

Temas de actualidad

Por la Salud Mental

Diana Z. Urrego M.¹ y Juan C. Cocoma P.²

¹ Médica. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Apartado Aéreo 146030, Santafé de Bogotá, Colombia.

² Odontólogo. Diplomado en Administración en Salud. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Tel 6262245, Santafé de Bogotá, Colombia

La salud mental es un componente esencial de la salud pública. Sin embargo, con frecuencia ha sido relegada a un segundo plano en los sistemas de salud. En Colombia, este tema ha adquirido actualidad, por los estudios recientes (1,2), la nueva reglamentación al respecto (3), y por el proceso de implantación del Sistema de Seguridad Social en Salud, cuyas dimensiones de prevención y promoción requieren amplios desarrollos.

En este ensayo se presenta un acercamiento a las características de la salud mental en Colombia, ubicando la problemática en un contexto global. No se considera la salud mental infantil, ni el abuso de sustancias psicoactivas y similares.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud mental como: “Un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social” (2). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) agrega: “No es simplemente la ausencia de enfermedad mental reconocible” (4).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM- IV) (5), considera enfermedad mental como: “Un sín-

drome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este patrón o síndrome no deben ser meramente una respuesta culturalmente aceptada. Cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica” (5).

Las enfermedades mentales son examinadas desde múltiples modelos explicativos, que consideran las características sociales, económicas, culturales, políticas, biológicas y psicológicas, y los entornos de los individuos y comunidades (6). El modelo biológico, considera como principal el factor orgánico; el modelo conductista explica el problema a través de los condicionamientos adquiridos (aprendizaje); el modelo psicodinámico parte de la posición determinista freudiana, según la cual, el desarrollo de la personalidad es una interacción entre los procesos biológicos y ambientales; y el modelo sociológico considera que la enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social (7). Por otra parte, la OPS ha aportado un modelo explicativo, que es conformado por tres grupos factores de riesgo: Patologías sociales, problemas de salud adyacentes y condiciones agravantes que permiten identificar población vulnerable (4). Las diferencias entre estos modelos explicativos han generado gran dificultad para establecer criterios unificados de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales. Actualmente existen dos clasificaciones reconocidas y utilizadas internacionalmente: el DSM-IV y la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) (5).

Es importante resaltar que el diagnóstico y manejo de las enfermedades mentales depende de las manifestaciones de cada una de ellas, las cuales varían de acuerdo al contexto social, laboral y familiar que rodea al individuo (4,5,6,8,9).

ASPECTOS DEL CONTEXTO MUNDIAL

Diversos estudios han reportado que existe a escala mundial mayor relevancia de las siguientes categorías: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con el abuso de sustancias,

trastornos cognoscitivos y trastornos psicóticos (7,10,11). En la Tabla 1 se definen algunas categorías a las que se hará referencia más adelante.

Tabla 1. Definiciones de algunas categorías de enfermedad mental según el DSM-IV

<p>1. TRASTORNOS DE ESTADO DE ANIMO TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: Se define como un período de dos semanas o más en el que la persona se siente con depresión o pérdida del interés o placer. Además, deben presentarse en el mismo episodio cinco o más de los siguientes síntomas: Estado de animo deprimido la mayoría del tiempo, disminución marcada del interés o placer, cambios en el apetito y el peso, cambios en el patrón del sueño ya sea por somnolencia o insomnio, cambios motores ya sea agitación o retardo, fatiga o pérdida de energía, baja auto-estima o sentimientos de culpabilidad, falta de concentración e ideas o intento de suicidio. TRASTORNO BIPOLAR: Este trastorno tiene como elemento esencial la presencia de manía o hipomanía. Puede cursar con o sin depresión. La manía se manifiesta por cambios de una semana o mas en el estado de animo, ya sea como elevación, expansión o irritabilidad.</p> <p>2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: En este trastorno se presentan ideas obsesivas o actos compulsivos que son de tanta severidad que hacen consumir tiempo o causan gran malestar o incapacidad. SÍNDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO: Se produce cuando una persona ha sido expuesta a un evento traumático ya sea directamente, por ser testigo, por la inminencia de sufrir lesiones o la muerte. Ante el evento traumático se responde con miedo intenso, horror o sensación de desesperanza</p> <p>3. TRASTORNOS PSICOTICOS EZQUIZOFRENIA: Es un trastorno psicótico de 6 meses o mas de duración en el cual el individuo presenta durante 1 mes o más por lo menos dos de los siguientes síntomas activos: ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta motora desorganizada o catatónica, o síntomas negativos como aplanamiento afectivo, falta de lógica en el discurso o falta de iniciativa para iniciar actividades.</p>

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association.

Según la OPS, solo 39 países de los 166 pertenecientes a la Organización de Naciones Unidas (ONU), reportaron en 1996 estadísticas de morbilidad relacionadas con enfermedades mentales. Por lo

tanto, en términos generales, la información existente se ha obtenido de estudios aislados de morbilidad, realizados en poblaciones de países industrializados, censos en poblaciones marginales y algunas encuestas poblacionales de países en desarrollo que permiten establecer aproximaciones a la incidencia y prevalencia (4).

De acuerdo con los hallazgos de estos estudios, las enfermedades mentales en los países desarrollados tienen un patrón distinto al de los países en desarrollo, tanto en las formas en que se expresan como en la detección de estas. Entre estos grupos de países la prevalencia puede ser similar en algunas categorías, exceptuando aquellas que son consecuencia de situaciones específicas relacionadas con el entorno. Por ejemplo, actualmente en el mundo hay más de 20 millones de refugiados, con otro tanto de personas desplazadas no censadas, que presentan altas tasas de depresión, trastornos de ansiedad y estrés postraumático en países con alto índice de violencia (4).

Por lo general las enfermedades mentales no se consideran un problema prioritario en las políticas de salud en tanto no representan altas tasas de mortalidad ni de años de vida potencial perdidos (AVPP), excepto en el caso del suicidio, como si ocurre con las patologías infectocontagiosas y materno- infantiles (4).

Para un mejor abordaje de la problemática se debe utilizar el indicador de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En 1990, las enfermedades mentales aportaron un 8% de los AVAD. De otra parte, es necesario considerar las enfermedades que tienen en común con las enfermedades mentales la misma base sociocultural y son condicionadas en gran parte por actitudes y prácticas inadecuadas, las cuales contribuyen con un 36% de los AVAD, como la enfermedad diarreica, lesiones accidentales no intencionales, enfermedades prevenibles con vacunas, VIH, enfermedades de transmisión sexual, homicidios y traumas (12). La distribución global de los AVAD perdidos en el mundo por enfermedades mentales se observa en la Tabla 2.

Tabla 2. Discapacidad por problemas de salud mental en el mundo.

AVAD perdidos (%)	
ENFERMEDAD MENTAL	AVAD PERDIDOS
Trastornos depresivos	17
Otras	16
Lesiones autoinflingidas	16
Demencias	13
Dependencia alcohólica	12
Epilepsia	9
Psicosis	7
Farmacodependencia	5
T. de estrés postraumático	5

Fuente: Elaborada con base en OPS. Salud Mental en el mundo.1997

A continuación se presentan algunas características de la prevalencia de vida (proporción de individuos que alguna vez en su vida presentó el trastorno) de las enfermedades mentales.

- El trastorno depresivo es el más frecuente en el mundo occidental con una prevalencia de vida de 10 a 25%, en especial en las mujeres y en el grupo de edad de 25 a 44 años (5).
- Se estima que del 20 al 25% de los problemas psiquiátricos corresponden a alguna forma de trastorno depresivo (7).
- En el mundo, entre un cuarto y un tercio del total de consultas de nivel primario tienen como causa los trastornos depresivos y de ansiedad (4).
- El suicidio se encuentra habitualmente entre las diez primeras causas de muerte en las sociedades que proveen información al respecto a la ONU. En la población joven, según informes de la OPS, se encuentra entre las tres primeras causas de muerte. Las estadísticas oficiales subestiman las tasas reales de suicidio hasta en un 200% (4).
- Los trastornos de ansiedad son frecuentes en la población general y pueden llegar a una prevalencia de 4 a 8% (7).
- El trastorno obsesivo compulsivo presenta una prevalencia mundial del 2.5% y una prevalencia anual de 1.5 a 2.1% (5).
- Los estudios realizados sobre estrés postraumático indican prevalencias del 1al 14%, dependiendo del tipo de población estudiada y de los factores sociales que los rodean (5).

- La esquizofrenia presenta una prevalencia de 0.5 a 1.2% (5). Los estudios epidemiológicos realizados en Europa y Norteamérica indican una prevalencia mayor en las clases socioeconómicas bajas (4).
- Con respecto a los trastornos cognoscitivos se ha encontrado que la prevalencia de demencia, depende en gran parte de la edad del grupo estudiado, de los métodos utilizados para el diagnóstico, el tipo de deterioro cognoscitivo y de la región geográfica estudiada. En la población adulta se ha encontrado una prevalencia de 3% (5).

SALUD MENTAL EN COLOMBIA

En Colombia se han realizado el Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas, de 1993 (2) y el Estudio de 1997 (1), que suministran información epidemiológica sobre las enfermedades mentales. Los resultados no son comparables debido a que se utilizaron escalas de medición y clasificación de enfermedades diferentes.

En el estudio realizado en 1993 se pueden resaltar los siguientes hallazgos (1):

- La morbilidad sentida fue de 7.9%.
- La utilización de los servicios de salud mental aumenta con la edad, en especial en el grupo de 50 a 60 años, con un 6.8% de asistencia.
- Al disminuir la estabilidad económica y el estrato social aumenta la percepción de la angustia.
- La prevalencia de depresión clínica fue de 25.1% y de ansiedad 9.6% siendo mayor en mujeres que en hombres.
- La población entre 12-24 años es la que presenta mayor intento de suicidio, con una prevalencia total de 4.5%.

El estudio de 1997 (1) amplía el número de enfermedades incluidas y adiciona cambios en los instrumentos de recolección de la información, utilizando la segunda versión de la entrevista diagnóstica

compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CIDI-2) y los criterios del DSM-IV.

Los principales hallazgos del estudio de 1997 (1) se indican a continuación (Tabla 3):

- El 13.6% de los encuestados expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental.
- Los trastornos que presentaron mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino fueron la depresión, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, somatización, trastornos de la alimentación, esquizofrenia e ideación suicida.
- Después de la depresión la enfermedad en orden de frecuencia en la vida fue el abuso/dependencia del alcohol y luego la somatización.
- La depresión mayor presentó la prevalencia más elevada en los departamentos de Cauca, Risaralda, Sucre, y Valle. En los departamentos de Boyacá, Meta, Putumayo y Arauca se reportaron las menores prevalencias.
- La esquizofrenia registró mayor prevalencia en los departamentos de Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena.
- El síndrome de estrés post-traumático, se encontró con mayor frecuencia en hombres, en los Departamentos de Bolívar, Arauca, Quindío, Casanare y Santander.

En la actualidad los programas de salud mental que adelanta el Ministerio de Salud de Colombia, siguen de cerca los lineamientos de la OMS y la OPS (3,13,14). Sus objetivos son:

- Promover la salud mental y prevenir la aparición de enfermedad mental.
- Controlar las enfermedades mentales.
- Fomentar la cultura de la Salud Mental.

Tabla 3. Colombia
Prevalencia de vida de las enfermedades mentales. 1997

TRASTORNO DEL DSM-IV	PREVALENCIA (%)
Trastornos Afectivos	21.3
Depresión Mayor	19.6
Trast. Bipolar I	1.2
Trast. Bipolar II	0.5
Trastornos de Ansiedad	15.1
Síndr. Estres Post-traumático	4.3
Trast. de Pánico	0.3
Fobias	3.8
Trast. Ansiedad Generalizada	3.1
Trast. Obsesivo-Compulsivo	3.6
Trastornos Somatoformes	5.7
Somatización	4.9
Hipocondriasis	0.8
Trastornos de la Alimentación	2.4
Anorexia	2.3
Bulimia	0.1
Esquizofrenia	1.4
Trastornos Cognitivos (Demencias)	2.6
Ideación suicida	4.7
Intento de suicidio	1.7

Fuente: Elaborada con base a información del Estudio Nacional de Salud Mental, 1997.

Para desarrollar estos objetivos se propone actuar conjuntamente con el componente de vigilancia en Salud Pública y la investigación epidemiológica, sobre tres componentes que son (3,13,14):

- Factores psicosociales y conductuales que influyen en la salud y el desarrollo de la población.
- Promoción de la Salud Mental y prevención de las enfermedades psiquiátricas.
- Control de los trastornos psiquiátricos estimulando las iniciativas legislativas al respecto y apoyando la formación del recurso humano.

Desde esta perspectiva, es necesario que en la implementación del componente de salud mental en el Sistema de Seguridad Social en Salud, se supere el enfoque curativo en el cual se encuentran centrados los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Colombia. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Versión Preliminar. Santa Fe de Bogotá, Oficina de Comunicaciones, 1998.
2. Ministerio de Salud de Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas. 1ra edición. Santa Fe de Bogotá, Oficina de Comunicaciones, 1994.
3. Ministerio de Salud de Colombia. Política Nacional de Salud Mental. Versión Preliminar. Santa Fe de Bogotá, Oficina de Comunicaciones, 1998.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental en el Mundo. 1ra edición. Washington D.C.: Ed. Oxford University Press; 1997.
5. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición. Washington D.C.: American Psychiatric Association Press; 1994.
6. Kaplan H, Sadock B, Cancro R. Tratado de psiquiatria. 2da edición. Barcelona: Salvat Editores; 1989.
7. Vallejo R. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª edición. Barcelona: Masson S.A.; 1998.
8. Steinberg A, Sullivan V, Loew R. Cultural and linguistic barriers to mental health service access: the deaf consumer's perspective. *Am. J. Psychiatry.* 1998; 155(7): 982-984.
9. Slone M, Durrheim K, Lachman P, Kaminer D. Association between the diagnosis of mental retardation and socioeconomic factors. *Am. J. Ment. Retard.* 1998; 102 (6): 535-546.

10. Kessler R. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch. Gen. Psych.* 1994; 51(3): 8-19.
11. Jagger C, Ritchie K, Bronnum H, Deeg D, Gispert R, Gimley E, et al. Mental Health expectancy the European perspective: a synopsis of results presented at the conference of European Network for Calculation of Health Expectancies. *Acta Psychiatrica Scand.* 1998; 98 (2): 85-91.
12. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en Salud. New York: Oxford University Press; 1993.
13. Organización Mundial de la Salud. Programa de Salud Mental. División de Salud Mental, 1990.
14. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Salud Mental. 1ra edición. Washington D.C.: Ed. Oxford University Press; 1990.