

Medición de la Salud mental

María Elena Medina Mora

Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón De la Fuente

medinam@imp.edu.mx



Reto para la **medición de la Salud y de la Salud Mental**

“La **salud es el componente mas fundamental** de las habilidades ya que **sin vida, ninguno de los otros componentes tiene valor**; ... sabemos más de los costos del cuidado de la salud, y de los pacientes tratados de lo que sabemos acerca del:

- *impacto del tratamiento y del estado de salud de la población en general,*
- *y del impacto de la salud tanto en la duración de la vida como de su calidad”.*

Mediciones

La **mortalidad** es una mejor medida y menos sujeta a error que otras mediciones:

- *mortalidad ajustada y esperanza de vida.*

La medición de la **morbilidad** es más compleja, puede hacerse a partir de

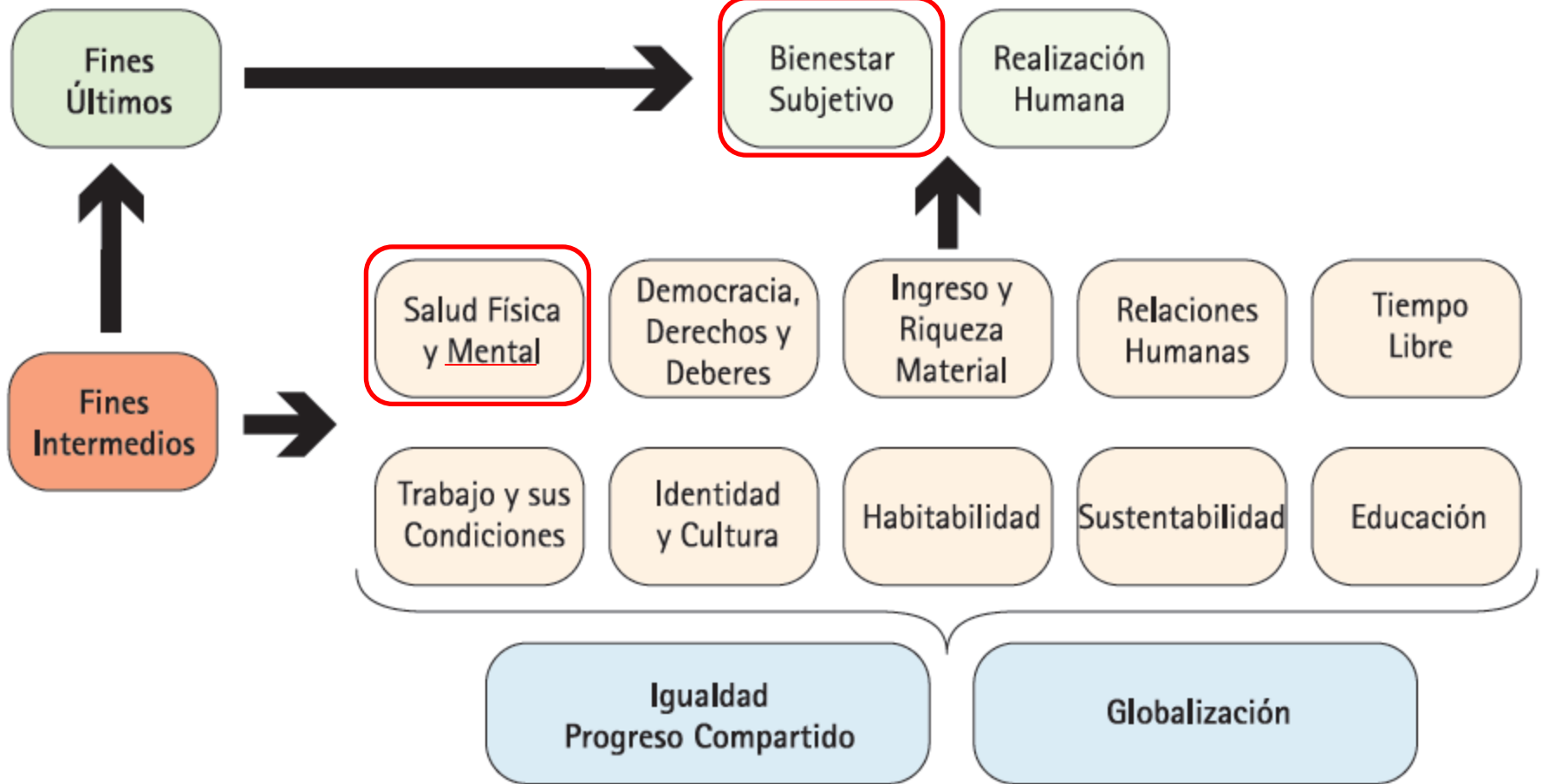
- *Mediciones antropométricas, la presencia de enfermedades específicas, la habilidad para llevar a cabo actividades diarias y*

Medidas combinadas: días de vida ajustados DALY's, entre otras “

Permiten evaluar las inequidades en salud

RETO: *Incluir a la salud mental y pasar de la medición de la enfermedad a la medición de la salud positiva y del bienestar subjetivo.*

Taxonomía para la apreciación del progreso de las sociedades



Mariano Rojas: hacia una taxonomía para medir el progreso, 2009

Contenido:

¿Podemos integrar los indicadores de salud mental?

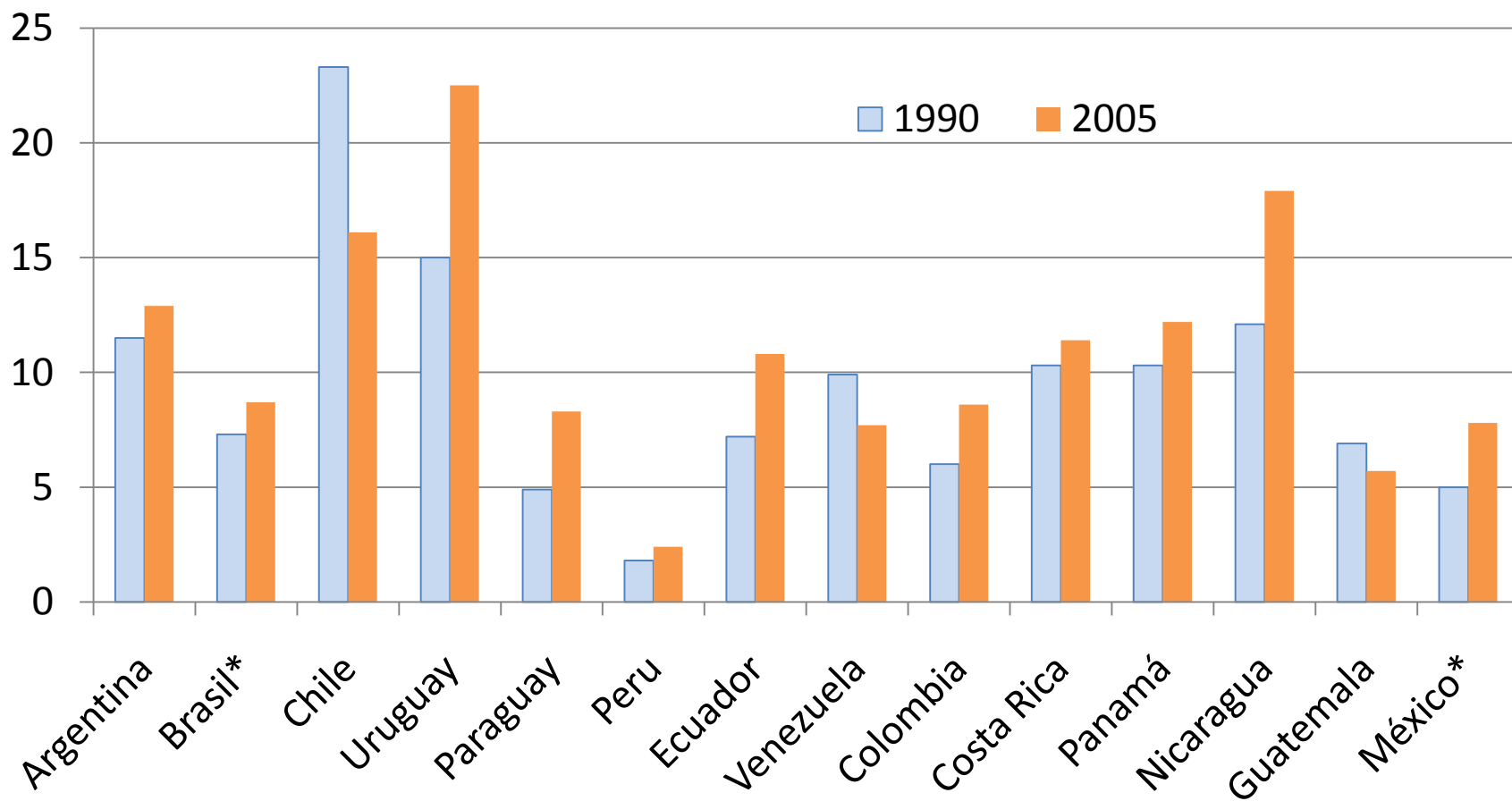
- Estimaciones de morbilidad y mortalidad (*esperanza de vida*)
- Estimaciones combinadas: mortalidad prematura + días vividos con salud (limitaciones en actividad y participación) AVISA (*esperanza de vida y días vividos sin enfermedad*)
- Encuestas
 - Prevalencia (*población sin enfermedad*)
 - Discapacidad (limitaciones en funcionamiento en diferentes áreas) (*Actividad y participación = calidad de vida*)
- Tratamiento y su impacto
- Infraestructura disponible WHO AIMS. *Política de salud*





por 100,000 habitantes

Mortalidad: Tendencias en las tasas de suicidio



* OMS: Países con el más alto nivel de crecimiento

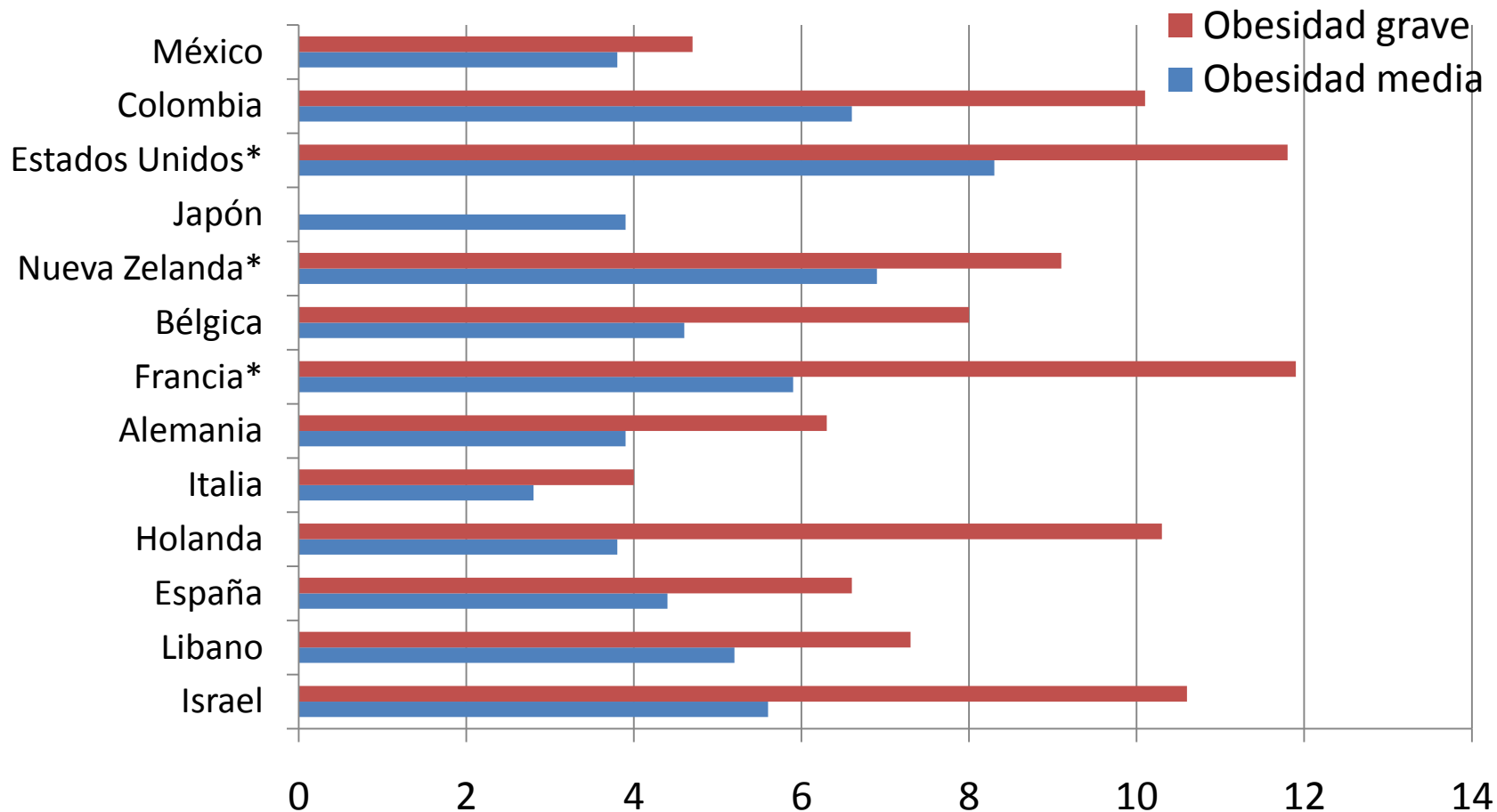


World Mental Health Survey

Consortium

¿Por qué medir la integración en la atención de la enfermedad mental en el sistema de salud?

Depresión y obesidad



La asociación entre depresión, ansiedad y obesidad fue significativa cuando se analizaron todos los países juntos controlando por variables socio demográficas

Índices de **mortalidad y discapacidad** en México

Días ajustados por categoría de enfermedad y lesión 2004

Mortalidad

E. Isquémica corazón	13.3%
Diabetes Mellitus	9.9%
E. Cerebro vascular	6.1%
Cirrosis del hígado	5.6%
Accidentes de tráfico	4.4%
EPOC	4.0%
Infec. Resp. Inferiores	3.6%
Hipertensión	3.3%
Asfixia y trauma de nacim.	2.9%
Nefritis y nefrosis	2.7%
Violencia	2.2%

Discapacidad

Depresión Unipolar	6.4%
Accidentes de tránsito	4.6%
Asfixia y trauma de nacim.	4.2%
Diabetes Mellitus	3.6%
E. Isquémica corazón	3.2%
Cirrosis del hígado	3.1%
Violencia	2.9%
Astma	2.5%
Trastornos x uso de alcohol	2.5%
Esquizofrenia	2.1%
Enfermedad cerebro vascular	2.1%

Principales Causas de AVISA perdidos por sexo en México, 2005

Mujeres

%

Depresión	6.5
Diabetes mellitus	6.3
Afecciones originadas en el período perinatal	5.3
Anomalías congénitas	4.3
Enfermedades isquémicas del corazón	2.8
Osteoartritis	2.3
Cataratas	2.2
Enfermedad cerebrovascular	2.2
Demencia y enf. Alzheimer	2.1
Asma	2.0
Enf. infecciosas intestinales	2.0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.0
Cirrosis y ot enf. crónicas del hígado	2.0
Infecciones respiratorias agudas bajas	1.9
Acc. de vehículo de motor (transito)	1.7
Total (millones)	6.9

Hombres

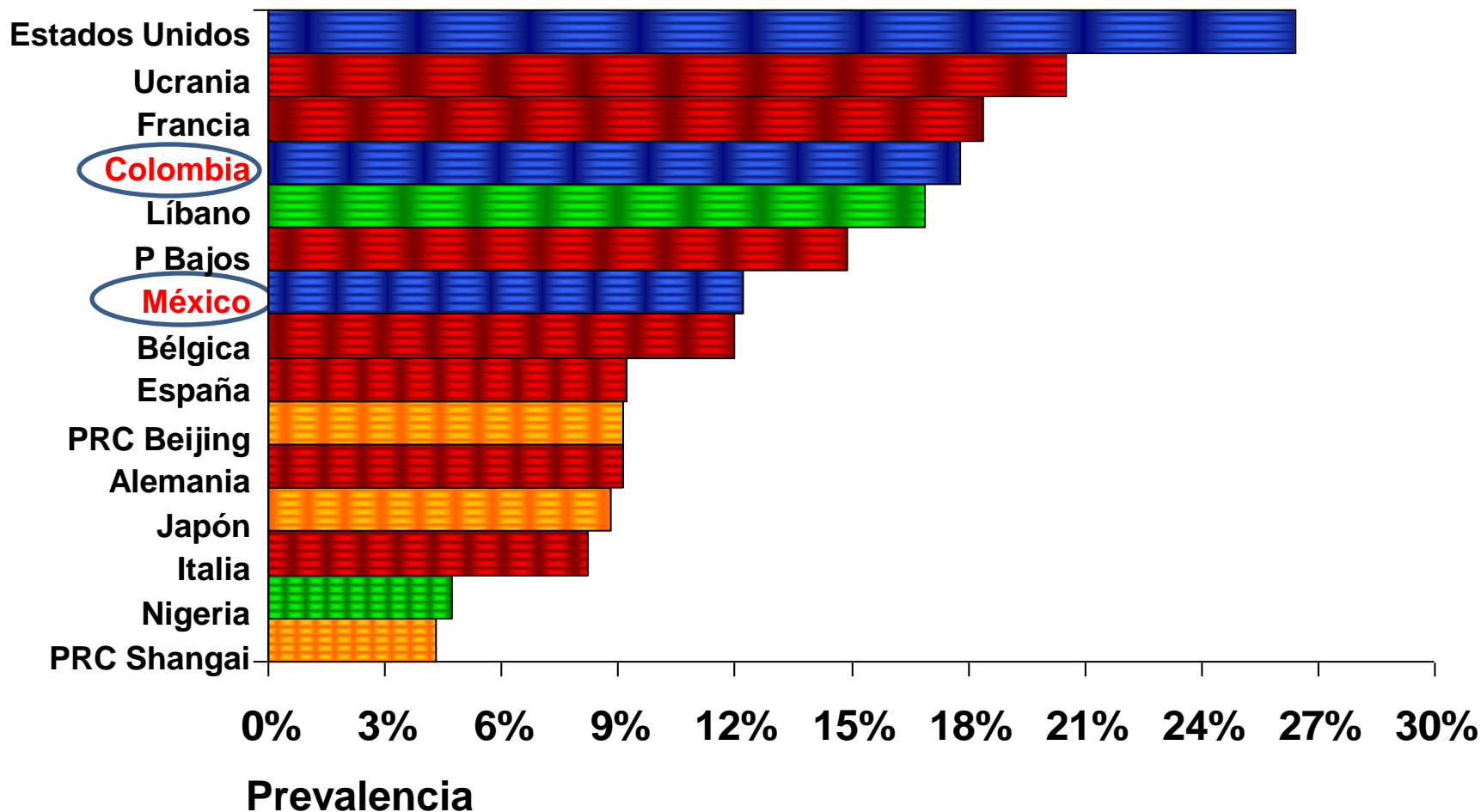
%

Afecciones originadas en el período perinatal	5.9
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	5.1
Consumo de alcohol	4.8
Agresiones (homicidios)	4.6
Acc. de vehículo de motor (transito)	4.6
Diabetes mellitus	4.5
Anomalías congénitas	4.0
Enfermedades isquémicas del corazón	3.5
Depresión	2.6
Peatón lesionado en AVM	2.2
Infecciones respiratorias agudas bajas	1.9
Enf. infecciosas intestinales	1.9
Asma	1.8
Enfermedad cerebrovascular	1.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1.5
Total (millones)	8.4



Lo que nos dicen las encuestas de población:
Prevalencia de trastornos WMH-CIDI/DSM-IV
en los últimos 12 meses

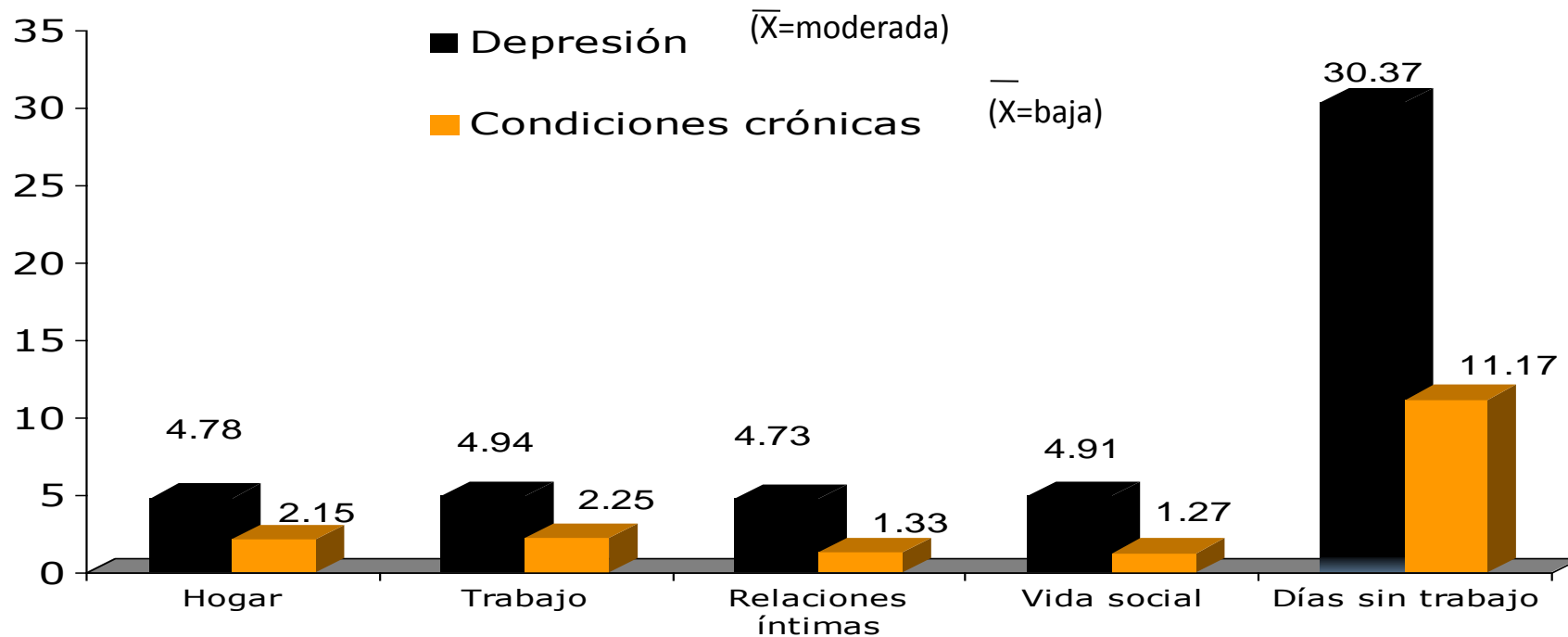
Cualquier trastorno





Medición del **impacto en la calidad de vida** Dificultad para realizar actividades diarias en diferentes áreas de la vida

México



La discapacidad se asoció con bajo nivel de escolaridad



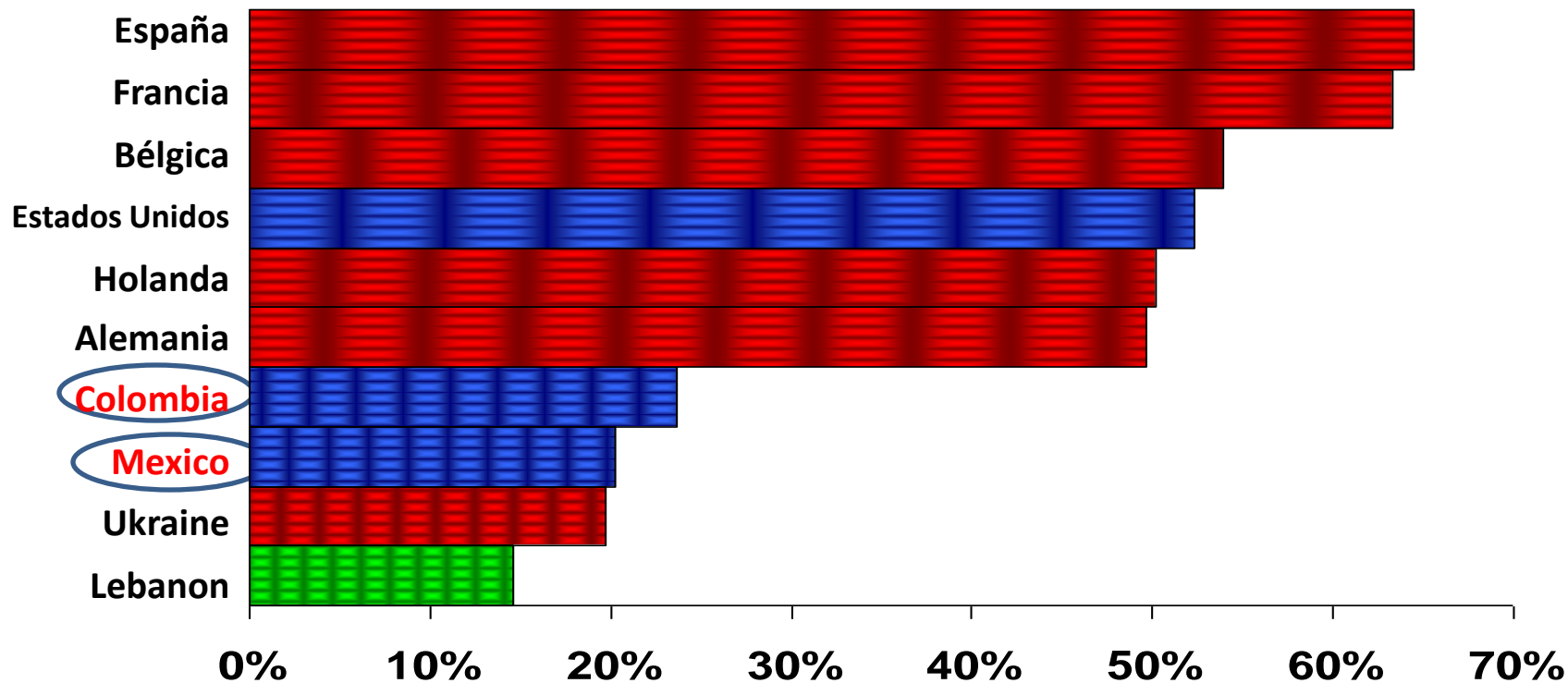
World Mental Health Survey

Consortium

Asociación entre gravedad del trastorno WMH-CIDI/DSM-IV y tratamiento (últimos 12 meses)

A pesar de su importancia en frecuencia y en discapacidad asociada, solo una pequeña parte de las personas con trastornos mentales recibe tratamiento.

Trastornos graves

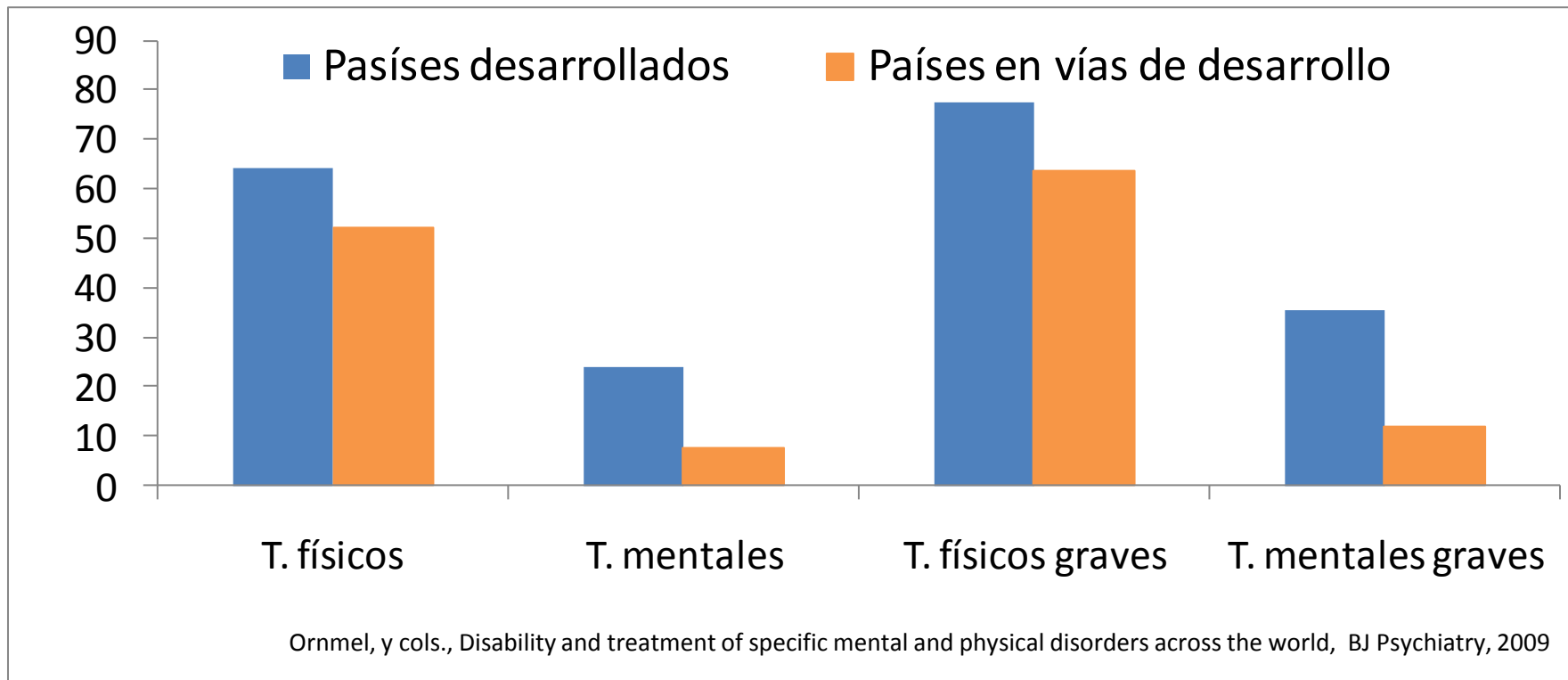


Porcentaje en tratamiento

WMH, 2008

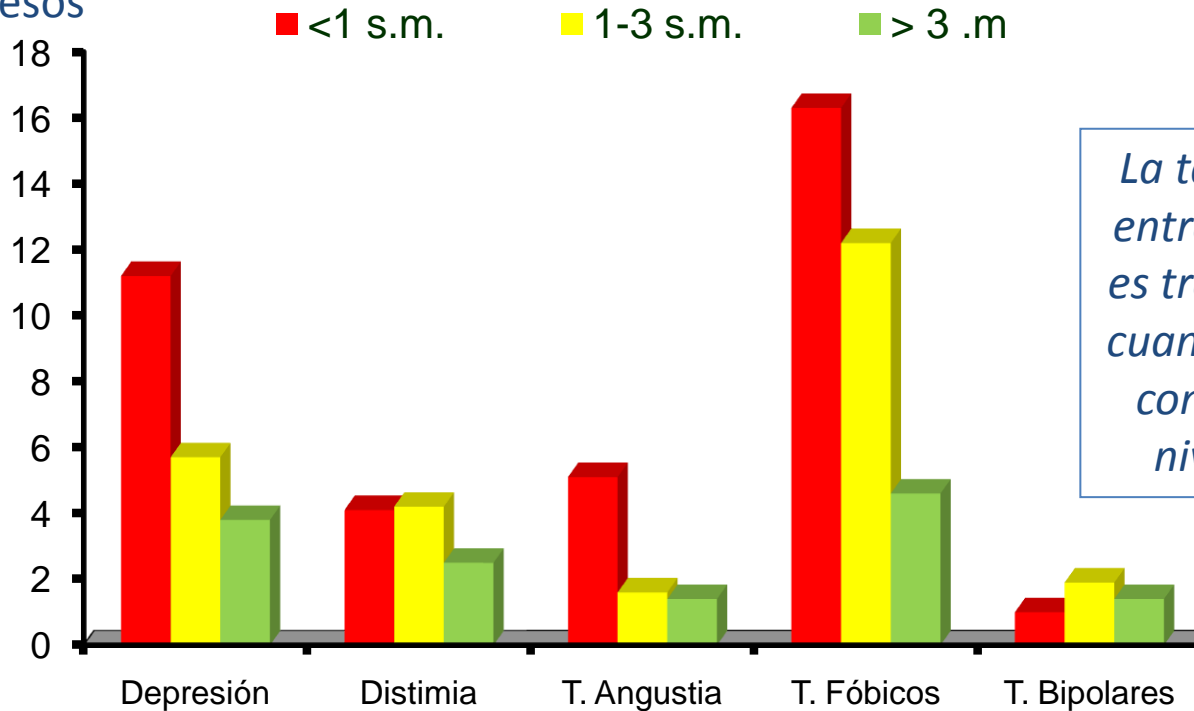


Comparación entre países: *Proporción de los trastornos que reciben tratamiento*



Mediciones que permiten la estratificación por NSE

Nivel de ingresos



La tasa de depresión entre mujeres pobres es tres veces más alta cuando se le compara con aquellas de los niveles más altos

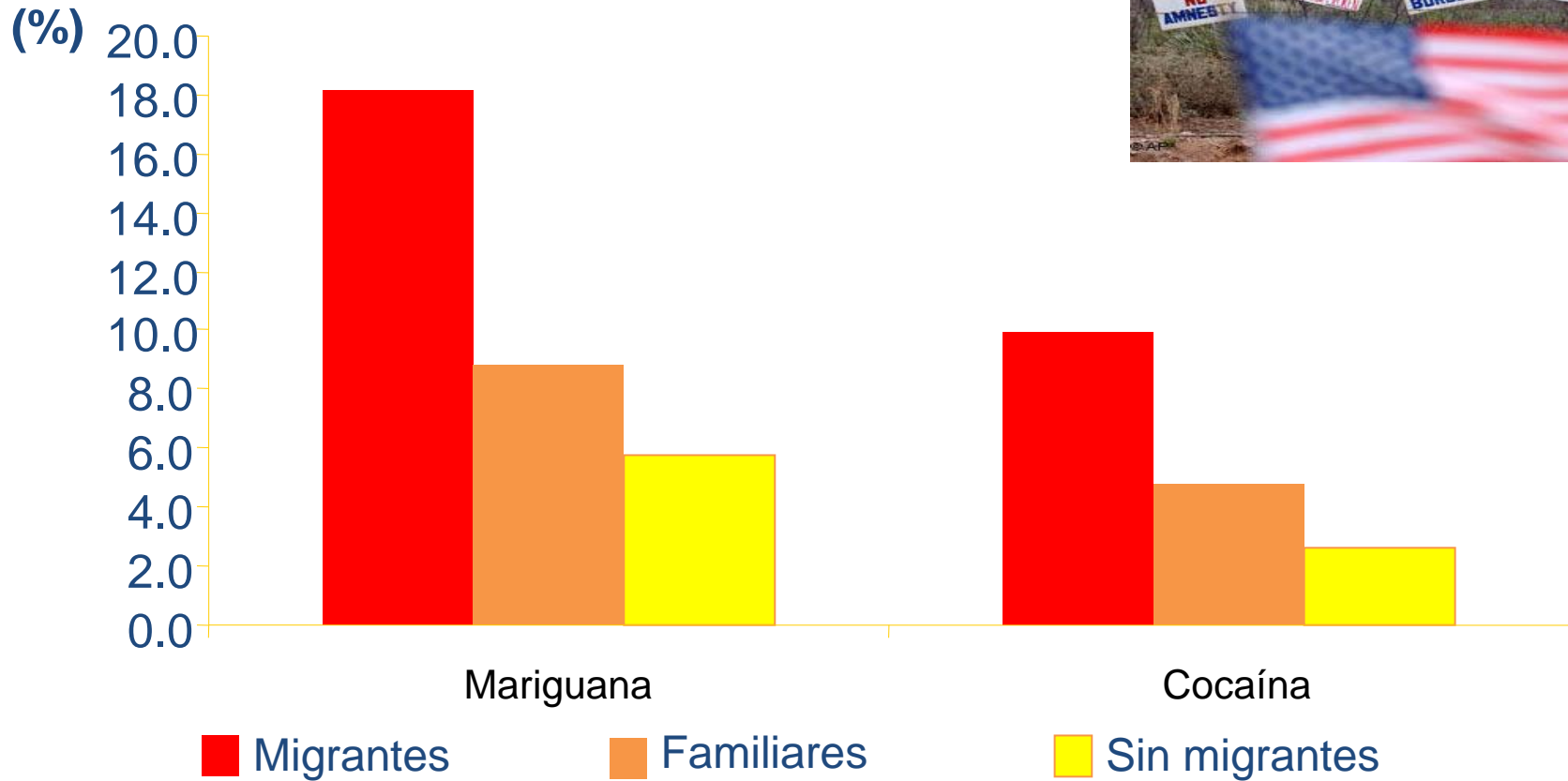


RETO: *medir con base en la forma en que la población define y enfrenta sus problemas*



Mediciones que permiten identificar poblaciones con **necesidades especiales** y evaluar programas

Prevalencia acumulada





Problema que se reproduce si no hay intervención

El impacto de la adversidad crónica en la infancia sobre la primera aparición de cualquier trastorno durante diferentes etapas de la vida

		Inicio infancia (4-12)	Inicio adolescencia (13- 24)	Inicio adulthood (25+)
		RM	RM	RM
Disfunción familiar	Enfermedad mental parental	3.1*	1.6*	2.9*
	Problema parental de sustancias	1.1	1.1	2.8*
	Conducta criminal de los padres	1.2	1.6	3.9*
	Testigo de violencia intrafamiliar	1.5*	1.7*	2.7*
Maltrato	Abuso físico	2.5*	1.8*	2.6*
	Negligencia	2.6*	2.0*	2.7*
	Abuso Sexual	2.4*	2.8*	3.5*
Pérdida parental	Fallecimiento de padre/madre	1.1	1.1	1.6*
	Divorcio o separación	0.9	1.2	1.2
	Otra pérdida parental	1.1	1.3	1.7*
Otras	Enfermedad física grave	1.6	1.4	1.4
	Adversidad económica	0.8	0.7	1.3

$\chi^2_{12}=55.4$ ($p<0.001$) $\chi^2_{12}=43.5$ ($p<0.001$) $\chi^2_{12}=63.8$ ($p<0.001$)

*modelos de sobrevivencia con unidades discretas de tiempo y años-persona como la unidad de análisis con controles para edad, sexo, año-persona, tipo de adversidad, # de adversidades de disfunción familiar y # de otras adversidades.

¿Qué factores se relacionan con la probabilidad de haber experimentado adversidades en la infancia?

Tienen +probabilidad de haber experimentado adversidades:

- Los adolescentes de + edad, que han abandonado la escuela, cuyas madres tenían menos de 21 años en el parto, con 3+ hermanos, **padres con menor escolaridad** (OR 1.24 -1.85)
- Los adolescentes que **han abandonado la escuela** tienen casi el doble de la probabilidad de haber experimentado negligencia, más probabilidad de muerte de un padre, otras pérdidas parentales, abuso de sustancias en los padres, ser testigos de violencia doméstica, conducta criminal en el padre
- Los adolescentes que **no viven con sus padres** – abuso físico, patología mental en los padres y haber sido testigos de violencia doméstica.

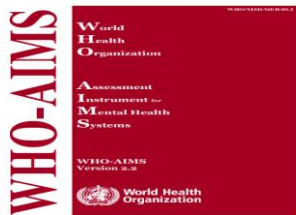
Regresiones logísticas – otros factores controlados

Asociación entre estado laboral/educativo y trastornos psiquiátricos en los últimos 12 meses



	Ánimo		Ansiedad		Substancias		Conducta	
	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)	RM	(95% IC)
Ni estudia ni trabaja	2.7	(1.8-4.2)	1.3	(0.9-1.8)	4.4	(2.6-7.6)	2.1	(1.5-2.8)
Trabaja unicamente	2.2	(0.9-5.1)	1.1	(0.7-1.8)	6.1	(2.0-18)	3.4	(1.5-7.8)
Estudia y trabaja	2.3	(1.5-3.5)	1.5	(1.0-2.0)	4.2	(2.0-8.6)	2.8	(1.8-4.4)
Estudia unicamente	1		1		1		1	
	$\chi^2=26.08$ (p<0.0001)		$\chi^2=7.04$ (p<0.0705)		$\chi^2=31.3$ (p<0.0001)		$\chi^2=41.72$ (p<0.0001)	

*Controlando por edad, sexo, vive con ambos padres, escolaridad de los padres, tener hijos e ingreso padres



INDICADORES DE EVALUACIÓN DE POLÍTICAS

6 dominios

SECCION 1: Política y legislación

SECCION 2: Servicios de Salud Mental

SECCION 3: Salud Mental en la APS

SECCION 4: Recursos humanos

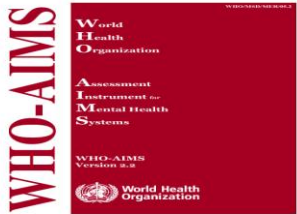
SECCION 5: Educación a la población y
vínculos con otros sectores

SECCION 6: Monitoreo e investigación

28 elementos

- 1.1 Política de Salud Mental
- 1.2 Plan de Salud Mental
- 1.3 Legislación de Salud Mental
- 1.4 monitoreo de los DDHH
- 1.5 Financiamiento servicios de SM
- 2.1 Integración organizacional de los SSM
- 2.2 Facilidades para pacientes ambulatorios
- 2.3 Facilidades de tratamiento diurno
- 2.4 Unidades internamiento en la comunidad
- 2.5 Facilidades residenciales en la comunidad
- 2.6 Hospitales Psiquiátricos
- 2.7 Unidades de internamiento forense
- 2.8 Otra facilidades residenciales
- 2.9 Disponibilidad de tratamientos psicosociales
- 2.10 Disponibilidad de psicofármacos esenciales
- 2.11 Equidad en el acceso a los SSM
- 3.1 APS basada en médicos
- 3.2 APS basada en personal no médico
- 3.3 Interacción complementaria
- 4.1 Número de recursos humanos
- 4.2 Entrenamiento en salud mental
- 4.3 Asociaciones de usuarios y familiares
- 4.4 Actividades de Asoc. Usuarios familiares, ONG
- 5.1 Educación popular y campañas salud mental
- 5.2 Vínculos con otros sectores: col. formal
- 5.3 Vínculos con otros sectores: actividades
- 6.1 Monitoreo de los servicios de SM
- 6.2 Investigación en salud mental

156
Indicadores



WHO AIMS

Presupuesto destinado a la salud mental

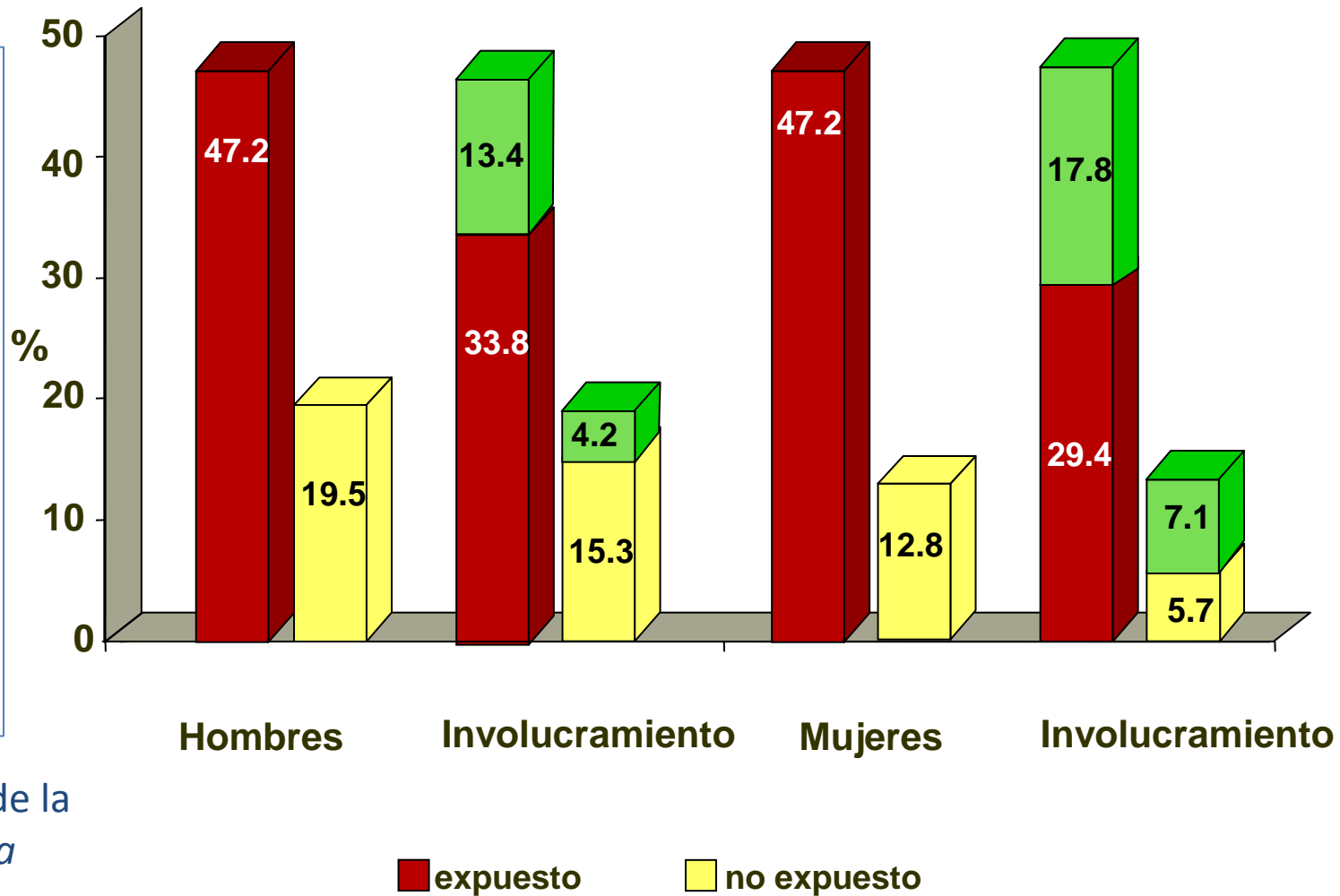
	% del presupuesto en salud destinado a la salud mental	% del presupuesto de salud mental destinado a gastos de hospitalización
Costa Rica	2.9%	67%
Honduras	1.6%	88%
Guatemala	1.4%	90%
Dominican Republic	0.4%	50%
Nicaragua	0.8%	91%
El Salvador	1.1%	92%
Panama	2.9%	44%
Promedios	1.6%	75%
MEXICO	1%	80%

¿Qué nos falta?:

Pasar de la medición de la enfermedad a la salud positiva

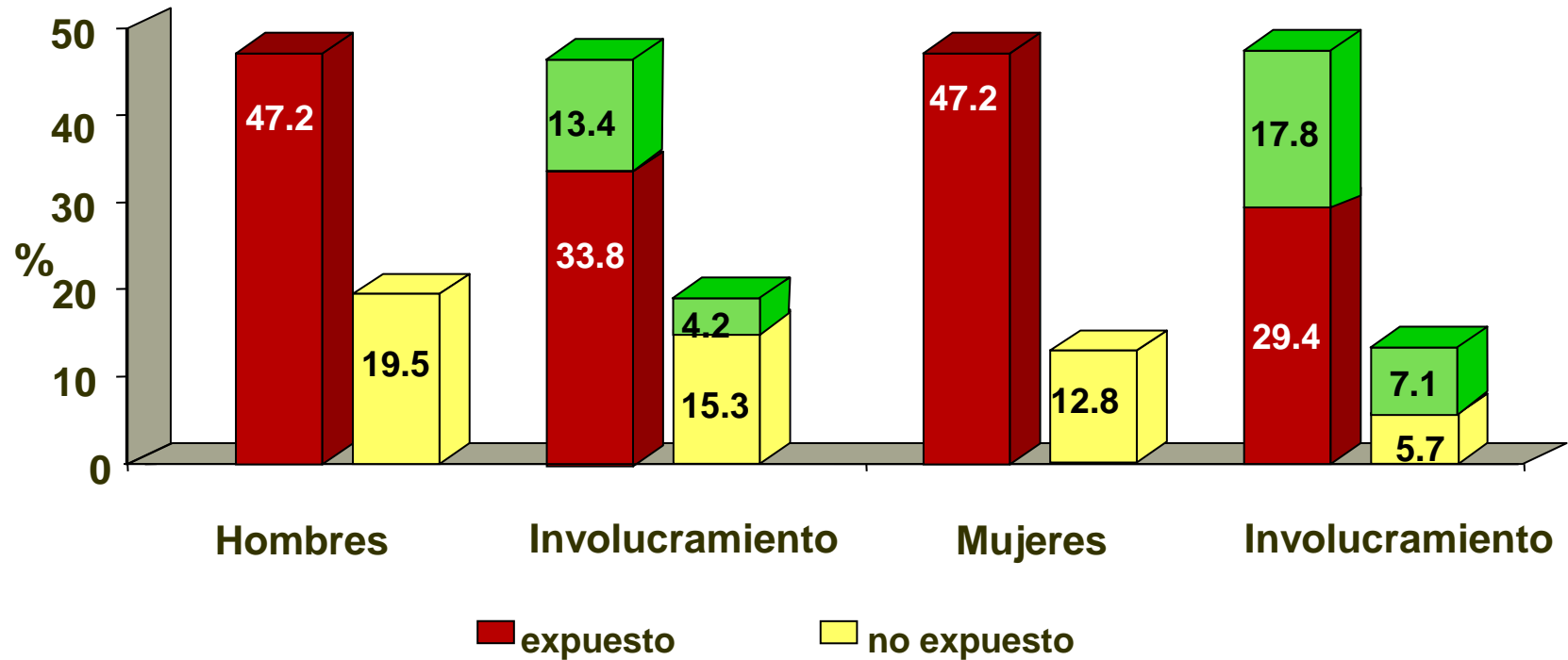
Exposición a Drogas e Involucramiento Parental

Avanzar en la medición de:
Bienestar subjetivo,
bienestar social,
satisfacción vital = Felicidad
"Florecimiento"
Salud positiva



Medición de la “resiliencia”

Exposición a Drogas e Involucramiento Parental



*¿Qué nos falta? Incorporar en las encuestas la medición de:
Bienestar subjetivo, bienestar social, satisfacción vital = Felicidad
“Florecimiento” salud positiva*

Medición de Estrés y Bienestar

Medición: *Aproximación cualitativa multi-método:*
descripción etnográfica, asociación libre, entrevistas a profundidad, y retroalimentación a los miembros de la comunidad

- **Conceptos de bienestar:** tranquilidad, ser feliz (*personal*), entendimiento, comunicación entre la pareja y los miembros de la **familia**
- **Actitud hacia la vida:** seguir adelante, hacer un esfuerzo, tener tus propias metas, ser optimista, aprender del dolor
 - ✓ **Estar en paz contigo mismo:** confiar en ti mismo, tener una conciencia tranquila, estar en armonía contigo mismo.



**No hacen distinción entre
salud física y mental**

Jazmín Mora-Rios, Elena Medina-Mora, Emily Ito Sugiyama, Guillermina Natera. The Meanings of Emotional Ailments in a Marginalized Community in Mexico City. Qualitative Health Research, <http://online.sagepub.com>



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Centro de Información en Salud Mental y Adicciones

cisma@imp.edu.mx

www.inprfm.org.mx

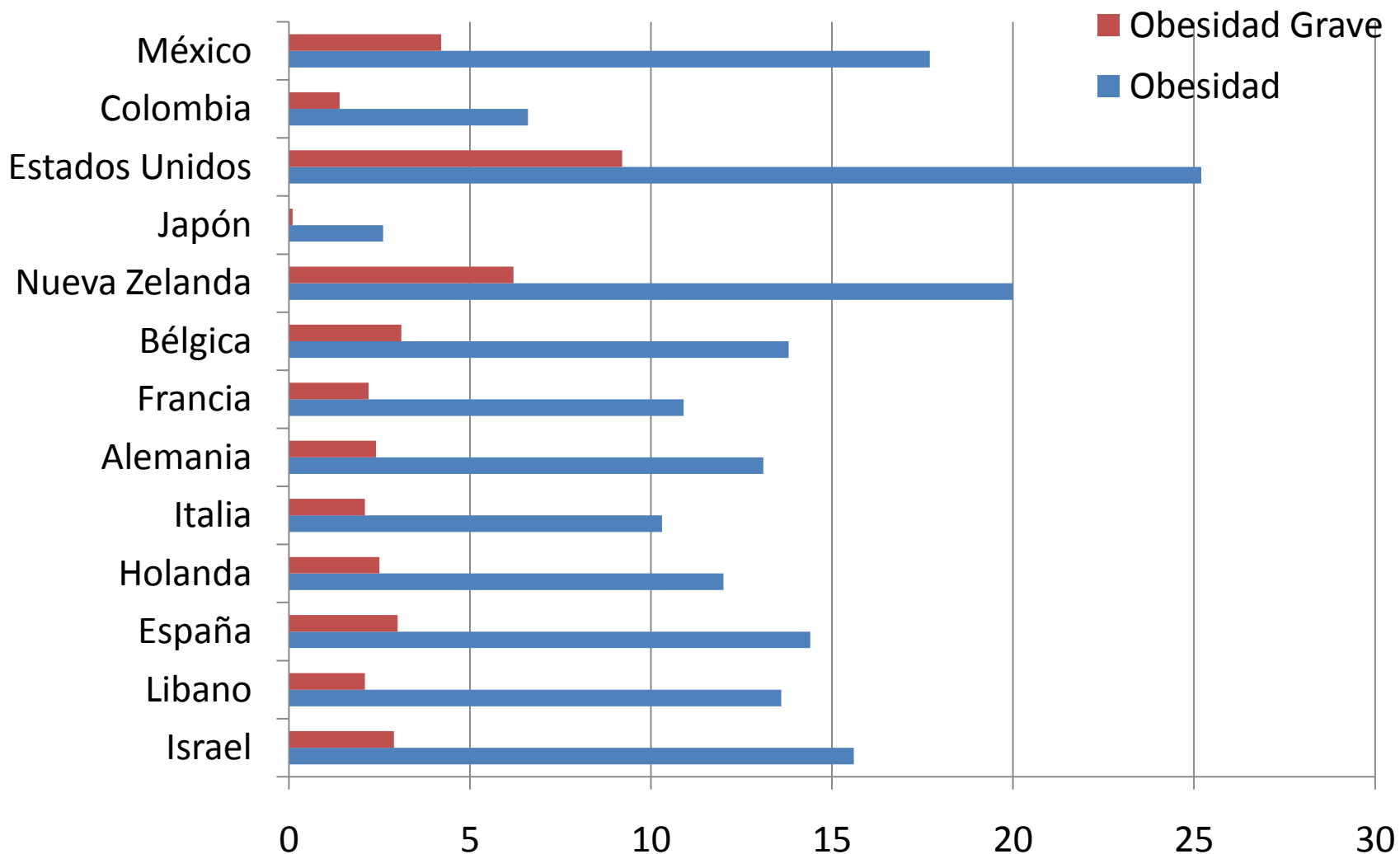
UNIDAD DE ENCUESTAS

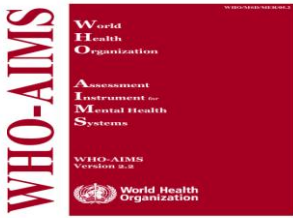
<http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/>





Morbilidad. Salud física y salud mental: Prevalencia de obesidad





ALGUNOS EJEMPLOS

Política en Salud Mental

1.1.1 Año de la última versión del documento

1.2 Contenido de la política de salud mental

Componentes incluidos : 1. desarrollo de servicios de salud mental comunitarios; optimización de los hospitales psiquiátricos grandes; 3. desarrollo de un componente de salud mental en la atención primaria de salud, etc.

Servicios de Salud Mental

Hospitales psiquiátricos integrados con los dispositivos de salud mental ambulatorios.

DEFINICIÓN: Proporción de *hospitales psiquiátricos* integrados con los dispositivos *de salud mental ambulatorios*

NUMERADOR: Número de *hospitales psiquiátricos* integrados con los dispositivos *de salud mental ambulatorios*

DENOMINADOR Número total de *hospitales psiquiátricos (#)*

$$R. 18/18 = 100\%$$



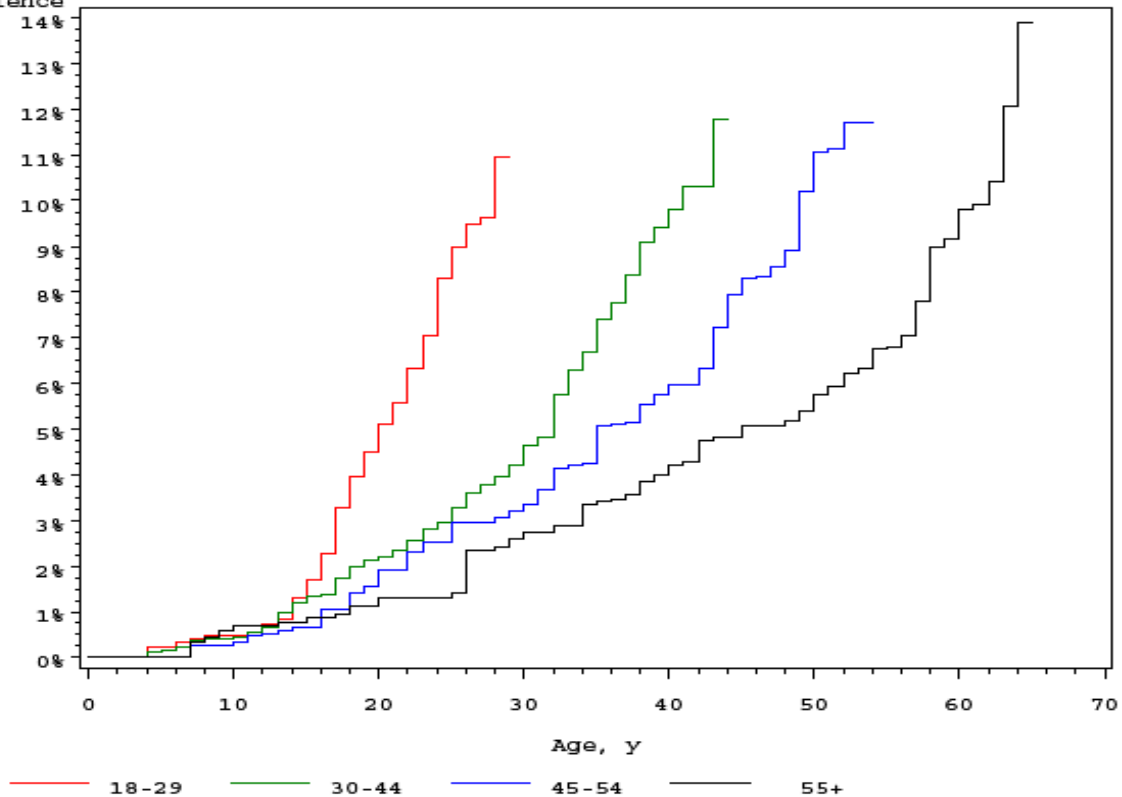
¿Tienen los jóvenes más depresión?

Edad de inicio por cohortes

Figure. Cumulative Lifetime Prevalence of CID/DSM-IV Major Depression Disorder by Birth Cohort in Mexico

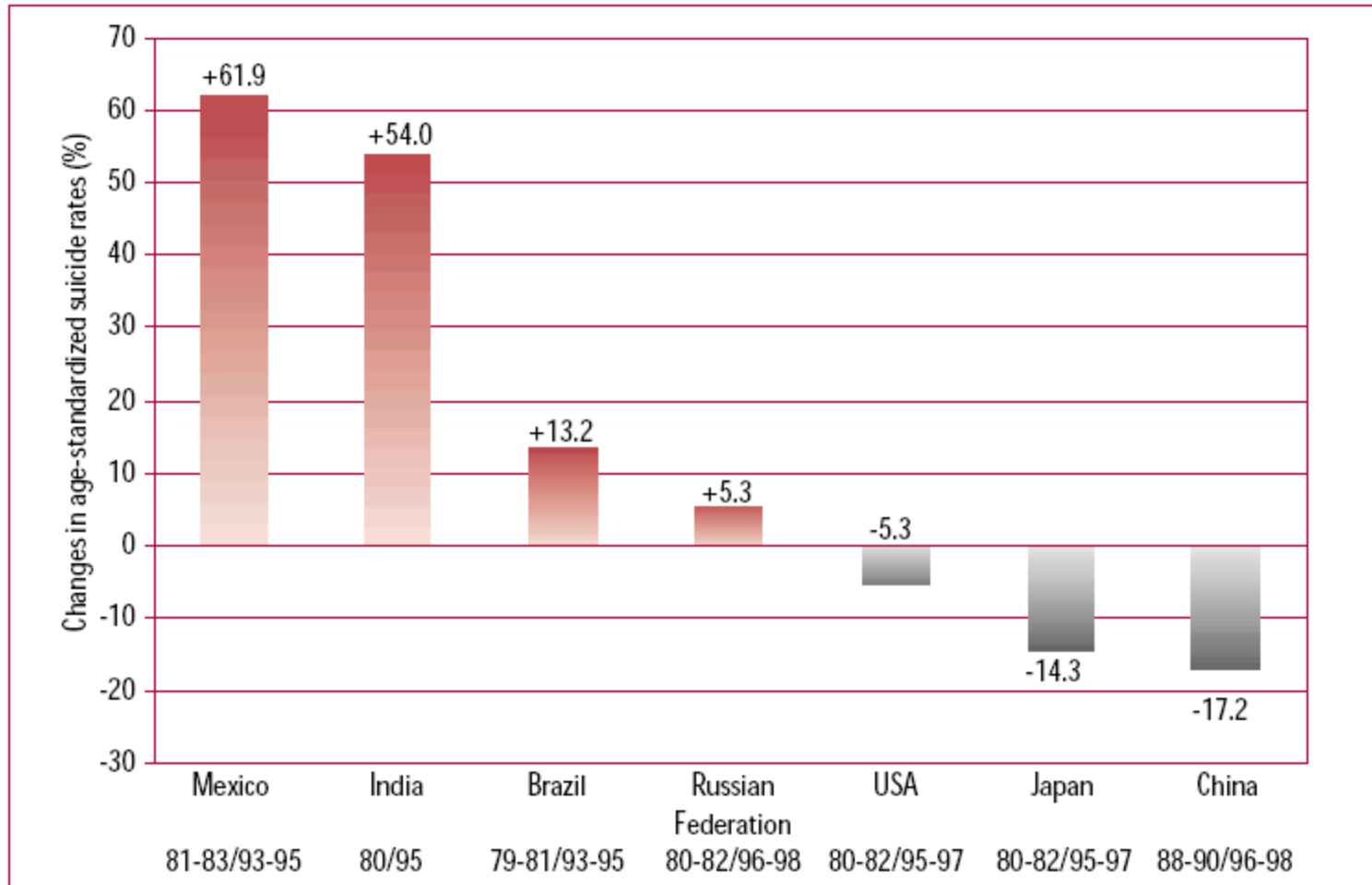
Cumulative Lifetime Prevalence

Curvas de Kaplan Meier para edad de inicio para los 4 cohortes.
Las curvas son significativamente diferentes, El riesgo es relativamente bajo hasta la adolescencia temprana, cuando se incrementa en sentido linear con una pendiente más vertical conforme se hacen mas jóvenes las cohortes



3 df test across age groups with Chisquare=8.9, p=0.031. Analysis used weighted data

Figure 2.4 Changes in age-standardized suicide rates over specific time periods in countries with a population over 100 million

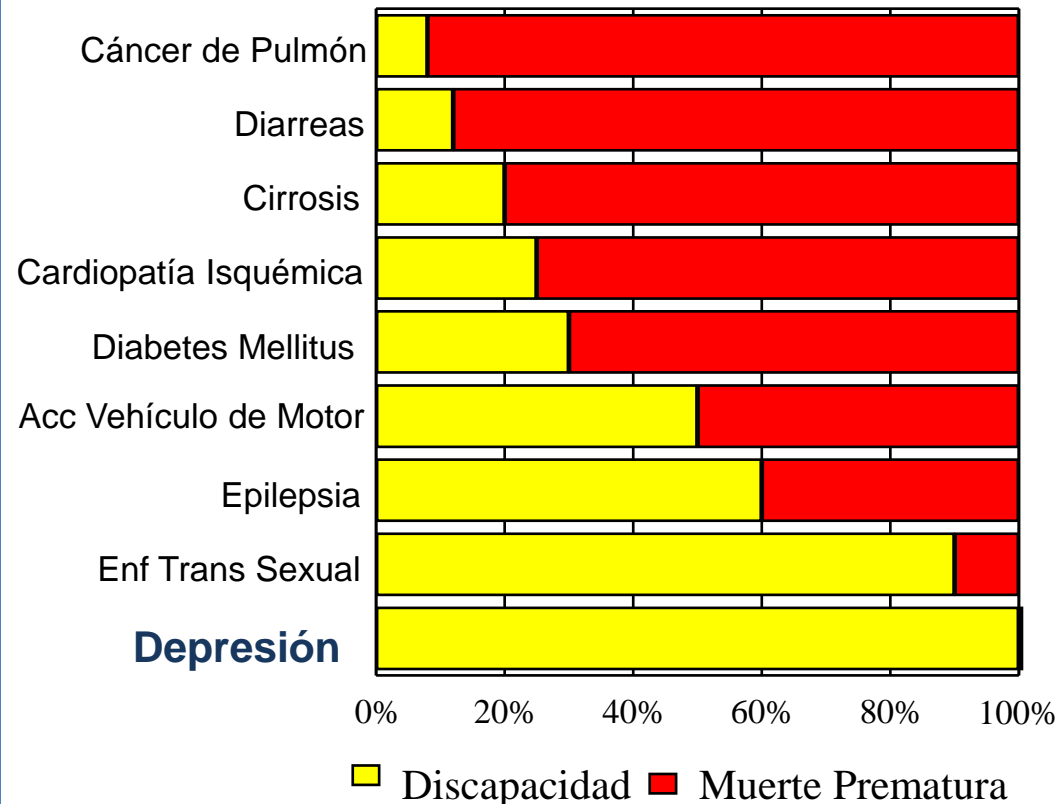


WHO- World Health Report, 2001.

Medidas combinadas: Carga de la Enfermedad

- Es un procedimiento que **combinan información de mortalidad y resultados no mortales de la enfermedad** para representar la salud de una población en particular en una sola cifra
- La unidad de medida que produce son los AVISA que **suman** el tiempo perdido por muertes prematuras con el tiempo vivido con discapacidad

Relación Muerte prematura-Discapacidad en enfermedades y lesiones seleccionadas





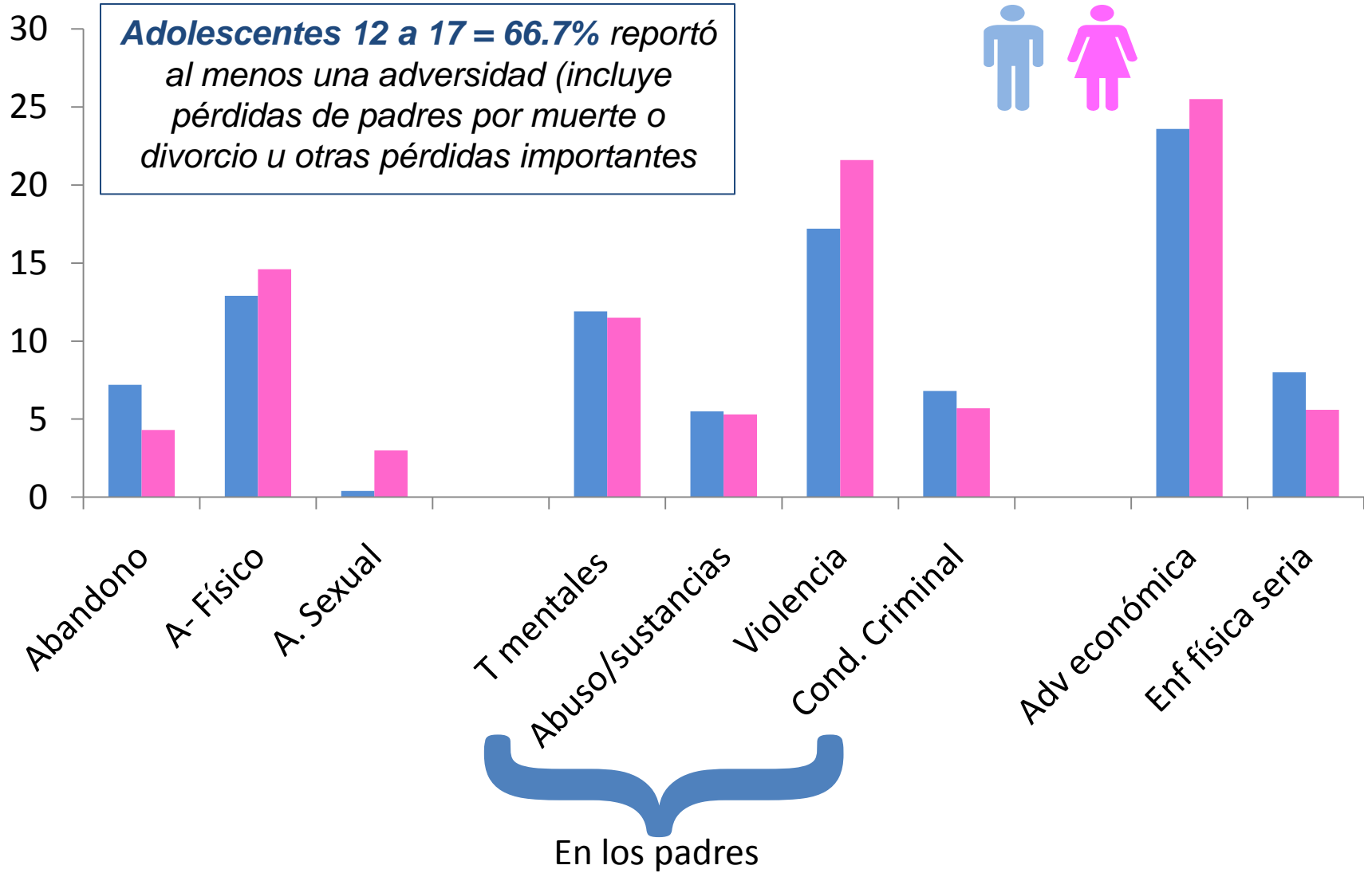
¿Por qué medir la integración en la atención de la enfermedad mental en el sistema de salud?

Relación entre condiciones crónicas y trastornos mentales

Diabetes		Sin	Con	
	2 veces más riesgo de depresión (2.2)	3.9 vs.	9.0%	
	Casi 3 veces más riesgo de trastornos de ansiedad (2.7)	0.5 vs.	1.4%	
Asma	3 veces más riesgo de depresión o ansiedad			
Obesidad		Sin	Con	
	Casi 3 veces más riesgo de trastornos de ansiedad (2.8)	3.6 vs.	9.7%	
Dolor		Sin	Uno	2+
	Hasta 5 veces más en depresión	2.4 vs.	8.5 vs.	12.7%
	Hasta 6 veces más ansiedad	1.3 vs.	3.5 vs.	7.8%

*La **asociación entre depresión, ansiedad y obesidad** fue significativa cuando se analizaron todos los países juntos controlando por variables socio demográficas*

Problema que se reproduce si no hay intervención



Asociación entre adversidad y clases de psicopatología

	Animo	Ansiedad	Sustancias	Conducta
	RM	RM	RM	RM
<i>Disfunción familiar</i>				
Enfermedad mental parental	2.0*	1.9*	2.1	2.3*
Problema parental de sustancias	1.2	1.3	1.8	1.5
Conducta criminal de los padres	1.0	1.1	6.6*	2.2*
Testigo de violencia intrafamiliar	1.4	1.4*	2.6*	2.0*
<i>Maltrato</i>				
Abuso físico	2.1*	1.7*	2.2*	2.4*
Negligencia/abandono	2.0*	1.0	2.1	2.8*
Abuso sexual	2.2*	1.6*	1.1	1.8*
<i>Pérdida parental</i>				
Muerte de padre/madre	1.3	1.2	0.5	1.1
Divorcio o separación	1.1	1.0	0.7	1.2
Otra pérdida parental	1.2	1.3*	1.6	1.4
<i>Otra adversidad</i>				
Enfermedad física grave	1.3	1.3*	0.9	1.9*
Adversidad económica	0.9	1.0	1.4	1.1

*modelo de sobrevida con unidades discretas de tiempo y años-persona como la unidad de análisis con controles para edad, sexo, año-persona, tipo de adversidad, # de adversidades

Enfermedades con el nivel más alto de **discapacidad** en América Latina y el Caribe

1. **Depresión (1)**
2. **Trastornos x consumo de alcohol (4)**
3. **Violencia**
4. Otras lesiones no intencionales
5. Asma
6. Retraso mental por plomo
7. **Esquizofrenia (9)**
8. Cataratas
9. Otras enfermedades digestivas
10. Hipoacusia en la edad adulta

12. Trastorno bipolar(6) 19. Otros neuropsiquiátricos 14. T. x abuso de drogas
25. T. Obsesivo compulsivo (10) 26. Trastorno de pánico

RETO: *Asegurar calidad de vida a las personas con enfermedades crónicas*



World Mental Health Survey

Consortium

Retraso en la búsqueda de atención

Media de años entre inicio del problema y contacto con tratamiento: *Trastornos del afecto*

