

Editorial

La salud mental en el siglo XXI*

Gro Harlem Brundtland¹

Gracias a las estadísticas de mortalidad, sabemos que durante el último siglo la esperanza de vida del hombre ha aumentado como nunca lo había hecho, aunque no siempre ha sido así para los pobres del planeta, que siguen sucumbiendo fácilmente a las habituales enfermedades mortíferas. Mediante instrumentos como los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) podemos analizar no tanto la forma de morir como la forma de vivir de la gente. La ventaja de los AVAD es que nos permiten cuantificar no sólo el número de defunciones sino también las consecuencias de las muertes prematuras y las discapacidades en una determinada población, combinando ambos factores en un solo indicador de la carga global de morbilidad.

Con este cambio de perspectiva, algunas de las enfermedades más mortíferas, como el paludismo y la tuberculosis, mantienen su hegemonía. Sin embargo, las enfermedades mentales adquieren de repente una mucho mayor dimensión. Pueden no ser mortales de por sí, pero provocan discapacidades prolongadas tanto en los países ricos como en los pobres, y van en aumento.

¿Por qué? Por muchas razones. La primera es que, con el aumento de la esperanza de vida, el cuerpo a menudo resiste mejor que la mente. Esto se manifiesta en los AVAD perdidos a causa de la enfermedad de Alzheimer y de otros tipos de demencia. La segunda explicación es que muchas sociedades y comunidades que habitualmente apoyaban a sus miembros más necesitados a través de los vínculos familiares y sociales ahora tienen muchos más problemas para hacerlo. En tercer lugar, no hay que olvidar los efectos obvios de las situaciones de guerra civil y de caos, así como las amenazas más sutiles que a juicio de un colaborador del *Boletín*, constituyen «los cambios radicales de la sociedad en materia de tecnología, los cambios experimentados por los pilares y entramados familiares y sociales, y la comercialización de la existencia, factores que

podrían explicar la actual epidemia de depresiones y de otros trastornos psiquiátricos» (1). Estos factores, que considerados por separado pueden ser neutrales o beneficiosos, pueden agravar un entorno ya de por sí hostil para la salud mental.

No nos llamemos a engaño respecto a la magnitud del problema: en todo el mundo, los trastornos mentales representan aproximadamente el 12% de todos los AVAD perdidos en 1998. El porcentaje es mayor en los países de ingresos altos (23%) que en los de ingresos bajos y medianos (11%). La depresión grave ocupa el quinto lugar en la clasificación de las 10 causas más importantes de morbilidad a nivel mundial, y esa enfermedad reviste idéntica importancia en los países en desarrollo. Después de la depresión grave, las causas que más contribuyen a la carga neuropsiquiátrica son la dependencia del alcohol, los trastornos afectivos bipolares y la esquizofrenia. En los países de ingresos altos, las demencias son la tercera causa más importante de morbilidad neuropsiquiátrica.

A nivel mundial cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad (depresión grave, esquizofrenia, trastornos bipolares, consumo de alcohol y trastornos obsesivos compulsivos) son problemas mentales. Éstos son tan importantes en los países pobres como en los ricos, y todos los pronósticos apuntan a que en los próximos años aumentarán espectacularmente. Esto me lleva a formular la segunda pregunta: ¿qué podemos hacer para combatirlos?

Existen algunas intervenciones sorprendentemente sencillas y bastante baratas. El retraso mental es quizá el tipo de trastorno mental más frecuente en los países en desarrollo, y su prevalencia se puede reducir simplemente añadiendo yodo a la sal, método que resulta muy barato. Las mejoras de la atención obstétrica permitirán reducir aún más el problema.

Un proyecto de demostración llevado a cabo en China ha puesto de manifiesto que simples intervenciones familiares, unidas al uso de medicamentos psicotrópicos, pueden reducir considerablemente el costo del tratamiento de la esquizofrenia. Los programas de rehabilitación psicosocial pueden

ayudar a las personas con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, a convertirse en miembros productivos de la sociedad.

Aunque hoy no es posible curar la demencia, existen intervenciones baratas y culturalmente idóneas que pueden ayudar a las familias y las comunidades a atender mejor a los afectados por ese trastorno.

Existen un gran número de soluciones de ese tipo, y esto plantea un último interrogante: ¿por qué no se dispensa atención reconocidamente asequible y eficaz? En este caso también se distinguen varias razones, entre las cuales destacan las siguientes: la poca prioridad que se da generalmente a la salud mental, la centralización tradicional de los servicios de salud mental en grandes instituciones psiquiátricas y la escasa aplicación de estrategias de reconocida eficacia, ya sea por desconocimiento entre los agentes de salud y los responsables de dictar normas, por la deficiente organización y financiación de los servicios, por la inexistencia de sistemas de garantía de la calidad o por la falta de medicamentos psicotrópicos esenciales. Se añade a ello el estigma asociado a las enfermedades mentales, que a menudo disuade a los enfermos de buscar tratamiento, e incluso puede minar la disposición a intervenir de los dispensadores de atención de salud mental.

En definitiva, la salud mental depende en cierta medida de la justicia social; y las enfermedades mentales, dada su importancia, deben tratarse en la medida de lo posible en el nivel primario. Gran parte de la labor preventiva debe hacerse en el área de la mitigación de la pobreza y de la resolución de conflictos, y los planteamientos discutidos en los dos artículos siguientes deberían ayudar a frenar esta creciente amenaza para la salud en el siglo XXI. ■

Referencia

1. Garfinkel PE, Goldbloom DS. Mental Health — getting beyond stigma and categories. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (4): 503–505.

* Editorial publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (4): 411.

¹ Directora General, Organización Mundial de la Salud, 1211, Ginebra 27, Suiza.