

Solidaridad Social en la Salud

Los enfermos mentales: los enfermos más desprotegidos Dr. Jesús Humberto del Real Sánchez

Las enfermedades mentales son más frecuentes y más graves de lo que generalmente se piensa, a pesar de que algunas expresiones populares digan todo lo contrario, como aquellas que dicen: “*de músico, poeta y loco, todos tenemos un poco*” y “*natural y figura hasta la sepultura*”.

Aunque ha habido grandes avances en el conocimiento de las alteraciones y los mecanismos de producción de las enfermedades mentales en los últimos años, este conocimiento se ha quedado limitado a los medios hospitalarios y a las escuelas de medicina y de psicología, y ha tardado en ser difundido y conocido por la población en general, motivo por el cual, sigue imperando la incompreensión, la falta de respeto y la marginación de estos enfermos, que hace que, *los enfermos mentales, sean los más desprotegidos de todos los enfermos*.

Cuando los enfermos mentales son pobres, los familiares tratan de deshacerse de ellos internándolos en algún *manicomio*, y si esto no es posible, entonces, los dejan en casa prácticamente abandonados. Cuando los enfermos mentales son gente pudiente, ocurre lo mismo que con los pobres, pero además, los familiares se apresuran para que los médicos y el estado los declare incompetentes para despojarlos de sus recursos económicos.

Se sigue pensando que los enfermos mentales se curan solos o que no se curan, que los enfermos mentales son un estigma, una vergüenza, que demuestra la existencia de pasajes y personajes oscuros, como taras mentales y alteraciones genéticas en la familia. Muchas de de las alteraciones presentes en algunos enfermos mentales, no constituyen propiamente una enfermedad, sino que son parte de un proceso de desarrollo o de adaptación, como serían *la adolescencia o el duelo por la pérdida de un ser querido*.

Durante mucho tiempo se dicho que existen dos probables *causas o etiologías de la depresión*. Por una parte, *el factor externo*, en donde la palabra *pérdida* era muy importante. La pérdida de un ser querido, de la salud, del trabajo, etc. Por la otra, *el factor interno*, ya que había pacientes que se deprimían sin haber un factor aparente, ya que literalmente se deprimían por todo, incluso algunos se deprimían cuando les iba bien.

La clasificación de las enfermedades mentales ha cambiado mucho. A las formas debidas principalmente a *causas externas*, se les denomina *reacciones de duelo o reacciones de ajuste*. Es un proceso normal, que generalmente es autolimitado, es decir sólo dura un corto tiempo y se resuelven solas. Si el duelo por la pérdida de un ser querido se prolonga durante un tiempo mayor del habitual, se dice que la reacción de duelo se ha prolongado y que se trata de un *duelo complicado con depresión*. Pero si el duelo es muy intenso y el paciente deja de comer y de dormir, y tiene intentos de suicidio, entonces decimos que es un *duelo complicado*.

En relación a las *causa* y a los *mecanismos de producción* de las enfermedades mentales, se han detectado algunas causas genéticas. Las neurociencias han descubierto la existencia de sistemas neuronales y de diversas señales conocidas como neurotransmisores; *acetilcolina*, *norepinefrina*, *dopamina* y *serotonina*, neuropéptidos; *endorfinas* y *encefalinas*, neurohormonas; *prolactina* y *somastostatina*. Estos sistemas son finamente regulados, pero cuando se presentan algunas fallas en su regulación, estas fallas se traducen en las manifestaciones clínicas de las enfermedades mentales.

Sí decimos que las enfermedades mentales son debidas a fallas en la regulación de los neurotransmisores, entonces surge la pregunta, *¿existen o no existen las enfermedades mentales condicionadas por los aspectos psicológicos y sociales en los que esta inmerso el individuo desde que nace?* La respuesta es sí, pero con un componente orgánico, del cual no se pueden desligar. Para ilustrar lo anterior veamos el siguiente ejemplo, tomado del libro “Reflexiones en Psiquiatría de Rafael Salín-Pascual”, México, D.F., Edamex, 2003”.

J.R es una mujer de 35 años, profesionista, que ha estado presentando cuadros de depresión muy repetidos, con intervalos de dos o tres años. Sus cuadros están caracterizados por tristeza, llantos sin motivos externos, pérdida del interés por realizar las cosas que antes hacía con mucha motivación. Insomnio en la madrugada, desgano, pérdida del apetito, y disminución de peso y del deseo sexual. En el pasado ha tenido ideas de ya no querer estar viva, pero debido a su formación religiosa, muy ortodoxa, nunca ha intentado suicidarse. Tiene un hermano mayor que presenta las mismas manifestaciones pero menos intensas, y otra hermana mayor a los dos, quien nunca se ha deprimido. Los tres tienen como antecedentes haber sido hijos de padres divorciados, y que por mucho tiempo estuvieron en escuelas públicas semiinternados, ya que su madre, con quien se quedaron, tenía que trabajar todo el día para poder salir adelante. La madre padecía también de cuadros de depresión. J.R tenía 3 años, su hermano 6 años y la hermana más grande 12 cuando sucedió el divorcio de los padres.

En el ejemplo anterior, que es un caso típico de depresión mayor, observamos los dos fenómenos. Por un lado, esta el hecho de que la madre presentó la enfermedad depresiva, lo cual nos da la posibilidad de que se trate de un fenómeno genético. Aunque también podría decirse que al menos dos de los hijos “*aprendieron*” el estilo depresivo de la madre. Por el otro lado, la separación de los padres, tuvo un efecto dramático en los tres hijos; sin embargo, el estado de desarrollo de cada uno de ellos, hizo que el impacto fuera diferente en cada uno de ellos. El efecto fue inversamente proporcional a la edad que cada uno tenía cuando ocurrió la separación: R.J tenía 3 años y fue la más afectada, el hermano que le seguía tenía 6 años y fue menos afectado que J.R, mientras que el hermano mayor que tenía 12 años no presento ninguna alteración.

Los niveles de desconcierto, de injusticia, de abandono y de incertidumbre surgen después de la separación de las figuras con autoridad moral, como lo son el padre y la madre. Esta situación ocasiona en los niños un impacto severo, y si a esto le agregamos una “*estado de vulnerabilidad*” el resultado será una enfermedad mental, en este caso la depresión mayor recurrente. Aunque no es fácil de definir el concepto de *vulnerabilidad*, podríamos decir que es el “*umbral o labilidad o debilidad biológica* y

psicológica” de una persona, para que esta desarrolle la enfermedad dentro de un grupo de personas sometidas al mismo nivel de estrés.

En las enfermedades conocidas como enfermedades autoinmunes, el organismo forma anticuerpos contra sus propios componentes, llamados por ello autoanticuerpos, que al reaccionar contra sus propios órganos y células producen enfermedad, como es el caso del lupus eritematoso sistémico, así también, en algunas enfermedades mentales, los mecanismos de compensación que se desencadenan para tratar de contrarrestar el estrés, pueden terminar ocasionando enfermedad en lugar de controlar el estrés.

La ansiedad puede ser vista como una especie de miedo hacia uno mismo, y los mecanismos generados para controlar de estrés, en vez de resultar benéficos, producen una serie de anormalidades, algunas de ellas de tipo estructural que terminan produciendo daño. Por ejemplo, se sabe que algunos enfermos con depresión crónica tienen alteraciones en el tamaño de las glándulas suprarrenales, las cuales producen ciertas hormonas durante las situaciones de estrés, y que una porción del cerebro llamada hipocampo, en el lóbulo temporal, disminuye de tamaño, como consecuencia de la producción crónica de este grupo de hormonas producidas por las suprarrenales, conocidos genericamente como cortisol. De ahí la importancia de que en este tipo de casos deba hacerse una valoración integral por un médico.

Con estos ejemplos, podemos ver que los mecanismos de producción de las enfermedades mentales son semejantes a los de demás enfermedades. Las enfermedades mentales son en realidad enfermedades cerebrales, por lo que el concepto de esta falsa dicotomía, debería de desaparecer. Las enfermedades cerebrales son producidas por factores ambientales como el estrés psicológico y social sobre un individuo con cierta “vulnerabilidad”, las enfermedades cerebrales, al igual que las demás enfermedades, pueden ser moduladas, y en ocasiones curadas con uso de medicamentos, en estos casos llamados psicofármacos y con psicoterapia.

La depresión es la más común de las alteraciones mentales, ya que afecta de un 10 a un 20% de la población general, y el 90% de la población corre el riesgo de padecer depresión en algún momento de su vida. La gravedad de estas alteraciones puede ser desde leve y pasajera, y presentarse sólo una vez en la vida o ser grave y recurrente, y poner en peligro la vida, por ejemplo, induciendo al suicidio. Las enfermedades mentales debidas al alcoholismo y la drogadicción también son muy frecuentes, y lo más grave es que su incremento va en aumento. La esquizofrenia es el prototipo de las enfermedades mentales, afecta a cerca de 1% de la población, y en general tiene un pobre pronóstico.

Uno de los aspectos más importante y controvertidos de algunas enfermedades mentales, es el relacionado con las limitaciones o límites de la libertad, y básicamente de la libertad de elegir. Este es el caso de los drogadictos y de los alcohólicos. Para la mayoría de los estudiosos, estos últimos casos deben ser considerados como una enfermedad y no como un vicio. Para unos cuantos (Revista Vida y Salud, Noviembre-Diciembre del 2003), los drogadictos y los alcohólicos son efectivamente enfermos, pero también son o fueron “viciosos”, ya que antes de ser dependientes de las drogas, ellos tuvieron la oportunidad de aceptar o de rechazar el uso de las mismas. El hombre esta dotado de inteligencia y capacidad para razonar y poder elegir libremente, aún en

situaciones adversas, como lo expresa el refran: “*no hay loco que coma lumbre*”, y yo agregaria “*y mucho menos los cuerdos*” que fueron todos los drogadictos antes de ser adictos.

Desde hace unos 50 años, con el descubrimiento de la clorpromazina y derivados, existe una amplia gamma de psicofármacos y diversas modalidades de psicoterapia que han permitido el control, y en algunos casos la curación, de la gran mayoría de los enfermos mentales, lo que ha permitido el cierre de la mayoría de los manicomios. Antes de la época de la clorpromazina, las terapias usuales eran básicamente: el manicomio, las camisas de fuerza y los electrochoques. En 1978 Italia publicó una ley que ordenaba el cierre de los manicomios y limitaba el internamiento de los enfermos mentales a una semana, y excepcionalmente por más tiempo.

Para finalizar estas reflexiones, diremos que los conceptos sobre las enfermedades mentales han cambiado radicalmente en los últimos 50 años, pero que los conocimientos sobre estos avances han quedado limitados al medio hospitalario y las escuelas de medicina y psicología, y son poco conocidos por la población general.

Esperamos que las ideas que aquí se expresan sirvan para mejorar los conocimientos y los conceptos, que los “*cuerdos*” tienen de los enfermos mentales, para que que estos enfermos reciban un mejor trato y dejen de ser los más desprotejidos de todos los enfermos.