

Abordaje de los trastornos mentales graves desde el marco de la salud pública

A. Barbato

Presidente de la WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial).

En las últimas décadas progresivamente se ha ido afirmando en todo el mundo la necesidad urgente de un abordaje común de los trastornos mentales desde el marco de la salud pública, como consecuencia de varios factores^{1,2}:

1. El mejor conocimiento de la distribución de los trastornos mentales en los países desarrollados y en los países en vía de desarrollo.

2. La conciencia de la pesada carga económica y social asociada a los trastornos afectivos y psicóticos.

3. El deterioro en muchos países de los indicadores de salud mental, en contraste con las importantes mejorías realizadas en muchas áreas de la salud física.

4. Las evidencias de la investigación acerca de la eficacia y la seguridad de las intervenciones biológicas y psicosociales en la depresión, la esquizofrenia y los trastornos asociados.

5. La baja prioridad destinada a los programas de salud mental en política sanitaria, y el bajo nivel de recursos destinados a la prevención y al tratamiento de los trastornos mentales.

6. La alta proporción de personas con problemas de salud mental que no reciben ayuda eficaz.

7. La presencia de una brecha entre las guías clínicas de las mejores prácticas, el consenso profesional, las evidencias de la investigación y las habituales prácticas clínicas y los actuales modelos de servicios para la población con problemas de salud mental.

Recientemente se han perfeccionado progresivamente las estrategias para aunar la información sobre la salud mental de la población con las necesidades de los servicios que, en muchos países como Estados Unidos, Australia, China, Alemania, Holanda, Chile, Reino Unido y otros, han conducido a estudios muy importantes³⁻⁹. La investigación epidemiológica en las diferentes naciones ha dado lugar a tres áreas principales de información para la salud pública:

1. Frecuencia de los trastornos mentales.

2. Determinación de la discapacidad asociada con estos trastornos.

3. Determinación de la necesidad de servicios y de la utilización de servicios por la población con trastornos mentales.

Se estima que el porcentaje de adultos que sufren depresión grave en el curso de la vida es aproximadamente del 5% en los varones y del 10% en las mujeres. Además, en la última mitad del siglo pasado, se ha señalado un incremento de depresión, particularmente en los jóvenes varo-

nes (WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology, 2000)¹⁰.

La prevalencia de personas que sufren esquizofrenia y trastornos asociados es aproximadamente del 0,5%, aunque se encuentren prevalencias hasta del 1,8% en pequeñas comunidades aisladas, o en grupos sociales desaventajados, como las minorías étnicas¹¹. Las variables ambientales tienen una influencia muy importante sobre la evolución, el pronóstico y la respuesta al tratamiento de la esquizofrenia, como es demostrado por los estudios internacionales de la Organización Mundial de la Salud¹². Merece la pena citar que, a pesar del mejor pronóstico generalmente encontrado en las áreas rurales, en los últimos años se ha notado un incremento de la frecuencia de esquizofrenia crónica en algunos países en vía de desarrollo, como China, donde se han producido importantes y rápidos cambios sociales⁵. Esto puede indicar un empeoramiento del curso de la enfermedad, con larga duración y bajo porcentaje de cura. En este sentido, la discapacidad y las circunstancias sociales que rodean a la enfermedad, como el estigma y el aislamiento social, son extremadamente importantes. La prevalencia de estos problemas puede ser muy alta entre las personas con esquizofrenia y trastorno asociados, como ha mostrado recientemente un estudio australiano en población general¹³.

A pesar de que la muerte prematura no es consecuencia habitual de los trastornos mentales, al contrario de lo que sucede en los trastornos físicos graves, la mortalidad por suicidio puede ser considerada como un indicador de la magnitud de los problemas en salud mental. Conforme con los cálculos de la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es ahora una de las tres principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 35 años. Además, en los últimos 50 años, se ha señalado un incremento de los suicidios, a nivel mundial, de casi el 60%¹⁴. Los países con un porcentaje más alto son los países de renta baja o media, en los cuales han tenido lugar, en los últimos 20 años, profundas modificaciones de las estructuras sociales, los valores y los estilos de vida, con una rápida transición desde una economía planificada hacia una economía de mercado: Lituania, Estonia, Rusia, Letonia, Hungría.

Además de los datos sobre la distribución de las enfermedades, en los últimos años se han hecho importantes esfuerzos hacia una mejor definición de la carga asociada a las enfermedades. Durante mucho tiempo se ha subestimado la carga de los trastornos mentales en la salud y la pro-

ductividad en el mundo. Todavía, en los últimos años, un proyecto conjunto entre la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard ha conducido a la cuantificación de la carga mundial de las enfermedades, revelando que los trastornos mentales, incluido el suicidio, ocupan el segundo lugar en la carga de enfermedad en general. El baremo de los años de vida ajustados por discapacidad (*Disability Adjusted Life Years -DALY-*) recoge los años perdidos de vida sana, independientemente de si la pérdida se debió a una muerte prematura o a una discapacidad. Con este baremo, la depresión grave se encuentra en segundo lugar de la lista enfermedades, después de la enfermedad isquémica cardíaca¹⁵. Uno de los resultados más impresionantes de este proyecto ha sido el reconocimiento de que los trastornos mentales son una de las mayores causas de carga en todos los países.

La definición de los DALY para los distintos grupos de enfermedades permite comparaciones a nivel mundial entre todas las condiciones de salud. Según el Informe de Salud mental de 1999¹⁶, el 11,5% de la carga mundial en 1998 se debe a los trastornos mentales y neurológicos, con un 1,7% adicional debido a conductas autolesivas. En los países de renta alta el 23% de los DALY son de causa neuropsiquiátrica, mientras que en los de renta baja y media el dato se acerca al 10%.

De todos modos, la tendencia mundial hacia una mayor importancia de las enfermedades no transmisibles va a determinar un incremento significativo de la carga asociada a los trastornos mentales y neurológicos en las partes del mundo más pobres. Este resultado está relacionado con los cambios demográficos y la acumulación de factores de riesgo:

1. Mayor esperanza de vida entre la población con trastornos mentales.
2. Envejecimiento general de la población, con aumento del número de personas que alcanzan la edad de riesgo para los trastornos mentales: jóvenes adultos para la esquizofrenia y tercera edad para la depresión y la demencia.
3. Crecimiento de las víctimas de la violencia en la comunidad, de los desastres y de la migración forzada.

La relativa contribución de los distintos trastornos a estos datos y su distribución por edad y género indican que la depresión grave es la cuarta causa de carga asociada a los trastornos y es la primera en el grupo de edad de 15 - 44 años, especialmente mujeres. En los hombres del mismo grupo de edad, el abuso del alcohol y de sustancias junto con los accidentes asociados a conductas de riesgo son importantes fuentes de preocupación. Además, el impacto de la depresión se está acrecentando con rapidez: en 1990 era el 3,6% y está proyectado hacia el 5,6% en el 2020, cuando, según los mejores cálculos, alcanzará el segundo lugar entre las causas de DALY.

El pesado tributo pagado por los trastornos mentales se manifiesta en los costes económicos para la sociedad. Tres ejemplos pueden ilustrar este aspecto:

1. En el Reino Unido los costes a nivel nacional, para toda la población con esquizofrenia en el curso de cinco años después del inicio de la enfermedad han sido calculados en 862 millones de libras esterlinas, aproximadamente 23.000 libras esterlinas por paciente por año. Los servicios sanitarios son responsables del 38% del total, los servicios sociales del 13%, mientras que los costes indirectos asociados con la pérdida de productividad de pacientes y familiares alcanza el 49%¹⁷.

2. En los Estados Unidos se ha calculado que los trastornos afectivos han causado, en 1990, una carga de 30,8 millones de dólares. Los costes directos de tratamiento representan el 38% del total, el valor de la productividad perdida por causa de mortalidad prematura el 29%¹⁸.

3. En India y Pakistán el impacto económico de la depresión en las familias rurales, incluyendo los costes sanitarios y otros costes de la familia, ha sido calculado sobre base mensual en 7 - 14 días de paga de un trabajador de la agricultura en India, y 20 días en Pakistán¹⁹.

En fin, hay que considerar como muy importantes algunos tipos de cargas escondidas, de difícil definición y valoración económica. Éstos incluyen estrés emocional en los pacientes y los familiares que lleva morbilidad adicional, discriminación, y reducción de las oportunidades y de las redes sociales.

A pesar del volumen de evidencias disponibles, el compromiso social hacia los problemas de salud mental sigue siendo de lo más inadecuado:

1. El 40% de los países no tienen una política de salud mental.
2. El 50% de los países no tienen un sistema de información epidemiológica acerca de los trastornos mentales.
3. El 25% de los países no incluyen informaciones sobre la salud mental en el informe sanitario anual.

Los recursos para la salud mental son fuente de preocupación, pues en la mayoría de los países se gasta en salud mental menos del 1% del presupuesto sanitario. Como regla, los países de baja renta, que tienen para los gastos sanitarios las menores proporciones del producto interior bruto, tienden también a recortar para la salud mental pequeñas proporciones de aquel importe. En estos países la principal fuente económica para la salud mental son los pagos personales, con consecuencias negativas para la equidad del acceso. También en las economías de mercado ricas, donde una gran cantidad de recursos públicos y privados son dirigidos a los servicios sanitarios, el tratamiento y la asistencia que reciben las personas que sufren enfermedades mentales graves son poco satisfactorios. El informe del Ministerio de la Salud de los Estados Unidos, dedicado por primera vez a la salud mental, ha levantado a este propósito serias preocupaciones²⁰:

1. A pesar de la eficacia de muchas opciones terapéuticas, casi la mitad de los americanos que sufren enfermedad mental grave no tiene acceso al tratamiento.

2. El campo de la salud mental, más que otros sectores de la salud, está plagado de disparidades de disponibilidad y acceso a los servicios.

3. Hay dos aspectos importantes que constituyen una barrera poderosa: los vínculos económicos causados por una limitada cobertura financiera de la atención en caso de trastornos mentales, y el estigma social ligado a la enfermedad y a las personas que buscan ayuda para problemas de salud mental.

4. Con frecuencia muchos de los individuos que más lo necesitan no reciben tratamientos adecuados.

La magnitud de la así llamada brecha terapéutica ha sido analizada en varias áreas del mundo en un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud. Se han examinado investigaciones epidemiológicas que incluían datos sobre el porcentaje de individuos que recibían atención por padecer esquizofrenia y depresión grave. La brecha terapéutica mediana para la esquizofrenia fue del 32% y para la depresión del 56%²¹. También cuando se recibe el tratamiento hay amplias evidencias de que muy a menudo éste es de baja calidad e inadecuado respecto a las indicaciones que proceden de la investigación o del consenso aprobado por la comunidad científica. Abundan ejemplos de esta situación:

1. Hospitalización de larga estancia, sin necesidad real, en instituciones socialmente aisladas.

2. Falta de servicios comunitarios integrados en condiciones de proveer de tratamiento asertivo.

3. Disponibilidad limitada de rehabilitación psicosocial.

4. Falta de programas de educación y apoyo familiar.

5. Utilización de altas dosis de antipsicóticos con efectos secundarios graves.

Además, aparte de examinar distintos tipos de enfermedades específicas, algunas encuestas recientes han puesto en evidencia una cuestión muy importante: las enfermedades mentales y los trastornos de la conducta están frecuentemente agregadas y se asocian en círculos viciosos con problemas sociales, como la pobreza, la violencia doméstica, el crimen, el abuso de sustancias, la disgregación de los vínculos comunitarios, y la discriminación cultural y religiosa.

Como las adversidades sociales pueden influir, en grado variable, sobre el pronóstico y la evolución de los trastornos, los problemas de salud mental no se distribuyen de igual manera en los distintos grupos sociales, culturales y geográficos. Tienden a concentrarse en poblaciones desaventajadas, que por lo tanto pueden considerarse en riesgo de desarrollar trastornos mentales con discapacidad¹. Estas consideraciones tienen consecuencias de vasto alcance y pueden ayudar a poner en evidencia los elementos fundamentales de un abordaje de salud pública de los trastornos mentales:

1. Identificación de grupos de alto riesgo como principal objetivo de intervención.

2. Definición de estrategias capaces de cortar los círculos viciosos entre el estrés social y los trastornos mentales.

3. Identificación de las prioridades y orientación al desarrollo de los servicios de salud mental en una dirección so-

cial, como ha sucedido con la salud pública en su sentido más amplio.

4. Integración de la prevención de los trastornos mentales y de la promoción de la salud mental dentro de la Atención Primaria.

Bibliografía

- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health: problems and priorities in low-income countries, New York: Oxford University Press; 1995.
- Sartorius N. The use of public health approaches in mental health programmes. *Int Clin Psychopharmacol*. 1999;14 Suppl 3:S1-5.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51: 8-19.
- Andrews G, Hall W, Teeson M, Henderson S. The mental health of Australians, Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 2000.
- Cooper JE, Sartorius N. Mental disorders in China: Results of the National Epidemiological survey. London: Gaskell; 1996.
- Health Canada. A Report on Mental Illnesses in Canada. Ottawa, 2002.
- Vicente B, Rioseco P, Saldívio S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Rev Med Chil*. 2002;130:527-36.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:587-95.
- Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Lewis G, et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain-strategy and methods. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15:5-13.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ*. 2000;78:413-26.
- Murray RM, Jones PB, Suuser E, Van Os J, Cannon M. The epidemiology of schizophrenia, Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*. 1992;20:1-97.
- Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Evans M, et al. Psychotic disorders in urban areas: an overview of the study on low prevalence disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:221-36.
- World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization; 1999.
- Murray CL, López AD, editors. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
- World Health Organization. The World Health Report 1999. Making a difference. Geneva: World Health Organization; 1999.
- Guest JF, Cookson RF. Costs of schizophrenia to UK society. An incidence-based cost-of-illness model for the first 5 year following diagnosis. *Pharmacoeconomics*. 1999;15:597-610.
- Rice DP, Miller LS. The economic burden of affective disorders. *Br J Psychiatry Suppl*. 1995;27:34-42.
- Chisholm D, Sekar K, Kumar KK, Saeed K, James S, Mubbashar M, et al. Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *Br J Psychiatry*. 2000;176:581-8.
- US Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the surgeon general. Rockville: US Department of Health and Social Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1999.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82:858-66.