

# Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad

Corina Benjet, PhD,<sup>(1)</sup> Leticia Casanova, MSc,<sup>(1)</sup> Guilherme Borges, ScD,<sup>(1)</sup>  
María Elena Medina-Mora, PhD.<sup>(1)</sup>

Benjet C, Casanova L, Borges G, Medina-Mora ME.  
Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes  
y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad.  
Salud Publica Mex 2013;55:248-256.

## Resumen

**Objetivo.** Estimar los costos individuales y poblacionales de condiciones crónicas físicas y mentales comunes en la población mexicana, en función del número de días perdidos por problemas en el funcionamiento. **Material y métodos.** 5 826 adultos fueron evaluados entre 2001-2002 con la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta y el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades. Se realizaron modelos generales lineales y se estimó la proporción de riesgo atribuible a la población, tomando en cuenta la prevalencia de la condición y la comorbilidad. **Resultados.** Las condiciones de mayor impacto para el individuo son la depresión, el estrés postraumático y el trastorno bipolar. Las de mayor impacto a nivel poblacional son la depresión, el dolor, el insomnio y las enfermedades cardiovasculares. **Conclusión.** Los hallazgos señalan la importancia de aumentar el gasto en salud mental para asignar una proporción más equitativa para su atención en cuanto al costo que representan para la sociedad.

Palabras clave: epidemiología; enfermedad crónica; salud mental; costos de la enfermedad

Benjet C, Casanova L, Borges G, Medina-Mora ME.  
The impact of common mental and physical health conditions  
on days out of role: costs for the individual and society.  
Salud Publica Mex 2013;55:248-256.

## Abstract

**Objective.** To estimate the individual and societal costs of common mental and physical health conditions in the Mexican population with regards to the number of days out of role. **Materials and methods.** 5 826 adults were evaluated in 2001-2002 with the Composite International Diagnostic Interview and the WHO Disability Assessment Schedule. General linear models were used to estimate individual-level effects. Societal-level effects were estimated with the population attributable risk proportion which takes into account prevalence and comorbidity of disorders. **Results.** The conditions with the strongest individual-level effects were major depression, post-traumatic stress disorder and bipolar disorder. The strongest societal-level effects were associated with major depression, pain, insomnia and cardiovascular conditions. **Conclusion.** The findings suggest the importance of investing in mental health expenditure to a level commensurate with the costs to society of mental health disorders.

Key words: epidemiology; chronic disease; mental health; cost of illness

(1) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, DF, México.

La transición epidemiológica en México, marcada por un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles, ha llevado a que la demanda de servicios sobrepase los recursos del Estado para atenderlas.<sup>1</sup> El contar con datos epidemiológicos sobre el costo de las diferentes enfermedades permitirá establecer prioridades en las políticas públicas de salud y una distribución de recursos más eficiente.<sup>2</sup>

Existen diferentes costos asociados a las condiciones de salud: costos directos e indirectos para el individuo y para la sociedad y costos relacionados con la pérdida de años de vida saludables, de productividad y de funcionamiento. Este trabajo pretende evaluar los costos individuales y poblacionales que derivan de las condiciones crónicas comunes en la población mexicana en cuanto al número de días de funcionamiento perdidos, es decir, el número de días que el individuo es completamente incapaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas debido a estos padecimientos. Un objetivo adicional es comparar los costos en cuanto a funcionamiento, tanto de las condiciones físicas como de las mentales. Esta comparación es importante dado que se ha destinado una menor proporción del presupuesto de salud a las condiciones mentales a pesar de la carga global que estas enfermedades generan. En el ámbito internacional se destina 2.8% del presupuesto de salud a la salud mental,<sup>3</sup> aunque estos trastornos representan 13.1% de la carga global de enfermedad.<sup>4</sup>

Estudios en la literatura mundial han demostrado que tanto los padecimientos físicos como los de salud mental (como hipertensión, enfermedad cardiovascular, artritis, dolor muscular, depresión uni y bipolar, abuso de alcohol, entre otros) están asociados con ausentismo en el trabajo, menor rendimiento y días de funcionamiento en general perdidos.<sup>5-9</sup> En México, un trabajo anterior cuyos datos provienen de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó información sobre la discapacidad y el número de días de trabajo perdidos asociados con algunos trastornos mentales, comparados con un conjunto de condiciones físicas crónicas, y encontró que el mayor número de días de trabajo perdidos se debió a la depresión y a los ataques de pánico, mientras que el menor número de días de trabajo perdidos se debió a las condiciones físicas en su conjunto.<sup>10</sup> Este trabajo pretende desagregar las condiciones físicas y estimar por separado el impacto para el individuo y para la sociedad.

Recientemente, un trabajo de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental evaluó los días de funcionamiento perdidos asociados con condiciones crónicas físicas y de salud mental en 24 países (incluyendo a México).<sup>11</sup> Los hallazgos sugieren que los padecimientos neurológicos, el trastorno bipolar y el estrés

postraumático tuvieron los costos más elevados para el individuo en términos de funcionamiento, mientras que las condiciones de dolor tuvieron los costos más altos a nivel poblacional. Este patrón fue consistente entre países de bajos, medianos y altos ingresos. Aunque se incluyeron los datos de la ENEP de México los datos no se desglosaron por país. Este trabajo desagrega los datos de México para que sirvan de guía a las políticas públicas en nuestro país.

## Material y métodos

### Muestra

La muestra proviene de la ENEP,<sup>12</sup> una encuesta representativa de la población no institucionalizada de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (más de 2 500 habitantes) del país. Tiene un diseño probabilístico, multietápico y estratificado. La tasa de respuesta fue de 76.6%.

Las unidades primarias de muestreo (UPM) fueron 200 áreas geográficas estadísticas básicas (AGEB), cartográficamente definidas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, distribuidas de manera proporcional a la población de cada una de las regiones. Al interior de cada UPM se seleccionaron cinco unidades secundarias de muestreo (USM) conformadas por manzanas, también con probabilidad proporcional al tamaño. Para cada USM se eligieron las viviendas, dividiéndolas en segmentos compactos de alrededor de 10 viviendas. Finalmente, una sola persona se seleccionó entre los miembros de cada hogar. Se entrevistó a 5 826 individuos.

### Instrumento

Se evaluaron los trastornos mentales con la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta, diseñada para la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental (WMH-CIDI).<sup>13</sup> Es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada por entrevistadores legos entrenados en el uso adecuado del mismo. El instrumento ha demostrado tener buenos indicadores de validez en diversos países y culturas.<sup>14</sup>

Se reportan las prevalencias durante los últimos 12 meses de los siguientes trastornos mentales comunes según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV):<sup>15</sup> depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno de pánico, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, fobia específica, fobia social, abuso de alcohol y de drogas.

Para evaluar las condiciones físicas comunes se utilizó un listado de condiciones integrado al WMH-

CIDI. Listados de este tipo han mostrado tener una concordancia moderada a buena con los expedientes médicos.<sup>16,17</sup> Los diagnósticos médicos se evaluaron con las siguientes preguntas: "Un doctor u otro profesional de la salud, ¿alguna vez le dijo que usted tenía alguna de las siguientes enfermedades: ... enfermedad del corazón, presión arterial elevada, asma, tuberculosis, cualquier otra enfermedad pulmonar crónica como EPOC o enfisema, diabetes o azúcar elevada en la sangre, una úlcera en el estómago o intestino, epilepsia o ataques, cáncer?". Para las otras condiciones se preguntó "¿Alguna vez ha tenido: ...artritis o reumatismo, problemas de espalda o cuello, migrañas, dolores de cabeza frecuentes o severos, cualquier otro dolor crónico, alergias, una apoplejía, un ataque al corazón?". Luego se les preguntó si han tenido la condición en los últimos 12 meses.

Los días de funcionamiento perdidos se establecieron con una versión modificada del Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades<sup>18,19</sup> el cual pregunta el número de días en los 30 días previos a la entrevista que ha sido totalmente incapaz de realizar sus actividades cotidianas o su trabajo debido a problemas de salud física, de salud mental o nervios, o por uso de alcohol o drogas. Estas estimaciones coinciden con registros de ausentismo en los lugares de trabajo así como con autorreportes diarios.<sup>20</sup> Se preguntó sobre los días perdidos de los últimos 30 días a fin de disminuir el sesgo de memoria y aumentar la validez de las respuestas. Primero, se presenta la distribución de días perdidos en el último mes, luego se proyecta a días anuales para ser consistente con la literatura internacional.

## Procedimientos

El trabajo de campo se llevó a cabo en los hogares de los participantes entre 2001 y 2002 por encuestadores legos capacitados. Los encuestadores dieron una explicación del estudio y pidieron el consentimiento informado. A todos los participantes se les dejó información de instituciones locales que proporcionan atención para la salud mental. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

## Análisis

Se presenta en primer lugar la distribución simple de los días perdidos para el total de la encuesta (cuadro I). La distribución del número de días perdidos se encontró altamente sesgada hacia la derecha, por lo cual se exploró un número de modelos diferentes con el fin de mejorar el modelaje de esta variable. Se optó por un

modelo lineal generalizado con una función de enlace logarítmica y una varianza proporcional. Detalles de la selección del modelo se pueden consultar en otra publicación.<sup>11</sup> Posteriormente se analizó la distribución de los días perdidos para los trastornos mentales y para los padecimientos físicos (cuadro II).

Debido a la alta comorbilidad (cuadro III), tanto entre los diferentes trastornos mentales como entre los diferentes trastornos físicos y entre ambos grupos de trastornos, la interpretación del modelo de distribución simple es limitada. Con el fin de ajustar los resultados del cuadro II por la comorbilidad, se llevaron a cabo modelos de regresión con términos para capturar los efectos de la comorbilidad utilizando métodos no lineales.<sup>11,21</sup> Estos modelos incluyeron términos para cada trastorno, así como términos para el total de trastornos comórbidos. Sus resultados permiten interpretar los días perdidos para cada trastorno independientemente de la presencia de cualquier otra comorbilidad (cuadro IV, primera columna).

Por último, con el objetivo de obtener una estimación del impacto poblacional de las condiciones de salud sobre los días perdidos en México, se multiplicaron los efectos individuales por la prevalencia de dichos trastornos en la población, es decir, calculamos la proporción del riesgo atribuible en la población PARP (cuadro IV).<sup>22</sup>

Los datos se ponderaron para ajustar por las probabilidades diferenciales de selección y se postestratificaron según la distribución por sexo y edad del censo. Dado el diseño muestral y la ponderación, los errores estándar de las prevalencias para el modelo básico se obtuvieron mediante el método de linealización de Taylor.<sup>23</sup> Para los modelos más complejos se utilizó el método de replicaciones repetidas Jackknife para estimar los efectos individuales y poblacionales.<sup>23</sup>

## Resultados

En el cuadro I se presenta la distribución de días de funcionamiento perdidos en el último mes debido a cualquier condición de salud. Un promedio de 0.5 días se perdieron en el último mes y 6% de la población perdió algún día de funcionamiento. Aquéllos que perdieron al menos un día tuvieron una media de 8.5 días perdidos y una mediana de 2.8 días perdidos por mes. De aquéllos que perdieron al menos un día, 17.4% fue completamente incapaz de llevar a cabo sus actividades diarias la mayor parte del mes debido a su condición de salud.

La prevalencia de cada condición de salud y la media de días de funcionamiento perdidos por año de cada condición se muestra en el cuadro II, en donde

**Cuadro I**  
**DISTRIBUCIÓN DE DÍAS PERDIDOS DE FUNCIONAMIENTO**  
**EN EL ÚLTIMO MES. MÉXICO, ENCUESTA NACIONAL DE**  
**EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, 2001-2002**

	%	ES
Días perdidos en la muestra total*		
Algún día perdido	6.0	0.7
1	23.5	4.4
2	14.4	3.8
3-5	26.8	5.5
6-10	12.6	2.6
11-20	5.5	1.6
21-30	17.4	4.7
Media	0.5	0.1
Entre aquéllos con al menos un día perdido		
Media	8.5	1.3
Mediana	2.8	0.5

\* Incluye aquéllos con y sin enfermedad

se puede ver que 40.7% de la muestra tuvo alguna condición de salud, 35% una condición física y 12.7% una enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental perdieron 17.3 días durante el año, mientras que los que presentaron un problema físico perdieron 14.3 días. Considerando la muestra total, el promedio es de 6.3 días perdidos por año; aquéllos que tuvieron algún día perdido perdieron una media de 103.9 días y una mediana de 15.2 días durante el año. Las condiciones individuales de mayor prevalencia fueron todas ellas físicas, específicamente dolor crónico (13.8%), dolor de cabeza/migraña (8.6%), artritis (7.5%) y enfermedades cardiovasculares (7.2%). Sin embargo, las condiciones que implican un mayor número de días perdidos son enfermedades mentales, específicamente depresión (40.7 días), ansiedad generalizada (31.5 días) y estrés postraumático (25.8 días).

La comorbilidad entre trastornos es común; 52.9% de aquéllos con alguna condición de salud tuvo al menos una condición comórbida con un promedio de

**Cuadro II**  
**PREVALENCIA DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y PROMEDIO DE DÍAS PERDIDOS DE FUNCIONAMIENTO EN EL ÚLTIMO AÑO,**  
**POR CONDICIÓN. MÉXICO, ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, 2001-2002**

Condición de Salud	Prevalencia (%)	ES %	Media anual de días perdidos	ES Media
Depresión	4.0	0.4	40.7	8.8
Trastorno bipolar	1.0	0.1	18.5	6.2
Trastorno de pánico	1.4	0.2	18.5	6.7
Fobia específico	5.4	0.5	10.1	2.1
Fobia social	2.1	0.2	12.7	3.8
Ansiedad generalizada	0.4	0.1	31.5	14.5
Abuso del alcohol	2.2	0.4	6.4	2.6
Abuso de drogas	0.5	0.2	4.3	2.4
Estrés postraumático (EPT)	0.6	0.2	25.8	13.2
Insomnio	5.2	0.5	21.1	4.2
Migraña o dolor de cabeza severo	8.6	0.9	11.1	2.9
Artritis	7.5	0.7	16.0	4.9
Dolor crónico	13.8	1.2	18.2	6.9
Enfermedades cardiovasculares	7.2	0.6	18.2	6.0
Enfermedades respiratorias	4.1	0.7	7.8	3.2
Diabetes	3.4	0.4	16.5	3.8
Enfermedades digestivas	2.1	0.2	12.0	4.4
Enfermedades neurológicas	0.5	0.2	2.1	1.6
Cáncer	0.1	0.1	8.9	9.3
Cualquier condición mental	12.7	0.8	17.3	3.0
Cualquier condición física	35.0	1.8	14.3	3.2
Cualquier condición de salud	40.7	1.8	13.6	2.9
Todos			6.3	1.2
Aquéllos con días perdidos	(media)		103.9	15.2
Aquéllos con días perdidos	(mediana)		34.0	5.5

2.1 (E.S.=1.4) condiciones de salud. Las razones de momios para cada par de padecimientos se muestran en el cuadro III. Hay mayor comorbilidad entre pares de condiciones mentales (mediana de razones de momios entre pares = 7.1) y entre pares de condiciones físicas (mediana de razones de momios = 3.3) y menor pero todavía importante la comorbilidad entre pares de una condición mental y una física (mediana de razones de momios = 2.7).

El impacto individual y poblacional de las condiciones de salud se presenta en el cuadro IV y en las figuras 1 y 2. El impacto en el individuo se estimó considerando el número de días perdidos de una persona con dicha condición adicional a aquéllos estimados para una persona sin la condición, lo cual llamamos días perdidos adicionales, y están ajustados por edad, sexo, empleo, estado civil y número y tipo de condiciones comórbidas. Tener cualquier enfermedad está asociado con 14.3 días adicionales perdidos por año, 18.1 días adicionales para condiciones mentales y 14.7 días adicionales para condiciones físicas. Las condiciones de salud que tienen mayor impacto en el individuo son la depresión (37.0 días adicionales), el estrés postraumático

(29.7 días adicionales), y el trastorno bipolar (27.8 días adicionales).

El impacto poblacional se estimó con la PARP, estimación que sugiere la proporción de los días que no se hubieran perdido si no existiera la condición en la población; esta estimación toma en cuenta la prevalencia de la enfermedad y la comorbilidad. Los resultados del análisis muestran que se habrían prevenido 53.7% de los días de funcionamiento perdidos en la población sin trastornos mentales y 69.9% sin las condiciones físicas. Las condiciones que tienen mayor impacto a nivel poblacional son: depresión (PARP = 42.3%), dolor (PARP = 41.7%), insomnio (PARP = 22.8%) y problemas cardiovasculares (PARP = 21.2%).

## Discusión

Los hallazgos resaltan el elevado costo a nivel individual y poblacional de las condiciones crónicas de salud debido a los días de funcionamiento perdidos. Para los individuos, las condiciones de salud mental están asociadas con un mayor número de días perdidos adicionales en comparación con aquellos sin dichas condiciones del mis-

**Cuadro III**  
**ASOCIACIÓN ENTRE PARES DE PADECIMIENTOS INDICADA POR RAZONES DE MOMIOS.**  
**MÉXICO, ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, 2001-2002**

	TB RM	TP RM	FE RM	FS RM	TAG RM	AA RM	AD RM	TEPT RM	In RM	Mi RM	Ar RM	DC RM	ECV RM	ER RM	Di RM	ED RM	EN RM	Cáncer RM
Depresión (D)	‡	7.3*	6.8*	11.5*	21.4*	1.3	4.7*	6.8*	6.5*	2.6*	2.7*	3.6*	3.3*	1.2	2.8*	3.0*	3.7	1.7
Trastorno bipolar (TB)	.	17.2*	7.3*	9.8*	4.7*	8.5*	‡	5.9*	5.9*	3.5*	1.4	2.2*	1.0	1.7	1.3	5.7*	2.6	5.7
Trastorno de pánico (TP)	.	.	15.2*	23.6*	7.6*	1.2	‡	7.6*	7.8*	4.7*	2.4*	3.9*	1.3	1.2	0.8	5.3*	‡	13.3*
Fobia específica (FE)	.	.	.	13.5*	3.1*	2.2	1.1	7.5*	3.7*	3.2*	1.7*	2.5*	1.7*	1.6	0.6	4.2*	0.9	5.5
Fobia social (FS)	.	.	.	.	9.6*	3.8*	4.7	10.5*	6.2*	5.3*	3.3*	2.6*	3.0*	3.1*	1.8	2.1	3.2	3.8
Ansiedad generalizada (TAG)	.	.	.	.	.	1.4	‡	3.4	7.6*	2.8*	2.4	2.6	3.1	‡	4.5	0.5	‡	51.2*
Abuso del alcohol (AA)	.	.	.	.	.	.	28.9*	2.5	3.6*	1.1	1.1	1.1	1.5*	1.8*	‡	4.0*	3.8	2.5
Abuso de drogas (AD)	.	.	.	.	.	.	.	3.2	2.6	1.7	1.2	0.7	‡	0.4	‡	‡	23.7*	‡
Estrés postraumático (TEPT)	.	.	.	.	.	.	.	.	8.2*	4.4*	0.4	3.9*	1.3	4.6*	0.3	1.0	‡	‡
Insomnio (In)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5.6*	2.1*	3.4*	2.0*	1.9	3.3*	3.3*	2.5	5.5*
Migraña/dolor de cabeza severo (Mi)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1.8*	5.0*	2.8*	1.8	1.2	4.8*	6.0*	0.9
Artritis (Ar)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2.5*	3.1*	2.2*	3.0*	2.8*	1.4	5.5*
Dolor crónico (DC)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1.9*	3.1*	1.6	5.7*	6.7*	7.7*
Enfermedades cardiovasculares (ECV)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1.8	8.7*	3.3*	3.9*	11.7*
Enfermedades respiratorias (ER)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1.4	1.8	3.4	15.8*
Diabetes (Di)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2.5*	3.6	34.5*
Enfermedades digestivas (ED)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	13.2*	32.4*
Enfermedades neurológicas (EN)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	146.8*

\* Intervalo de Confianza de 95% no incluye 1.0

‡ No hay individuos con este par de padecimientos

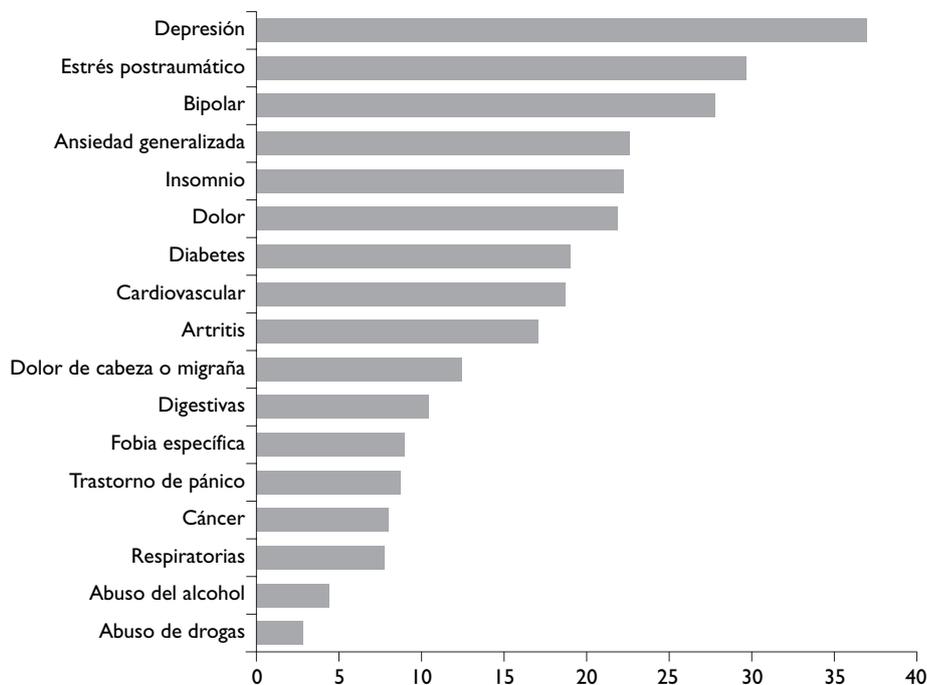
**Cuadro IV**  
**DÍAS PERDIDOS ANUALES ADICIONALES\* (IMPACTO PARA EL INDIVIDUO) Y PROPORCIÓN DE RIESGO ATRIBUIBLE**  
**A LA POBLACIÓN PARA CADA CONDICIÓN DE SALUD (IMPACTO PARA LA SOCIEDAD).**  
**MÉXICO, ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, 2001-2002**

	Días perdidos adicionales		Proporción de riesgo atribuible a la población	
	Media	ES	%	ES%
Todas las condiciones de salud	14.3	2.2	84.8	3.2
Todas las condiciones mentales	18.1	3.0	53.7	6.6
Todas las condiciones físicas	14.7	2.4	69.9	4.0
Depresión	37.0	7.9	42.3	7.5
Trastorno bipolar	27.8	10.9	6.7	2.6
Trastorno de pánico	8.7	15.8	3.6	6.5
Fobia específica	9.0	3.6	11.1	4.3
Fobia social	-9.5	14.3	-5.2	7.8
Ansiedad generalizada	22.6	18.4	3.3	2.6
Abuso de alcohol	4.4	3.5	1.3	1.1
Abuso de drogas	2.8	2.2	0.2	0.2
Estrés psotraumático (EPT)	29.7	23.0	3.9	2.9
Insomnio	22.3	5.0	22.8	4.8
Migraña o dolor de cabeza severo	12.5	4.1	17.8	5.3
Artritis	17.1	6.2	17.7	5.8
Dolor crónico	21.9	6.3	41.7	8.6
Enfermedades cardiovasculares	18.7	7.3	21.2	8.0
Enfermedades respiratorias	7.8	5.4	4.0	2.7
Diabetes	19.0	7.9	8.8	3.6
Enfermedades digestivas	10.4	7.4	4.0	2.7
Enfermedades neurológicas	-2.2	2.8	-0.2	0.3
Cáncer	8.0	19.4	0.3	0.6

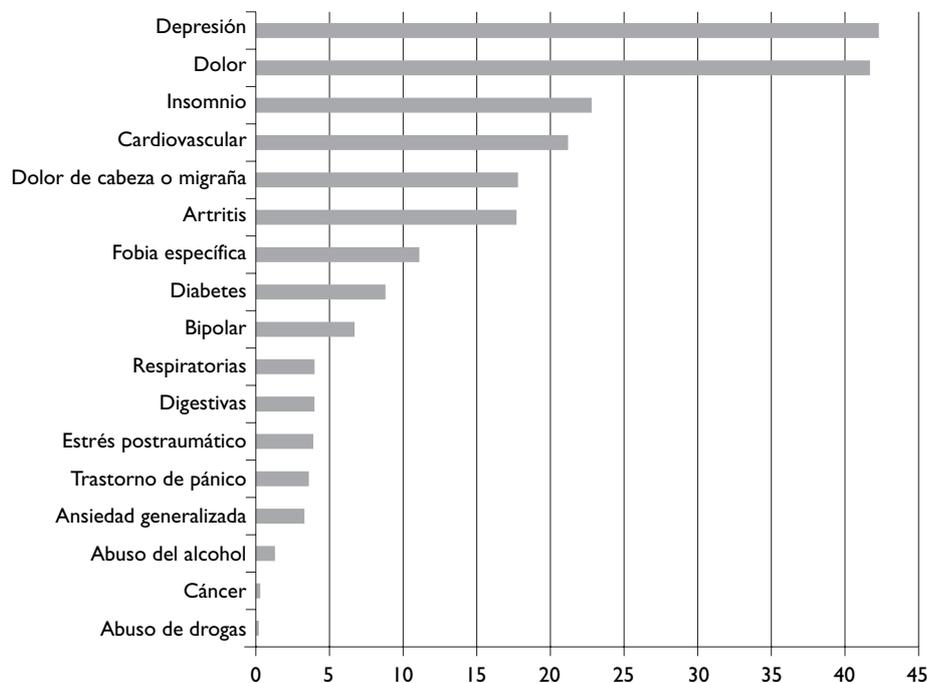
\* Adicional a los días estimados para un individuo comparable sin dicha condición ajustados por edad, sexo, empleo, estado civil y número y tipo de condiciones comórbidas

mo sexo, edad, empleo, estado civil y comorbilidad. Estas añaden alrededor de un mes anual sin funcionamiento cada una. Sin embargo, debido a la mayor prevalencia de las condiciones físicas, el impacto poblacional es ligeramente mayor para las condiciones físicas, ya que sin éstas se habría prevenido 69.9% de días perdidos. El elevado costo de la depresión es consistente con las estimaciones que la ponen en primer lugar de años de vida saludables perdidos.<sup>2</sup> Llama la atención la disparidad entre el gasto público en salud mental, que en México es 2% del presupuesto en salud,<sup>24</sup> y el elevado costo en cuanto a funcionamiento a nivel poblacional que se encontró en este estudio para estas condiciones. Además, algunas de las enfermedades con mayor impacto poblacional que se consideraron en este análisis como condiciones físicas, tales como el dolor crónico y el insomnio, tienen un componente psicológico importante.<sup>25,26</sup>

Al interpretar estos hallazgos es necesario tener en cuenta las limitaciones del estudio. Por ser una encuesta en hogares las condiciones de salud no fueron evaluadas por clínicos ni mediante pruebas diagnósticas de laboratorio. En el caso de los trastornos mentales, porque no existen pruebas diagnósticas de laboratorio. En este caso las entrevistas por clínicos se consideran el estándar de oro; la implementación de entrevistas completamente estructuradas como el CIDI ha ayudado a enfrentar este reto en muestras amplias de población general, y hay evidencias de que los datos generados por este tipo de entrevistas se aproximan adecuadamente a los juicios clínicos.<sup>14</sup> Asimismo, las condiciones físicas se evaluaron por autorreporte con un listado de cotejo. A pesar de que esta metodología ha mostrado tener una concordancia moderada a buena con los expedientes médicos,<sup>16-17</sup> las prevalencias de algunas condiciones



**FIGURA 1. IMPACTO EN EL INDIVIDUO DE LAS CONDICIONES DE SALUD: DÍAS ANUALES PERDIDOS DE FUNCIONAMIENTO POR CONDICIÓN EN EL ORDEN DEL IMPACTO. MÉXICO, ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, 2001-2002**



**FIGURA 2. IMPACTO EN LA SOCIEDAD DE LAS CONDICIONES DE SALUD: PROPORCIÓN DE RIESGO ATRIBUIBLE A LA POBLACIÓN POR CONDICIÓN EN EL ORDEN DEL IMPACTO. MÉXICO, ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, 2001-2002**

físicas como diabetes e hipertensión son más bajas de lo esperado, probablemente porque algunas personas con dichos padecimientos desconocen su enfermedad; por ende, la estimación del costo para las condiciones físicas podría estar subestimada.

Esta encuesta refleja el costo para la sociedad de las condiciones físicas y mentales de la población en edad productiva. No incluye a la población mayor de 65 años, de quienes se esperaba tendrán una mayor carga de padecimientos físicos, ni la población menor de 18 años, de quienes se esperaba tendrán una mayor carga de padecimientos mentales.

La encuesta se realizó en 2001-2002, por lo que refleja la situación de hace una década. Sin embargo, como desde entonces no se ha realizado ninguna encuesta nacional sobre este tema, es la única fuente de información con la cual se cuenta. Por ende, aunque proporciona información novedosa, debe tomarse en cuenta que el perfil epidemiológico cambia con el tiempo.

Otra limitación es que se presenta un solo indicador de costo: los días de funcionamiento perdidos. Sin embargo hay una variedad de costos asociados con las condiciones de salud, costos económicos para el individuo en términos de costos directos de la enfermedad y de ingresos perdidos, y para el gobierno en términos de participación reducida en el mercado laboral, pérdida de ingresos por impuestos y costos directos relacionados con la seguridad social.<sup>27</sup> Estos costos económicos se añaden a costos ocultos no necesariamente económicos como el impacto en el matrimonio y otras relaciones interpersonales.

A pesar de estas limitaciones, este estudio es novedoso en México ya que se hace en una muestra representativa de la población nacional urbana, toma en cuenta la comorbilidad, evalúa un amplio número de padecimientos físicos y mentales y los compara individualmente para determinar el impacto relativo de las condiciones, y finalmente evalúa el impacto tanto para el individuo como para la sociedad en nuestro país. Los hallazgos encontrados son similares a otros estudios en otros países con metodología e indicadores similares.<sup>6,11,28</sup>

En cuanto a las políticas públicas de salud, estos hallazgos sugieren que hace falta aumentar el gasto en salud mental para que se dedique una proporción más equitativa conforme a su costo para la sociedad. Dado que los recursos económicos son limitados, además de aumentar el gasto habría que hacer más eficiente la distribución de recursos, evaluando la costoefectividad de las condiciones de salud con énfasis en la depresión, el dolor, el insomnio y los problemas cardiovasculares. Debido a la gran comorbilidad entre condiciones de salud físicas y mentales, será importante evaluar la cos-

toefectividad de las intervenciones no solamente para el trastorno objetivo sino también para las condiciones comórbidas, obviando así la demarcación artificial de los padecimientos físicos y mentales, y mejorando la salud global de la población.

## Agradecimientos

La ENEP fue apoyada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt-G30544-h) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM-DIES 4280) con apoyo adicional de la Organización Panamericana de la Salud y Pfizer México.

Esta encuesta se realizó en conjunto con la Iniciativa de Salud Mental Mundial (WMH) de la Organización Mundial de la Salud. Agradecemos al personal del WMH por su ayuda con instrumentación y análisis de datos. Estas actividades recibieron fondos del U.S. National Institute of Mental Health (R01MH070884), John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, Pfizer Foundation, U.S. Public Health Service (R13-MH066849, R01-H069864, R01 DA016558), Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), Pan American Health Organization, Eli Lilly & Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, GlaxoSmithKline, y Bristol-Myers Squibb.

*Declaración de conflicto de intereses:* Para el levantamiento de la muestra en México se recibió apoyo complementario de los laboratorios Pfizer de México. La iniciativa mundial recibió apoyo adicional de la Fundación Pfizer de EUA, de Eli Lilly & Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, GlaxoSmithKline y Bristol-Myers Squibb.

## Referencias

- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl 2:220-232.
- González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorens M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex* 2007;49 suppl 1: 37-52.
- World Health Organization. World Mental Health Atlas 2011. [Consultado 24/05/2012]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf).
- World Health Organization. World Health Report 2004: Changing History. Geneva: WHO, 2004. [Consultado 24/05/2012]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex\\_3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_en.pdf).
- Gilmour H, Patten SB. Depression and work impairment. *Health Reports; Statistics Canada. Catalogue* 2007;18:9-23
- Merikangas KR, Ames M, Cui L, Stang PE, Ustun TB, Von Korff M, et al. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1180-1188.
- Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting US employers. *J Occup Environ Med* 2004;46:398-412.

8. Goetzl RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large US employers in 1999. *J Occup Environ Med* 2003;45:5-14.
9. Bruffaerts R, Vilagut G, Demyttenaere K, Alonso J, Alhamzawi A, Andrade LH, et al. The role of mental and physical health in partial disability around the world. *Br J Psychiatry* 200;454-461.
10. Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Ment* 2007;30:4-11.
11. Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB, et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry* 2010;16:1234-1246.
12. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003;26:1-16.
13. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
14. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jim R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15:167-180.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
16. Kriegsman DM, Penninx BW, Van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. *J Clin Epidemiol* 1996;49:1407-1417.
17. Knight M, Stewart-Brown S, Fletcher L. Estimating health needs: the impact of a checklist of conditions and quality of life measurement on health information derived from community surveys. *J Public Health Med* 2001;23:179-186.
18. Von Korff M, Crane PK, Alonso J, Vilagut G, Angermeyer MC, Bruffaerts R, et al. Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *J Clin Epidemiol* 2008;61:1132-1143.
19. Vázquez-Barquero JL, Vázquez E, Herrera S, Saiz J, Uriarte M, Morales F, et al. Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:77-87.
20. Short ME, Goetzl RZ, Pei X, Tabrizi MJ, Ozminkowski RJ, Gibson TB, et al. How accurate are self-reports? Analysis of self-reported health care utilization and absence when compared with administrative data. *J Occup Environ Med* 2009;51:786-796.
21. Seber GAF, Wild CL. *Nonlinear Regression*. New York: Wiley, 1989.
22. Rothman K, Greenland S. *Modern Epidemiology*, 2nd edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.
23. Wolter KM. *Introduction to Variance Estimation*. New York: Springer-Verlag, 1985.
24. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México. 2011. México: OPS/OMS. [Consultado 2012 mayo 24]. Disponible en: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm\\_oms.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf).
25. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, et al. Pain and emotion: A biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol* 2011;67:942-968.
26. Arroll B, Fernando A, Falloon K, Goodyear-Smith F, Samaranyake C, Warman G. Prevalence of causes of insomnia in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2012;62:99-103.
27. Schofield D, Shrestha RN, Percival R, Passey ME, Callander EJ, Kelly SJ. The personal and national costs of mental health conditions: impacts on income, taxes, government support payments due to lost labour force participation. *BMC Psychiatry* 2011;11:72.
28. Hajak G, Petukhova M, Lakoma MD, Coulouvrat C, Roth T, Sampson NA, et al. Days-Out-of-Role Associated With Insomnia and Comorbid Conditions in the America Insomnia Survey. *Biol Psychiatry* 2011;70:1063-1073.