (p. ej., las enfermedades cardiovasculares o la diabetes).**

Entre los trastornos MNS, la depresión, los trastornos de ansiedad y del dolor son los que más predominan en la región, con amplias variaciones de prevalencia entre los países de América Latina y el Caribe.

Las tasas de suicidio, el resultado más extremo de los trastornos MNS, también varían ampliamente entre los países, observándose las tasas más altas en los Estados Unidos y Canadá, y las más bajas en los países del Caribe no latino.

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan una carga financiera significativa para las personas, los empleadores y la sociedad en general. Los costos son especialmente elevados entre casi un tercio de los pacientes de América Latina que padecen "trastornos resistentes al tratamiento". Por ejemplo, los trabajadores con depresión resistente al tratamiento tienen tres veces más gastos médicos que los trabajadores sin depresión.

Las causas de los trastornos MNS son complejas y, a menudo, son por múltiples factores. Las causas pueden ser la composición genética de una persona, sus experiencias de vida (p. ej., el estrés, sobre todo en la infancia), los problemas sociales (p. ej., la soledad), y padecer otra enfermedad crónica como la diabetes. Debido en parte al estigma relacionado con los trastornos MNS, estas afecciones a menudo quedan sin diagnosticar ni tratar correctamente. Esta "brecha en el tratamiento" entre la necesidad de servicios y su disponibilidad es especialmente grave en muchos países de América Latina y el Caribe. Algunos países de América Central, por ejemplo, destinan menos de 3 dólares por persona al año a programas y atención de salud mental.

La pandemia de COVID-19, que sigue en curso en el momento en que se preparó este informe, ha empeorado aún más la situación relacionada con la salud mental en la región. La pandemia ha aumentado significativamente las tasas de afecciones como la depresión y la ansiedad, al mismo tiempo que ha interrumpido la disponibilidad de medicamentos y tratamientos en persona. Por el lado positivo, la pandemia aceleró la necesidad de utilizar servicios de telesalud y atención virtual para los trastornos de salud mental, que suelen ser eficaces y tienen buena aceptación entre los pacientes.

Los empleadores juegan un papel importante en el reconocimiento y el apoyo a los empleados con trastornos de salud mental y consumo de sustancias. Se alienta a los empleadores de la región a acceder al amplio y creciente conjunto de materiales educativos bilingües gratuitos (artículos, vídeos) producidos por la OPS y PALIG. Los programas que ayudan a los empleados con trastornos MNS han demostrado su eficacia, y permiten que los trabajadores sean más productivos, leales y representen menos costos.

# INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) tienen una alta recurrencia en toda América Latina y el Caribe, así como en el resto del mundo, y son los principales responsables de la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura.

MNS (Mental, neurológico y por consumo de sustancias)

Entre la población en edad de trabajar, los trastornos MNS tienen un impacto significativo en la productividad de los trabajadores, el ausentismo y los costos de atención médica.[1] Además de los propios pacientes, estas afecciones representan una carga significativa para los cuidadores y la sociedad en general. El estigma, la exclusión social y la discriminación, que son comunes en las personas con trastornos mentales que viven en las culturas latinoamericanas y caribeñas, agravan la situación. La pandemia de COVID-19 ha hecho que los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias sean más predominantes en toda la región. Los problemas de suministro de medicamentos y las restricciones de viaje han exacerbado los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, entre las personas con enfermedades crónicas existentes que dependen de medicación y tratamientos constantes.

En este informe, ofrecemos una visión general de los trastornos de salud mental, neurológicos y por consumo de sustancias en América Latina y el Caribe. Revisamos también las estadísticas relacionadas con las autolesiones y el suicidio, que son dos de las consecuencias extremas de estos trastornos. En el momento en que se preparó el presente informe, la pandemia de COVID-19 está teniendo un gran impacto en los trastornos de salud mental y por abuso de sustancias. Analizamos si el COVID-19 ha afectado y cómo la prevalencia de estas afecciones, en particular entre la población en edad de trabajar y con enfermedades crónicas existentes. En la última sección del informe, presentamos las medidas que la comunidad médica, los empleadores y las compañías de seguros pueden adoptar para atender las necesidades de los pacientes de salud mental pese a los desafíos de la pandemia.

# VISIÓN GENERAL DE LA **SALUD MENTAL**

Los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad en todo el mundo. Estas afecciones y eventos son responsables de aproximadamente una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la región de las Américas (OPS, 2018).

**LOS TRASTORNOS MNS**
SON UNA DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DE DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD EN TODO EL MUNDO.

Hay muchos tipos de trastornos mentales. Los profesionales de salud los agrupan en categorías o clases de trastornos. Algunas de las clases más comunes de trastornos de salud mental, así como ejemplos específicos dentro de cada clase, se presentan en la siguiente sección de este informe.

## NOTA SOBRE LA TERMINOLOGÍA E INFORMACIÓN DE HALLAZGOS

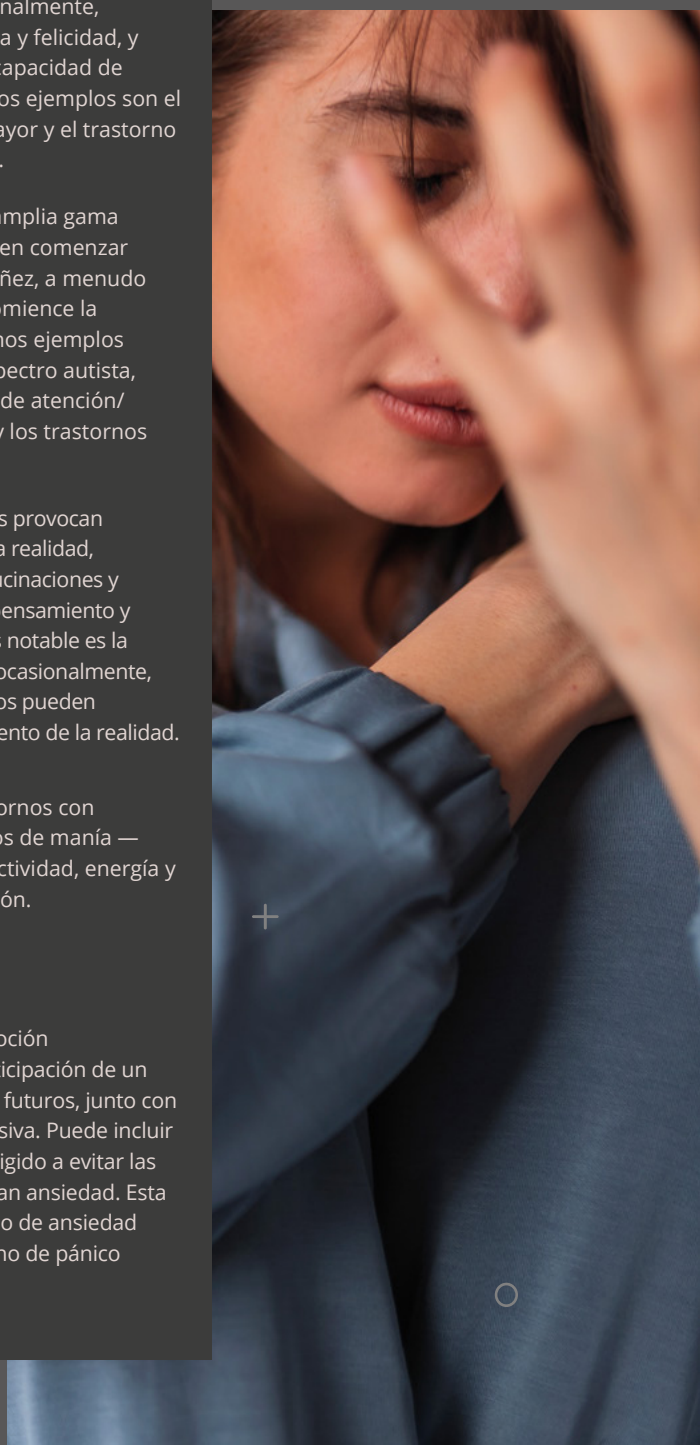
La forma en que los investigadores y el personal médico analizan e informan sobre la salud mental y los trastornos relacionados varía entre las publicaciones y en la práctica. Muchas publicaciones agrupan los "trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias" y se refieren a este grupo de afecciones utilizando el acrónimo "MNS". Algunas organizaciones e investigadores también incluyen las "autolesiones" y/o el "suicidio" junto con estas otras afecciones e informan sobre los trastornos de salud mental, neurológicos, por consumo de sustancias y autolesiones, o "MNSS". Señalamos estas definiciones para alertar al lector del hecho de que algunas estadísticas incluidas en este informe se basan en los MNS, mientras que otras incluyen también las autolesiones y el suicidio, es decir, los MNSS.

# AFECCIONES COMUNES

Hay muchos tipos de enfermedades mentales, neurológicas y por consumo de sustancias, que suelen agruparse en "clases" de trastornos. La Clínica Mayo ofrece un resumen completo de las principales clases de trastornos MNS (Tabla 1).

Tabla 1. Clases principales de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

| | |
|---|---|
| **Trastornos depresivos.** | Se trata de trastornos que afectan la forma cómo se siente una persona consigo misma emocionalmente, como el nivel de tristeza y felicidad, y que pueden alterar la capacidad de funcionamiento. Algunos ejemplos son el trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico premenstrual. |
| **Trastornos del neurodesarrollo.** | Esta clase abarca una amplia gama de problemas que suelen comenzar en la infancia o en la niñez, a menudo antes de que el niño comience la escuela primaria. Algunos ejemplos son el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) y los trastornos del aprendizaje. |
| **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** | Los trastornos psicóticos provocan un distanciamiento de la realidad, como los delirios, las alucinaciones y la desorganización del pensamiento y el habla. El ejemplo más notable es la esquizofrenia, aunque, ocasionalmente, otras clases de trastornos pueden asociarse con el alejamiento de la realidad. |
| **Trastornos bipolares y afines.** | Esta clase incluye trastornos con alternancia de episodios de manía — períodos de excesiva actividad, energía y excitación — y depresión. |
| **Trastornos de ansiedad.** | La ansiedad es una emoción caracterizada por la anticipación de un peligro o una desgracia futuros, junto con una preocupación excesiva. Puede incluir un comportamiento dirigido a evitar las situaciones que provocan ansiedad. Esta clase incluye el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias. |



# AFECCIONES COMUNES

**Trastornos obsesivo-compulsivos y afines.**

Estos trastornos implican preocupaciones u obsesiones, y pensamientos y acciones repetitivas. Algunos ejemplos son el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de acaparamiento compulsivo y el trastorno de arrancarse el cabello (tricotilomanía).

**Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.**

Se trata de trastornos de adaptación en los que una persona tiene problemas de afrontamiento durante o después de un acontecimiento estresante de la vida. Algunos ejemplos son el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno por estrés agudo.

**Trastornos disociativos.**

Se definen como los trastornos en los que el sentido del yo se ve alterado, como ocurre con el trastorno de identidad disociativo y la amnesia disociativa.

**Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta.**

Una persona con uno de estos trastornos puede tener síntomas físicos que le causan un gran malestar emocional y problemas de funcionamiento. Puede haber o no otra afección médica diagnosticada asociada a estos síntomas, pero la reacción a los síntomas no es normal. Los trastornos incluyen el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de ansiedad por enfermedad y el trastorno facticio.

**Trastornos relacionados con sustancias y adicciones.**

Entre ellos se encuentran los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol, cafeína, tabaco y drogas. Esta clase también incluye el trastorno del juego.

**Trastornos neurocognitivos.**

Estos trastornos afectan la capacidad de pensar y razonar. Estos problemas cognitivos adquiridos (más que de desarrollo) incluyen el delirio, así como los trastornos neurocognitivos debidos a afecciones o enfermedades como la lesión cerebral traumática o la enfermedad de Alzheimer.

**Trastornos de la personalidad.**

Un trastorno de la personalidad implica un patrón duradero de inestabilidad emocional y comportamiento poco saludable que causa problemas en la vida y en las relaciones. Algunos ejemplos son los trastornos de la personalidad límite, antisocial y narcisista.

Tabla 1. Clases principales de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias

# ESTIGMA
## Y PROBLEMAS CULTURALES

El ***estigma*** puede definirse como "una marca de desgracia o vergüenza que distingue a una persona de las demás". Cuando a una persona se le etiqueta por su enfermedad ya no es vista como un individuo sino como parte de un grupo estereotipado. Las actitudes y creencias negativas hacia este grupo crean prejuicios que conducen a acciones negativas y a la discriminación.

El estigma de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias es frecuente en toda América Latina y el Caribe, y sigue siendo uno de los principales obstáculos para mejorar la atención a los afectados.[3] Los valores culturales tradicionales de los latinos se han asociado con el estigma relacionado con los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias. Las diferencias de género en las expectativas relacionadas con la búsqueda de ayuda arraigadas en valores culturales como el ***machismo*** (los hombres son capaces de manejar sus propios problemas sin ayuda externa), el ***marianismo*** (la abnegación por los que uno quiere incluso en detrimento de uno mismo), así como el ***familismo*** (cumplir con éxito las obligaciones familiares antes que nada) y el ***fatalismo*** (aceptar la voluntad de Dios o el destino) pueden influir aún más en las percepciones de los latinos sobre las personas con depresión y también en su disposición a buscar ayuda profesional. Ciertos tabúes y varios aspectos de la religión también se han asociado con un mayor estigma relacionado con las afecciones de salud mental en las culturas latinoamericanas.[4]

> **El estigma es el mayor asesino que existe,** mata a más personas que los cigarrillos, que la heroína o que cualquier otro factor de riesgo. Porque mantiene a las personas en la sombra, evita que las personas pidan ayuda, evita que las personas buenas estén dispuestas a ofrecer ayuda.[2]
>
> **Dr. Jerome Adams.**
> **Exdirector general de sanidad de Estados Unidos 2017-21**

Un exhaustivo artículo de revisión sobre el tema, Mascayano et al [5] , clasificó los tipos principales de estigma en salud mental entre las poblaciones latinoamericanas y caribeñas en cuatro categorías: Estigma público, institucional, propio y familiar. En realidad, a menudo hay más de un tipo de estigma para la persona con un trastorno de salud mental y/o por consumo de sustancias (Tabla 2).

| | |
|---|---|
| **PÚBLICO** | El proceso en el que el público en general estigmatiza a las personas con enfermedades mentales, que consiste en procesos de estereotipos, prejuicios y discriminación. |
| **INSTITUCIONAL** | Prácticas institucionales que actúan en detrimento del grupo o persona estigmatizada. |
| **PROPIO** | Cuando una persona toma los estereotipos reconocidos públicamente por la sociedad y los aplica a sí mismo. |
| **FAMILIAR** | Cuando el estigma se experimenta entre quienes están relacionados por parentesco con las personas etiquetadas. |

**Tabla 2.** Tipos de estigma asociados a un trastorno de salud mental o de consumo de sustancias entre las poblaciones de América Latina y el Caribe.

En otro artículo de revisión de Misra et al (2021), los investigadores encontraron que los latinoamericanos ocultan con mayor frecuencia las enfermedades mentales y los tratamientos (terapia y medicación) porque sienten que reflejan debilidad personal, que ellos mismos son defectuosos y/o una fuente de vergüenza individual y familiar.[6]

El estigma y los prejuicios hacia las personas con problemas de salud mental y consumo de sustancias no se limitan al público en general; los proveedores de atención médica también pueden ser culpables. Un estudio realizado en la República Dominicana [7], encontró que las actitudes estigmatizantes del personal de salud influían negativamente en la atención a los pacientes con trastornos MNS. Desde un punto de vista más positivo, algunos investigadores han descubierto que los valores tradicionales de compasión y benevolencia asociados a la cultura latinoamericana pueden contrarrestar la tendencia al estigma hacia los pacientes con trastornos MNS.[8]

En la próxima sección, repasamos algunas estadísticas y tendencias en la región de las Américas para los principales trastornos de salud mental, neurológicos y por consumo de sustancias, así como para las autolesiones y el suicidio. Se debe tener en cuenta que, es probable que las tasas de algunas de estas enfermedades sean incluso más altas que las descritas en estas estadísticas oficiales, en parte debido al estigma asociado a estas enfermedades.

# ESTADÍSTICAS

Los datos de mortalidad por sí solos no reflejan adecuadamente las muertes causadas por las enfermedades mentales y el consumo de sustancias; por lo tanto, es útil observar las métricas que incorporan la discapacidad asociada a estas enfermedades. La OPS y otras organizaciones internacionales utilizan los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y los años perdidos por discapacidad (APD).

En un análisis de la carga de la enfermedad en todas las afecciones en las Américas, la salud mental, neurológica, el consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) representan el 19% del total de los AVAD. Esta proporción solamente la superan las enfermedades no transmisibles (p. ej., las enfermedades cardiovasculares y la diabetes), que representan el mayor porcentaje de los AVAD en la región, con un 59%.

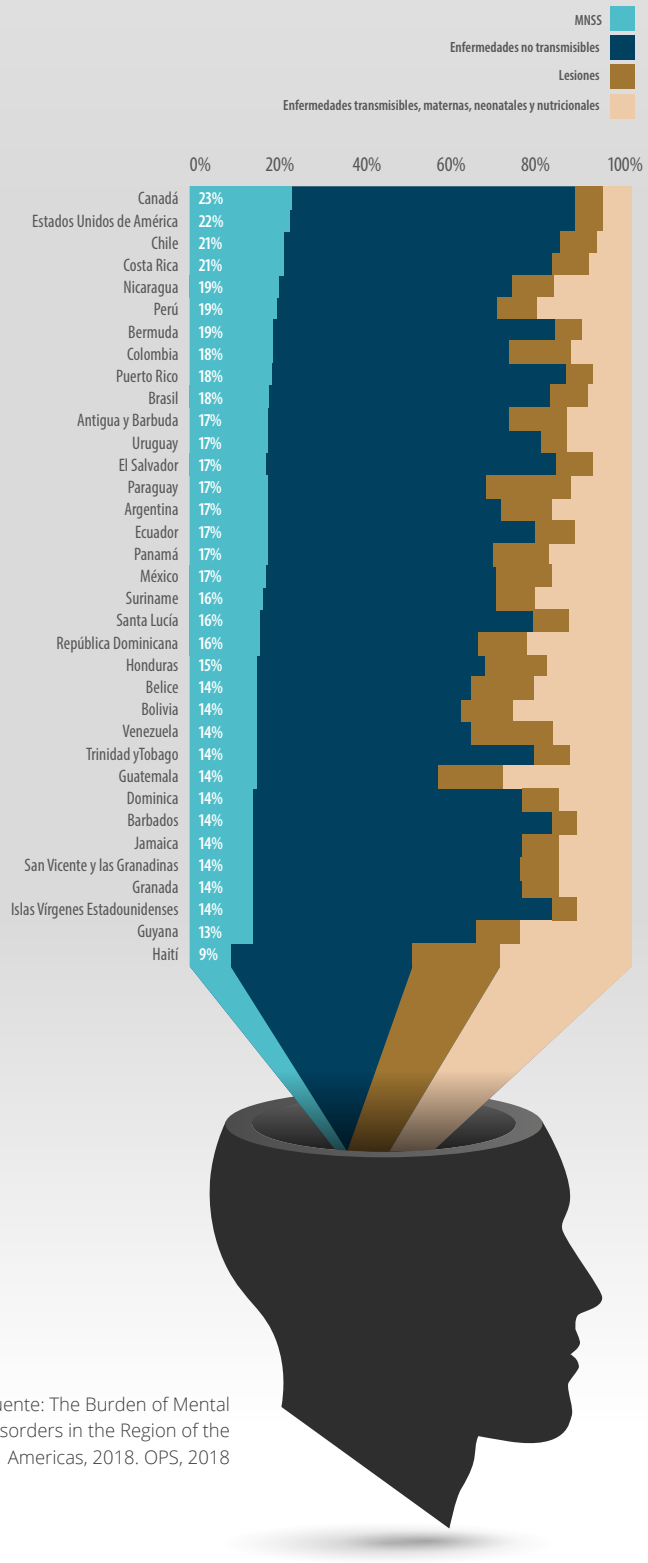
Hay grandes variaciones en la proporción del total de AVAD que corresponde a los MNSS en la región de las Américas (Figura 1). Los MNSS representan el 23% y el 22% del total de AVAD en Canadá y Estados Unidos, respectivamente, pero solo del 9% al 14% en la mayoría de los países del Caribe. Los países latinoamericanos se sitúan en general en el medio, con un mínimo del 14% en Guatemala y un máximo del 21% en Chile.

**1** de cada **4**

personas en las Américas
experimenta una enfermedad mental
y/o un trastorno por consumo de
sustancias a lo largo de su vida

**OPS, 2018**

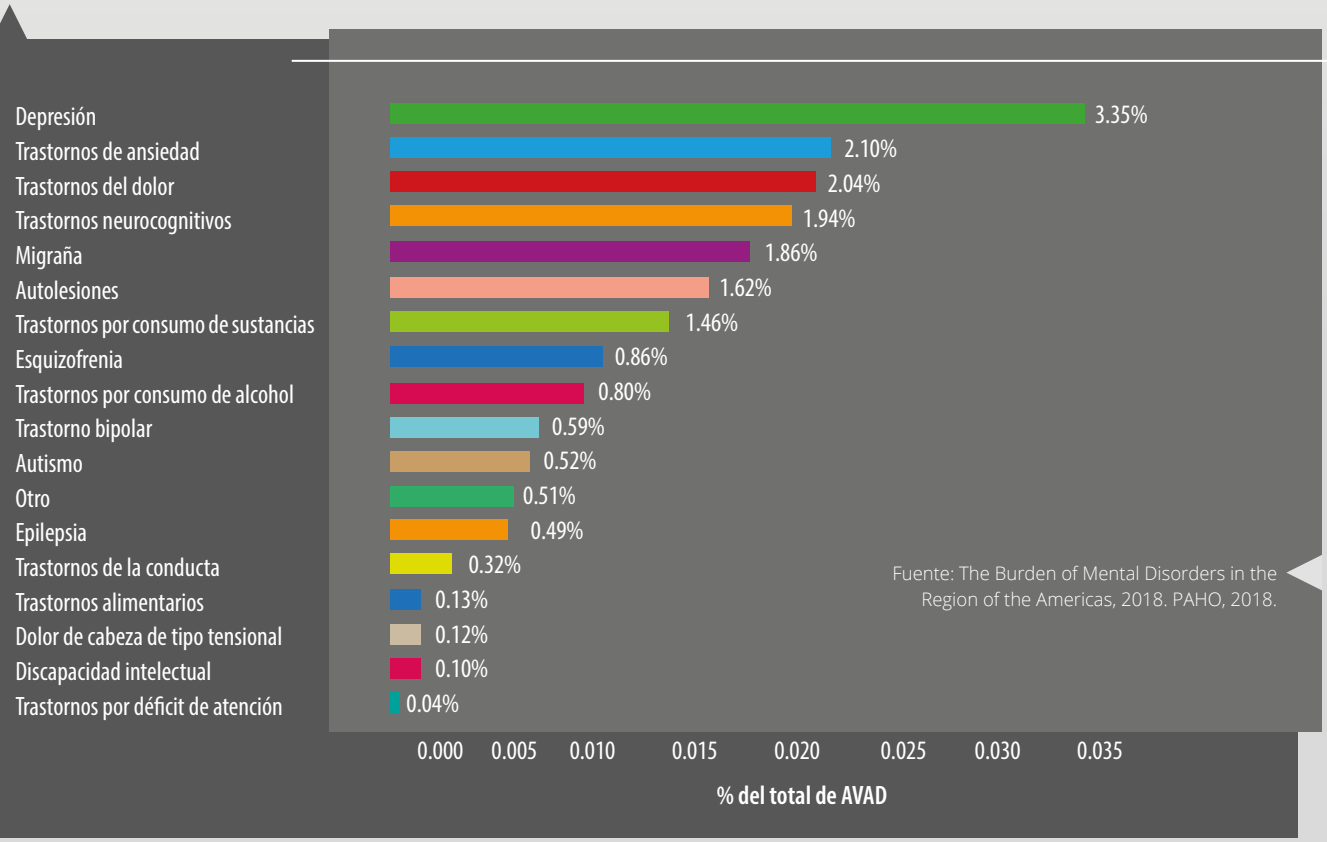
Figura 1. Distribución de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) por países (%)




Fuente: The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. OPS, 2018

La depresión, la ansiedad y los trastornos del dolor encabezan la lista de afecciones de MNSS en América Latina y el Caribe (Figura 2).

Figura 2. Clasificación de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias y del suicidio (AVAD)




Fuente: The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. PAHO, 2018.

La afección **más** predominante, los trastornos depresivos, está asociada a la edad, y tiene un impacto muy grande en el total de años de vida con discapacidad

La afección más predominante, los trastornos depresivos, está asociada a la edad, y tiene un impacto muy grande en el total de años de vida con discapacidad. Los trastornos depresivos entre la población en edad de trabajar en las Américas son responsables de casi 10 millones de años perdidos por discapacidad (APD).

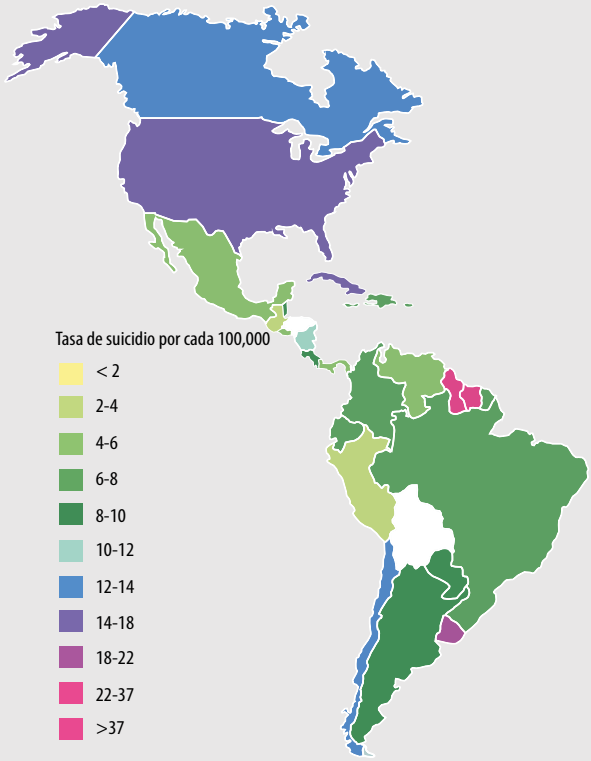
Los países con mayor carga y años perdidos por trastornos depresivos se encuentran en América del Sur: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia. Los países con los menores APD debidos a trastornos depresivos tienden a estar en América Central (es decir, El Salvador, Guatemala y Panamá), mientras que los países del Caribe están en el medio. En particular, Canadá es el país con menos APD debido a trastornos depresivos.

# Suicidio

El punto final más extremo y catastrófico de una enfermedad mental es el suicidio. Las tasas de suicidio en los países de América Latina y el Caribe son, en general, más bajas que en Estados Unidos y Canadá (Figura 3). Las tasas de suicidio son las más bajas entre los países del Caribe no latino.

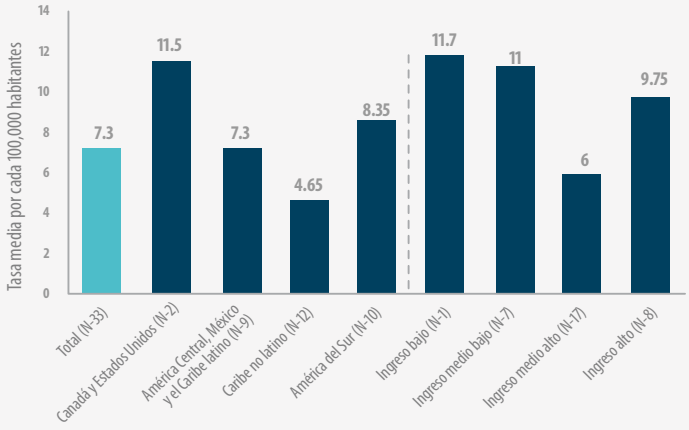
Al comparar los países de ingresos bajos, medios y altos, también se observa una notable curva en forma de "U". El país con menos ingresos de la región (Haití) tiene una tasa de suicidio de 11.7 por cada 100,000 habitantes. La tasa es la más baja en los 17 países con ingresos medios de la región, pero vuelve a subir a 9.75 por 100,000 en los países de ingresos mayores (Figura 4).

**Figura 3. Tasas de suicidio en el hemisferio occidental**

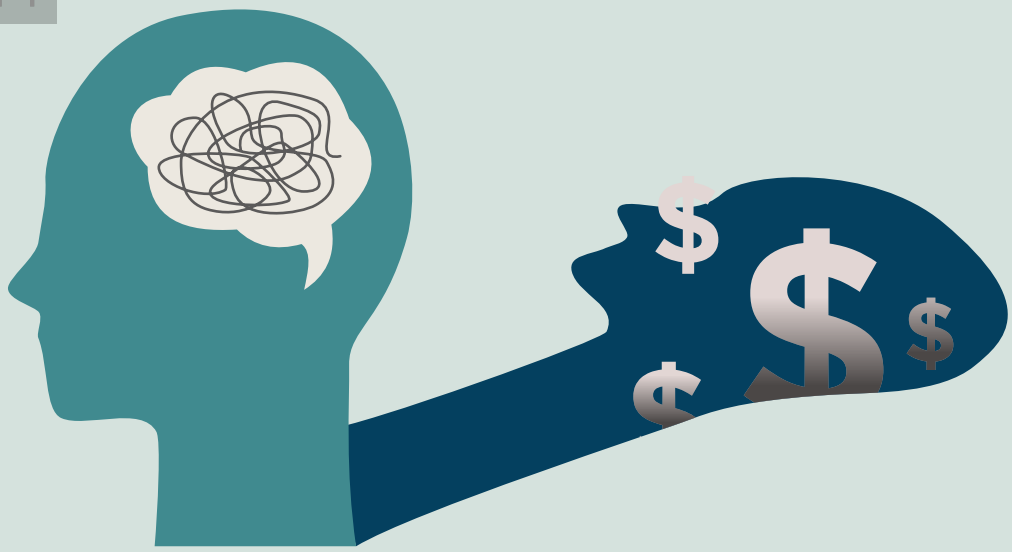



Fuente: PAHO. Suicide Mortality in the Americas. Regional Report 2010–2014. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53348

**Figura 4. Suicidio por cada 100,000 habitantes en las Américas, por regiones y niveles de ingresos de los países.**




Fuente: Atlas of Mental Health in the Americas. PAHO, 2018.



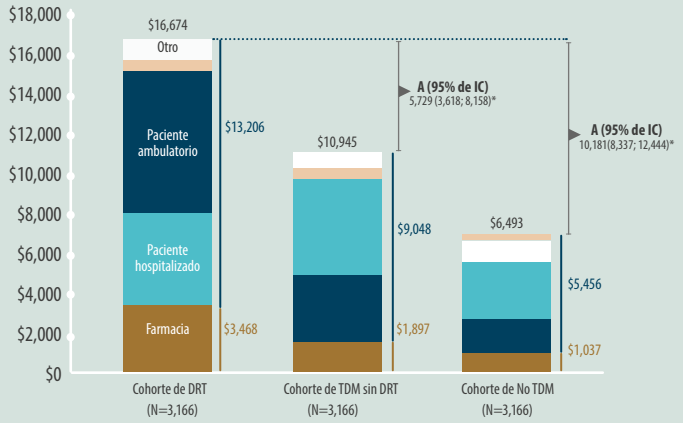
# COSTOS e IMPACTO ECONÓMICO

**Los pacientes con trastorno MNS incurren en un gasto de atención médica significativamente mayor, y pierden más días de trabajo que los que no tienen MNS.** Se estima que, a nivel mundial, los trastornos de depresión y ansiedad cuestan a la economía global más de un billón de dólares al año en pérdida de productividad.[9]

Esto es especialmente cierto en el caso de los pacientes con trastornos mentales que no responden a la medicación y que se denominan "resistentes al tratamiento".

La depresión resistente al tratamiento, o DRT, por ejemplo, se observa en aproximadamente el 30% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor en América Latina.[10] Un estudio sobre los datos de reclamaciones de personas con seguro médico privado en los Estados Unidos encontró que **un empleado que tenía depresión resistente al tratamiento (DRT) incurría en un total de 16,674 dólares en gastos médicos por año.** Esto se compara con los 10,945 dólares anuales en costos médicos de los trabajadores que tenían un trastorno depresivo mayor no resistente al tratamiento (TDM sin DRT), y los 6,493 dólares anuales de los trabajadores que no tenían un trastorno depresivo mayor (Figura 5).

Los días de trabajo perdidos reflejaron estos datos de costos. Los trabajadores con DRT perdieron una media de 54 días de trabajo al año, en comparación con 32 días y 17 días, para los grupos de TDM sin DRT y sin TDM, respectivamente.




Fuente: Zhdanava M et al. Economic burden of treatment-resistent depression in privately insured US patients with co-occuring anxiety disorder and/or substance us disorder, Current Medical Research and Opinion. 2021.

**Figura 5.** Costos de salud por todas las causas (en dólares estadounidenses [$]) 2017) por paciente y año.

Los trastornos mentales entre los jóvenes también son costosos. **Un estudio reciente de UNICEF reveló que las economías de América Latina y el Caribe pierden más de 30,000 millones de dólares cada año debido a los trastornos de salud mental de los jóvenes.**[11]

# Causas de MNS

No hay una causa única de las enfermedades mentales o de los trastornos por consumo de sustancias. Las enfermedades mentales surgen de la interacción de los genes, el entorno y muchos otros factores. **En la tabla 3 se resumen algunos de los factores contribuyentes más comunes.**

**Tabla 3.** Causas de los trastornos mentales

- Genética y antecedentes familiares.
- Experiencias de vida, incluido el estrés o un historial de abusos, especialmente en la infancia.
- Factores biológicos, como desequilibrios químicos en el cerebro.
- La exposición de la madre a virus o sustancias químicas tóxicas durante el embarazo.
- Uso de alcohol o drogas ilícitas.
- Tener una afección médica grave, como cáncer u otra enfermedad crónica [12].
- Tener pocos amigos, y sentirse solo o aislado.

Además, hay una serie de determinantes sociales que influyen en el riesgo y el resultado de los trastornos MNS.[13] Estos determinantes sociales pueden incluir: ***factores socioeconómicos*** (p. ej., desempleo, baja educación); ***factores de vecindario*** (p. ej., hacinamiento); ***eventos ambientales*** (p. ej., migración, desastres naturales, pandemias). Como analizamos en una sección posterior de este informe, el impacto que la pandemia de COVID-19 ha tenido en la salud mental es un ejemplo excelente de este tipo de determinantes sociales.

# TRATAMIENTO Y BRECHAS EN EL TRATAMIENTO

Hay una serie de intervenciones y tratamientos médicos eficaces para los trastornos MNS, que incluyen medicamentos, tratamientos psicológicos e intervenciones sociales. Un análisis detallado de los tratamientos médicos y psicológicos está fuera del alcance de este informe, pero puede encontrarse en otros lugares (consulte, por ejemplo, Patel et al, 2016)[14]. En este informe, ofrecemos una visión general resumida, centrándonos en las formas en que los empleadores pueden apoyar a los trabajadores con trastornos MNS.

En el ámbito de la empresa, el apoyo a los empleados con trastornos MNS incluye la creación de un entorno abierto y de apoyo para aumentar la concientización sobre estas afecciones, y garantizar la asistencia y el acceso a programas de entrenamiento y asesoramiento. En una sección posterior de este informe se presentan orientaciones adicionales y detalladas, y algunos recursos clave para los empleadores.

**Las empresas pueden contribuir a la creación de entornos y espacios abiertos para la formación y el apoyo a la concienciación sobre los trastornos MNS.**

En el ámbito de la población, las mejores prácticas para tratar y prevenir los trastornos MNS incluyen medidas legislativas que ponen a disposición recursos educativos y de tratamiento. En el ámbito de la comunidad, las mejores prácticas incluyen la formación en habilidades para la vida en las escuelas y los lugares de trabajo con las cuales desarrollar competencias sociales y emocionales. En el ámbito de la atención médica, autogestión (p. ej., terapia psicológica a través de la web para los trastornos de depresión y ansiedad), y atención primaria y servicios de asistencia a la comunidad (p. ej., personal de salud no especializado que ofrezca un tratamiento psicológico y farmacológico de determinados trastornos). Los servicios especializados en trastornos MNS en los hospitales de primer nivel desempeñan un papel importante para los enfermos más graves.

La "brecha en el tratamiento" entre la incidencia generalizada de los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias y los recursos que se destinan a tratar estas afecciones es un reto global, incluso en América Latina y el Caribe[15]. En América Latina, por ejemplo, la brecha en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias era del 83.7%, frente al 69.1% de Norteamérica. La brecha en el tratamiento de los trastornos de ansiedad osciló entre el 56.2% en Norteamérica y el 81.8% en Mesoamérica. Para los trastornos afectivos, la brecha en el tratamiento fue del 58.4% en Norteamérica y del 77.4% en Mesoamérica.

Dicho esto, el gasto en salud mental varía ampliamente entre los países de América. Estados Unidos y Canadá destinan cada uno aproximadamente el 8% de su presupuesto total de salud a la salud mental. Algunas naciones insulares del Caribe (p. ej., Barbados y Jamaica) también destinan aproximadamente el 8% de su presupuesto total de salud en servicios de salud mental. En el otro extremo, Bolivia, Guatemala y la República

Dominicana solo destinan alrededor del 0.2% de su presupuesto de salud a servicios de salud mental. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe destinan entre el 1% y el 2% de sus presupuestos de salud a la salud mental, una cifra que contrasta fuertemente con el casi 20% de carga de enfermedad asociada a estas afecciones, citada anteriormente en este informe.

Si observamos las disparidades en la inversión en salud mental de otra manera, Estados Unidos y Canadá destinan una media de 193.50 dólares per cápita en programas de salud mental y atención médica. Los países del Caribe no latino destinan una media de cerca de 24 dólares per cápita, mientras que la mayoría de los países de las regiones de América Central y América del Sur invierte 1.00 y 2.30 dólares per cápita, respectivamente.

# Déficit de trabajadores de salud mental

La brecha en el tratamiento y el gasto también se refleja en el déficit de trabajadores de salud mental en muchos países de América Latina y el Caribe. En Estados Unidos y Canadá, por ejemplo, hay 235.5 trabajadores de salud mental, es decir, psiquiatras, enfermeros de salud mental, trabajadores sociales, etc. por cada 100,000 habitantes, en comparación con 10.9 por cada 100,000 habitantes de la región de América Central / México / Caribe latino, y 9.7 y 8.8 por cada 100,000 habitantes de la región del Caribe no latino y América del Sur, respectivamente (Tabla 4).

**Tabla 4. Número medio de trabajadores de salud mental en los 39 países de las Américas, por región (tasa por cada 100,000 habitantes)**

| | Psiquiatras | Psiquiatras infantiles | Otros médicos especialistas | Enfermeros de salud mental | Psicólogos | Trabajadores sociales | Terapeutas ocupacionales | Patólogos del habla | Otros trabajadores asalariados | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total (N=39) | 1.4 | 0.0* | 0.0* | 3.9 | 5.4 | 0.4 | 0.0* | 0.0 | 0.2 | 10.3 |
| Subregión | | | | | | | | | | |
| Canadá y Estados Unidos (N=2) | 12.6 | 2.0 | - | 36.5 | 39.3 | 92.5 | 3.7 | 25.50 | 78.1 | 235.5 |
| América Central, México y el Caribe latino (N=18) | 0.9 | 0.0* | 0.1 | 0.2 | 7.3 | 0.3 | 0.0* | 0.0 | 0.0 | 10.9 |
| Caribe no latino (N=18) | 1.2 | 0.0 | 0.0 | 7.9 | 0.6 | 0.5 | 0.0 | 0.0 | 5.0 | 9.7 |
| América del Sur (N=18) | 2.4 | 0.2 | 0.6 | 0.1 | 8.6 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.5 | 8.8 |

*Valor menor o igual a 0.04

Fuente: Atlas of Mental Health in the Americas. PAHO, 2018.

Los organismos gubernamentales internacionales y locales de las Américas reconocen que existen brechas en los servicios de salud mental. El "Consenso de Brasilia de 2013"[16] y el consiguiente "Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020"[17] se citan a menudo como prueba de que hay un reconocimiento del problema.

Sin embargo, hoy en día sigue habiendo una dramática escasez de servicios y proveedores de salud mental en la gran mayoría de los países de las Américas en relación con las grandes y crecientes necesidades de estas poblaciones. Este déficit es especialmente grave en los países de América Central y del Caribe. La falta de financiación y atención a los trastornos MNSS podría deberse, en parte, al estigma y a una serie de problemas culturales asociados a estas enfermedades, un área que exploramos en una sección anterior de este informe.

**20%**
al **40%**
de aumento de los trastornos de salud mental en la pandemia en los países de América Latina y el Caribe

# COVID-19 Y SALUD MENTAL

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo y negativo en la salud mental, tanto entre los profesionales de salud como en la población en general.[18]

Un estudio a nivel global sobre la prevalencia y la carga de los trastornos depresivos y de ansiedad debidos a la pandemia de COVID-19 reveló que las tasas de trastornos mentales aumentaron entre un 20% y un 40% en los países de América Latina y el Caribe, lo que supone uno de los mayores aumentos en el mundo.

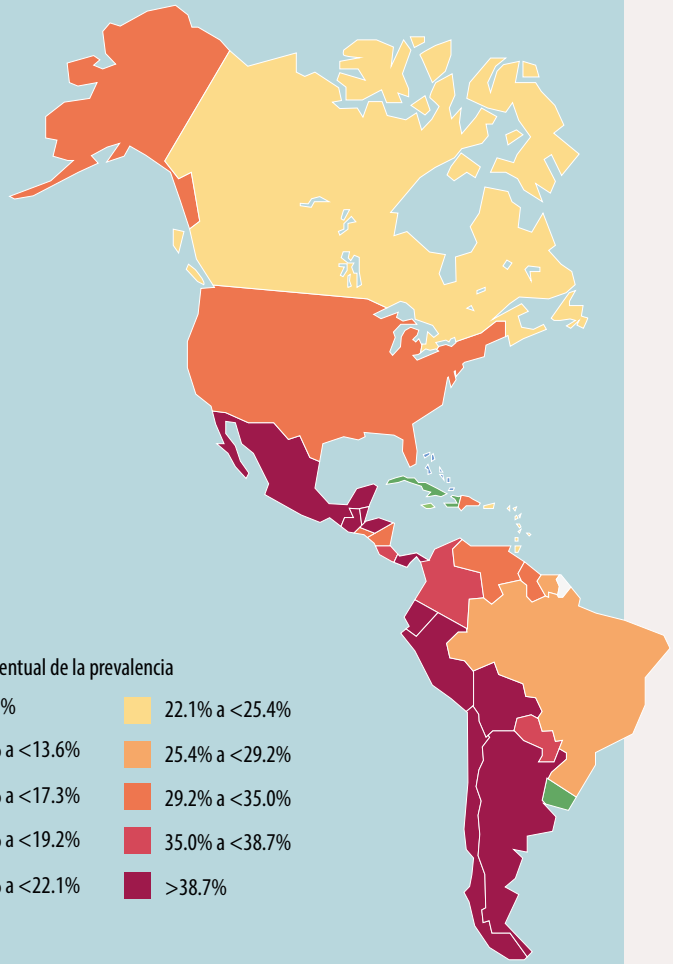
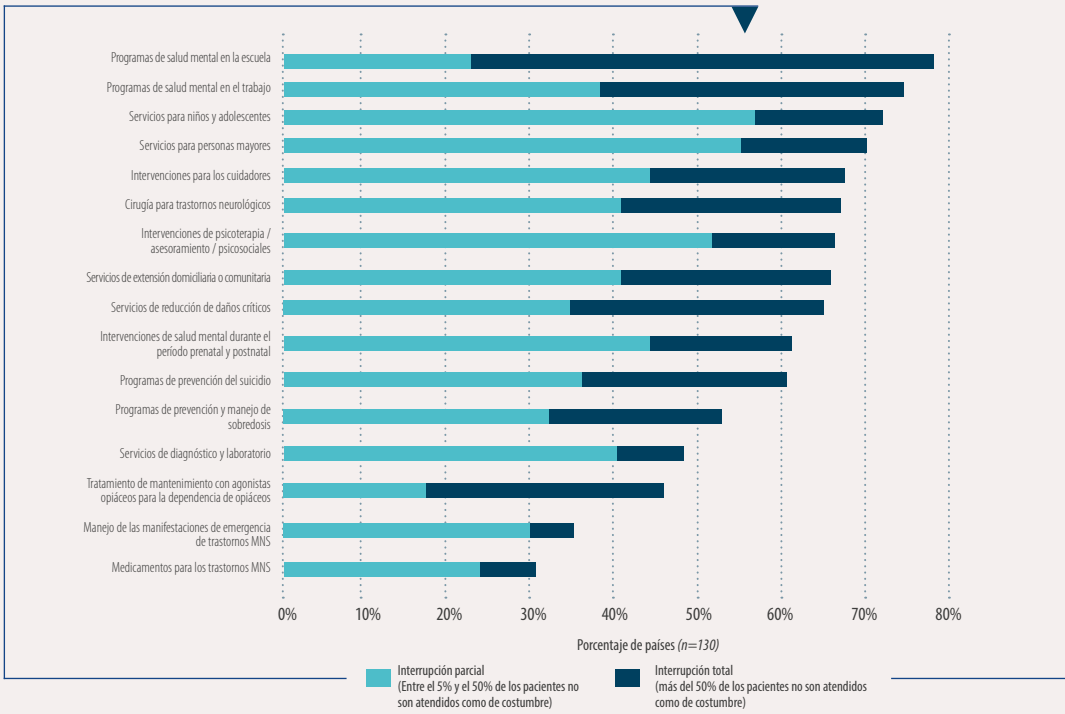


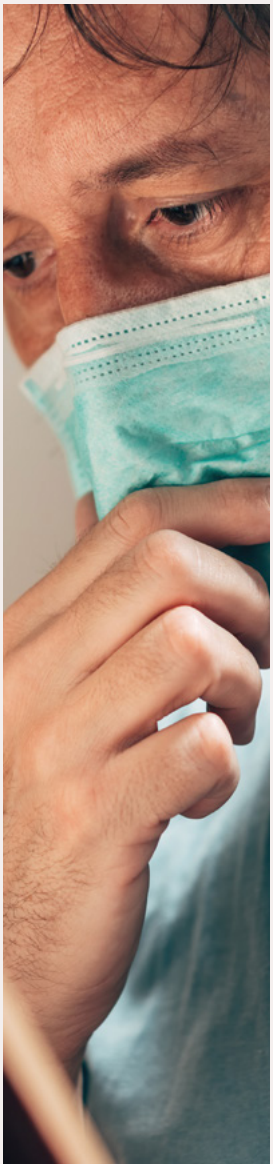

**Figura 6.** Cambio en la prevalencia del trastorno depresivo mayor como resultado de la pandemia de COVID-19, 2020

En una encuesta global anterior, realizada en 2020 y que incluía a 130 países miembros, la OMS encontró que las intervenciones y los servicios relacionados con los trastornos MNS se habían interrumpido debido al COVID-19 en la mayoría de los países del mundo.

Como se muestra en la Figura 7, los programas de salud mental relacionados con el trabajo solamente los superan los programas relacionados con la escuela, en cuanto al grado y el alcance de la interrupción debida a la pandemia de COVID-19.

**Figura 7.** Interrupciones de las intervenciones/servicios relacionados con los trastornos MNS en 130 países debido al COVID-19





Las causas de las interrupciones reflejadas son múltiples, con descensos en el volumen de consultas externas debido a que los pacientes no se presentan y por restricciones de viaje que dificultan el acceso a los centros de salud de los pacientes que encabezan la lista.[19].

A nivel de pacientes individuales, el brote de COVID-19 **ha aumentado la prevalencia de la depresión y otros trastornos mentales** entre personas que ya padecían enfermedades crónicas.

Por ejemplo, un estudio realizado en México encontró que los pacientes con enfermedades reumáticas eran mucho más propensos a estar ansiosos y deprimidos durante el brote de COVID-19 que antes de la pandemia. Los impulsores específicos de estas preocupaciones se relacionaban con: la escasez de medicamentos y la dificultad para encontrarlos, así como el temor a no poder acceder a la atención médica cuando la necesitaran.[20] Otro estudio reciente de cinco países de habla hispana (Honduras, Chile, Costa Rica, México y España) encontró que el "estrés del confinamiento" relacionado con la familia y las preocupaciones financieras fueron los impulsores más importantes de la ansiedad y la depresión durante la pandemia de COVID-19.[21]

# EL CUIDADO
## DE LA SALUD MENTAL

Hay actividades y acciones específicas que las personas pueden realizar para mejorar su estado de ánimo, reducir el estrés y disminuir el riesgo de depresión. Según los CDC, la OPS y otros expertos, algunas de las formas más saludables de afrontar el estrés y la depresión incluyen:

### Cuidar su cuerpo

- Duerma lo suficiente.
- Evite el consumo excesivo de alcohol, tabaco y sustancias.
- Respire profundamente, estírese, medite.
- Lleve una dieta sana y equilibrada.
- Haga ejercicio con regularidad.

### Hacer tiempo para desconectarse

Intente hacer otras actividades que le gusten.

### Soltar las cosas que no le benefician

Aprenda a dejar pasar las cosas que no puede controlar.

## Limitar el tiempo que pasa en las redes sociales

Evite las noticias tristes, inquietantes o de política.

## Conectarse con los demás

Hable con personas de confianza sobre sus preocupaciones y cómo se siente.

## Ponerse en contacto con organizaciones comunitarias o religiosas

Si aún están vigentes las medidas de distanciamiento social, intente conectarse en línea, a través de las redes sociales, o por teléfono o correo.

## Pedir ayuda

Si el estrés o la depresión persisten, busque atención médica.

# Programas en el lugar de trabajo

El lugar de trabajo puede ser un sitio ideal para impartir programas de prevención de salud mental[22] , así como para aumentar el acceso a un tratamiento adecuado.[23] Estas acciones proactivas pueden ser beneficiosas tanto para los empleados como para sus empleadores.[24] El uso de estos recursos, y la búsqueda de salud por parte de los empleados con trastornos de salud mental o de consumo de sustancias en general, suele ser bajo[25], y un estudio informó que solo el 15% de los trabajadores con un problema de salud mental había buscado ayuda en el mes anterior.[26] Frente al estigma generalizado descrito anteriormente, así como los recursos de salud conductual disponibles más limitados, es probable que la búsqueda de cuidados de salud entre los empleados sea aún menor entre los trabajadores de América Latina y el Caribe.

## Las 4 A de un lugar de trabajo favorable a la salud mental

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| AUMENTO DE LA CONCIENCIA | ADAPTACIONES EN EL TRABAJO | ASISTENCIA | ACCESO |
| Aumentar la conciencia y una cultura de apoyo | Brindar adaptaciones a los trabajadores | Ofrecer asistencia a los empleados | Garantizar el acceso al tratamiento |

Fuente: Zhdanava M et al. Economic burden of treatment-resistent depression in privately insured US patients with co-occuring anxiety disorder and/orsubstance use disorder, Current Medical Research and Opinion. 2021.

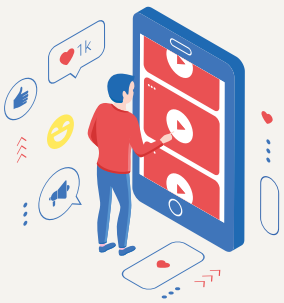
**Figura 8.** Las 4 A de un lugar de trabajo favorable a la salud mental

Las siguientes son las cuatro medidas inmediatas que los empleadores pueden adoptar para apoyar a sus empleados con trastornos MNS: (1) aumentar la conciencia sobre los trastornos de salud mental y de consumo de sustancias; (2) proporcionar adaptaciones, como un horario flexible a los empleados que puedan estar luchando con estas afecciones; (3) ofrecer asistencia a través de los programas de beneficios para empleados; y (4) garantizar el acceso al tratamiento mediante la selección de productos y servicios de seguros de calidad. En el sitio web de los CDC puede encontrar recursos detallados para los empleadores sobre cómo establecer un entorno de trabajo saludable[27].

### Recursos sobre salud mental para América Latina y el Caribe

La OPS ha producido una serie de videos educativos sobre la salud mental en inglés y español. Están disponibles gratis en el sitio web de la OPS[28]. En la figura 9 se muestra una selección de los tipos de vídeos disponibles.

**Figura 9.** Vídeos educativos sobre salud mental disponibles a través de la OPS



OPS Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

**VÉALOS EN:**
**https://www.paho.org/es/temas/salud-mental**

Fuente: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental

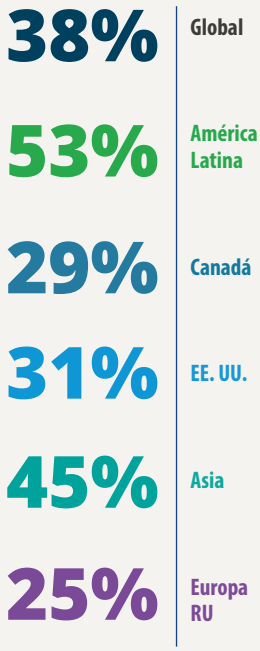
Pan-American Life Insurance Group también ofrece artículos útiles, consejos y orientación en español sobre salud mental en https://www.paligmed.com/es/salud-mental.

Las intervenciones psicológicas a través de la web en el lugar de trabajo son un área creciente y prometedora para mejorar el bienestar de los empleados. En una revisión sistemática de 21 estudios que examinaron la efectividad de las intervenciones digitales en salud mental, los investigadores encontraron que estos programas contaban con beneficios estadísticamente significativos tanto para el bienestar psicológico como para la productividad de los trabajadores.[29] A medida que miramos hacia el diseño e implementación de estos programas en América Latina y el Caribe, es crucial que las intervenciones basadas en Internet y en dispositivos móviles para los trastornos mentales se adapten culturalmente a las poblaciones locales para lograr la máxima efectividad[30].

Un estudio global reciente de empleadores realizado por MercerMarsh Benefits encontró que el 53% de los empleados latinoamericanos se mostraron abiertos al uso de asesoramiento virtual de salud mental impulsados por la Inteligencia Artificial (IA) (es decir, sin participación humana) para tratar problemas de ansiedad, tristeza o relaciones personales, una cifra superior a la de cualquier otra región (Figura 9).

**Figura 10.** Receptividad al asesoramiento virtual en salud mental, por regiones

**Consejería impulsada por IA en cifras:**
Por región, la proporción de empleados que dijeron que el asesoramiento virtual sobre salud mental a través de un chat, basado en inteligencia artificial (sin participación humana), para tratar la ansiedad, la tristeza o los problemas de relaciones personales era alta o extremadamente valiosa (%)




Fuente: MercerMarsh Benefits. Health on Demand: delivering the benefits employees want now. Global study of 14,000 employees. 2021.

# CONCLUSIÓN

Confianza *toda la vida*

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias solamente se ven superados por las enfermedades crónicas, en cuanto a su impacto negativo sobre la productividad y los costos de los trabajadores. La pandemia de COVID-19 ha abierto un diálogo adicional sobre la urgencia de proporcionar apoyo a los empleados y pacientes con trastornos MNS. Alentamos a todos los miembros de PALIG a que aprovechen al máximo los beneficios de salud mental que tienen a su disposición, según el contrato de su póliza. También invitamos a nuestros socios empleadores, corredores de seguros y proveedores a que se comprometan con nosotros en el tema de la salud mental, y a que dialoguen sobre soluciones de colaboración. Juntos podemos marcar la diferencia.

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

# REFERENCIAS


1 Nicholson PJ. Common mental disorders and work. Br Med Bull. 2018 Jun 1;126(1):113-121. doi: 10.1093/bmb/ldy014. PMID: 29684103.

2 How employers can improve their approach to mental health at work. McKinsey, September 15, 2021.https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-employers-can-improve-their-approach-to-mental-health-at-work

3 Sapag JC, Sena BF, Bustamante IV, Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano F, Alvarado R, Khenti A. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. Glob Public Health. 2018 Oct;13(10):1468-1480. doi: 10.1080/17441692.2017.1356347. Epub 2017 Aug 2. PMID: 28766377.

4 La salud mental y el estigma en Latinoamérica. Medical News Today. 2021. https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental-estigma-latinoamerica

5 Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado R, Tapia E, Lips W, Yang LH. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Brazilian Journal of Psychiatry. 2016;38(1):73–85. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1652.

6 Misra S, Jackson VW, Chong J, Choe K, Tay C, Wong J, Yang LH. Systematic Review of Cultural Aspects of Stigma and Mental Illness among Racial and Ethnic Minority Groups in the United States: Implications for Interventions. Am J Community Psychol. 2021 Apr 3. doi: 10.1002/ajcp.12516. Epub ahead of print. PMID: 33811676.

7 Caplan, S., Little, T. V., Reyna, P., Sosa Lovera, A., Garces-King, J., Queen, K., & Nahar, R. (2016). Mental health services in the Dominican Republic from the perspective of health care providers. Global Public Health, 5, 1–25.

8 Rosen A. Destigmatizing day-to-day practices: what developed countries can learn from developing countries. World Psychiatry. 2006;5:21-4.

9 https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/mental-health-in-the-workplace

10 Soares B, Kanevsky G, Teng CT, Pérez-Esparza R, Bonetto GG, Lacerda ALT, Uribe ES, Cordoba R, Lupo C, Samora AM, Cabrera P. Prevalence and Impact of Treatment-Resistant Depression in Latin America: a Prospective, Observational Study. Psychiatr Q. 2021 Aug 31. doi: 10.1007/s11126-021-09930-x. Epub ahead of print. PMID: 34463905.

11 UNICEF. 2021. The State of the World's Children 2021. On My Mind: promoting, protecting and caring for children's mental health. https://www.unicef.org/lac/media/28666/file/SOWC2021-Regional-brief-LAC.pdf

12 Chronic Illness and Mental Health: Recognizing and treating depression. NIMH. 2021.

13 Almeida-Filho N. Urbanization and mental health as a research problem in Latin America (with a focus on Brazil). Curr Opin Psychiatry. 2021 May 1;34(3):293-298. doi: 10.1097/YCO.0000000000000695. PMID: 33560021.

14 Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, Ferrari AJ, Hyman S, Laxminarayan R, Levin C, Lund C, Medina Mora ME, Petersen I, Scott J, Shidhaye R, Vijayakumar L, Thornicroft G, Whiteford H; DCP MNS Author Group. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. Lancet. 2016 Apr 16;387(10028):1672-85. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00390-6. Epub 2015 Oct 8. Erratum in: Lancet. 2016 Apr 16;387(10028):1618. PMID: 26454360.

15 Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, Saldivia S, Vicente B. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. Rev Panam Salud Publica. 2018 Oct 10;42:e165. doi: 10.26633/RPSP.2018.165. PMID: 31093193; PMCID: PMC6386160.

16 https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/BRASILIA-CONSENSUS-2013eng.pdf

17 https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-of-action-on-MH-2014.pdf

18 The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

19 The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020.

20 González-Rangel J, Pérez-Muñoz B, Casillas-Santos D, Barrera-Vargas A, Vázquez-Cardenas P, Escamilla-Santiago R, Merayo-Chalico J. Mental health in patients with rheumatic diseases related to COVID-19 pandemic: Experience in a tertiary care center in Latin America. Lupus. 2021 Aug 30:9612033211038052. doi: 10.1177/09612033211038052. Epub ahead of print. PMID: 34459303.

21 Landa-Blanco M, et al. Coronavirus awareness, confinement stress, and mental health: evidence from Honduras, Chile, Costa Rica, Mexico and Spain. Soc Sci Med 2021. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113933

22 Mykletun A, Harvey SB. Prevention of mental disorders: a new era for workplace mental health. Occup Environ Med. 2012 Dec;69(12):868–9. doi: 10.1136/oemed-2012-100846. [PubMed: 23152590]

23 Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. Can J Psychiatry. 2006 Feb;51(2):63–75. doi: 10.1177/070674370605100202.[PubMed: 16989105]

24 Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, Petukhova MZ, Kessler RC. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical andwork productivity outcomes: a randomized controlled trial. J Am Med Assoc. 2007 Sep 26;298(12):1401–11. doi: 10.1001/jama.298.12.1401 http://europepmc.org/abstract/MED/17895456. [PMCID: PMC2859667] [PubMed: 17895456]

25 Dewa CS, Thompson AH, Jacobs P. The association of treatment of depressive episodes and work productivity. Can J Psychiatry. 2011 Dec;56(12):743–50. doi: 10.1177/070674371105601206. [PubMed:22152643]

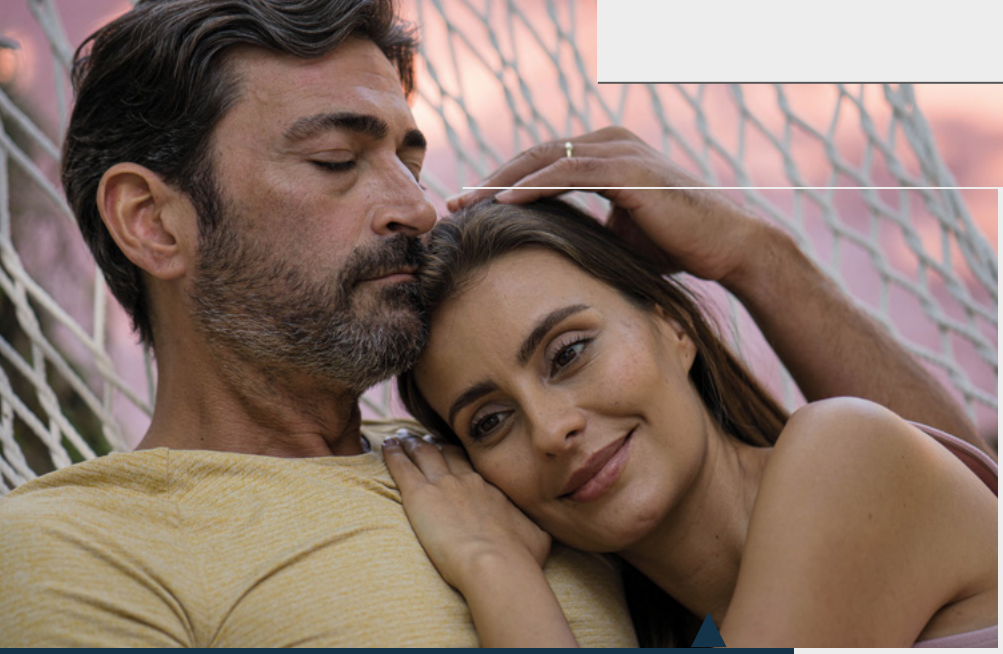
26 Lim D, Sanderson K, Andrews G. Lost productivity among full-time workers with mental disorders. JMent Health Policy Econ. 2000 Sep 01;3(3):139–146. [PubMed: 11967449]

27 https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/tools-resources/workplace-health/mental-health/index.html

28 https://www.paho.org/en/topics/mental-health.

29 Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. J Med Internet Res. 2017 Jul 26;19(7):e271. doi: 10.2196/jmir.7583. PMID: 28747293; PMCID: PMC5550734.

30 Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. J Med Internet Res. 2017 Jul 26;19(7):e271. doi: 10.2196/jmir.7583. PMID: 28747293; PMCID: PMC5550734.



Confianza
*toda la vida*

## INFORMACIÓN DE CONTACTO:

**corporatemarketing@palig.com**

## ACERCA DE PALIG

Pan-American Life Insurance Group (PALIG), proveedor líder de seguros de vida, accidentes y salud a través de las Américas desde 1911 ha prestado servicio financiero confiable. Con sede en Nueva Orleans, el Grupo está conformado por más de veinte compañías miembro, emplea a más de 2,100 en todo el mundo y ofrece seguros de vida, accidente y salud, beneficios para empleados y servicios financieros de primer nivel en 49 estados, el distrito de Columbia (D.C.), Puerto Rico, las Islas Vírgenes Estadounidenses y a través de América Latina y el Caribe. El Grupo tiene sucursales y empresas afiliadas en Costa Rica, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y 13 mercados en el Caribe, entre ellos Barbados, las Islas Caimán, Curazao y Trinidad y Tobago.

| palig.com

Para obtener más información, visite **palig.com**, el sitio web de Pan-American Life, síganos en Facebook **@PanAmericanLife**, síganos en Twitter **@PanAmericanLife** y conéctese con nosotros en LinkedIn, **Pan-American Life Insurance Group**.

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Todo el contenido que se encuentra en este informe, incluyendo: texto, imágenes u otros formatos, es solo para fines informativos. El Contenido no pretende ser un sustituto del asesoramiento, el diagnóstico o el tratamiento médico profesional. Consulte siempre a su médico o a otro profesional de salud calificado si tiene alguna duda sobre su estado de salud. Nunca desestime el consejo médico profesional ni se demore en buscarlo por algo que haya leído en este informe.
©2022

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

Un informe de Pan-American Life Insurance Group

# SALUD MENTAL