

Salud mental: presente y futuro

Hoy, concebimos la salud mental dentro del contexto general de la salud física, en particular de la salud cerebral. Salud mental es mucho más que la ausencia de síntomas emocionales, es decir, no presentar un trastorno mental.¹ A pesar de todo, el concepto de trastorno mental es más confiable y reproducible que la noción de salud mental.¹ Para muchos el concepto de salud y enfermedad mental debería desaparecer.² ¿Las razones? La primera, esta aserción implica una separación explícita entre cuerpo y mente. Durante los tres últimos lustros se ha logrado una mejor comprensión del funcionamiento cerebral y cómo la disfunción o la alteración de sus funciones se traduce en patologías o trastornos, según el patrón de expresión del fenotipo.³ Si las manifestaciones pueden en forma general explicarse por una lesión específica, el manejo estará en manos de neurólogos y neurocirujanos. En cambio, si los síntomas son del orden comportamental sin lesión objetiva por las técnicas paraclínicas diagnósticas comunes, generalmente es de tratamiento por psiquiatría.⁴ La segunda razón, el uso del calificativo mental ha llevado a que las personas que reúnen criterios para un trastorno mental sean discriminadas de diferentes formas. Mirar de manera trivial los síntomas mentales es la discriminación que ejerce el cuerpo médico,⁵ la segregación social, la de la comunidad en general;⁶ y el escaso presupuesto para la investigación y la promoción de la salud mental, como problema de salud pública, es la discriminación estatal.⁷ En Colombia, esta idea está plasmada en la omisión de la salud mental en el Plan Obligatorio de Salud (POS).⁸

Sin duda, el giro dado a la nosología en psiquiatría, con sus limitaciones, ha permitido un mejor estudio de los trastornos mentales con el uso de criterios comunes. Ahora, entendemos un poco más la interacción de factores biológicos y medioambientales para la presentación clínica de síntomas cerebrales, es decir, mentales.⁹ Finalmente, el cerebro no es más que la suma de los elementos biológicos, heredados o adquiridos, y sociales.¹⁰ Hoy, conocemos cómo interactúan algunos factores biológicos con algunos factores ambientales,¹¹ cómo estos factores externos producen cambios en el funcionamiento cerebral, mecanismos mediados por la liberación de hormonas que modulan la

expresión de genes y, por ende, de proteínas y otros mediadores que regulan la vida neuronal. De la misma forma, sabemos cómo los estresores vitales importantes, percibidos como amenazas para la integridad física o el bienestar psicológico del sujeto, aumentan la liberación de cortisol.¹² Esto se traduce en una serie de mensajeros. Si el estresor es lo suficientemente fuerte o duradero puede producir cambios permanentes en el funcionamiento cerebral haciendo al individuo más susceptible a otros estresores.¹² De tal suerte, por ejemplo, un individuo que nació con una alta carga genética para presentar un trastorno depresivo mayor, quien durante la infancia, la adolescencia o la adultez se enfrenta a situaciones negativas, presentará con mayor facilidad el conjunto de síntomas propios del trastorno.¹³ Y una vez se ha activado esa cascada de cambios del trastorno o enfermedad en las vías implicadas, como en otras condiciones médicas, se comportará como enfermedad de larga evolución.¹⁴

Sin duda, esto tiene implicaciones para el abordaje terapéutico de los pacientes. Los datos disponibles muestran que los trastornos del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar, presentan un curso de larga evolución, generalmente son episódicos, recurrentes con remisión total o parcial de síntomas entre cada episodio; en otras palabras, las personas pueden o no presentar algunos síntomas residuales o atenuados en los períodos críticos o más sintomáticos.¹⁵ A pesar de la creencia popular y de un número importante de profesionales de la salud y de carreras humanistas, la psiquiatría es la parte más humanista de la medicina, pero no por esto menos científica. Sólo un tratamiento farmacológico permanente sumado a intervenciones psicosociales apropiadas garantiza un adecuado, o por lo menos un aceptable, control de síntomas. Los trastornos mentales mayores no se mejoran únicamente “poniendo de su parte”.¹⁶ Para pocos profesionales de la salud es incuestionable el manejo farmacológico de personas que reúnen criterios para esquizofrenia; pero miran con recelo este manejo en personas que reúnen criterios para un trastorno depresivo mayor recurrente. Muchos siguen pensando que los trastornos mentales son el producto de la invención, de falta de iniciativa o

de debilidad psicológica del individuo, de la corriente de la “psiquiatría biológica” o del mercadeo de las empresas farmacéuticas.

Naturalmente, queda mucho camino por construir y mitos o creencias, “científicas” y populares, por proscribir. Los trastornos mentales conllevan un gran impacto en el funcionamiento global del individuo; es decir, generan gran discapacidad, tan importante como la producida por las enfermedades cardiovasculares.⁷

Este especial de **MedUNAB** es el producto del trabajo de investigadores y académicos nacionales e internacionales impregnados de una visión renovada de la salud y de la enfermedad mental, o cerebral, como un paso en el sendero que está por construirse. La investigación biológica nos traerá, sin duda, una mejor comprensión del funcionamiento cerebral y cómo los factores psicosociales modulan y cambian, en forma temporal o permanente, la fisiología cerebral. Esta nueva visión permitirá una mejor formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud, una comunidad mejor y científicamente informada y actualizar los conceptos en salud pública para diseñar estrategias encaminadas a aumentar el número de personas que reciban un tratamiento óptimo para su enfermedad cerebral.

Adalberto Campo-Arias, MD

Profesor Asociado

Línea de Salud Mental

Grupo de Neuropsiquiatría UNAB

Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Bucaramanga, Colombia

e-mail: acampoar@unab.edu.co

Referencias

1. Vaillant GE. Mental health. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1373-84.
2. Baker M, Menekn M. Time to abandon the term mental illness. *Br Med J* 2001; 322: 937.
3. Mayberg H. Depression, II. Localization of pathophysiology. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1979.
4. Campo A. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. **MedUNAB** 2003; 6: 32-5.
5. Persuad R. Psychiatrists suffer from stigma too. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 284-5.
6. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *Br Med J* 2002; 324: 1470-68.
7. Üstün TB. The global burden of mental Disorders. *Am J Public Health* 1999; 89: 1315-8.
8. Posada J, Córdoba RN. Ley 100, salud mental y psiquiatría. En: Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Santafé de Bogotá, Noosfera editorial, 1999: 186-205.
9. Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illness. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 69-71.
10. Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1563-75.
11. Cooper B. Nature, nurture and mental disorders: old concept in the new millennium. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 91-102.
12. Haghghat R. A Unitary theory of stigmatisation. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 201-15.
13. Strickland PL, Deakin JFW, Percival C, Dixon J, Gater RA, Goldberg DP. Bio-social origins of depression in the community. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 168-73.
14. Rost K, Nuttung P, Smith JL, Elliot CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomized trial of going treatment in primary care. *Br Med J* 2002, 325: 934-9.
15. Harrinson PJ. Neuropathology of primary mood disorder. *Brain* 2002; 125: 1428-49.
16. Campo A. Manejo de los síntomas mentales en la práctica clínica no psiquiátrica (No basta con “ponga de su parte”). *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace* 2002 (13): 3-4.