

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN COLOMBIA Y EN EL MUNDO: PREVALENCIA, CONSECUENCIAS Y NECESIDADES DE INTERVENCIÓN¹

CURRENT SITUATION OF MENTAL DISORDERS IN COLOMBIA AND THE WORLD: PREVALENCE, CONSEQUENCES AND INTERVENTION NEEDS

SITUAÇÃO ATUAL DOS TRANSTORNOS MENTAIS NA COLÔMBIA E NO MUNDO: PREVALÊNCIA, CONSEQUÊNCIAS E NECESSIDADES DA INTERVENÇÃO

² Paola Andrea Tejada Morales

Resumen

Los trastornos mentales son prevalentes en todo el mundo y constituyen un problema de salud pública, por su frecuencia y consecuencias a nivel personal, familiar y social. Los problemas mentales afectan, no solo la calidad de vida de quienes los padecen, sino también, la de sus cuidadores y familiares. Además, los costos directos e indirectos que genera la atención de estos problemas consumen gran parte de los recursos de los países, principalmente de aquellos de bajos y medianos ingresos.

A pesar del gran número de personas que sufren de algún problema de salud mental, solo un pequeño porcentaje recibe los tratamientos mínimos necesarios para superar estas condiciones. Se han propuesto múltiples alternativas que permitan cerrar esta brecha. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha insistido en la necesidad de integrar la salud mental a los servicios de atención primaria en salud, para garantizar un mejor cuidado de quienes sufren problemas de la esfera mental. Esto implica superar los roles tradicionales que se han asignado a los psiquiatras y a otros trabajadores del área de la salud mental, y replantear su aporte al sistema de salud.

Palabras clave: salud mental, prevalencia, atención primaria.

Recibido el 26/07/2016 Aprobado el 22/11/2016

1. Artículo de investigación. Se basa en la tesis titulada "The Global Mental Health Assessment Tool Primary Care and General Health Setting Version (GMHAT/PC): A validity and feasibility study – Spanish version" presentada en la Universidad de Chester (UK) en el año 2016.
2. Médica Psiquiatra, Maestría en Psicología, Universidad de Los Andes, Colombia, PhD Universidad de Chester, UK. Docente Universidad el Bosque. ejadapaola@unbosque.edu.co

Abstract

Mental disorders are prevalent worldwide and are a public health problem because of its frequency and consequences at the personal, family and social level. Mental health problems affect not only the quality of life of those who suffer but also their caregivers and families. In addition, the direct and indirect costs of these problems consume much of the resources of countries, mainly those of low and middle income.

Despite the large number of people suffering from some mental health problems, only a small percentage receive the minimum treatment required to overcome these conditions. Authors have proposed many alternatives to bridge this gap. The World Health Organization has highlighted the need to integrate mental health services into primary health care to ensure better care for those suffering from mental problems. This entails overcoming the traditional roles that have been assigned to psychiatrists and other workers in the mental health area and to rethink their contribution to the health system.

Key words: mental health, prevalence, primary care

INTRODUCCIÓN

La situación de la salud mental ha constituido un motivo de preocupación a nivel mundial. Independientemente del nivel de ingresos de los países, en la gran mayoría se reconoce que los problemas de salud son muy prevalentes, generan múltiples consecuencias, y existe una gran brecha entre las personas que necesitan algún tipo de atención y aquellos que la reciben con una calidad adecuada.

La siguiente revisión pretende hacer un recuento de la prevalencia de los trastornos mentales y sus consecuencias, a nivel personal, familiar y social. Posteriormente, se analizarán las posibles causas de la brecha existente en la atención y, finalmente, propone el modelo de atención primaria en salud mental como una alternativa de solución.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos mentales son frecuentes en todas las regiones del mundo y contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura. En los estudios epidemiológicos basados en la comunidad, se ha estimado la prevalencia en adultos de estos trastornos entre 12 y 48 % a lo largo de la vida y, en los últimos 12 meses,

Resumo

Os transtornos mentais são prevalentes no mundo inteiro e constituem um problema de saúde pública pela sua frequência e consequências individuais, familiares e sociais, pois para além dos próprios pacientes, estes transtornos afetam profundamente a qualidade de vida das pessoas próximas, sem contar com os altos custos diretos e indiretos, principalmente nos países de baixa renda.

Apesar do grande número de pessoas com problemas de saúde mental, somente uma baixa porcentagem recebe tratamento adequado. A Organização Mundial da Saúde OMS faz questão na integração da saúde mental nos serviços de atenção primária, buscando garantir o cuidado de quem sofre condições mentais. Esta proposta implica mudar o papel tradicional dos psiquiatras e outros profissionais da saúde mental, mesmo como repensar seu papel no sistema de saúde.

Palavras Chave: saúde mental, prevalência, necessidades intervenção, atenção primária.

entre el 8 y 29 % (1). En la tabla 1 se muestra la prevalencia de los principales trastornos mentales.

Trastorno	Prevalencia	Referencias
Cualquier trastorno	12-48.6%	(1, 2)
Depresión/distimia	4.2-20.8%	(1, 3)
Esquizofrenia/psicosis	0.3-1.6%	(1)
Demencia	0.84% - 3.5%.	(1)
Trastornos relacionados con el alcohol	10%	(1)
Trastornos de ansiedad	4.8-31.0%	(2, 3)
Trastornos de control de impulsos	0.3-25.0%	(2, 3)
Trastornos por uso de sustancias	1.3-15.0%	(2, 3)

Tabla 1. Prevalencia a lo largo de la vida de los principales trastornos mentales

Se calcula que, aproximadamente, el 27 % de la población europea adulta está afectada por al menos un trastorno mental; el 17 % de esta población sufre de adicciones, o de trastornos afectivos, ansiosos o psicóticos (4).

Los estudios epidemiológicos también han demostrado que el 14 % de la carga global de enfermedad medida

en años de vida ajustados por enfermedad (*Disability-Adjusted Life Years*, DALY) puede atribuirse a los trastornos mentales. Aproximadamente, el 30 % de la carga total de las enfermedades no infecciosas se debe a estos trastornos y este porcentaje puede aumentar en países de bajos y medianos ingresos (1). En Europa, los trastornos neuropsiquiátricos dan cuenta del 35 % de la carga global de enfermedad y se estima que dan cuenta del 27 % de los DALY, con un impacto mayor que el de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (4).

Gran parte de los problemas mentales afectan a los jóvenes. La edad promedio de inicio es de 11 años para los trastornos de ansiedad y control de impulsos, de 20 años para los trastornos por sustancias y de 30 años para los trastornos afectivos (3). La mitad de los trastornos mentales empiezan en promedio a los 14 años y, el 75 %, a los 24 años (3).

Además de la edad, se han descrito otros factores asociados con la aparición de diferentes trastornos mentales. Al considerar las variables económicas, se observa que, incluso en los países más desarrollados, los periodos de recesión se asocian con un detrimento de los problemas de salud mental de la población (5). La vulnerabilidad económica suele afectar más a los hombres que a las mujeres e incrementa principalmente la prevalencia de cuadros depresivos, ideación suicida e intentos de suicidio (5).

El sexo también marca diferencias en la epidemiología de los trastornos mentales. En general, el riesgo de tener cualquier trastorno mental es significativamente mayor en mujeres que en hombres (6). El riesgo de depresión y de trastornos de ansiedad es mayor en mujeres que en hombres, según diferentes estudios llevados a cabo en múltiples países (6-8). En un estudio nacional realizado en Japón, se encontró que, aunque la prevalencia para cualquier trastorno mental a lo largo de la vida fue mayor en hombres y adultos, la persistencia de cualquier trastorno mental fue mayor en mujeres y jóvenes (9).

En Colombia, se han llevado a cabo cuatro encuestas nacionales de salud mental (1993, 1997, 2003 y 2015), en las que se recolectó información acerca de la salud mental, los factores relacionados, los trastornos psiquiátricos y su atención (10, 11). La última de estas fue la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 y a ella pertenecen los datos más recientes sobre la epidemiología de los problemas de salud mental en el país.

En Colombia, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población adulta es de 9,1 %, para

los últimos 12 meses es de 4, % y para los últimos 30 días es de 1,6 % (11). Estos datos muestran una prevalencia menor a la reportada en estudios en otros países (2).

En general, los trastornos mentales en los colombianos son más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto los trastornos afectivos bipolares, cuya prevalencia en los hombres es superior (1,9 Vs. 0,6 %). De los trastornos mentales en adultos, los más prevalentes son los afectivos, cuya prevalencia de vida es del 6,7 % y, en los últimos 12 meses, es de 2,4 % (11).

En la zona urbana, la prevalencia de cualquier trastorno mental es superior que en la zona rural, tanto para la vida (10,0 Vs. 6,1 %;) como para los últimos 12 meses (4,4 Vs. 2,7 %) (11).

La prevalencia de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses de los adultos colombianos provenientes de hogares vulnerables (4,9 %) y en estado de pobreza (4,4 %) es mayor que el promedio nacional (4 %) (11). Tal hallazgo sugiere que este factor determinante de la salud puede estar relacionado con la enfermedad mental en los adultos.

La prevalencia de depresión mayor en adultos es de 4,3 %, 3,2 % en hombres y 5,4 % en mujeres (11). Esto indica que en Colombia la prevalencia de depresión se encuentra en el límite inferior de los rangos reportados en otros estudios, en los cuales oscila entre 4 % y 20 % (1, 3). La mayor prevalencia de depresión en mujeres coincide con lo reportado en la literatura científica (8). La prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad fue de 3,9 %, 4,9 % en mujeres y 2,9 % en hombres. Los trastornos de ansiedad más frecuentemente reportados en Colombia son la fobia social (2,7 %) y el trastorno de ansiedad generalizada (1,3 %) (11). De igual forma, la prevalencia de trastornos de ansiedad es menor de la reportada en la literatura científica internacional (2, 3).

En Colombia, son las mujeres adultas las que tienen mayores frecuencias de enfermedades concomitantes. Veinte de cada 100 tienen uno o más trastornos simultáneamente, mientras que en los hombres esta proporción es de 13 de cada 100 (11). Este hallazgo sugiere que una proporción significativa de adultos sufre de trastornos mentales más complejos en términos de su abordaje terapéutico y un posible peor pronóstico.

El 7,4 % de los adultos colombianos ha pensado en suicidarse, siendo mayor la proporción en mujeres (7,6 %) que en hombres. El 2,4 % refiere haber tenido planes suicidas, y el 2,6 %, intentos suicidas. (11). En relación con el consumo de sustancias psicoactivas,

entre las más frecuentes se encuentran el alcohol, la cannabis, los opioides, la cocaína y las inhaladas. De las sustancias con potencial de abuso y dependencia, se encuentra que el 6,3 % de la población colombiana entre 18 y 44 años reporta haber consumido cannabinoides, siendo mayor la proporción de hombres que lo ha hecho. El 1,3 % refiere haber consumido cocaína o un derivado alguna vez en la vida, de los cuales el 39,9 % lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 0,5 % de las personas han consumido drogas inhaladas en algún momento de la vida (11). El consumo de sustancias psicoactivas en Colombia se encuentra dentro del rango encontrado en la literatura científica internacional (1,3-15 %) (2, 3).

Respecto a las personas adultas, se encuentra una prevalencia de consumo excesivo de alcohol del 21,8 %, que representa una mayor proporción en hombres que en mujeres; son bebedores en riesgo-abuso de alcohol el 12% de esta población, también con una mayor proporción de hombres que mujeres el 12 % de esta población son bebedores en riesgo o con abuso del alcohol, también con una mayor proporción de hombres que mujeres. Para las personas entre 18 y 44 años de edad, las cifras varían según las regiones; la población que presenta el mayor consumo excesivo de alcohol es la de Bogotá (11).

De acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia 2010, los problemas neuropsiquiátricos, como la depresión mayor, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia, son responsables del 21 % de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia. En hombres, la enfermedad hipertensiva fue la primera causa de carga de enfermedad, seguida por la depresión mayor, las agresiones, los trastornos bipolares y la esquizofrenia. La depresión mayor fue la primera causa de carga de enfermedad en las mujeres, seguida por la enfermedad hipertensiva, la caries dental, los trastornos bipolares y la esquizofrenia (12).

CONSECUENCIAS PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS PROBLEMAS MENTALES

Los trastornos mentales pueden causar estrés por múltiples razones: su frecuencia, gravedad, consecuencias, disponibilidad de tratamientos y percepciones de la sociedad al respecto. Por ejemplo, la esquizofrenia es una enfermedad de baja prevalencia, pero, es una condición gravemente incapacitante y con un impacto adverso significativo en el individuo, su familia y la comunidad. Por otro lado, los trastornos depresivos y ansiosos son menos graves que la esquizofrenia, pero,

debido a su alta prevalencia y riesgo de recurrencias, pueden ser igualmente disruptivos y tener consecuencias sociales adversas. Algunos estudios han demostrado que las personas con trastornos mentales graves usualmente son desempleadas, solteras, no tienen amigos cercanos o contacto frecuente con sus familias y tienen pocas actividades recreativas (13).

La “situación del cuidador” comprende aquellas variables relacionadas con la enfermedad del paciente que impactan la calidad de vida del cuidador. Estos factores pueden incluir el estado funcional del paciente o la percepción de sus carencias por parte del cuidador (14). Aunque ayudar a sus familiares puede ser gratificante, los cuidadores suelen referir cantidades significativas de estrés, presentan consecuencias físicas, sociales y económicas, y suelen recibir poco apoyo por parte de los profesionales de salud mental (15, 16). En China y Estados Unidos, varios estudios demuestran que los pacientes con enfermedades mentales graves que presentan comportamientos problemáticos o agresivos afectan la calidad de vida de sus cuidadores y son fuente importante del síndrome de desgaste profesional (burnout) en la familia (17). En los estudios también se han señalado diferencias de sexo frente al cuidado: ser mujer, estar desempleada y pasar mucho tiempo con el paciente, se asocian con altos niveles de sobrecarga (16). Las esposas de los pacientes suelen sentirse más ansiosas, cansadas y frustradas, y reportar altos niveles de desgaste (16).

El cuidado de los pacientes con problemas mentales suele ser un asunto familiar, tanto en países desarrollados y en desarrollo, aunque con algunas diferencias (16, 17). Los países que invierten más recursos en salud mental tienen instituciones para el cuidado de estos pacientes, pero, aun así, hacen énfasis en el manejo comunitario y familiar de los pacientes con enfermedades mentales crónicas. Por el contrario, en los países en desarrollo, las familias son siempre la piedra angular del cuidado. El cuidado familiar suele estar a cargo de mujeres y, aunque los hombres cada vez lo asumen más, esta actividad sigue siendo eminentemente femenina (16). La gran mayoría de los cuidadores son madres, esposas o hijas.

En nuestro país, la mayoría de los cuidadores de los pacientes con enfermedad mental son familiares y mujeres, lo cual se explica por el papel de cuidadoras que se les ha asignado tradicionalmente a las mujeres en la cultura colombiana. En el mismo orden de ideas, se encuentra que una de las principales características del cuidador es que debe disponer del tiempo suficiente para asistir a las consultas con quien está enfermo. Si este papel suele ser asumido

por mujeres, puede pensarse en dos posibilidades. Por un lado, posiblemente las mujeres realizan actividades no remuneradas, por ejemplo, el hogar, lo cual facilita que puedan disponer más fácilmente del tiempo. La otra posibilidad es que, en el caso de las mujeres que trabajan, por su papel tradicional de cuidadoras deben ser ellas y no sus parejas quienes se hagan cargo de sus hijos enfermos y renunciar a su trabajo.

EFECTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LOS QALY

La transición epidemiológica de enfermedades agudas a crónicas se ha acompañado de cambios en la forma de medir la salud en las poblaciones. Esto ha hecho que el foco de muchos estudios no se centre exclusivamente en tasas de mortalidad, y se hayan introducido datos de funcionalidad, discapacidad y calidad de vida (18).

Los QALY (*Quality-Adjusted Life Year*) son una medida de los años de relativamente perfecto estado de salud que ha vivido una persona o grupo, ajustado con el número actual de años de vida de la persona o el grupo (19). Por ejemplo, un año de vida vivido en perfecto estado de salud equivale a un QALY y medio año vivido en perfecta salud equivale a medio (18). La calidad de vida es el concepto que se intenta medir con los QALY y comprende el nivel actual o percibido por el individuo de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales (20).

Los trastornos psiquiátricos influyen en muchos aspectos de la calidad de vida y, por lo tanto, tienen un impacto importante en los QALY. La distimia y el trastorno depresivo mayor producen la mayor pérdida de QALY. Se ha demostrado que los trastornos depresivos dan cuenta del 55 % de pérdidas de QALY, los trastornos de ansiedad, del 30 %. y la dependencia al alcohol, del 15 % (21).

En una encuesta epidemiológica a gran escala realizada en Singapur, se reportó que la mayor pérdida de QALY se da por el dolor crónico, seguido por la hipertensión arterial sistémica y el trastorno depresivo mayor (22). En un estudio similar realizado en España, se demostró que los trastornos afectivos representan la mayor pérdida de QALY, junto con las condiciones médicas dolorosas (18).

COSTOS ECONÓMICOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Los costos económicos de los trastornos mentales incluyen los de organizar y operar servicios de salud mental, el impacto en los recursos de familiares y

cuidadores, y la poca productividad laboral por incapacidades, morbilidad y mortalidad temprana (23). En el Foro Económico Mundial se estimó que el costo económico global de los trastornos mentales excede los de cualquiera de las principales enfermedades no transmisibles, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer (24).

A pesar de esto, aproximadamente, un tercio de los países no tienen un presupuesto específico para la salud mental y aquellos que lo tienen suelen destinar menos del 1 % del presupuesto total en salud a la salud mental (25). Gran parte de la carga global de enfermedad mental se da en países con bajos y medianos ingresos, pero, paradójicamente, estos países destinan menos recursos para manejar estos problemas (1).

Las condiciones de pobreza también se asocian con los trastornos mentales más comunes. Factores como bajos niveles de educación, desempleo y pobres redes de apoyo generan gran vulnerabilidad para los trastornos mentales. Además, estos trastornos empeoran las condiciones económicas, generándose un círculo vicioso de pobreza y enfermedad mental.

Los datos sobre los aspectos económicos de las enfermedades son útiles para elaborar políticas de salud pública, establecer prioridades y dar un manejo adecuado a los recursos (24, 26). El costo total de los trastornos mentales en Europa para el 2010 fue de €798 billones y el costo promedio por habitante fue de €5.550. El costo anual por trastorno (en billones de euros) fue el siguiente: adicciones, €65,7; trastornos de ansiedad, €74,4; demencia, €105,2; trastornos de conducta alimentaria, €0,8; trastornos afectivos, €113,4; trastornos de personalidad, €27,3; trastornos psicóticos, €93,9; trastornos del sueño, €35,4, y trastornos somatomorfos, €21,2 (27).

En China, los costos anuales de los trastornos mentales por individuo aumentaron de USD\$1.094,8 en 2005 a USD\$ 3.665,4 en 2013, y de USD\$ 21,0 billones a USD\$ 88,8 billones para toda la sociedad. Los costos totales de los trastornos mentales en China equivalen al 15 % del gasto total en salud y al 1,% del producto interno bruto (24).

En España, los costos sociales de los trastornos neuropsiquiátricos de han estimado en €84 billones (28). Estos costos se encuentran en un rango de €15 billones para las demencias a €65 millones para los trastornos de conducta alimentaria.

Los estudios realizados en diferentes países coinciden en que los trastornos afectivos son los más costosos,

seguidos por las demencias y las adicciones (4). El costo promedio anual de un adulto con depresión es cercano a los €1.800 (29).

Aunque la esquizofrenia afecta solo al 1 % de la población, el cuidado de este trastorno consume, aproximadamente, 1,6 a 2,6 % del total de los gastos de salud en los países desarrollados, principalmente, debido a los costos de hospitalización (30).

El costo de los trastornos mentales incluye los directos, médicos y no médicos, y los indirectos. Los directos constituyen el 81 % y, los indirectos, el 19 % del total del costo económico de los trastornos mentales (23).

COSTOS DIRECTOS DEL TRATAMIENTO Y EL CUIDADO

Los costos directos incluyen los bienes y servicios requeridos para el manejo de una enfermedad (31). Los costos médicos directos son los implicados en el tratamiento y la rehabilitación (consultas médicas, hospitalización, medicamentos). Los costos directos no médicos incluyen otros gastos en los que se incurre durante la hospitalización (por ejemplo, las comidas) (24).

Los costos más altos de las enfermedades mentales corresponden a la hospitalización. Los ingresos en unidades de salud mental y centros de rehabilitación dan cuenta del 77 % de los costos totales en salud mental (31). Los psiquiatras, el personal de enfermería, el de trabajo social y los servicios de hospital día, también aumentan considerablemente los costos (32). Se estima que los programas de rehabilitación en salud mental corresponden al 4 % de los gastos en salud mental y, los medicamentos, al 5 % (31).

En los países europeos, los trastornos mentales generan el 13 % de los costos directos en salud y, del total de los medicamentos vendidos, el 17 % se utiliza para el tratamiento de trastornos neuropsiquiátricos (4). Los costos directos anuales de la depresión en España incluyen €41 millones en atención primaria, €5,6 millones por hospitalización y €101,1 millones en el manejo farmacológico (29). El costo directo de la esquizofrenia se estima en un 80,0 % para hospitalizaciones y solo 11,0 % para el manejo ambulatorio (30).

COSTOS INDIRECTOS

Los costos indirectos representan los bienes y servicios económicos que dejan de producirse debido a la morbilidad y mortalidad asociadas con las enfermedades (31).

En un estudio realizado en cinco países europeos, se concluyó que los costos indirectos producidos por los trastornos mentales equivalen al 4 % del producto interno bruto, dos tercios debido a la falta de productividad y un tercio por incapacidades (4). En otro estudio se demostró que el 92 % de la pérdida total de productividad fue atribuida a mortalidad prematura y, el 8 % a tiempo que se pierde durante la hospitalización (23).

Al comparar todas las enfermedades, la esquizofrenia causa uno de los más altos grados de discapacidad. Se localiza entre las 10 primeras enfermedades que causan discapacidad entre los pacientes de 15 a 44 años (30).

En Colombia, no existen datos publicados sobre los costos económicos de la enfermedad mental. Esto plantea una dificultad, principalmente para el gobierno y la planeación de acciones en salud. Al no saber cuánto dinero se requiere para el cuidado de aquellos que sufren problemas mentales, no se pueden destinar de forma correcta los recursos necesarios.

FALTA DE PRODUCTIVIDAD DE LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES

Los trastornos mentales no solo afectan a los pacientes, sino también, a sus cuidadores. Se ha calculado que, aproximadamente, el 31 % de los pacientes son cuidados por un cuidador informal (pareja, familiar o amigo), que destina un promedio de 5,6 horas diarias al cuidado del paciente. Muchos cuidadores deben renunciar a su trabajo para cuidar a su familiar. El costo de la pérdida de productividad por desempleo, tanto en pacientes como cuidadores, se ha calculado en £1,5 billones en el Reino Unido (32).

En pacientes con esquizofrenia, un estudio mostró que solo el 14,5 % de los hombres y el 17 % de las mujeres tenían algún tipo de empleo. En este mismo estudio se mostró que solo el 29,5 % de los hombres y el 25,4 % de las mujeres habían tenido un trabajo regular en el año anterior (31).

Otras condiciones, como la depresión grave y la ansiedad, son responsables de una reducción significativa en los ingresos de los pacientes. El promedio estimado de pérdida de ingresos por estas condiciones es de USD\$ 4,798 por adulto por año (33). En un estudio se compararon los datos de 27 países europeos y se encontró que las personas con problemas de salud mental eran más vulnerables a perder su empleo en comparación con aquellos sin problemas (5).

BRECHAS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Un gran número de personas con trastornos mentales no reciben un cuidado apropiado, a pesar de los avances en tratamientos psicológicos, sociales y farmacológicos. A pesar de que este es un fenómeno global, afecta principalmente a los países de bajos y medianos ingresos que, a su vez, concentran gran parte de la población mundial. Hasta el 90 % de las personas con trastornos mentales en países de bajos y medianos ingresos pueden no recibir, incluso, cuidados básicos en salud mental (34). La Organización Mundial de la Salud ha resaltado esta brecha en su programa *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP). El estudio en el que se basó este programa mostró que 35 a 50 % de los casos en los países desarrollados y 76 a 85 % en los países menos desarrollados, no había recibido tratamiento en el año anterior (1). En la tabla 2 se muestra la diferencia en porcentaje entre el número de personas con enfermedad mental que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben, en países con diferentes niveles de ingresos (35).

Para reducir esta brecha, se ha propuesto una redistribución racional de los servicios de salud mental, es decir, un reparto de las tareas que desempeñan los profesionales especializados en salud mental (psiquiatras, psicólogos y enfermeros psiquiátricos) hacia los trabajadores de salud que trabajan en atención primaria y en la comunidad (36).

A pesar de que la Ley 100 de 1993 de Seguridad Social Integral de Colombia señala los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad, la realidad ha mostrado una limitación en la prestación de los servicios y pocos recursos destinados directamente a

los programas de salud mental. La Ley 100 privilegia la atención en la fase aguda e inicial de la enfermedad. Debido a lo anterior, se observa una tendencia a que los tratamientos se reduzcan al manejo de crisis, sin seguimiento, en personas con recursos económicos escasos; con frecuencia, falta apoyo a las familias y continuidad en el tratamiento (37).

Son pocos los datos disponibles sobre el acceso a servicios de salud mental en Colombia. Según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, entre 85,5 % y 94,7 % de las personas con algún trastorno mental no accede a ningún servicio de salud (11).

En un estudio publicado por la Defensoría del Pueblo, se encontró que ha aumentado el volumen de tutelas interpuestas para la atención de enfermedades psiquiátricas. En medicamentos, se pasó de 804 tutelas en 2003 a 897 en 2005; en tratamientos, de 99 a 428 en el mismo periodo; en citas médicas, de 122 a 141; en procedimientos, de 24 a 47, y en exámenes, de 25 a 95.

Datos como estos llevaron a una reforma de la salud en el año 2013. La Ley 1616 de 2013 garantiza el derecho a la salud mental de los colombianos y busca la disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud mental. En esta reforma se ajustó el plan de beneficios y se incluyeron nuevas tecnologías en salud mental, tanto en medicamentos como en los servicios de internación total o parcial, psicoterapia ambulatoria, individual, grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, que previamente estaban restringidas a los 30 primeros días de evolución y solamente durante la fase aguda (11) A pesar de estos cambios, persisten las limitaciones para el acceso adecuado a los servicios, como se describe en el siguiente apartado.

País	Trastorno mental			
	Esquizofrenia	Depresión mayor	Trastorno de pánico	Abuso y dependencia al alcohol
Brasil	58	49.4	47.8	53.3
Chile	33.4	39.2	22.7	83.8
Alemania	60	54	65.3	ND
Israel	5.9	46.3	34.2	49.4
México	73.5	78.5	70	93.8
Reino Unido	15	56	64	96
USA	35.7	46.1	41.2	78
Puerto Rico	9.7	70	ND	76

Tabla 2. Diferencia en porcentaje entre el número de personas con enfermedad mental que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben (Adaptado de R. Kohn et al., 2004)

RAZONES PARA QUE LOS SERVICIOS SEAN INADECUADOS

En múltiples estudios internacionales se han descrito las posibles razones que explican la pobre disponibilidad de atención en salud mental.

1. Muchos gobiernos dan una baja prioridad a la salud mental y, por consiguiente, invierten poco en esta área. Paradójicamente, los países de bajos ingresos invierten porcentajes totales mucho menores en salud. El porcentaje promedio de gasto en salud dedicado a la salud mental es de 0,5% en los países de bajos ingresos y, de 5,1 %, en los países de altos ingresos (25).
2. En muchos países, los sistemas de seguridad social en salud restringen la remisión a especialistas, con el fin de ahorrar dinero. Estas restricciones hacen que los trastornos psiquiátricos deban ser manejados en los centros de atención primaria (38).
3. Los profesionales que trabajan en atención primaria se enfrentan a una gran variedad de problemas de salud mental, pero, presentan limitaciones en las habilidades y el conocimiento requerido para la detección y el tratamiento de las personas con enfermedad mental. Además, en múltiples estudios se ha resaltado la falta de tiempo y de entrenamiento en los médicos generales para evaluar correctamente la salud mental de sus pacientes (39).
4. En muchos países hay pocos psiquiatras y los que hay no están adecuadamente distribuidos de acuerdo con las necesidades de la población (38). La gran mayoría suele ubicarse en las ciudades principales y, en algunos casos, prefieren emigrar de países de bajos ingresos a los de altos ingresos (39).
5. Los individuos en áreas rurales y remotas suelen tener prevalencias más altas de salud mental que los que habitan en zonas urbanas (40). Estas personas encuentran múltiples barreras para el acceso al manejo especializado en salud mental. Estas incluyen: aislamiento geográfico, pocos proveedores de salud entrenados en salud mental, estigma, largas esperas para acceder a una consulta psiquiátrica y altos costos asociados al transporte para asistir a las consultas (40, 41).

Además de las limitaciones descritas, en el Estudio Nacional de Salud Mental de 2016 se identificaron las siguientes (11).

1. Barreras actitudinales: están asociadas al estigma de la enfermedad mental, las creencias negativas frente a los sistemas de salud, la mala interpretación de las consecuencias de los tratamientos y la baja necesidad percibida de requerir ayuda. Esto se refleja en que los pacientes no asisten a consulta por sus problemas, porque no lo consideran necesario o no desean asistir.
2. Barreras estructurales: hacen referencia a la localización geográfica lejana o los costos para el transporte debido a las distancias que se deben recorrer. En Colombia, el tiempo requerido a nivel nacional para llegar al sitio donde va a tener el servicio de salud mental es, en promedio, de 32,3 horas.
3. Otras son: rutas de atención son poco claras y desarticuladas con la atención primaria; limitación de camas hospitalarias; distancia geográfica de los servicios en zonas rurales; horarios de atención, y la falta de personal adecuadamente capacitado en salud mental.

IMPACTO DE FALLAS EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Las dificultades para hacer una evaluación mental apropiada en atención primaria pueden tener graves consecuencias para los pacientes. Pueden llevar a uso excesivo de medicación, falta de diagnóstico de trastornos comunes, como la ansiedad y la depresión, falta de identificación de condiciones patológicas concomitantes y, en general, a fallas en el diagnóstico y el tratamiento (42).

De igual manera, los pacientes con problemas mentales que no reciben tratamiento, especialmente aquellos con problemas más graves, no contribuyen de forma activa en su familia. Esto favorece el rechazo en sus propios hogares y, en consecuencia, el mayor deterioro en su esfera mental. Esto puede llegar al punto de que, en algunas culturas, estas personas sean escondidas por sus familias y mantenidas en condiciones infrahumanas (43).

Otra consecuencia de una inadecuada atención en salud mental es que muchos pacientes pueden involucrarse en el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, ya sea como una forma de aliviar los síntomas o como una condición asociada a la progresión de la enfermedad (43).

Además, los trabajadores de atención primaria con pobre entrenamiento en salud mental podrían perpe-

tuar las actitudes discriminatorias y los conceptos erróneos acerca de la enfermedad mental (40). A su vez, este estigma actúa como barrera y contribuye a que se retrase aún más la búsqueda de ayuda y tratamiento, perpetuándose las brechas en la atención (43).

NECESIDAD DE TOMAR DECISIONES

Existe la necesidad de tomar decisiones. La detección temprana y precisa de los problemas de salud mental contribuiría a reducir la carga mundial que los trastornos mentales imponen a los sistemas de salud y sociales. Los principios mínimos bajo los cuales se debe basar cualquier intervención en salud mental se enmarcan en el concepto del derecho a la salud (*The Right to Health*), el cual incluye los conceptos de disponibilidad, acceso, aceptación y calidad del cuidado (43).

- › La disponibilidad implica que debe haber una cantidad suficiente de centros de atención en salud y que estos deben contar con medicamentos esenciales, suministros y profesionales de la salud capacitados.
- › La accesibilidad implica que los servicios de salud deben tener acceso sin discriminación a los grupos más vulnerables. El cuidado de la salud debe ser económica y geográficamente accesible, y acorde con las necesidades de las personas.
- › La aceptabilidad indica que los servicios de salud tienen que respetar la ética médica, la cultura indígena y la sensibilidad de género de los usuarios de los servicios de salud.
- › La calidad del cuidado se refiere a que el servicio prestado por los servicios de salud sea prestado por personal calificado que garantice la seguridad del paciente.

Hay evidencia suficiente de la existencia de tratamientos eficaces a bajo costo (medicamentos, tratamientos psicológicos y de rehabilitación basada en la comunidad) que son factibles, asequibles y costo-efectivos para muchos trastornos mentales, y que podrían ser ofrecidos con éxito en los centros de atención primaria de salud (34). La OMS ha puesto de manifiesto la necesidad urgente de integrar la salud mental en la atención primaria, con el fin de reducir la brecha entre las personas con necesidades de salud mental y la atención que necesitan. Las ventajas de la integración de la salud mental en los programas de atención primaria existentes, incluyen: la oportunidad para la prestación de atención integral, la reducción en

el estigma, y el apalancamiento de los recursos existentes para promover la eficiencia y una mayor eficacia de las intervenciones de salud (44).

Hay dos visiones diferentes entre los especialistas acerca de cómo se debe manejar la problemática de salud mental. Una opinión es que los médicos generales y otros profesionales de la salud pueden por sí mismos, prestar atención a las personas con enfermedades mentales. El otro punto de vista es enfático en que cualquier problema de salud mental debe ser tratado por centros especializados.

Con respecto al primer punto de vista, los médicos generales, los enfermeros, los psicólogos y los trabajadores sociales pueden desempeñar un papel importante en los equipos de atención primaria. Infortunadamente, muy poca atención se ha prestado a su formación en la detección y el tratamiento de los problemas de salud mental en la atención primaria de salud (45).

En el segundo punto de vista, la prestación de atención de salud mental exclusivamente en unidades especializadas lleva consigo el riesgo de sustraer a los pacientes de sus contextos, ignorando los recursos individuales y comunitarios que podrían tener un valor significativamente positivo en su recuperación. Se ha reconocido que los recursos individuales, familiares, comunitarios y sociales juegan un papel importante en la promoción de la salud mental y la reducción de riesgos (46). Las intervenciones que promueven la salud mental en los niveles familiar y comunitario pueden prevenir el desarrollo de trastornos (47).

Se ha propuesto que las intervenciones efectivas en salud mental proporcionadas por no especialistas pueden aumentar la cobertura de atención, tanto en países de bajos como en los de altos ingresos (34). Los investigadores han propuesto transformar el papel de los psiquiatras, psicólogos y enfermeros psiquiátricos, de la dedicación exclusiva a la prestación de servicios, a un liderazgo público de salud mental para superar esta falta de atención especializada (36). Este nuevo rol implica el diseño y la gestión de los programas de tratamiento de salud mental, desarrollar las capacidades clínicas en atención primaria, supervisar y controlar la calidad de los servicios de salud mental, y estar disponibles para realizar consultas y referencia atender consultas y hacer emisiones (36). Esto implica superar los roles tradicionales que han sido asignados a los psiquiatras y otros trabajadores del área de la salud mental, y replantear su aporte al sistema de salud.

REFERENCIAS

1. WHO. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization. 2008.
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, R DEG, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168-76.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
4. Jager M, Sobocki P, Rossler W. Cost of disorders of the brain in Switzerland with a focus on mental disorders. *Swiss medical weekly*. 2008;138(1-2):4-11.
5. Frاسquilho D, Matos MG, Salonna F, Guerreiro D, Storti CC, Gaspar T, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2016;16(1):115.
6. Jenkins R, Othieno C, Ongeru L, Sifuna P, Ongecha M, Kingora J, et al. Common mental disorder in Nyanza province, Kenya in 2013 and its associated risk factors--an assessment of change since 2004, using a repeat household survey in a demographic surveillance site. *BMC Psychiatry*. 2015;15:309.
7. Navarro-Mateu F, Tormo M, Vilagut G, Alonso J, Ruíz-Merino G, Escámez T, et al. Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: the PEGASUS-Murcia project. *BMJ Open*. 2013;3(12):e004035.
8. Munhoz TN, Nunes BP, Wehrmeister FC, Santos IS, Matijasevich A. A nationwide population-based study of depression in Brazil. *J Affect Disord*. 2016;192:226-33.
9. Ishikawa H, Kawakami N, Kessler RC, Collaborators WMHJS. Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(3):217-29.
10. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola S, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004;33(3):241-62.
11. Gomez-Restrepo C, Escudero C, Matallana D, González L, Rodriguez V. Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015. 348 p.
12. Peñaloza R, Salamanca N, Rodriguez J, Rodriguez J, Beltrán A. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010. 1 ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2014. 163 p.
13. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, et al. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia research*. 2004;69(2-3):125-32.
14. Wong DF, Lam AY, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:15.
15. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in mental health nursing*. 2003;24(2):175-98.
16. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World J Psychiatry*. 2016;6(1):7-17.
17. He H, Zhou Y, Sun B, Guo Y, Rosenheck RA. Brief Chinese version of the Family Experience Interview Schedule to assess caregiver burden of family members of individuals with mental disorders. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2015;27(1):55-61.
18. Fernández A, Saameño JA, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry*. 2010;196(4):302-9.
19. Cañón OI, Rodríguez CI. Introducción al uso de QALYs y EQ-5D en la evaluación de tecnologías en Colombia. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social*. 2011;13(19).

20. Chisholm D, Healey A, Knapp M. QALYs and mental health care. *Mental Health Research Review*. 1995;2:17-9.
21. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;190:326-32.
22. Subramaniam M, Abidin E, Vaingankar JA, Nan L, Heng D, McCrone P, et al. Impact of psychiatric disorders and chronic physical conditions on health-related quality of life: Singapore Mental Health Study. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):325-30.
23. Kirigia JM, Sambo LG. Cost of mental and behavioural disorders in Kenya. *Annals of general hospital psychiatry*. 2003;2(1):7.
24. Xu J, Wang J, Wimo A, Qiu C. The economic burden of mental disorders in China, 2005-2013: implications for health policy. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):137.
25. Hatou K. [Mental Health Atlas 2011 (WHO)]. *Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia japonica*. 2014;116(4):267.
26. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(13):493-9.
27. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jonsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies*. 2012;19(1):155-62.
28. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*. 2014;9(8):e105471.
29. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernandez A, Alberti C, Sabes-Figuera R, Molina C, et al. Costs of depression in Catalonia (Spain). *Journal of affective disorders*. 2011;132(1-2):130-8.
30. Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. *Revista de saúde pública*. 2006;40(2):304-9.
31. Carr VJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S, Lewin TJ. Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2003;37(1):31-40.
32. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *The journal of mental health policy and economics*. 2007;10(1):23-41.
33. Lund C, Myer L, Stein DJ, Williams DR, Flisher AJ. Mental illness and lost income among adult South Africans. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(5):845-51.
34. Armstrong G, Kermod M, Raja S, Suja S, Chandra P, Jorm AF. A mental health training program for community health workers in India: impact on knowledge and attitudes. *International journal of mental health systems*. 2011;5(1):17.
35. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11):858-66.
36. Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidhaye R, Jordans M, et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Soc Sci Med*. 2014;118:33-42.
37. Arango-Dávila C, Rojas JC, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008;37(4):26.
38. Leigh H, Stewart D, Mallios R. Mental health and psychiatry training in primary care residency programs. Part II. What skills and diagnoses are taught, how adequate, and what affects training directors' satisfaction? *General hospital psychiatry*. 2006;28(3):195-204.
39. Sharma VK, Copeland JR. Detecting mental disorders in primary care. *Mental health in family medicine*. 2009;6(1):11-3.
40. Tomaras VD, Ginieri-Coccosis M, Vassiliadou M, Malliori M, Ferentinos S, Soldatos CR, et al. Education in mental health promotion and its impact on the participants' attitudes and

- perceived mental health. *Annals of general psychiatry*. 2011;10:33.
41. Hodgins G, Judd F, Davis J, Fahey A. An integrated approach to general practice mental health training: the importance of context. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2007;15(1):52-7.
 42. Abed Faghri NM, Boisvert CM, Faghri S. Understanding the expanding role of primary care physicians (PCPs) to primary psychiatric care physicians (PPCPs): enhancing the assessment and treatment of psychiatric conditions. *Mental health in family medicine*. 2010;7(1):17-25.
 43. Rugema L, Krantz G, Mogren I, Ntaganira J, Persson M. "A constant struggle to receive mental health care": health care professionals' acquired experience of barriers to mental health care services in Rwanda. *BMC Psychiatry*. 2015;15:314.
 44. Petersen I, Fairall L, Bhana A, Kathree T, Selohilwe O, Brooke-Sumner C, et al. Integrating mental health into chronic care in South Africa: the development of a district mental healthcare plan. *Br J Psychiatry*. 2016;208 Suppl 56:s29-39.
 45. Goncalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tofoli LF, et al. Evaluation of a mental health training intervention for multi-disciplinary teams in primary care in Brazil: a pre- and posttest study. *General hospital psychiatry*. 2013;35(3):304-8.
 46. Jenkins R, Kiima D, Njenga F, Okonji M, Kingora J, Kathuku D, et al. Integration of mental health into primary care in Kenya. *World Psychiatry*. 2010;9(2):118-20.
 47. Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M, Barry MM, Chisholm D, Gronholm P, et al. Promotion, prevention and protection: interventions at the population- and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:30.