

SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS: DETERIORO COGNITIVO, DEMENCIA Y DEPRESIÓN.

“No hay salud, sin salud mental”¹

INTRODUCCIÓN

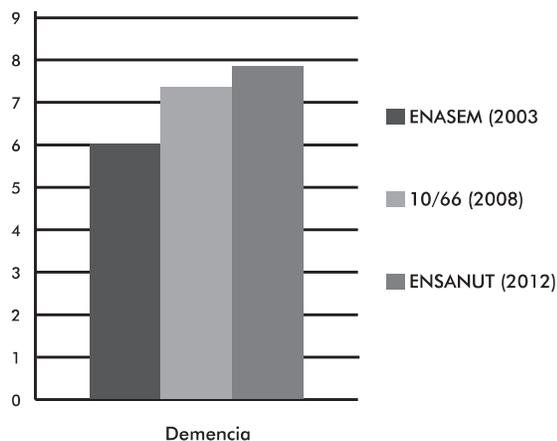
El 31.7% del total de los años vividos con discapacidad a nivel mundial son atribuidos a condiciones neuropsiquiátricas² la depresión y la demencia son las principales causas que contribuyen a este fenómeno en los adultos mayores (AM). La demencia contribuye al 11.9% de los años vividos con discapacidad por enfermedades crónicas, en este grupo etario, siendo de mayor proporción que los correspondientes a eventos vasculares cerebrales (10.1%), enfermedad cardiovascular (5.3%) y cáncer (2.5%).³

La demencia es un síndrome de naturaleza crónica y progresiva, caracterizado por: deterioro de funciones cognitivas y de la conducta, que ocasiona discapacidad y dependencia.

En México ya se cuenta con información epidemiológica (figura 1) sobre la frecuencia de demencias y deterioro cognoscitivo no demencial (DCND) en AM.⁴⁻⁷ ENSANUT 2012 por primera vez incluye una sección para población de 60 años y más,⁷ la cual evaluó la frecuencia de: DCND, demencias y sintomatología depresiva, clínicamente significativa (SDCS).

RESULTADOS

Figura 1. Prevalencia de demencia en México.



Los hallazgos arrojados por ENSANUT 2012 fueron:

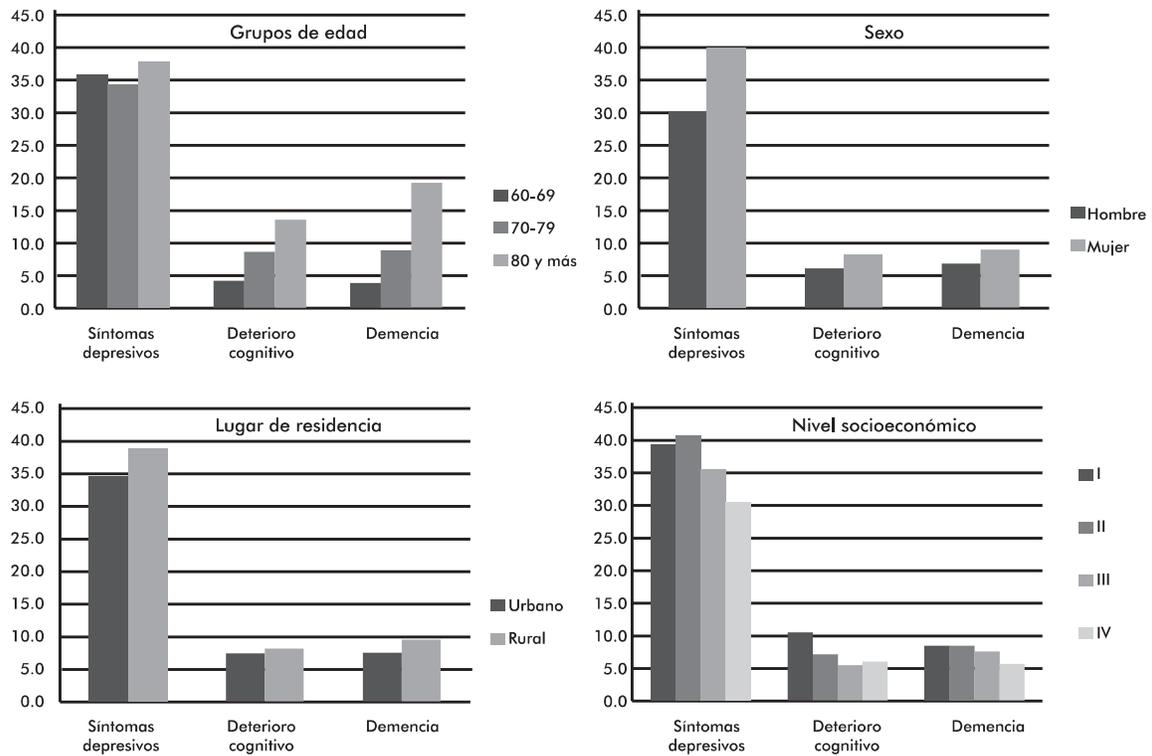
- Prevalencia para DCND del 7.3%, para demencias del 7.9% y 35.6% para SDCS. Al estratificar por sexo, grupos de edad y escolaridad, área de residencia, y nivel socioeconómico, se encontró en general una tendencia a mayor prevalencia para todas las condiciones neuropsiquiátricas señaladas en los siguientes estratos: mujeres y área rural. Se mostró también un franco incremento asociado a mayor edad para DCND y demencia, no así en el caso de SDCS. En cuanto a las asociaciones de las condiciones de salud mental estudiadas, éstas mostraron una tendencia al incremento con el medio socioeconómico y nivel de escolaridad bajos, pero con una menor consistencia (figura 2).

- Las prevalencias para demencia y DCND encontradas por ENSANUT 2012 (7.9%) son equiparables a otros estudios (figura 1). Al comparar los datos epidemiológicos disponibles es evidente la similitud en el rubro de las demencias, lo cual no se observa de igual forma en el DCND; esto es explicable por tratarse de una entidad heterogénea para la cual se han utilizado diferentes criterios, ya que aún se encuentra en proceso de definición, no así en el caso del síndrome demencial, el cual cuenta con criterios más claramente establecidos.

RECOMENDACIONES

La información de base poblacional disponible en México (ENASEM, 10/66 y ENSANUT 2012),⁴⁻⁷ permite ya una aproximación objetiva para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud mental (SM) de los AM, trastornos que, situados a la luz de las transformaciones demográfica y epidemiológica, deben recibir atención prioritaria, por sus consecuencias directas e indirectas, tanto para los pacientes y sus familias, como para la sociedad, el sistema sanitario y el país.

Figura 2. Condiciones de salud mental en adultos mayores de 60 años y más, por grupos de edad, sexo, lugar de residencia y nivel socioeconómico.



En 2008, la OMS lanzó el Programa de Acción Mundial en Salud Mental “mhGAP” (por sus siglas en inglés: Mental Health Gap Action Programme) destinado a dar respuesta a la falta de atención para quienes sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. En él se señala que los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia, la mayoría de personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención.⁸

Los trastornos mentales (en todos los grupos de edad) con frecuencia se asocian a alta morbilidad, mortalidad y discapacidad. Dada su elevada frecuencia, deben ser atendidos por servicios de atención primaria para la salud. Para ello se deben implementar acciones que permitan que en este nivel de atención puedan brindarse los servicios necesarios para mejorar la SM de la población.^{1 8}

La Guía mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, debe ser integrada en el nivel de atención a la salud no

especializada, como una herramienta técnica para la implementación del programa con el mismo nombre. Dicha guía proporciona una amplia gama de recomendaciones para propiciar y facilitar que se brinde atención de alta calidad, por profesionales de salud no especializados en áreas de escasos recursos, y presenta una gestión integrada para los trastornos prioritarios en salud mental utilizando protocolos sistematizados para la toma de decisiones clínicas.⁸

ACCIONES

- Capacitar al primer nivel de atención, para con su intervención mejorar la SM de los AM mexicanos.
- Desarrollar y evaluar programas nacionales para la atención de trastornos depresivos y cognoscitivos (Plan de Acción Alzheimer) en el AM.
- Convocar a profesionales de la salud, gobierno, tomadores de decisiones, medios de difusión y sociedad, para la mejor consecución y éxito de los programas señalados.
- Desarrollar y evaluar paquetes de servicios para atención de la depresión, del deterioro cognoscitivo y de la demencia en el AM.

- Es prioritario informar, capacitar y educar, a todos los niveles, sobre los problemas de SM que afectan a los AM.

CONCLUSIONES

Más de un tercio (35.6%) de los AM mexicanos cursan con SDCS (3.5 millones); 8% con demencia (800 mil) y un número similar con DCND. padecimientos todos potencialmente incapacitantes y generadores de alto gasto socioeconómico y mala calidad de vida en quien los sufre y sus familias.

AUTORES

Ana Luisa Sosa Ortiz, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
drasosa@hotmail.com

Isaac Acosta Castillo, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
ixhuetzca@hotmail.com

Aarón Salinas Rodríguez, Instituto Nacional de Salud Pública
asalinas@correo.insp.mx.

REFERENCIAS

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442. Epub 2006/11/30. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442. PubMed PMID: 17132052; PubMed Central PMCID: PMC1664601.
3. International AD. World Alzheimer Report. ADI UK. 2009:50.
4. Mejia-Arango S, Gutierrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. 2011;23(7):1050-74. Epub 2011/09/29. doi: 10.1177/0898264311421199. PubMed PMID: 21948770; PubMed Central PMCID: PMC3557523.
5. Sosa AL, Albanese E, Stephan BC, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS Med*. 2012;9(2):e1001170. Epub 2012/02/22. doi: 10.1371/journal.pmed.1001170. PubMed PMID: 22346736; PubMed Central PMCID: PMC3274506.
6. Llibre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008;372(9637):464-74. Epub 2008/07/29. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61002-8. PubMed PMID: 18657855; PubMed Central PMCID: PMC2854470.
7. Gutiérrez J R-DJ, Shamah- Levy T, Villalpando- Hernández S, Franco A, Cuevas- Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. 2012.
8. WHO. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. France: World Health Organization, 2008.