

Estudios sobre la Enfermedad Mental Crónica: Una Revisión

Francisco Javier Rosas-Santiago^a

Resumen

Este artículo tiene la finalidad de presentar información que permita una mejor comprensión por parte del personal de salud sobre el fenómeno de la enfermedad mental crónica; esto podría ayudar a la detección y tratamiento oportuno, así como, a disminuir la discriminación y el estigma hacia el paciente y su familia. Se presenta al lector una revisión de artículos sobre los síntomas y tratamientos más eficaces para ayudar a personas que sufren algunos de los trastornos mentales más prevalentes en el ámbito de la atención psiquiátrica.

Palabras clave: enfermedad mental, familia, paciente, tratamientos efectivos, pronóstico.

Abstract

This article aims to present information that allows a better understanding by the general public about the chronic mental illness phenomenon. This could help the detection, treatment and also reduce discrimination and stigma towards the patient and family. We present the reader with a review of articles on symptoms and effective treatments for helping people who suffer some of the most prevalent mental disorders in psychiatric care.

Keywords: mental illness, family, patient, effective treatment, pronostic.

Introducción

El comportamiento humano es considerado un objeto de estudio complejo. Se considera que su desarrollo depende de múltiples factores biopsicosociales y que tanto variables del pensamiento como de la emoción están involucradas en su expresión.

Es frecuente encontrar en el ámbito de la educación y la psicología, múltiples estudios sobre el desarrollo psicológico normal de los seres humanos que indican qué tipo de conductas son esperadas en función de la edad, el sexo y el contexto.

De acuerdo con Caballo, Salazar & Carrobes (2011), los criterios de normalidad psicológica son diversos y están en función de la perspectiva teórica; por otra parte, existe actualmente consenso médico en relación a que algunas características de la psicología humana que podrían considerarse patológicas, entre estas se encuentran: el

sufrimiento emocional excesivo y crónico, la dificultad del individuo para adaptarse a su medio social o laboral, la pobre capacidad del sujeto para comprender al mundo y comunicarse con este, los comportamientos que sobresalen de lo socialmente aceptado (excéntricos) y la violación de los principios o normas morales propios del ambiente sociocultural.

En este sentido, la psicopatología es la encargada de clasificar y buscar el origen de todas aquellas expresiones anormales del comportamiento, es decir, les asigna nombre y estudia sus causas con la finalidad de generar categorías diagnósticas que permitan una mejor comunicación entre profesionales de la salud mental. Por otra parte, la psiquiatría es la rama de la medicina que trata habitualmente desde la farmacología, todos los síntomas que provocan sufrimiento y desadaptación en los pacientes.

^a Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Av. Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Col. Industrial, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz, México.

Correspondencia: Francisco Javier Rosas-Santiago
Universidad Veracruzana
Correo electrónico: frosas98@yahoo.com.mx

Muñoz, Pérez, Crespo & Guillén (2009) afirman que tras el diagnóstico de la enfermedad mental, tanto el paciente como la familia, sufren de múltiples muestras de rechazo y estigma social y familiar que desfavorecen la integración e incluso la posible recuperación. Lo anterior, normalmente vinculado a un alto grado de desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen.

Así, surge el presente artículo de revisión, que pretende brindar información científica actualizada a la población general para que conozca algunos de los síntomas y tratamientos a los que se enfrentan los pacientes y sus familias cuando ante la enfermedad mental crónica tienen que luchar.

La enfermedad mental crónica (EMC)

Según Rodríguez-González (2013), el término Paciente o Enfermo Mental Crónico es utilizado para definir a un extenso y difuso grupo de pacientes que sufren una enfermedad mental grave de larga duración. Las diferentes problemáticas de esta población y la heterogeneidad de criterios utilizados para su definición, permiten encontrar bajo este mismo epígrafe, una gama extensa y heterogénea de personas con características y necesidades muy diferentes.

La EMC conlleva limitaciones y afectaciones importantes en quien la padece en aspectos vitales tan importantes como el autocuidado, la autonomía personal, el control de la conducta, la capacidad de tener iniciativa y motivación, el funcionamiento social y laboral, acceso a los servicios de salud, el uso y disfrute del tiempo libre (IMSERSO, 2007). Esto hace que quien padece una EMC se vea en la necesidad de depender de los cuidados de alguien más para satisfacer sus necesidades económicas, psicológicas y de salud.

Así mismo, tanto el paciente con EMC como su familia enfrentan procesos de exclusión social difíciles de evitar, por considerarse al enfermo como impredecible y peligroso. Este tipo de padecimientos trae consigo frecuentes situaciones conflictivas en el seno familiar a lo largo de todo el padecimiento (pródromo, inicio, diagnóstico, tratamiento y procesos de recuperación), mismas que son normalmente enfrentadas principalmente por un familiar que protagoniza el papel de cuidador (IMSERSO, 2007).

Esta revisión se llevó a cabo con información de trastornos mentales específicos: esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar y depresión. Así, para comprender el tipo de situaciones y sintomatología a las que se enfrentan este tipo de pacientes y sus cuidadores, se describen a continuación cada uno de estos padecimientos, no sin antes aclarar que su duración e intensidad varía en cada paciente y a lo largo de la historia natural de cada trastorno.

Trastorno Límite de la Personalidad

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su quinta edición (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) lo define como: un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, así como impulsividad intensa que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Mosquera y González (2011) puntualizan que es un trastorno que se caracteriza por problemas intensos y persistentes en las relaciones interpersonales, los comportamientos impulsivos, las conductas autolesivas, el temor a la soledad, alteraciones de identidad y la sensación de vacío; todos estos factores se interrelacionan y retroalimentan entre sí.

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (2002), el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) afecta alrededor del 2% de la población general, a un 10% de los individuos que acuden a centros de salud mental ambulatorios y un 20 % de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Además, los estudios de Molina, Rubio, Pérez & Carrasco (2004) encontraron que entre un 30% y 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP y en cuanto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1 en el mundo. En México se desconoce la prevalencia actual de este padecimiento en la población general.

En relación a la etiología, Linehan (1993) propone un modelo biosocial en el que considera al TLP una disfunción del sistema de regulación emocional, fruto de una interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente desfavorable. Se considera que el único tratamiento psicológico probablemente eficaz para este tipo de padecimientos es la Terapia

Dialéctica Conductual (Quiroga & Erasti, 2001). Los tratamientos farmacológicos con antidepresivos y antipsicóticos son útiles pero limitados y otorgan al paciente únicamente alivio sintomático parcial (Mazaira, 2004).

Los familiares de una persona con TLP a menudo se perciben desconcertados con sus comportamientos caóticos y podrían sentirse atrapados en un círculo de culpa, depresión, furia, negación, aislamiento y confusión (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a muchos de los procesos normales del pensamiento y provoca en el afectado una forma de pensar, sentir y actuar muy peculiar. La memoria, la capacidad de atención y la capacidad de planificar y ejecutar acciones se ven seriamente alteradas y también afecta el habla, la organización del pensamiento y la forma de percibir e interpretar lo que sucede (Aznar & Berlanga, 2010). Además, suele implicar un grave distanciamiento de la realidad y afectar gravemente a casi todas las áreas y funciones del paciente; su inicio es al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Existen diferentes teorías explicativas de su etiología, pero aún se desconocen las causas directas del padecimiento (Godoy, Godoy-Izquierdo & Vázquez; 2011). Los síntomas de la enfermedad son los siguientes (Asociación Americana de Psicología, 2013):

- Síntomas Positivos: alucinaciones, delirios, lenguaje, comportamiento y pensamiento desorganizados.
- Síntomas Negativos: pobreza afectiva, abulia o apatía, anhedonia, aislamiento social y alogia.

Quintero, Barbudo, López-Ibor & López-Ibor (2011) confirmaron que la esquizofrenia es una enfermedad crónica del cuerpo y de la mente que afecta al 1% de la población mundial y que además, la persona con esquizofrenia debe ser entendida, por lo menos, con dos perspectivas: una, la que contempla su integración en la comunidad social; otra, la que entiende que hay un paciente con un problema de salud tratable con medicamentos (antipsicóticos) y con psicoterapias. En este sentido, la Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia (TPIE) ha probado científicamente

ser efectiva para tratar los déficits cognitivos, conductuales y sociales de la esquizofrenia (Roder, Mueller, Mueser & Brenner; 2006).

La esquizofrenia es una enfermedad mental considerada grave, que no solo tiene un impacto significativo en el paciente, sino también en la familia, cuyos integrantes asumen casi la totalidad de los cuidados de los pacientes. Esta responsabilidad expone a los cuidadores a una intensa sobrecarga con consecuencias negativas para ellos y el resto del sistema familiar (Caqueo-Urizar, Miranda-Castillo, Lemos, Lee, Ramírez & Mascayano, 2014).

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo cuya causa es debatida entre teorías biológicas y psicológicas y se caracteriza por una gran tristeza o desinterés generalizado por casi todo lo que rodea al sujeto, junto a un descenso en la actividad física y fisiológica de quien la padece que se manifiesta en alteraciones del apetito, la libido y el sueño; incluso se sabe que depresiones graves pueden conducir al suicidio (Carrobbles, 2011).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, Villatoro, Rojas, Zambrano, Casanova & Aguilar (2003) se argumenta que en México alrededor del 6.4% de la población general la padece y constituye una de las primeras causas de discapacidad. Además, se estima que solo el 19% de los afectados tiene acceso a atención especializada. En cuanto a la manifestación y vulnerabilidad de la depresión por género, la Secretaría de Salud (2007) encontró que en las mujeres, la depresión es la principal causa de daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte. Sin embargo, en este grupo es en donde las proporciones alcanzadas son más del doble con respecto a la población masculina.

En relación al tratamiento de esta afección, Heinze-Martín y Camacho-Segura (2010) sugieren que dependiendo de la gravedad de cada caso se debe considerar el uso de fármacos antidepresivos y tratamientos psicosociales como la psicoeducación, la elaboración de redes de apoyo y el tratamiento psicoterapéutico. Existe evidencia de que la terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia

interpersonal de Klerman han mostrado como mínimo, una eficacia similar a la de los mejores tratamientos farmacológicos en la reducción de síntomas depresivos (Pérez-Álvarez & García-Montes, 2001).

En relación al entorno de quien padece esta afección, Pezo-Silva, Komura-Hoga y Costa-Stefanelli (2004) afirman que con el diagnóstico de depresión en un miembro de la familia se comienza una nueva etapa en la vida de todos los integrantes, que incluye el cuestionamiento del porqué de la depresión en la familia, y la percepción de las consecuencias de la enfermedad en el grupo familiar, relativos a interferencia de los síntomas depresivos en las funciones y rutinas.

Trastorno maniaco-depresivo

También llamado trastorno bipolar, es un problema psiquiátrico caracterizado por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad; y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente, y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

La tasa de prevalencia en México es del 0.8% de la población general, y su frecuencia se distribuye igual en hombres y mujeres (Kohn, Itzhak, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Saxena & Saraceno; 2005). Se desconoce su origen y las principales líneas de tratamiento farmacológico son: los estabilizadores del estado de ánimo, antipsicótico y antidepresivo. Los tratamientos psicosociales que utilizan la psicoeducación y la terapia cognitiva de Beck han demostrado los mejores resultados (Sevilla & Pastor, 2011).

El paciente con trastorno bipolar exige significativa dedicación, tolerancia y respeto, lo que implica que el cuidador principal de éste —que

es un familiar hasta en el 80% de los casos—, se encuentre en una situación estresante que podría generarle afecciones psicológicas como la depresión (Palacios-Espinoza & Jiménez-Solanilla; 2008).

Conclusión

La enfermedad mental crónica es un fenómeno que limita las posibilidades de desarrollo social de quien la padece y produce momentos de sufrimiento para éste y sus familiares cercanos. Los retos a los que se enfrenta el cuidador principal de este tipo de pacientes son múltiples, que van desde la vigilancia de la adherencia al tratamiento hasta el afrontamiento de crisis propias de cada patología, así como, la discriminación y el estigma sociales. Por ello, se vuelve importante que la población general conozca las principales manifestaciones y tratamientos de algunas enfermedades mentales, esto favorece la comprensión y empatía desde una perspectiva de respeto e inclusión, y permite una detección y tratamiento oportunos.

Es importante que en la sociedad se difunda el mensaje de que la enfermedad mental es una condición médica, no se trata de una decisión tomada por el paciente ni de posesiones demoníacas, asuntos relacionados con la brujería o el espiritismo; más bien se consideran patologías susceptibles de ser tratadas y controladas a través de la medicación, la psicoterapia y el apoyo social. Por ello, es importante que ante cualquier manifestación de pensamiento, emoción o conducta que comprometa la adaptación o continuidad del sujeto en su vida cotidiana se acuda a un especialista de la salud mental.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales - DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Apfelbaum, S. & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Revista Argentina de Psiquiatría* 15: 295-302.

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aznar, E. & Berlanga, A., (2010). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V., Salazar, I. & Carrobles, J. (Dir.). (2011). *Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda Castillo, C., Lemos, S., Lee, S., Ramírez, M. & Mascayano, F. (2014). "An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients". *Psicothema* 26(2), 235-246.
- Carrobles, J. (2011). Trastornos del estado de ánimo. En Caballo, V., Salazar, I. & Carrobles, J. (Dir.). *Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos*, pp. 1180-1265. Madrid: Pirámide.
- Godoy, J., Godoy-Izquierdo, D. & Vázquez, M. (2011). Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En Caballo, V., Salazar, I. & Carrobles, J. (Dir.). *Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos*, pp. 956-1021. Madrid: Pirámide.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Heinze-Martín, G. & Camacho-Segura, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Ed. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., Medina-Mora, M.E. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelos de atención a las personas con enfermedad mental grave*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S. & Saraceno B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(4), 229-240.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mazaira, S. (2004). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad. *Revista Argentina de Psiquiatría* 15, 303-308.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J. Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26(4), 1-16.
- Molina, R., Rubio, V., Pérez, A. & Carrasco J. (2003). Trastorno límite de la personalidad. En: Roca, M. *Trastornos de la personalidad*, pp. 513-625. España: ARS Médica.
- Mosquera, D. & González A. (2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y Cerebro* 46, 18-27.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. & Guillén A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. España: Editorial Complutense.
- Palacios-Espinosa, X. & Jiménez-Solanilla, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana* 26(2), 195-210.
- Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 13(3), 493-510.
- Pezo, M., Komura, L. & Costa, M. (2004). La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto Contexto Enfermería* 13(4), 511-518.
- Quintero, J., Barbudo, E., López-Ibor, M. & López-Ibor, J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia resistente al tratamiento. *Actas Españolas de psiquiatría* 39(4), 236-250.

- Quiroga, E. & Errasti, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema* 13(3), 393-406.
- Roder, V., Mueller, D., Mueser, K. & Brenner, H. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophren Bull* 32(Suppl. 1), 81-93.
- Rodríguez, A. (2013). *Organización de cuidados comunitarios. El papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental grave y crónica*. Guzlop: Perú.
- Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo Alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud.
- Sevillá, J. & Pastor, C. (2011). Trastornos bipolares. En Caballo, V., Salazar, I. & Carrobbles, J. (Dirs.). *Manual de psicopatología y otros trastornos psicológicos*, pp. 751-893. Madrid: Pirámide.
- Recibido:** 4 de abril de 2016
Corregido: 5 de septiembre de 2016
Aceptado: 9 de septiembre de 2016
Conflicto de interés: No existe conflicto de interés