

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas

Análisis general

El abuso de numerosas sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas constituye uno de los problemas de mayor impacto para la salud en la Región. Entre las sustancias capaces de producir dependencia, el alcohol y el tabaco, consideradas lícitas, son las sustancias con mayor proporción de consumo, ya sea continuo u ocasional.

Los países de mayor consumo de sustancias ilícitas, como los Estados Unidos de América, han logrado reducir el número de personas que consumieron drogas en los últimos 30 días, o "usuarios del último mes" de 25 millones a 12,8 millones desde 1979 hasta 1996, según estimaciones del Departamento de Salud y Servicios Sociales de ese país. Los consumidores de alcohol suman 110 millones en los Estados Unidos, y los de tabaco, 55 millones. En 1995, más de la tercera parte de los estudiantes del último año de escuelas secundarias estadounidenses consumían tabaco, la mayor cifra desde 1970, que se corresponde con unos 3.000 casos nuevos por día. Este fenómeno se ve agravado por el hecho de que los fumadores en estos grupos de edad tienen ocho veces más posibilidades de usar drogas ilícitas y cinco veces más de consumir alcohol en forma excesiva. En 1992, el consumo de cocaína en los Estados Unidos alcanzó aproximadamente las 300 toneladas métricas, dos terceras partes de las cuales fueron consumidas por la población afectada por dependencia química o psicológica a la sustancia. De 1991 en adelante, el número de consumidores nuevos de cocaína se estabilizó en unos 500.000 por año. Por su parte, el número de consumidores nuevos de marihuana aumentó de 1,4 a 2,3 millones entre 1990 y 1994.

En el Canadá, el costo del tabaquismo se estimó en más de US\$ 7.700 millones (\$2.100 en gastos en salud). Otros países de la Región, apoyados por la OMS y el Banco Mundial, tratan de elaborar estimaciones similares para contrarrestar el argumento de las compañías tabacaleras sobre los supuestos beneficios del tabaco para la economía de los países. De acuerdo con estimaciones de la OMS para 1997, los problemas de salud atribuibles al tabaquismo causan cerca de 675.000 muertes en las Américas (500.000 en los Estados Unidos, 40.000 en el Canadá, 100.000 en América Latina y 35.000 en el Caribe Inglés).

En cuanto a las defunciones atribuibles al alcohol, en diversas zonas de Chile, México y Puerto Rico persiste una elevada mortalidad por cirrosis hepática, que tiende a estabilizarse en el resto de la Región. Tanto la Argentina como el Uruguay han logrado reducir el consumo diario de alcohol y las muertes por cirrosis, y cabe resaltar el hecho de que la Ar-

gentina presenta la mitad de defunciones por cirrosis hepática que Chile, con cerca del doble de población.

Al parecer, hay un desfase entre los datos que reflejan las diversas encuestas y los informes locales sobre la demanda de atención y los indicadores indirectos relacionados con una masa crítica de personas dependientes de sustancias ilícitas. Este fenómeno parece indicar que los usuarios de estas sustancias no se encuentran homogéneamente distribuidos en la población, en contraposición con los consumidores de tabaco, de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas legalizadas.

Revisión de los indicadores

La magnitud del problema del abuso de sustancias no se ha determinado en forma homogénea en la Región. En algunos países se realizan encuestas poblacionales representativas. En relación con la heroína, el número de dependientes en los Estados Unidos se ha estabilizado en 600.000 y desde 1989 se han incautado alrededor de 1.300 kg al año. En el Canadá, la confiscación de resina de cannabis, con la que se prepara el hachís, pasó de 15.785 kg en 1992 a 56.639 kg en 1993. Ese mismo año se decomisaron cantidades de heroína relativamente bajas: 154 kg, frente a 99 kg en 1991 y 114 kg en 1992. En el Canadá se consume la décima parte de cocaína que en los Estados Unidos, a juzgar por la confiscación de 2.713 kg en 1993.

Entre los datos sobre la producción e incautación de sustancias ilícitas, el Resumen Estadístico de la Organización de los Estados Americanos (OEA) indica que el total de marihuana decomisada en 1993 en la Región fue de 1.112.720 kg, lo que muestra una estabilización después de las cifras cercanas a 1.875.415 kg registradas a comienzos de los años noventa. México ocupa el primer lugar, con 495.000 kg decomisados, seguido por los Estados Unidos, con 382.000 kg y Colombia, con 127.867 kg. Llama la atención el hecho de que las cantidades decomisadas de cocaína se mantengan relativamente estables en la Región (213.000 kg en 1989 y 251.142 kg en 1993). Estados Unidos y México ocupan los primeros lugares en cuanto a las cantidades de cocaína confiscadas, con 110.693 kg y 46.159 kg respectivamente. Se calcula que el consumo de cocaína pura en los Estados Unidos es de aproximadamente 290.000 kg y se ha mantenido estable desde 1986. La Corporación Rand estima que dos terceras partes de la cocaína usada en los Estados Unidos la consumen los usuarios crónicos y el resto se emplea en forma casual, con fines recreativos, experimentales, como estimulante, etcétera.

El Cuadro 36 presenta los niveles de consumo per cápita de alcohol disponibles hasta 1990 en países de las Américas. Como puede verse, el incremento ha sido discreto.

En América Latina, la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en la región es muy alta, y diversas encuestas informan sobre la persistencia de "bebedores problema", es

CUADRO 36

Consumo de alcohol absoluto per cápita, en litros, países de las Américas, años 1970, 1975, 1980, 1985, 1990.

País	1970	1975	1980	1985	1990
Argentina	13,28	12,8	11,6	8,9	7,5
Bolivia	1,74	2,13	2,30	...	...
Brasil	1,82	1,99	2,55	1,4	3,4
Canadá	6,07	8,11	8,61	7,9	7,4
Chile	6,11	5,75	6,72	6,3	6,4
Colombia	2,19	2,18	2,68	2,6	3,0
Costa Rica	2,23	2,04	3,03	...	2,6
Cuba	1,59	2,14	2,26	3,1	3,6
Ecuador	0,94	1,70	1,92	...	...
El Salvador	0,89	1,36	1,31	...	...
Estados Unidos	6,87	7,76	8,26	8,0	7,4
Guatemala	1,89	2,61	2,52	...	...
Honduras	1,16	1,31	1,60	...	...
México	2,01	2,27	2,59	2,6	3,0
Nicaragua	2,78	2,66	2,30	...	...
Panamá	2,85	3,10	3,12	...	...
Paraguay	2,35	2,36	3,66	1,9	2,0
Perú	2,21	2,65	2,38	1,6	1,4
Puerto Rico	9,31	8,41	...	...	...
República Dominicana	1,49	2,08	2,54	...	...
Uruguay	5,71	6,49	4,15	5,3	5,7
Venezuela	4,02	4,17	4,37	3,1	3,3

decir, de personas que presentan patrones de consumo caracterizados por embriaguez frecuente. Estas personas se detectan por medio de herramientas especialmente diseñadas, como la EBBA (Escala Breve de Beber Alcohol) en Chile o el cuestionario para el diagnóstico de alcoholismo CAGE en Colombia y otros países (ambos validados para los países donde se practican). En Colombia se utilizó también el CIDI (Inventario Internacional Completo de Diagnóstico) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para identificar a personas con problemas de dependencia del alcohol. Llamen la atención las elevadas cifras de bebedores problema en Chile, donde la EBBA resultó positiva para 35,6% de los hombres y 11,1% de las mujeres (total 24%). De igual manera, en Colombia, el cuestionario CAGE refleja cifras de alcoholismo y alto riesgo (bebedores problema) de 12,0% y 9,9%, respectivamente. La mayor parte de los países informan que de 6% a 8% de la población mayor de 12 años son dependientes del alcohol y cerca de 10% son bebedores excesivos. Esto implica que un alto porcentaje de la población se embriaga en forma periódica y tiene problemas sociales, psicológicos y laborales en relación con esta conducta. Aunque no se cuenta con cifras continuas y confiables, se describen a menudo accidentes y

CUADRO 37

Porcentaje de la población mayor de 12 años que consume bebidas alcohólicas, según diversas encuestas, países de las Américas.

País (año)	Alguna vez	Último año	Último mes
Bolivia (1992)	68,7	58,9	42,1
Canadá (1994)	88,2	72,3	...
Chile (1996)	83,7	70,3	46,7
Colombia (1996)	...	59,8	35,2
Costa Rica (1995)	62,3	40,3	24,8
Estados Unidos (1994)	84,2	66,9	53,9
México (1993)	74,6	51,6	42,9
Paraguay (1991)	36,5	31,6	25,8
Perú (1997)	84,6	74,2	40,7
Venezuela (1996)	80,5	66,0	28,8

violencias de toda índole relacionados con conductas derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas. El Cuadro 37 muestra los niveles de consumo en países determinados según diversas encuestas.

El Cuadro 38 muestra los niveles de consumo per cápita de cigarrillos en las diferentes regiones, según los criterios de distribución de la OMS. Es llamativa la disminución de los índices de consumo entre los períodos 1980–1982 y 1990–1992 (2,8%). Se podría especular que en la Región de las Américas el pico de la epidemia de tabaquismo se alcanzó en la primera mitad del decenio de 1980, de modo que las consecuencias de la morbilidad y la mortalidad asociadas con el tabaco se seguirán haciendo sentir en lo que resta del presente siglo y, de mantenerse esta tendencia, por lo menos hasta el primer cuarto del siglo XXI, en combinación con el aumento de la longevidad y de la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

De la misma manera, en la mayor parte de los países que realizaron encuestas recientemente se observa un marcado descenso en el consumo de tabaco. Así, en Colombia la prevalencia del consumo de tabaco durante el último mes disminuyó de 21,3% en 1992 a 18,5% en 1996. Este indicador permaneció prácticamente invariable en Costa Rica (18,6% en 1990 y 18,3% en 1993) y en México (26,0% en 1990 y 25,1 en 1993). Es notoria la disparidad entre el uso alguna vez en la vida y el uso actual durante el último mes en los Estados Unidos, ya que se observa una diferencia de 45 puntos porcentuales. Esto refleja la clara disminución de fumadores a lo largo de los años, después del Informe del Cirujano General correspondiente a 1964. El Cuadro 39 muestra la prevalencia del tabaquismo en la población mayor de 12 años.

En los demás países, las tasas de prevalencia de vida (consumo de tabaco alguna vez en la vida) y las de consumo en el

CUADRO 38
Estimaciones globales y regionales y tendencias en el consumo de cigarrillos en adultos de 15 años y más,
períodos 1970–1972 a 1990–1992.

Regiones de la OMS y países	Promedio de consumo anual per cápita			Variación anual en porcentaje		
				1970–1972	1980–1982	1970–1972
	1970–1972	1980–1982	1990–1992	a 1980–1982	a 1990–1992	a 1990–1992
Región de África	460	570	590	2,1	0,3	1,2
Región de las Américas	2.580	2.510	1.900	-0,3	-2,8	-1,5
Región del Mediterráneo Oriental	700	940	930	2,9	-0,1	1,4
Región de Europa	2.360	2.500	2.340	0,6	-0,7	0,0
Región del Asia Sudoriental	850	1.140	1.230	2,9	0,8	1,8
Región del Pacífico Occidental	1.100	1.610	2.010	3,8	2,2	3,0
Países industrializados	2.860	2.980	2.590	0,4	-1,4	-0,5
Países en desarrollo	860	1.220	1.410	3,5	1,4	2,5
Todo el mundo	1.410	1.650	1.660	1,6	0,1	0,8

Fuente: World Health Organization. *Tobacco or health. A global status report.* Geneva: WHO; 1997.

último año no son tan diferentes a las de uso reciente, de ahí que, aunque la prevalencia no sea tan alta, muchos fumadores sean dependientes del tabaco. Sin embargo, es llamativo que el consumo per cápita de cigarrillos para la Región haya disminuido de 2.550 en 1972 a 1.600 en 1992, lo que puede reflejar un menor consumo diario, determinado por la elasticidad en el precio y en el ingreso.

El Cuadro 40, elaborado a partir de los datos proporcionados por los países a la Organización Panamericana de la Salud, presenta la prevalencia del consumo de tabaco estimada para hombres y mujeres. Si bien los datos no están actualizados de acuerdo con las últimas encuestas, son bastante indicativos de la situación en las Américas.

CUADRO 39
Porcentaje de la población mayor de 12 años que consume tabaco, países de las Américas.

País (año)	Alguna vez	Último año	Último mes
Bolivia (1992)	46,8	34,1	24,9
Canadá (1994)	54,5	27,0	...
Chile (1996)	70,2	47,5	40,4
Colombia (1996)	38,8	25,9	22,2
Costa Rica (1995)	35,2	18,3	17,5
Estados Unidos (1994)	73,3	31,7	28,6
México (1993)	45,4	...	25,1
Paraguay (1991)	...	...	24,3
Perú (1997)	62,1	42,0	31,7
Venezuela (1996)	31,8	25,7	24,4

Fuente: Informes de los países.

Estas cifras constituyen un factor de peso en cuanto a la morbilidad y mortalidad por causas atribuibles al tabaco, de acuerdo con el total de muertes anuales. Por otro lado, el cambio del perfil epidemiológico que se observa en los países en desarrollo, que aumentará la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, y el incremento de la longevidad tendrán un fuerte impacto, dadas las cifras críticas de consumo promedio de cigarrillos en la Región.

En relación con los datos sobre el consumo de sustancias ilícitas, se presenta un panorama similar en los países productores o de tráfico de drogas, con cifras relativamente modestas, en comparación con los países previamente identificados como de mayor demanda. En el Cuadro 41 se presentan datos sobre la prevalencia del consumo de sustancias ilícitas en países seleccionados.

Es importante señalar que en un país productor de cocaína como Bolivia la prevalencia de vida para el consumo de mate o té de coca es de 59,9%, y la del último mes correspondió a 16,7%. De la misma manera, se registran datos sobre el allicho (masticación de hojas de coca), presente en 14,3% de la población, así como sobre el uso medicinal de esta sustancia, estimado en 13%. Ambos corresponden al consumo de los últimos 30 días. A excepción de los Estados Unidos y el Canadá, todos los países encuestados informaron que el uso de la heroína era excepcional. En México, país productor y de tráfico de drogas, la prevalencia de vida es de 0,1% (cero durante el último mes y año). Colombia notificó 12.576 consumidores (comparado con 343.000 que han usado pasta de coca y más de 1 millón de varones que han consumido marihuana). En los Estados Unidos la prevalencia de vida es de 1% (cerca de 2 millones de personas) y la de consumo durante el último mes

CUADRO 40
Prevalencia del consumo de tabaco estimada para hombres y mujeres, países de las Américas.

Posición	País (año)	Hombres (%)	Mujeres (%)
1	República Dominicana (1990)	66,3	13,6
2	Bolivia (1992)	50,0	21,4
3	Cuba (1990)	49,3	24,5
4	Perú (1989)	41,0	13,0
5	Uruguay (1990)	40,9	26,6
6	Argentina (1992)	40,0	23,0
7	Brasil (1989)	39,9	25,4
8	El Salvador (1988)	38,0	12,0
9	Chile (1990)	37,9	25,1
10	Guatemala (1989)	37,8	17,7
11	Honduras (1988)	36,0	11,0
12	Colombia (1992)	35,1	19,1
13	Costa Rica (1988)	35,0	20,0
14	Canadá (1991)	31,0	29,0
15	Estados Unidos (1993)	27,7	22,5
16	Paraguay (1990)	24,1	5,5
17	Bahamas (1989)	19,3	3,8

Fuente: Informes de los países.

es de 0,1% (117.000 personas). La población total adicta a la heroína se estima actualmente en 600.000 personas, lo que indica que muchos casos se encuentran en remisión, de acuerdo con la última encuesta revisada.

Se puede concluir que, con variaciones menores, existe una tendencia al consumo reducido de sustancias ilícitas en los países en desarrollo y aun en el país de mayor consumo, Estados Unidos, donde el uso total de sustancias ilícitas es de 34,4%, pero 31,1% (cerca de 98% del total) corresponde a la marihuana. Se necesitan más estudios sobre poblaciones específicas y grupos de usuarios en zonas problema, para así determinar las condiciones socioculturales que ayuden a explicar el fenómeno. En algunas zonas de tráfico de drogas intenso, como la costa del Caribe, Nicaragua y Honduras, se ha comunicado el aumento de la incidencia del uso de "crack" en los últimos años. Recientemente se puso en marcha un programa de asistencia a esas regiones, con la colaboración de la Comisión Interamericana contra el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la OEA, en la cual se incluyen métodos comunitarios de diagnóstico de situación y de vigilancia epidemiológica.

En cuanto a la determinación de riesgos y de factores protectores, se están llevando a cabo diversos estudios para la aplicación del Inventario de Tamizaje para el Uso de Drogas

(Drug Use Screening Inventory). Estos estudios se realizaron en los países de América Central, en Chile, en Colombia (Medellín), en la República Dominicana y en Venezuela. Los estudios indican una fuerte asociación entre factores de riesgo comunes y uso de drogas durante el último mes en poblaciones de estudiantes, entre los que se destacan los relacionados con la edad (a mayor edad en la adolescencia mayor uso), el sexo (mayor propensión en el sexo masculino), el desajuste escolar, las conductas impulsivas o los trastornos de conducta y la asociación con pares afectados. Por otro lado, el factor protector común en todos los países y para todas las drogas, es la existencia de una vida familiar satisfactoria.

En relación con las sustancias que funcionan como "puerta de entrada" al mundo de las drogas (alcohol, tabaco o ambos), se puede decir también que los adolescentes que las consumieron previamente, presentaban mayor prevalencia del consumo de marihuana y de cocaína que los que no lo habían hecho, de manera que la edad de iniciación constituye una variable crítica para los esfuerzos de prevención.

Trastornos mentales y psicosociales

Necesidades actuales de atención

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos y de los problemas psicosociales en la Región (la violencia, como ejemplo de estos últimos), indica que la magnitud es alta y que no hay país inmune a ellos. En los Estados Unidos, el estudio ECA (Zona de Captación Epidemiológica), en el que se usó un método diagnóstico normalizado, el DIS (Plan de Entrevistas Diagnósticas) y que abarcó a varias poblaciones urbanas y a una rural (N = 19.640), informó una tasa de prevalencia de vida de 32% y una tasa de casos activos en los 12 meses anteriores a la encuesta de 20% (1991) (172). En un estudio más reciente, en el que se usó otro instrumento diagnóstico, el CIDI, igualmente normalizado, y que comprendió una muestra probabilística de toda la población de los Estados Unidos, se encontraron las siguientes tasas agregadas: de vida, 48,0% y del último año, 29,5%. En los hombres, las tasas respectivas fueron 48,7% y 27,7%, y en las mujeres, 43,3% y 31,2% respectivamente (173). En el Canadá, un estudio realizado en la ciudad de Edmonton en 1988, en el que se aplicó un método semejante al estudio ECA, arrojó una tasa de prevalencia de vida de 33,8% (174). Un estudio realizado en 1994 en la provincia de Ontario (Canadá) ofreció información de interés, producto de entrevistas a personas de 15 a 64 años en sus domicilios, y encontró una tasa de prevalencia en el año anterior a la encuesta de 18% en los hombres y 19% en las mujeres (175). Una investigación multicéntrica del Brasil, notificada en 1993, estimó tasas de prevalencia que oscilaban entre 19% y 34% para un

CUADRO 41
Prevalencia del consumo de sustancias ilícitas en la población mayor de 12 años (porcentaje), países de las Américas.

País (año)	Alguna vez		Último año		Último mes	
	Marihuana	Cocaína	Marihuana	Cocaína	Marihuana	Cocaína
Bolivia (1994)	2,5	1,2 (1,2)	0,6	0,2 (0,3)	0,2	0,1 (0,2)
Canadá (1994)	23,1	3,8	7,4	0,7		
Chile (1996)	16,7	2,6 (2,0)	4,0	0,8 (0,6)	1,2	0,3 (0,2)
Colombia (1996)	5,4	1,6 (1,5)	1,1	0,4 (0,3)		
Costa Rica (1995)	3,9	0,9	0,5	0,2	0,3	0,1
Estados Unidos (1994)	31,1	10,4 (1,9)	8,5	1,7 (0,6)	4,8	0,7 (0,2)
México (1993)	3,3	0,5	0,5	0,2	0,2	0,1
Paraguay (1991)	1,4	0,1	1,4	...	...	...
Perú (1997)	6,4	1,9 (3,1)	1,0	0,2 (0,7)	0,6	0,1 (0,5)
Venezuela (1996)	3,2	1,5 (0,7)	1,7	0,7 (0,4)	1,0	0,5 (0,3)

Nota: Las cifras entre paréntesis indican el consumo de "crack" o pasta de coca (base libre de cocaína).

conjunto de trastornos psiquiátricos. En Chile, la tasa de prevalencia de vida calculada en un estudio dado a conocer en 1993 fue de 33,7% (176). En México (177) se informó una tasa de prevalencia de vida de 22%. De 13 categorías diagnósticas estudiadas, los estados depresivos y la dependencia del alcohol tuvieron las tasas más frecuentes de prevalencia de vida en los hombres, 5,3%, y 4,9%, respectivamente. En las mujeres, los estados depresivos fueron los más frecuentes, con una tasa de prevalencia de vida de 11,3% seguida por las fobias simples (5,8%). En Colombia se publicó en 1997 una encuesta nacional que utilizó como instrumento diagnóstico la segunda versión del CIDI. En este estudio se investigaron 16 categorías diagnósticas; de ellas, las tasas de prevalencia de vida más frecuentes para ambos géneros fueron la dependencia del tabaco (28,3%), la depresión mayor (19,6%) y el abuso o la dependencia del alcohol (16,6%) (178). Estas tasas agregadas son el resultado de cálculos basados en trastornos psiquiátricos seleccionados y no se incluye por consiguiente el conjunto de estos, tal como los enumera la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).

La niñez no es inmune a los trastornos psiquiátricos. Un estudio efectuado en Puerto Rico informó una tasa de preva-

lencia de los trastornos psiquiátricos moderados y graves de 16% (179). En ausencia de estudios en otros países, se hizo una proyección de esta tasa a la población de América Latina y el Caribe y de acuerdo con ella no menos de 17 millones de niños de 4 a 16 años estarían afectados por trastornos que requieren intervención.

La epilepsia presenta tasas de prevalencia para América Latina que oscilan entre 1,3% y 5,7% de la población general (180). En la región de América Latina y el Caribe, los trastornos afectivos y las psicosis esquizofrénicas presentan tasas de prevalencia anual de 4,1% y 1,1% respectivamente. Para los Estados Unidos, las dos últimas tasas son 11,3% y 0,5% respectivamente (173). Del total de las tasas de prevalencia citadas, se estima que de 3% a 5% están constituidas por trastornos graves que requieren atención por parte de los servicios de salud mental.

La frecuencia y distribución de algunos trastornos en el Caribe Inglés ha sido sintetizada recientemente (181). Estudios que miden la incidencia de la esquizofrenia se han llevado a cabo en Trinidad y Tobago en 1993, en Jamaica en 1994 y en Barbados en 1995. Las tasas obtenidas fueron, respectivamente, 0,24 por 1.000 en hombres y 0,19 en mujeres; 0,11 por 1.000 para los dos sexos, y 0,28 por 1.000 para ambos sexos combinados. Dos estudios que calcularon la tasa

de prevalencia del mismo trastorno fueron conducidos en Trinidad y Tabago y en Dominica. En Trinidad y Tabago las tasas fueron 0,34% en los ciudadanos de origen africano y 0,12% en los originarios de la India, con una tasa global de 0,32% para los hombres y de 0,18% para las mujeres, mientras que en Dominica la tasa de prevalencia de la esquizofrenia en 1990 se calculó en 0,85% en 1990.

Con referencia al impacto de las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe, el Banco Mundial estima que 8,0% de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad son atribuibles a ellas, proporción mayor que la asignada al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%) (182). Se ha estimado también que 5 de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo en 1990 son psiquiátricas y que la depresión es la más frecuente (183). En Chile, un estudio similar encontró que de las primeras 15 causas responsables de años de vida perdidos ajustados por discapacidad, cuatro eran de naturaleza psiquiátrica (dependencia del alcohol, 3,02% del total; trastornos depresivos, 3,01%; enfermedad de Alzheimer, 2,42%, y psicosis, 2,36%) y otras cinco de naturaleza psicosocial (184). La carga económica de los trastornos psiquiátricos es igualmente alta en los Estados Unidos, donde se ha estimado que el costo de los estados depresivos en 1990 ascendió a US\$ 43.000 millones (185).

Es importante mencionar que la distribución de los problemas mentales en la población no es aleatoria y que hay una relación inversa entre el estrato socioeconómico y la tasa agregada de trastornos: cuanto más bajo es el nivel tanto más alta es la tasa. Las necesidades son también especialmente altas en los sectores con mayor riesgo, como las poblaciones indígenas y los grupos que sufren desplazamientos, persecución o guerra. Cabe recordar también que solo en la minoría de los casos las personas con necesidades de atención consultan a los servicios. Por ejemplo, en el estudio realizado en los Estados Unidos (173) se señaló que solo 42% de las personas con algún trastorno psiquiátrico en la vida habían concurrido a un servicio de salud para buscar ayuda en relación con ese trastorno.

Necesidades futuras de atención

Se estima que las necesidades actuales de atención de los países aumentarán aún más hacia comienzos del siglo XXI debido a los cambios demográficos que se pronostican, en virtud de los cuales un mayor número de personas entrarán en las edades de riesgo de trastornos psiquiátricos. No menos de 88 millones de personas tendrán algún trastorno mental o emocional en América Latina y el Caribe en el 2000 (186), y se estima que en el 2010 habrá más de 2 millones de personas con trastornos esquizofrénicos y más de 17 millones con trastornos afectivos.

Políticas y servicios de atención de salud mental

La atención psiquiátrica comprende tanto el tratamiento de las alteraciones del desarrollo psíquico y de la personalidad como de las perturbaciones de base funcional u orgánica de la actividad mental. Las actividades de atención psiquiátrica incluyen la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos psiquiátricos y la intervención sobre los factores psicosociales asociados con la salud y el desarrollo humano.

La atención psiquiátrica es prestada por los servicios especializados y por los servicios generales, particularmente los de atención primaria. En rigor, son estos últimos los que enfrentan la mayor carga asistencial debido, entre otros factores, a su mayor accesibilidad y a la actitud de la población frente a los distintos servicios, que es tanto más favorable cuanto más desvinculada esté de la brindada por el hospital mental.

La incorporación de acciones de atención psiquiátrica en la estrategia de atención primaria se ha fortalecido considerablemente desde 1990 en América Latina y el Caribe. El desarrollo y difusión de tecnologías sencillas referidas a la identificación y manejo de los pacientes con trastornos emocionales en el nivel de la atención primaria y la educación en servicio, apoyada por los servicios especializados, ha contribuido notablemente a la extensión de su cobertura. En efecto, casi sin excepción los países han realizado grandes esfuerzos para promover estas acciones por medio de la investigación, el desarrollo de manuales y la capacitación. Cabe señalar que tanto la atención psiquiátrica especializada como la provista por los servicios generales de salud cubren solo una parte de las necesidades y demandas de la población. Una proporción de estas, de mayor o menor grado según los países, es atendida por medios provistos por las propias comunidades. Así, especialmente desde 1990, los sistemas de servicios de salud de la Región han iniciado la articulación de sus programas de atención psiquiátrica con acciones emprendidas por la comunidad en general, por ejemplo, mediante las redes de apoyo social y la formación de grupos de ayuda mutua y asociaciones de usuarios. Esta participación del público en la atención psiquiátrica, que en los Estados Unidos y en el Canadá dio origen a un activo movimiento de amplio desarrollo, se ha ido extendiendo a las subregiones de América Latina y el Caribe al punto que en algunos países (Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Panamá y Uruguay) está adquiriendo notable visibilidad. No obstante la ampliación de la gama de recursos, aun hoy la demanda supera ampliamente la capacidad resolutoria de los servicios.

Por otra parte, la calidad y accesibilidad de los servicios psiquiátricos aún es, por lo general, deficitaria. Como una respuesta a esta situación, en 1990 se gestó un movimiento denominado Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Esta iniciativa, a la que se han sumado la casi totalidad de países de América Latina, procura transformar la

atención psiquiátrica actual, mayormente centrada en los hospitales mentales, en una de base comunitaria, e intenta aumentar al máximo el uso del potencial restaurativo de la salud mental con que cuenta la comunidad, aprovechar los diversos modelos de atención, tales como la atención psiquiátrica en hospitales generales o las casas de medio camino, y superar las deficiencias que caracterizan a las instituciones mentales de la mayoría de los países de la subregión.

En América Latina y el Caribe la atención psiquiátrica debe enfrentar obstáculos dentro y fuera de los servicios de salud. El cuidado de la enfermedad mental no se considera por lo general prioritario, lo que se traduce en presupuestos exigüos y visibilidad escasa de las acciones en este campo. Las autoridades y los profesionales de la salud aún tienen reservas con respecto a los nuevos enfoques propuestos para la prevención primaria y, especialmente, para la atención de los trastornos mentales. Estas actitudes resultan tanto del estigma social que rodea a quienes padecen estos trastornos como de la capacidad de los prestadores de servicios, impartidos habitualmente en los hospitales mentales. La Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica intenta superar esta situación y puede afirmarse que se están produciendo los cambios buscados. En 1997 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud respaldó la citada iniciativa y urgió a los Gobiernos Miembros a darle total apoyo. En cuanto a los países de habla inglesa del Caribe, cabe destacar que casi en la totalidad de ellos los servicios de atención psiquiátrica están en franco progreso.

SALUD ORAL

La caries dental, el cáncer oral y las manifestaciones del VIH/sida son las afecciones de mayor repercusión e importancia en la salud pública dental de la Región. La caries dental es la enfermedad más prevalente, sobre todo en los niños. La falta de programas de prevención y tratamiento curativo apropiado en varias partes de la Región sigue contribuyendo a la presencia de cohortes de adultos y ancianos caracterizados por la pérdida dentaria y el edentulismo. Sin embargo, durante la década de 1990 se ha comenzado a notar una disminución de la prevalencia y severidad de la caries dental.

Alrededor de 5% de todos los tumores malignos corresponden a cáncer de la cavidad oral y faríngea. A pesar de la manifestación de afecciones premalignas y del acceso directo a estas cavidades mediante la inspección visual y táctil, en muchos casos las lesiones se diagnostican en estadios avanzados de extensión y metástasis; en consecuencia, solamente 50% de las personas con cáncer oral sobreviven el quinto año luego del diagnóstico.

El VIH tiene especial importancia porque provoca lesiones indicadoras en la cavidad oral y porque puede ge-

nerar infecciones en los consultorios y laboratorios de odontología.

Caries dental e índice CPO-D⁴

La vigilancia epidemiológica de la caries dental en la Región de las Américas se realiza a través de encuestas clínicas de corte transversal en grupos de población específicos (cohortes) y siguiendo protocolos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (187). La OMS ha fijado como objetivo mundial para el año 2000 una prevalencia de caries dental no mayor de tres piezas cariadas, perdidas u obturadas (CPO-D \leq 3) en los niños de 12 años de edad.

El Cuadro 42 muestra la prevalencia y severidad de la caries dental en escolares de 12 años de varios países de la Región. En él se utiliza el índice CPO-D comunicado en estudios epidemiológicos realizados en los decenios de 1970, 1980 y 1990 y recopilados de varias fuentes. Los valores de la mayoría de los estudios llevados a cabo en los decenios de 1970 y 1980 provienen del banco mundial de datos sobre salud oral de la OMS⁵ (188), de estudios comunicados en la literatura médica (189–201), publicaciones oficiales de dependencias gubernamentales (202–205) y organismos internacionales (206–208), y de estudios emprendidos por el Programa Regional de Salud Oral de la OPS (209, 210). Los datos más recientes de Bolivia (211), Costa Rica (212), Chile (213), Ecuador (214), Jamaica (215), Perú (216) y Uruguay (217) se han obtenido de estudios de línea basal o evaluativos que forman parte del sistema de vigilancia epidemiológica de los programas nacionales de fluoruración respectivos. En Argentina, Chile, Guatemala y Honduras se han incluido resultados de dos informes epidemiológicos realizados en el mismo decenio. En el caso del Brasil se incluye un estudio nacional de zonas urbanas realizado en 1986 (218); de este estudio se han tomado las medias estadísticas a nivel de país (CPO-D=6,7), para el estado de São Paulo (CPO-D=6,5) y la región del Sudeste (CPO-D=5,95), y se han calculado porcentajes de reducción para la ciudad de Padrópolis, São Paulo, en 1994 (CPO-D=2,76) (219) y Rio de Janeiro en 1988 (CPO-D=3,9). Los datos del Canadá se han tomado de estudios realizados en la Provincia de Ontario (189), la más poblada del país. Los datos para los Estados Unidos de América se han obtenido de tres estudios nacionales (1979–1980, 1986–1987 y 1988–1991, respectivamente) (192, 203, 204). Varios países, entre ellos Mé-

⁴El índice CPO-D (CPO-diente) representa el número total de piezas dentarias permanentes cariadas (C) y perdidas (P) u obturadas (O) como consecuencia de caries dental. El índice se notifica para edades o grupos de edad específicos.

⁵Estos datos son publicados y distribuidos periódicamente por el Programa de Salud Bucodental de la Organización Mundial de la Salud con el título "Dental caries levels at 12 years" (Niveles de caries dental a los 12 años).