

Los problemas mentales, la gran epidemia del siglo XXI: la situación es todavía peor de lo que esperábamos



Juan E. del Llano Señarís
Fundación Gaspar Casal
E-mail: juan.delllano@fgcasal.org

La carga de la enfermedad

2016 es el Año de la Salud Mental. En un estudio europeo de 2010 que incluyó treinta países (UE, más Suiza, Noruega e Islandia), se señala que el 38,2% de sus 514 millones de habitantes, es decir, 164,8 millones, sufren algún tipo de trastorno mental. De ellos, el más frecuente es la ansiedad, seguido por el insomnio y la depresión. Solo un tercio de los casos reciben tratamiento, a menudo con retraso e inadecuado (Wittchen et al., 2011). Los datos de 2001 también eran alarmantes en el Reino Unido (Mental Health Foundation, 2016): una cuarta parte de la población experimentará un problema mental a lo largo de su vida, con mayor frecuencia ansiedad y depresión. Las mujeres los padecen más. Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres. Uno de cada diez niños tiene un problema mental. La depresión afecta a una de cada cinco personas mayores de 65 años. Y sólo uno de cada diez prisioneros no tiene algún tipo de trastorno.

El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental (WHO Regional Office for Europe, 2005; MSSSI, 2007). Son unas 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar. La tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad y sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y, en las toxicomanías, por 86. Las personas con enfermedad mental, así como sus familiares y los profesionales que las atienden, consideran que existen estereotipos “de peligrosidad” asociados con la enfermedad mental. Sólo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica tiene pareja estable y un 18% afirma no tener ninguna amistad. El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que aquellas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza. El 99% de los profesionales no lo cree. El 56% de la población general confunde la enfermedad mental con el retraso mental. Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida son los depresivos (26%), seguidos por los de ansiedad (17%). La prevalencia de la esquizofrenia es del 1,02%. El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de ellas tiene un empleo regular. La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es un hallazgo constante en los diferentes estudios epidemiológicos realizados en varios países. Se ha descrito que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un desajuste notable como consecuencia de ello.

La prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud se puede calcular con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (2006), en la cual participaron 29.476 personas entre 16 y 64 años de edad (MSSSI, 2016a). Empleando como instrumento de cribado de problemas de salud mental el General Health Questionnaire (GHQ-12), se estimó que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%). Asimismo, las variables relacionadas con una mayor prevalencia de problemas de salud mental fueron: estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en

desarrollo, vivir en peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, padecer enfermedades crónicas, y estar limitado para realizar actividades de la vida cotidiana.

Por otra parte, según el estudio ESEMeD-España sobre la epidemiología de los trastornos mentales, realizado con una muestra de población general española adulta (Haro et al., 2005), una de cada cinco personas entrevistadas padece un trastorno mental en algún momento de su vida. Los más frecuentes son el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol. En las mujeres, las personas separadas y viudas y algunos grupos de edad la prevalencia es mayor. Las mujeres padecen más trastornos de ansiedad y depresivos, y los hombres, de abuso del alcohol.

La salud mental de la población adulta (de 16 y más años de edad) se ha valorado en la última Encuesta Nacional de Salud de 2012 mediante el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12) (MSSSI, 2016b) y en la infantil, con el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). La gravedad de los síntomas depresivos fue mayor en las mujeres, en las personas mayores de 65 años, las pertenecientes a clases sociales por ocupación más desfavorecidas (V y VI), las de Asturias, Canarias y Andalucía, aquellas con niveles de estudios básicos e inferiores, incapacitadas, jubiladas/prejubiladas, desempleadas y cuya actividad económica son las labores del hogar. La prevalencia de cuadros depresivos se dispara con la edad, en mujeres, en las clases V y VI, se ceba en los niveles educativos básico e inferior, es más alta en Murcia, Navarra y la Comunidad Valenciana y, por actividad económica y por orden descendente de prevalencia, afecta a discapacitados, las personas que realizan labores del hogar, jubilados/prejubilados y desempleados.

En 2009, se produjeron en España 384.933 defunciones y aumentaron los fallecimientos relacionados con los trastornos mentales (10,9%), la séptima causa de muerte (MSSSI, 2016b).

El impacto social y sanitario

En los párrafos anteriores ha quedado apuntalada la importancia de los trastornos mentales expresada como morbilidad. La afectación de la calidad de vida es muy alta, ya que, globalmente, constituyen la causa más frecuente de carga de la enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Por otro lado, la pérdida de calidad de vida es mayor que la de las enfermedades crónicas, como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Sólo la depresión unipolar explica el 6% de la carga causada por todas las enfermedades (sólo la isquemia coronaria y los accidentes cardiovasculares tienen pesos mayores).

Una forma de cuantificar la cronicidad y la discapacidad que originan estos trastornos es la Carga Mundial de Morbilidad (*Global Burden of Disease*, GBD), que utiliza como medida los “años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD) (The Lancet, 2016). En su informe sobre la salud en el mundo, la OMS indicó que en las mujeres la depresión ocupa el primer lugar como causa de AVAD y el tercer lugar en hombres, tras la enfermedad isquémica cardíaca y el abuso de alcohol. Se estima que un tercio de los AVAD se atribuirían a los trastornos neuropsiquiátricos. Entre las principales causas de discapacidad se encuentran la depresión, los trastornos por abuso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En Europa, los tres trastornos con mayor carga de enfermedad son la depresión (7,2%), demencias/enfermedad de Alzheimer (3,7%) y los relacionados con el consumo de alcohol (3,4%). Se estima que en 2020 los trastornos mentales y los neurológicos serán responsables del 15% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones.

El impacto en la utilización de servicios y en el sistema familiar de apoyo es muy elevado en el ámbito de la salud mental. Aproximadamente una de cada cinco personas atendidas en atención primaria padece algún tipo de trastorno mental. Estos trastornos generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de ocho horas al día. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de ocho años, con abandono de sus actividades laborales y pérdida de ocio. Se estima que los costes asociados con ello, especialmente los indirectos, suponen en el conjunto de la UE entre un 3 y un 4% del PIB. Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente.

La heterogeneidad de las necesidades y de las características de las personas que tienen la misma enfermedad (por ej., esquizofrenia o depresión), las consecuencias de las enfermedades que trascienden al individuo afectado (violencia, efectos intergeneracionales en los niños) y la participación de los recursos necesarios para servir a algunas personas con trastornos mentales abarca más que la atención de la salud (vivienda, empleo y seguridad).

La familia es la principal fuente de ayuda para las personas con enfermedad mental crónica. La llamada carga familiar, que puede cuantificarse hasta en 60 horas semanales de la persona cuidadora principal, tiene una grave repercusión en su vida sociolaboral, en sus actividades diarias e incluso en su salud física y mental. En España, el soporte de las familias a las personas con enfermedad mental supone el 88% del total de cuidados que reciben estas personas.

El impacto económico

El gasto conjunto en los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en 2010 en España ascendió a 84.000 millones de euros, 46.000 millones en los primeros y 38.000 millones en las segundas, el equivalente al 8% del PIB (Parés-Badell et al., 2014).

El coste medio anual por paciente fue de 2.440, si bien las cifras abarcan un amplio rango, desde los 36.946 euros para los pacientes con esclerosis múltiple hasta los 402 euros para los que sufren cefaleas. Dentro de la categoría de trastornos mentales, el coste por paciente más elevado fue para los trastornos psicóticos, con un coste anual estimado de 17.576 euros. El análisis del tipo de coste generado por el conjunto de todas las enfermedades evaluadas muestra que el 37% del gasto fueron costes directos en servicios sanitarios, el 29%, costes no sanitarios (cuidados informales), y el 33%, costes indirectos (pérdida de productividad laboral, discapacidad crónica, etc.). En el caso de los trastornos mentales, el gasto más elevado se asoció con costes indirectos (47% del total frente al 41% de los sanitarios directos y el 12% de los no sanitarios).

Una estimación conservadora de su coste en los países europeos los sitúa entre el 3 y el 4% del PIB, lo cual supera los 182.000 millones de euros anuales. El 46% de dicho gasto corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto, a gastos indirectos por pérdida de productividad, asociada fundamentalmente con la incapacidad laboral según el Atlas de la Salud Mental en el Mundo de la OMS de 2015 (WHO, 2015).

Investigar, planificar y regular para contener la epidemia

La existencia de una alianza multinacional de investigadores, que comparten sus hallazgos para aumentar la consistencia de las *n*, los análisis estadísticos y las búsquedas causales, es una buena noticia (The Economist, 2014). La última publicación en *Nature* sobre la esquizofrenia la firman más de 300 científicos de 35 países, que han estudiado el ADN de más de 34.000 pacientes con esta enfermedad y 45.000 sin ella. Los retos en investigación se dirigen a cerrar paulatinamente la gran grieta que existe en el tratamiento de las enfermedades mentales. Se precisan vías de I+D conjuntas para los trastornos mentales y neurológicos, que incluyan a las personas que padecen más de una enfermedad simultáneamente (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor, autismo y déficit de atención/trastorno de hiperactividad).

El NICE ha indicado que los fármacos y la terapia cognitivo conductual son las únicas tecnologías que salen airoso de las evaluaciones rigurosas a doble ciego y que producen un retorno tres veces superior al coste de la terapia. La tragedia es que solo uno de cada cuatro enfermos mentales está en tratamiento.

En los EEUU, las innovaciones en la financiación pública de la atención de salud mental, primero, contribuyeron a reducir la dependencia de las instituciones psiquiátricas públicas tras 20 años intentando utilizar mecanismos administrativos para lograr este fin. Esto incluye algunos de los primeros intentos del conocido como “pago por desempeño” (*Pay for Performance*). Segundo, estas innovaciones se produjeron junto con un cambio del papel funcional de la atención hospitalaria psiquiátrica en hospitales generales privados y sin fines de lucro y de la especialidad de psiquiatría, que se entrelazaron para decidir cómo pagar la atención hospitalaria. En la atención psiquiátrica hospitalaria, el sistema de pago prospectivo fue excluido en gran medida y se impuso el del pago único. Tercero, la reforma se centró en el control del riesgo moral y el gasto —estrechamente vinculados con la reducción de la dependencia de la asistencia institucional— y actualmente incluye el uso de contratos de riesgo compartido en la atención a la salud mental, que, a su vez, están impulsando una nueva ronda de innovación e investigación para la atención no institucional en este área. Por último, el tema emergente es la dirección que están tomando los pacientes y sus familiares junto con el empleo de los presupuestos individuales (pago directo). En cada caso, se establece cómo se pueden aplicar el análisis económico y la política, es decir, los principios económicos de la economía pública, de la economía organizativa y de la relación agente-principal, como posibles modelos que permitan avanzar a través de lecciones aprendidas.

En España tenemos una nueva Estrategia Nacional de Salud Mental, que introduce la lucha contra el suicidio como una de las principales líneas estratégicas, para disminuir esta conducta con esfuerzos en prevención y detección precoz.

La nueva estrategia, cuya primera versión fue aprobada en 2006 y actualizada en 2009, incluye otras líneas de actuación novedosas, como la atención e intervención con las familias, la mejora de los sistemas de información, la autonomía y los derechos del paciente o la participación de los agentes e instituciones (MSSSI, 2011). Parece, pues, que tres son las intervenciones prioritarias contempladas en ella:

- ❖ Concienciar a la población de que gran parte de los problemas de salud mental tienen solución, contrariamente a la impresión popular tan extendida.
- ❖ Hay que invertir en terapias (medicación y cognitivo conductual) efectivas y eficientes.
- ❖ Para enfermedades muy graves, de difícil tratamiento, que requieren extensa coordinación entre dispositivos sanitarios y sociales, es necesario liberar recursos adicionales, que pueden proceder del retorno generado por una atención eficaz y eficiente de buena parte de los problemas de salud mental menos graves.

Referencias

- Haro JM et al. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*, 126(12):445-51 [[LINK](#)]
- Mental Health Foundation (2016). *Mental Health Statistics*. UK, Mental Health Foundation [[LINK](#)]
- MSSSI (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [[LINK](#)]
- MSSSI (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [[LINK](#)]
- MSSSI (2016a). *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [[LINK](#)]
- MSSSI (2016b). *Encuesta Nacional de Salud de España 2010-2011*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [[LINK](#)]
- Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8):e105471 [[LINK](#)]
- The Economist (2014). *Some needles in the Haystack*. 26th July [[LINK](#)]
- The Lancet (2016). *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013*. The Lancet Global Health Portal [[LINK](#)]
- WHO (2015). *Mental Health Atlas 2014*. Geneva, World Health Organisation [[LINK](#)]
- WHO Regional Office for Europe (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [[LINK](#)]
- Wittchen HU et al. (2011). ECNP/EBC REPORT 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21:655-679 [[LINK](#)]

Aspectos económicos de la atención a la salud mental



Juan M. Cabasés

Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra

Email: jmcabases@unavarra.es