

Artículo de revisión

Carga social de los trastornos mentales

Patricio Cristóbal Rey

Médico Psiquiatra - Especialista Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica – Jefe de Sección Derivación y Orientación Terapéutica – Departamento de Salud Mental – Hospital de Clínicas “José de San Martín” – Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires

Resumen

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular, son universales y afectan a personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Según análisis recientes llevados a cabo por la OMS, las enfermedades neuropsiquiátricas, tenían una prevalencia puntual acumulada del 10% aproximadamente en la población adulta (GBD 2000).

Se estimó que alrededor de 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas. Éstas consistían en trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

Tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, las encuestas han demostrado que, más del 25% de los individuos, padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (Regier et al. 19881; Wells et al. 9892 ; Almeida-Filho et al. 19973)

La mayor parte de los estudios señalan una mayor prevalencia general de trastornos mentales en la población femenina que en la masculina, pero ello se debe a un sesgo de registro ya que, las mujeres consultan más que los hombres. Además hay una fuerte relación entre pobreza y trastornos mentales por lo que, también existe, el mismo sesgo hacia la población de femenina que son las que realizan las consultas

propias y las de su familia, agregado al subregistro existente en lugares de atención marginales. En el estudio transcultural llevado a cabo por la OMS en 14 centros (Üstün y Sartorius 19954; Goldberg y Lecrubier 19955) se utilizaron tres métodos distintos de diagnóstico: un instrumento sencillo de screening, una entrevista estructurada detallada y el diagnóstico clínico del médico de atención primaria. Aunque la prevalencia de los trastornos mentales variaba considerablemente entre los distintos centros, los resultados demostraron claramente que una proporción sustancial (alrededor del 24%) de todos los pacientes padecía un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes en los centros de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad, así como los debidos al consumo de sustancias.

Palabras clave: Carga social - trastornos mentales

Abstract

Mental disorders are not concentrated in any particular group, they are universal and affect people from all regions, all countries and all societies. According to recent analyzes carried out by WHO, diseases neuropsychiatric, had a cumulative punctual prevalence of 10% approximately in the adult population (GBD 2000).

It was estimated that around 450 million people suffer from diseases neuropsychiatric. These consisted of unipolar depressive disorder, disorder bipolar affective, schizophrenia, epilepsy, alcohol use disorders and certain psychoactive substances, Alzheimer's disease and other dementias, PTSD, obsessive-compulsive disorder, disorder panic and primary insomnia.

In both developed and developing countries, surveys have shown that more than 25% of individuals suffer from one or more disorders mental or behavioral throughout his life (Regier et al. 19881; Wells et to the. 19892; Almeida-Filho et al. 19973).

Most studies indicate a higher overall prevalence of disorders in the female population than in the male population, but this is due to a bias of registration since, women consult more than men. There is also a strong relationship between poverty and mental disorders so there is also the same bias towards the female population that are the ones that carry out the consultations own and those of your family, added to the existing

under-registration in places of care marginal. In the cross-cultural study carried out by the WHO in 14 centers (Üstün and Sartorius 19954; Goldberg and Lecrubier 19955) three methods were used other than diagnostic: a simple screening instrument, an interview Detailed structured and clinical diagnosis of primary care physician. Although the prevalence of mental disorders varied considerably between the different centers, the results clearly demonstrated that a proportion Substantial (about 24%) of all patients suffered from a mental disorder.

The most frequent diagnoses in primary care centers are the depression and anxiety disorders, as well as those due to the consumption of substances

Key Words: *Social burden - mental disorders*

Introducción

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular, son universales y afectan a personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Según análisis recientes llevados a cabo por la OMS, las enfermedades neuropsiquiátricas, tenían una prevalencia puntual acumulada del 10% aproximadamente en la población adulta (GBD 2000).

Se estimó que alrededor de 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas. Éstas consistían en trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario. Tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, las encuestas han demostrado que, más del 25% de los individuos, padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (Regier et al. 19881; Wells et al. 19892; Almeida-Filho et al. 19973).

La mayor parte de los estudios señalan una mayor prevalencia general de trastornos mentales en la población femenina que en la masculina, pero ello se debe a un sesgo de registro ya que, las mujeres consultan más que los hombres. Además hay una fuerte relación entre pobreza y trastornos mentales por lo que, también existe, el mismo sesgo

hacia la población de femenina que son las que realizan las consultas propias y las de su familia, agregado al subregistro existente en lugares de atención marginales. En el estudio transcultural llevado a cabo por la OMS en 14 centros (Üstün y Sartorius 19954; Goldberg y Lecrubier 19955) se utilizaron tres métodos distintos de diagnóstico: un instrumento sencillo de screening, una entrevista estructurada detallada y el diagnóstico clínico del médico de atención primaria.

Aunque la prevalencia de los trastornos mentales variaba considerablemente entre los distintos centros, los resultados demostraron claramente que una proporción sustancial (alrededor del 24%) de todos los pacientes padecía un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes en los centros de atención primaria son los trastornos de depresión y de ansiedad, así como los debidos al consumo de sustancias.

Carga familiar y social

Aunque no se ha estudiado suficientemente la carga que representa cuidar a un familiar con un trastorno mental o conductual, los datos indican que, en efecto, esa carga es importante (Pai y Kapur 19826; Fadden et al. 19877; Winefield y Harvey 19948).

Para las familias, ello comprende desde los problemas económicos hasta las reacciones emocionales a la enfermedad, el estrés de sobrellevar un comportamiento alterado, la perturbación de la rutina doméstica y la restricción de las actividades sociales (OMS 19979). A menudo, es la familia la que subviene a los gastos del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, ya sea porque no se dispone de un seguro médico o porque éste no cubre los trastornos mentales.

Las familias en las que uno de sus miembros padece un trastorno mental efectúan ciertas adaptaciones y concesiones que impiden a otros miembros desarrollar todo su potencial en el ámbito laboral, de las relaciones sociales y del ocio (Gallagher y Mechanic 199610).

El AVAD es una medida de la pérdida de salud que amplía el concepto de los años potenciales de vida perdidos por muerte prematura (APP) para abarcar también los años equivalentes de vida «sana» perdidos en estados de salud no óptima (discapacidad).

Un AVAD puede concebirse como un año de vida «sana» perdido, y la carga de morbilidad, como una medida del desfase entre el estado de salud actual y una situación ideal en la que todas las personas viven hasta la ancianidad sin ningún tipo de enfermedad o

discapacidad.

Los AVAD de una enfermedad equivalen a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (APP) en la población y los años de vida perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de esa enfermedad.

Una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que causan es el método de la Carga Mundial de Morbilidad (Global Burden of Disease, GBD). En las estimaciones originales, desarrolladas para el año 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. La estimación para el año 2000, fue del 12,3% para los AVAD. Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades figuran tres trastornos neuropsiquiátricos, que se convierten en seis si se considera el grupo de edad de 15 a 44 años.

En el cálculo de los AVAD, estimaciones recientes, procedentes de Australia y basadas en métodos minuciosos y datos de distintas fuentes, han confirmado que los trastornos mentales son la principal causa de carga de discapacidad (Vos y Mathers 200011).

El análisis de las tendencias deja claro que esta carga aumentará rápidamente en el futuro. Según las previsiones, ascenderá al 15% en el año 2020 (Murray y Lopez 199612).

Considerando únicamente el componente de discapacidad de la carga, las estimaciones del GBD 2000 muestran que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30,8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (APD). En concreto, la depresión causa la mayor proporción de discapacidad: casi el 12% del total.

Entre las 20 primeras causas de discapacidad (APD) en el mundo figuraban seis enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y la migraña.

La tasa de discapacidad por trastornos mentales y neurológicos es elevada en todas las regiones del mundo. Sin embargo, como proporción del total es comparativamente menor en los países en desarrollo, debido sobre todo a la gran carga de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales en estas regiones. Aun así, los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 17,6% del total de APD en África.

El impacto económico de los trastornos mentales es amplio, duradero y de gran magnitud.

Estos trastornos imponen una serie de costos a los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto.

Algunos estudios, en su mayoría procedentes de países industrializados, han estimado los costos económicos acumulados de los trastornos mentales. En uno de estos estudios (Rice et al. 1990¹³) se concluyó que, en los Estados Unidos, el costo anual acumulado ascendía aproximadamente al 2,5% del producto nacional bruto. Algunos estudios llevados a cabo en Europa han estimado el gasto en trastornos mentales como porcentaje de todos los costos de asistencia sanitaria: en los Países Bajos era del 23,2% (Meerding et al. 1998¹⁴) y, en el Reino Unido, sólo los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22% (Patel y Knapp 1998¹⁵).

Las estimaciones de los costos directos pueden ser bajas en los países con escasa disponibilidad y cobertura de la asistencia psiquiátrica, pero son cifras espurias. Los costos indirectos derivados de la pérdida de productividad son responsables de una proporción de los costos generales mayor que los directos. Además, los bajos costos de tratamiento (debido a la carencia de éste) pueden, de hecho, elevar los costos indirectos al prolongar el curso de los trastornos no tratados y la discapacidad que causan (Chisholm et al. 2000¹⁶).

En varios estudios se ha informado sobre la calidad de vida de individuos con trastornos mentales y se ha concluido que el impacto negativo no sólo es importante, sino prolongado (UK700 Group 1999¹⁷). Se ha demostrado que, incluso después de que el paciente se haya recuperado del trastorno mental, la calidad de vida sigue siendo mala debido a factores sociales como la persistencia del estigma y la discriminación. Los resultados de los estudios sobre CDV indican también que la calidad de vida de los individuos con trastornos mentales graves internados en residencias psiquiátricas es peor que la de los que viven en la comunidad. Un estudio reciente demostró claramente que las necesidades básicas insatisfechas, tanto sociales como de funcionamiento, eran los factores predictivos más importantes de mala calidad de vida en los pacientes con trastornos mentales graves (UK700 Group 1999¹⁸).

La repercusión en la calidad de vida no se limita a los trastornos mentales graves. Los

trastornos de ansiedad y de pánico tienen también efectos importantes, sobre todo en el ámbito del funcionamiento psicológico (Mendlowicz y Stein 200019; Orley y Kuyken 199420).

Este informe se centra en unos pocos trastornos frecuentes que representan una onerosa carga para las comunidades y en conjunto son motivo de gran preocupación. Se incluyen los trastornos depresivos, los trastornos por consumo de sustancias, las esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental, y trastornos de la infancia y la adolescencia. Al igual que las personas que padecen trastornos mentales, los epilépticos sufren las consecuencias del estigma que recae en ellos y de una importante discapacidad si no reciben tratamiento.

Depresión

El GBD 2000 estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en la población masculina y del 3,2% en la femenina, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses. Estas cifras de prevalencia varían entre poblaciones y pueden ser más elevadas en algunas de ellas.

El análisis GBD 2000 también pone de manifiesto que el trastorno depresivo unipolar representa una carga enorme para la sociedad y está considerado la quinta causa de carga entre todas las enfermedades: es responsable del 4,4% del total de AVAD y es la causa principal de APD: 11,9% del total de APD. En el grupo de 15 a 44 años es la segunda causa de carga, y responsable del 8,3% de los AVAD perdidos.

Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, sólo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las miocardiopatías. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad.

Adicciones

Se consideran trastornos mentales y conductuales por consumo de sustancias , los

causados, entre otros, por el alcohol, opioides como el opio o la heroína, cannabinoides como la marihuana, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes, alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles.

El Banco Mundial estima que, en los países de ingresos altos, la asistencia sanitaria relacionada con el consumo de tabaco representa entre el 6% y el 15,1% del costo total anual en atención de salud (Banco Mundial 199921).

En la actualidad, uno de cada tres adultos, es decir, 1200 millones de personas, fuman, y se prevé que para el año 2025 esta cifra se elevará a más de 1600 millones.

Se calcula que el tabaco causó más de 3 millones de defunciones en 1990, y que esa cifra ascendió a 4 millones en 1998. Según las estimaciones, las muertes atribuibles al tabaco llegarán a 8,4 millones en 2020 y alcanzarán los 10 millones anuales hacia 2030. Sin embargo, este incremento no se distribuirá por igual en el mundo: se prevé que en las regiones desarrolladas las defunciones aumentarán un 50%, de 1,6 a 2,4 millones, mientras que en Asia casi se cuadruplicarán, pasando de 1,1 millones en 1990 a 4,2 millones en 2020 (Murray y Lopez 199722).

La prevalencia puntual de los trastornos debidos al abuso de alcohol (uso nocivo y dependencia) en la población adulta se ha estimado en torno al 1,7% en el mundo, según el análisis del GBD 2000. Las tasas son del 2,8% para los varones y del 0,5% para las mujeres. La prevalencia de los trastornos debidos al consumo de alcohol varía mucho entre las regiones del mundo, desde cifras muy bajas en algunos países de Oriente Medio a más del 5% en América del Norte y zonas de Europa oriental.

El alcohol es uno de los factores que más contribuyen a la carga de morbilidad. El proyecto sobre la carga mundial de morbilidad (Murray y Lopez 199623^a) estimó que es responsable del 1,5% de todas las defunciones y del 3,5% del total de los AVAD. Esta carga comprende trastornos orgánicos (como cirrosis) y lesiones (por ejemplo, accidentes automovilísticos) atribuibles al alcohol.

El alcohol impone un alto costo económico a la sociedad. Una estimación sitúa el costo actual del consumo abusivo de alcohol en los Estados Unidos en US\$ 148 mil millones, incluidos US\$ 19 mil millones en gastos de asistencia sanitaria (Harwood et al. 199824).

En el Canadá, los costos económicos del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas sumaron en 1992 CAD 18,4 mil millones, lo que representa el 2,7% del PIB. Por sí solo, el

alcohol provocó unos costos de CAD 7,52 mil millones. En otros países, se ha estimado el costo de los problemas relacionados con el alcohol en torno al 1% del producto interior bruto (Collins y Lapsely 199625; Rice et al. 199126).

Se engloban aquí las drogas ilegales, como la heroína, la cocaína y el cannabis. La prevalencia de periodo del consumo de drogas y la drogodependencia oscila entre el 0,4% y el 4%, pero el tipo de drogas consumidas varía mucho entre las regiones. El análisis GBD 2000 indica que la prevalencia puntual de los trastornos por consumo de heroína y cocaína es del 0,25%.

El consumo de drogas por vía intravenosa entraña un importante riesgo de infecciones como la hepatitis B, la hepatitis C y el VIH. Se ha estimado que existen en el mundo aproximadamente 5 millones de personas que se inyectan drogas ilegales. La prevalencia de la infección por el VIH entre estos consumidores de drogas por vía intravenosa es del 20%-80% en muchas ciudades. La importancia creciente de esta forma de consumo en la transmisión del VIH ha suscitado una grave preocupación en todo el mundo, especialmente en los países del centro y el este de Europa (UNAIDS 2000).

Según el GBD 2000, la carga atribuible a las drogas ilegales (heroína y cocaína) asciende al 0,4% de la carga total de morbilidad. Se ha estimado que, en los Estados Unidos, el costo económico del uso nocivo y de la drogodependencia es de US\$ 98 mil millones (Harwood et al. 199827). Ni esta carga de morbilidad ni esta estimación del costo tienen en cuenta los diversos efectos sociales negativos del consumo de drogas. El consumo de tabaco y alcohol se inicia generalmente en la juventud y propicia el consumo de otras drogas. Por consiguiente, tabaco y alcohol contribuyen indirectamente a una gran parte de la carga que suponen otras drogas, y a las enfermedades consiguientes.

Esquizofrenia

La esquizofrenia afecta más o menos por igual a hombres y a mujeres, aunque en éstas tiende a comenzar más tardíamente y a tener una evolución y un pronóstico más favorables. El informe GBD 2000 registra una prevalencia puntual del 0,4% para la esquizofrenia, enfermedad que causa un alto grado de discapacidad. En un estudio reciente sobre la discapacidad asociada a las enfermedades físicas y mentales en 14 países, la población general situó la psicosis activa en tercer lugar en la relación de

trastornos más discapacitantes, por encima de la paraplejía y la ceguera (Üstün et al. 199928).

En el estudio sobre la carga mundial de morbilidad, la esquizofrenia era responsable del 1,1% del total de AVAD y del 2,8% de los APD. También el costo económico de la esquizofrenia para la sociedad es elevado. Se ha estimado que en los Estados Unidos ascendió en 1991 a US\$ 19 mil millones en gastos directos, y a US\$ 46 mil millones en pérdidas de productividad.

Pueden persistir algunos síntomas residuales tales como falta de interés e iniciativa en las actividades laborales diarias, incompetencia social e incapacidad para interesarse por actividades placenteras. Estos síntomas pueden ser causa de una discapacidad constante y una mala calidad de vida, además de constituir una carga considerable para las familias (Pai y Kapur 198229).

Se ha demostrado repetidamente que la esquizofrenia sigue un curso menos grave en los países en desarrollo (Kulhara y Wig 197830; Thara y Eaton 199631). Por ejemplo, en uno de los estudios internacionales multicéntricos, la proporción de pacientes en remisión total a los dos años era del 63% en los países en desarrollo, frente al 37% en los países desarrollados (Jablensky et al. 199232). Aunque se ha intentado justificar este mejor pronóstico por la existencia de apoyos familiares más firmes y menos exigencias a los pacientes, no se conocen con exactitud las razones de estas diferencias.

Un número considerable de esquizofrénicos intenta suicidarse en algún momento de la evolución de su enfermedad. Un estudio reciente demostró que el 30% de los pacientes con ese diagnóstico habían intentado suicidarse al menos una vez en su vida (Radomsky et al. 199933), y aproximadamente el 10% de las personas con esquizofrenia consuman el suicidio (Caldwell y Gottesman 199034). A nivel mundial, la esquizofrenia reduce la esperanza de vida del individuo en una media de 10 años.

Epilepsia

El informe GBD 2000 estima que hay en el mundo unos 37 millones de personas que sufren epilepsia primaria. Cuando se considera también la epilepsia causada por otras enfermedades o lesiones, el número total de personas afectadas se eleva a unos 50 millones.

Se estima que más del 80% de los individuos epilépticos viven en países en desarrollo. La epilepsia supone una carga importante para las comunidades, sobre todo en los países en desarrollo, en los que muchos casos quedan sin tratar.

El informe GBD 2000 estima que la carga acumulada debida a la epilepsia representa el 0,5% de la carga total de morbilidad. Además de la discapacidad física y mental, la epilepsia tiene a menudo graves consecuencias psicosociales para el individuo y la familia. El estigma asociado a la epilepsia impide a los epilépticos participar en actividades normales como la educación, el matrimonio, el trabajo y los deportes.

La epilepsia aparece generalmente durante la infancia y puede seguir una evolución crónica (aunque no siempre). La tasa de recuperación espontánea es importante: muchos de los diagnosticados inicialmente de epilepsia no presentan convulsiones tres años después.

Enfermedad de Alzheimer

Se han estudiado extensamente la incidencia y la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer. Las muestras de población se componen por lo general de personas mayores de 65 años, aunque en algunos estudios se han incluido poblaciones más jóvenes, sobre todo en países en los que la esperanza de vida es menor (por ejemplo, en la India).

La amplia horquilla de las cifras de prevalencia (1%-5%) se explica en parte por las diferencias en la edad de las muestras y en los criterios de diagnóstico. Según el informe GBD 2000, la prevalencia puntual de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en conjunto es del 0,6%.

La prevalencia entre los mayores de 60 años es del 5% para los varones y el 6% para las mujeres, aproximadamente. No se ha observado que la incidencia difiera en función del sexo, pero la mayor longevidad femenina se traduce en un mayor número de mujeres con enfermedad de Alzheimer.

Sigue sin conocerse la causa exacta de la enfermedad, aunque se han señalado varios factores, entre ellos los trastornos del metabolismo y la regulación de la proteína precursora de amiloide, las proteínas asociadas a las placas, las proteínas tau, el zinc y el aluminio (Drouet et al. 200035; Cuajungco y Lees 199736).

El informe GBD 2000 estima que los AVAD debidos a las demencias ascienden al 0,84%, y

los APD al 2,0%. Con el envejecimiento de las poblaciones, sobre todo en las naciones industrializadas, es probable que este porcentaje experimente un rápido incremento en los próximos 20 años.

El costo de la enfermedad de Alzheimer para la sociedad es ya muy importante (Rice et al. 199337) y seguirá aumentando (Brookmeyer y Gray 200038). Los costos directos y totales de este trastorno en los Estados Unidos se han estimado en US\$ 536 millones y US\$ 1750 millones, respectivamente, para el año 2000.

Retraso mental

El retraso mental es un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades y de la inteligencia en general en terrenos como las funciones cognitivas, el lenguaje y las capacidades motoras y sociales.

Se denomina también discapacidad o minusvalía intelectual, y puede cursar solo o asociado a otros trastornos físicos o psíquicos. Aunque se caracteriza por un nivel de funcionamiento intelectual menor del normal, el diagnóstico de retraso mental sólo se hace si el individuo presenta también una menor capacidad para adaptarse a las exigencias diarias de un entorno social normal. Se clasifica como leve (CI: 50-69), moderado (CI: 35-49), grave (CI: 20-34) y profundo (CI por debajo de 20).

Las cifras de prevalencia varían considerablemente debido a la diversidad de criterios y métodos utilizados en las encuestas, así como a las diferencias en el intervalo de edad de las muestras. Se cree que la prevalencia global del retraso mental está comprendida entre el 1% y el 3%, con una tasa de retraso moderado, grave y profundo del 0,3%. Es más frecuente en los países en desarrollo, debido a la mayor incidencia de lesiones y anoxia en el periodo perinatal, así como de infecciones cerebrales en la primera infancia. Una causa frecuente de retraso mental es la carencia endémica de yodo, responsable del cretinismo (Sankar et al. 199839). La carencia de yodo constituye la principal causa aislada y prevenible de lesión cerebral y retraso mental en el mundo (Delange 200040).

El retraso mental supone una grave carga para el individuo y la familia. En los casos más profundos, requiere la ayuda en las tareas de la vida diaria y el cuidado personal. No se dispone de estimaciones para la carga global de morbilidad del retraso mental, pero todos los datos indican que es importante y, en la mayoría de los casos, se mantiene durante

toda la vida.

Trastornos de la infancia y la adolescencia

En un informe reciente, el Director General de Sanidad de los Estados Unidos (DHHS 2001) señaló que su país se enfrenta a una crisis pública en la salud mental de los lactantes, los niños y los adolescentes. Según el informe, uno de cada 10 niños sufre una enfermedad mental lo bastante grave como para causarle cierto grado de deterioro, pero menos de la quinta parte de ellos recibe el tratamiento necesario. La situación en grandes zonas del mundo en desarrollo probablemente sea todavía menos satisfactoria.

La CIE-10 identifica dos amplias categorías específicas de la infancia y la adolescencia: los trastornos del desarrollo psicológico y los trastornos emocionales y del comportamiento. Los primeros se caracterizan por la alteración o el retraso del desarrollo de funciones específicas como el habla y el lenguaje (dislexias) o un trastorno generalizado del desarrollo (p.ej., el autismo). La evolución de estos trastornos es sostenida, sin remisiones ni recidivas, aunque la mayoría tienden a mejorar con el tiempo.

El amplio grupo de las dislexias comprende los trastornos de la lectura y la escritura. Su prevalencia no se conoce con certeza, pero puede ser aproximadamente del 4% en la población en edad escolar (Spagna et al. 200041). La segunda categoría, los trastornos emocionales y del comportamiento, comprende trastornos hiperkinéticos (en la CIE-10), el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (en el DSM-IV, APA 1994), los trastornos de la conducta y los trastornos emocionales de la niñez. Además, muchos de los trastornos más frecuentes en la población adulta pueden iniciarse durante la infancia. Ejemplo de ello es la depresión, que cada vez se detecta más entre los niños.

Comorbilidad

Es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, al igual que sucede con los trastornos físicos, que también tienden a aparecer asociados con mucha mayor frecuencia de la que puede explicar el azar. Esta situación es especialmente frecuente en edades avanzadas, cuando concurren varios trastornos físicos y mentales.

Los problemas de salud física no sólo coexisten con trastornos mentales como la

depresión, sino que pueden también predecir el inicio y la persistencia de ésta (Geerlings et al. 200042). Uno de los estudios metodológicamente bien fundados de una muestra representativa a nivel nacional se llevó a cabo en los Estados Unidos (Kessler et al. 199443) y demostró que la comorbilidad afectaba al 79% de todas las personas enfermas.

Dicho de otro modo, sólo el 21% de los pacientes padecían únicamente un trastorno mental. Más de la mitad de todos los trastornos afectaban a lo largo de la vida al 14% de la población. Estudios realizados en otros países han arrojado cifras similares, si bien no se dispone de mucha información de países en desarrollo.

Es muy frecuente la coexistencia de los trastornos de ansiedad y de depresión; se observa aproximadamente en la mitad de los individuos que los padecen (Zimmerman et al. 200044).

Otra situación frecuente es la presencia de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y a drogodependencia. De las personas que acuden a los servicios de asistencia a alcohólicos y drogodependientes, entre el 30% y el 90% padecen un «trastorno doble» (Gossop et al. 199845). La tasa de trastornos por consumo de alcohol es también elevada entre las personas que acuden a los servicios de salud mental (Rachliesel et al. 1999 registraron un 65% 46), así como entre los pacientes esquizofrénicos (12%-50%). La importante comorbilidad tiene graves consecuencias para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los individuos afectados. También la discapacidad de éstos y la carga que soportan las familias aumentan proporcionalmente.

Suicidio

Considerando la media de 53 países para los que se dispone de datos completos, la tasa de suicidio normalizada para la edad era de 15,1 por 100.000 en 1996. Por sexos, era de 24,0 por 100.000 para la población masculina y de 6,8 por 100.000 para la femenina. En casi todo el mundo la tasa de suicidio es mayor entre los varones, según una proporción acumulada de 3,5 a 1.

En los últimos 30 años, las tasas de suicidio parecen haber permanecido bastante estables en los 39 países que disponen de datos completos sobre el periodo 1970- 1996, pero las actuales tasas acumuladas ocultan importantes diferencias en lo tocante a la distribución por sexos, grupos de edad o zona geográfica, así como a las tendencias a más largo plazo.

Desde el punto de vista geográfico, las variaciones en las tasas de suicidio difieren considerablemente. Es probable que las tendencias en los megapaíses del mundo, es decir, aquellos con más de 100 millones de habitantes, ofrezcan información fiable sobre la mortalidad por suicidio. Siete de los 11 mega países disponen de información relativa a los últimos 15 años. Las tendencias oscilan desde un aumento de casi el 62% en México a un descenso del 17% en China; en los Estados Unidos y la Federación de Rusia la variación es del 5,3%, pero en sentidos opuestos, como se muestra en la figura 2.4.

Es preciso hacer dos puntualizaciones: en primer lugar, probablemente sea sólo el tamaño de sus poblaciones lo que sitúa a estos países en la misma categoría, ya que difieren prácticamente en todos los demás aspectos. En segundo lugar, la magnitud de la variación no refleja la magnitud real de las tasas de suicidio en estos países. En el último año sobre el que hay datos, las tasas de suicidio iban desde 3,4 por 100 000 en México a 14,0 por 100 000 en China y 34,0 por 100 000 en la Federación de Rusia.

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre los adultos jóvenes. Entre el 15% y el 20% de los pacientes depresivos lo consuman (Goodwin y Jamison 199047). El suicidio sigue siendo uno de los desenlaces frecuentes y evitables de la depresión. Es una de las tres causas principales de muerte en la población de 15 a 34 años, en el que es la primera o segunda causa de muerte para ambos sexos. Esto representa para la sociedad una pérdida masiva de personas jóvenes en los años productivos de su vida. Sólo algunos países disponen de datos sobre intentos de suicidio; indican que el número de intentos de suicidio puede ser hasta 20 veces superior al número de suicidios consumados. Las lesiones autoinfligidas, incluido el suicidio, causaron aproximadamente 814.000 defunciones en el año 2000.

El informe GBD 2000 les atribuye el 1,3% de todos los AVAD. El más frecuente de los trastornos mentales que conducen al suicidio es la depresión, aunque también en la esquizofrenia las tasas son elevadas. Además, el suicidio guarda relación a menudo con el consumo de sustancias, ya sea en la persona suicida o en su familia. En fecha reciente se ha atribuido al consumo de alcohol la importante proporción de suicidios observada en algunos países de Europa central y oriental (Rossow 200048). Es sabido que, en cualquier lugar, la disponibilidad de medios para suicidarse repercute notablemente sobre los suicidios consumados. Esta influencia se ha estudiado sobre todo en relación con la

disponibilidad de armas de fuego, y se ha observado una alta mortalidad por suicidio entre las personas que compraron poco antes armas de fuego (Wintemute et al. 199949). De todas las personas que murieron por heridas de arma de fuego en los Estados Unidos durante 1997, el 54% fallecieron por suicidio (Rosenberg et al. 199950).

Conclusión

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente.

Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales.

En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación.

En 1990 los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En 2000 ese porcentaje aumentó al 12%, y se prevé que llegará hasta el 15 o 20% en 2020.

Los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al abuso y dependencia de sustancias, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia.

Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son los determinantes sociales de los trastornos mentales como la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

Bibliografía

1. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* 45: 977–986.
2. Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23: 315–326.
3. Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171: 524–529.
4. Üstün TB, Sartorius N (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization.
5. Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 323–334.
6. Pai S, Kapur RL (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 12: 651–658.
7. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150: 285–292.
8. Winefield HR, Harvey EJ (1994). Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3): 557–566.
9. Organización Mundial de la Salud (1997a). *Violence against women*. Geneva, World Health Organization (documento inédito WHO/FRH/WHD/97.8).
10. Gallagher SK, Mechanic D (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, 42(12): 1691–1701.

11. Vos T, Mathers CD (2000). Carga de trastornos mentales: comparación de los métodos empleados en los estudios de la carga de morbilidad en Australia y en el estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos, 3, 230–231 (resumen del artículo).
12. Murray CJL, Lopez AD, eds (1996a). 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, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I
13. Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S (1990). The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).
14. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. British Medical Journal, 317: 111–115.
15. Patel A, Knapp MRJ (1998). Costs of mental illness in England. Mental Health Research Review, 5: 4–10. 16 - Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K, Saeed K, James S, Mubbashar M, Murthy RS (2000). Integration of mental health care into primary care: demonstration cost -outcome study in India and Pakistan. British Journal of Psychiatry, 176: 581–588.
16. UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. British Journal of Psychiatry, 175: 426–432.
17. UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. British Journal of Psychiatry, 175: 426–432.
18. Mendlowicz MV, Stein MB (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 157(5): 669–682.
- Orley J, Keyken W (1994). Quality of life assessment: international perspectives. Basel, Springer-Verlag. 21 - Banco Mundial (1999). La epidemia de tabaquismo – Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington, DC, Banco Mundial.
19. Murray CJL, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. Lancet, 349: 1498–1504.

20. Murray CJL, Lopez AD, eds (1996a). 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, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
21. Harwood H, Fountain D, Livermore G (1998). The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No. 98-4327).
22. Collins D, Lapsley G (1996). The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Printing Service (Monograph No. 30).
23. Rice DP, Kelman S, Miller LS (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, 106(3): 280–292.
24. Harwood H, Fountain D, Livermore G (1998). The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No. 98-4327).
25. Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, 354 (9173): 111–115.
26. Pai S, Kapur RL (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 12: 651–658.
27. Kulhara P, Wig NN (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 132: 186–190.
28. Thara R, Eaton WW (1996). Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(4): 516–522.
29. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*,

- 20 (Suppl).
30. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10): 1590–1595.
 31. Caldwell CB, Gottesman II (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide.
 32. *Schizophrenia Bulletin*, 16: 571–589.
 33. Drouet B, Pincon-Raymond M, Chambaz J, Pillot T (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease.
 34. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 57(5): 705–715.
 35. Cuajungco MP, Lees GJ (1997). Zinc and Alzheimer's disease: is there a direct link? *Brain Research* 23(3): 219–236.
 36. Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman DA, Hauck WW, Segura E (1993). The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*, 12(2): 164–176.
 37. Brookmeyer R, Gray S (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, 19(11–12): 1481–1493.
 38. Sankar R, Pulger T, Rai B, Gomathi S, Gyatso TR, Pandav CS (1998). Epidemiology of endemic cretinism in Sikkim, India. *Indian Journal of Pediatrics*, 65(2): 303–309.
 39. Delange F (2000). The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(1): 75–79.
 40. Spagna ME, Cantwell DP, Baker L (2000). Reading disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, etc.
 41. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2614–2619.
 42. Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30(2): 369–380.
 43. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8–19.

44. Zimmerman M, McDermt W, Mattia JI (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1337–1340.
45. Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, 173: 166–171.
46. Rashliesel J, Scott K, Dixon L (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11): 1427–1434.
47. Goodwin FK, Jamison KR (1990). *Suicide, in manic-depressive illness*. New York, Oxford University Press: 227–244.
48. Rossow I (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, 27(3): 397–334.
49. Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, 341: 1583–1589.
50. Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB (1999). Firearms and suicide. *New England Journal of Medicine*, 341: 1609–1611.