

Salud Mental : Factores de riesgo y resiliencia

Gladys Montecinos

(Apunte en revisión)

Introducción

Uno de los temas de mayor impacto en la investigación en Psiquiatría es la de determinar el origen de las enfermedades mentales y cuáles son los factores que determinan su ocurrencia, frecuencia, presencia de rasgos y características generales.

En la década de los 50 se desarrolló una corriente teórica en el ámbito de la Psiquiatría cuyos estudios demostrarían la relación que pudiera existir entre la aparición, frecuencia y características que asumen las enfermedades mentales y factores de orden externo. En 1954 Reunin y Shole en un estudio de Midtown-Manhattan con una muestra de 1660 adultos, analizaron los efectos de algunos factores demográficos sociales y personales que afectarían la salud mental. Encontraron que los trastornos mentales aumentaban con la edad (81%) entre los 20 y 59 años de edad y que las personas de niveles económicos inferiores presentaban 6 veces más síntomas que las personas de niveles superiores.

Otro estudio modelo de los años 50 (Hollinshead y Readlich) exploró la relación entre clase social y trastornos mentales. Usaron un censo de pacientes psiquiátricos, una encuesta sobre población general y un estudio de control de casos. Los resultados encontrados fueron claros: existe una relación entre enfermedad mental y pertenencia a algún estrato social, siendo la “neurosis” más prevalente en las clases superiores y las psicosis entre los grupos de clase baja.

A partir de este momento la necesidad de analizar y establecer las relaciones que pudieran existir entre enfermedad mental y otros factores determinantes de orden externo, como factores de orden social, económicos y culturales, dieron origen a la conformación y desarrollo de la Psiquiatría Social, Psiquiatría Transcultural, Etnopsiquiatría y otras ramas aplicadas a la Psiquiatría.

En Chile los estudios de Marconi en los años 60 y otros psiquiatras latinoamericanos, logran insertar los contenidos de las Ciencias Sociales en los programas de enseñanza en Medicina, y profundizar en investigaciones relacionadas a las psicosis comparando grupos mapuches rurales versus chilenos, encontrando diferencias significativas donde en los últimos existe una mayor frecuencia de psicosis agudas. Esa fue la base para elaborar su teoría transcultural de la psicosis. En el plano teórico metodológico establece una nueva taxonomía basada en una visión transcultural, proponiendo una estructura que va desde la conciencia global de realidad, base de las psicosis oneiriformes propias de los cuadros orgánicos, hasta la conciencia cognitiva, base de la esquizofrenia (ver capítulo Esquizofrenia y otras Psicosis).

Otros Psiquiatras latinoamericanos estudian desde la Psiquiatría Social el carácter nacional, la personalidad básica y otros rasgos en que el elemento cultural esta presente (Rotondo, Mariátegui en el Perú).

Causación

Antes de analizar los factores de riesgo de algunas enfermedades mentales es importante recordar algunos conceptos epidemiológicos.

La causa de una enfermedad mental es un acontecimiento, característica o combinación de factores que desempeñan un papel importante en la producción de enfermedades.

Así existen varios factores de causación tales como:

a. Factores predisponentes como la edad y sexo. En este caso las estadísticas demuestran que en la depresión existiría un determinante importante en relación al sexo con una relación de 2:1, con una prevalencia mayor en la mujer con relación al varón. En el caso de la drogodependencia existe una relación inversa, siendo una prevalencia alta en el hombre y una edad de comienzo más temprana. La esquizofrenia, aparece más tempranamente en el hombre que en la mujer en un promedio de alrededor 4 años, así como la gravedad de los episodios es mayor en el hombre, actuando los estrógenos como factor protector. (ver capítulo Esquizofrenia; Silva, H)

b) Los factores facilitadores son aquellos que favorecen la ocurrencia de una enfermedad mental, tales como una alimentación escasa o una situación económica pobre. Por ejemplo los estudios de la esquizofrenia coinciden en señalar que hay una prevalencia más alta en las clases bajas y esto se puede explicar como lo señala Vidal a través de dos hipótesis: la del “descenso social”, que significa un mayor esfuerzo por “sobrevivir”, problemas en la alimentación y especialmente en el espacio laboral tan competitivo como el actual.

La otra hipótesis tiene que ver con “la acumulación de estresores psicosociales (como violencia intrafamiliar y extrafamiliar, cesantía, todas ellas conducen a un estado de ánimo descrito como desesperanza aprendida). Que, como el autor dice, son factores causales o puede ser innegable su influencia en el papel no solo del diagnóstico, sino en el papel del tratamiento y desarrollo de la enfermedad.

c) Los factores desencadenantes. Son aquellas situaciones negativas a las que el individuo tiene que enfrentarse. En este sentido están los llamados estresores o situaciones inesperadas negativas para el individuo que lo desestabilizan. Aunque no siempre una situación estresante tiene el mismo significado para todos los individuos, dependiendo de la características del estresor, y de la interpretación que el individuo le da. Como ejemplo de factores desencadenantes mencionemos la aparición de patologías psiquiátricas que afectan el núcleo de las familias con “detenidos desaparecidos”, en que hay un duelo que no ha podido elaborarse (duelo patológico) y que permanece en dicho núcleo transgeneracionalmente.

d) Factores potenciadores. Se refieren a la exposición del sujeto a situaciones repetidas y de riesgo que pueden agravar una enfermedad. En el año 2006 en una zona agrícola de la región del Maule, aparece una ola de suicidios (13 en menos de 6 meses) en un ámbito geográfico comunal. Todas las víctimas eran de sexo masculino y su actividad laboral en ese momento era de temporero. En estos casos el trabajo agrícola los aislaba de la familia, provocando una pérdida temporal de las redes sociales. Por su actividad laboral tenían un acceso directo a los plaguicidas, por lo que se facilitaba enormemente la acción suicida.

Jorge Barudy analiza el efecto que tiene la globalización como contexto de vida en la violencia y especialmente en el impacto sobre la niñez al caracterizar el modelo neoliberal como “manipulador”, “individualista”, “materialista”, “hipertrofia del deseo”, “indiferente”, que nos lleva al consumismo, al control social a través de la alienación y lo que llama el “pensamiento único”. Estas características llevan a la hipertrofia de la “función maternante” alimentadora, convirtiéndose a los niños como objeto de consumo (consumistas precoces) y sujeto de gasto. El apego que es una función vital de desarrollo de la salud mental ejercida por la madre durante la etapa pre, post natal y durante los primeros 5 años de vida, se ve muy afectada por este contexto superestructural.

Factores de riesgo en algunas enfermedades

Esquizofrenia

La mayoría de los investigadores plantean que es posible desarrollar esquizofrenia con o sin factores de riesgo, definiéndose este último como toda situación o condición o factores que incrementan la probabilidad de contraer una enfermedad. Sholten () afirma que es posible desarrollar esquizofrenia mientras más factores de riesgo afronte el individuo. La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales de mayor complejidad y de mayor impacto en la Psiquiatría. Por ello está dentro de las prioridades de los trastornos mentales en el Plan de Psiquiatría y en el Plan Auge. Cabe destacar que en los inicios del siglo veinte, la esquizofrenia era considerada como un trastorno de índole endógeno, pero posteriormente, con el advenimiento del psicoanálisis, se desplaza esta concepción a factores de riesgo ambientales especialmente los ocurridos al interior de la familia y otros factores estresantes psicosociales.

En las últimas décadas el paradigma ha cambiado nuevamente especialmente con el avance de la neurociencia y de las nuevas tecnologías de neuroimagen y neuropatología que aportan evidencias de alteraciones cerebrales en los pacientes esquizofrenia.

Dentro de estos factores se encuentran:

- a. El componente genético. Las personas que tienen un pariente cercano con esquizofrenia son más propensas a desarrollar el trastorno que las personas sin parientes con la enfermedad. El gemelo monocigoto de una persona con esquizofrenia tiene un riesgo del 50% de desarrollar la enfermedad, mientras que en gemelos dicigotos es del 14%. Un hijo cuyo padre tiene esquizofrenia tiene una probabilidad del 10% aproximadamente siendo el riesgo en la población en general del 0,7%.
- b. Anormalidades cerebrales. Muchos estudios en personas con esquizofrenia han encontrado anomalías tanto en la estructura cerebral (aumento de los ventrículos, o el tamaño reducido en otras regiones del cerebro) como en la función cerebral (actividad metabólica reducida en ciertas regiones cerebrales).
- c. Los factores ambientales son de diversa índole.
 1. Complicaciones durante el embarazo. Las investigaciones han centrado la atención en posibles factores de riesgo prenatales o perinatales que establecen la posibilidad de trastornos precoces del neurodesarrollo (hipoxia fetal crónica, bajo peso materno e incompatibilidad Rh entre algunos problemas). Otros factores epidemiológicos estudiados son el aumento del riesgo de padecer esquizofrenia en los hijos de mujeres que durante el segundo trimestre de gestación se expusieron a una epidemia de influenza o el mayor riesgo entre los nacidos durante el invierno e inicio de la primavera; también las deficiencias nutricionales de la madre durante el primer trimestre o el estrés en el embarazo debido a la muerte del esposo.
 2. Pérdida de padres durante la infancia
 3. Factores socioeconómicos y culturales. La esquizofrenia, como ya se ha mencionado, es más prevalente en las clases bajas, posiblemente como resultado de las situaciones de estrés a que están sometidos o la calidad de vida, especialmente lo referente a la nutrición.

Sin embargo, la idea de que algunos factores estresantes pudieran desencadenar la esquizofrenia es algo que está en plena discusión. Parte esta idea de la observación que en los hospitales, con un régimen cerrado y estricto, dicha rehabilitación generaba y estimulaba los síntomas (alucinaciones, e ideas delirantes) en individuos estables (Callo y Simon), hecho que determinó la crítica a la Psiquiatría asilar y dio pie para otras corrientes como la Antipsiquiatría, llevando al desarrollo de la Psiquiatría Social y Comunitaria, estas últimas estimulando la red familiar y comunitaria como factores protectores de la esquizofrenia.

Trastornos del estado de ánimo

Las condiciones clínicas de la depresión establece que las principales perturbaciones son los cambios en el estado de ánimo y del afecto. Son los trastornos que tienen una alta prevalencia a nivel nacional y por lo cual la demanda especialmente del sector femenino ha ido en aumento. Los cálculos epidemiológicos establecen que la prevalencia de la depresión mayor se encuentra entre el 2% al 4% para los hombres y el 4 al 9% para las mujeres. El riesgo para toda la vida es del 7 % al 10% para los hombres y del 14 al 20% para las mujeres. En la revisión bibliográfica que hace Caballero, las investigaciones coinciden que el riesgo de suicidio es 30 veces superior para las personas con trastorno del estado de ánimo que para la población en general.

¿Porque existe una relación de 2 a 1 por género? Una de las primeras explicaciones tiene que ver con los cambios hormonales que durante el ciclo de vida tiene la mujer, como la menarquia, la menopausia y los cambios hormonales que tiene en los ciclos de parto y post parto. Jadresich analiza las investigaciones que establecen en las embarazadas una prevalencia de depresión mayor entre el 10% y 17%. A pesar de estas consideraciones, la etiología de la depresión en las embarazadas es multifactorial agregándose a los cambios psiconeuroendocrinos otros factores psicosociales, como los referentes a sucesos vitales (problemas familiares, reducción de las redes sociales, problemas económicos etc). Los antecedentes de familiares con trastornos depresivos es otro de los factores que potencian la depresión en embarazadas (Jadresic).

En el caso de las mujeres menopáusicas, se señala que no hay muchas diferencias de prevalencia de DM con la población en general excepto mujeres que han sido sometidas a una histerectomía con ooforectomía (18%) lo cual se asocia a una brusca caída de los niveles hormonales (Correa y Jadresic). A pesar de no encontrarse en las investigaciones algunas diferencias significativas con la población en general que tiene DM, algunos trabajos reporten un aumento de síntomas psicológicos menores tales como cambios anímicos especialmente en el período perimenopáusicos. Los síntomas observados durante éste período son la irritabilidad, disminución de la concentración, labilidad emocional, falta de energía, alteraciones del sueño y grados menores de depresión y ansiedad. Jadresic y Correa estiman que esos síntomas no alcanzan a configurar una depresión mayor. Desde una perspectiva psicosocial la aparición de síntomas depresivos en este período de la vida estaría determinado por otros factores psicosociales como la “cultura” que adscribe roles, establece una ideología alrededor de la maternidad, de los sistemas de crianza y de los comportamientos sexuales por género. Este tipo de concepciones hacia la mujer en general (pasiva, receptora, maternal, entregada a los demás, cariñosa, etc.) aumenta la sintomatología depresiva en la mujer menopáusica, ya que esos rasgos culturales van en desmedro de su autoimagen, de los niveles de poder dentro del núcleo familiar, de sus limitaciones en el comportamiento sexual (la sexualidad relacionada fuertemente con la fertilidad y escindida del placer).

Jadresic y Correa establecen una tabla de factores de riesgo en este período de la mujer que se mencionan más abajo:

- Historia de depresión
- Historia de disforia relacionada al uso de anticonceptivos orales.
- Historia de trastorno disfórico premenstrual.
- Historia de depresión post parto.
- Síntomas vasomotores severos.
- Perimenopausia prolongada (más de 27 meses.)
- Menopausia quirúrgica.
- Disfunción tiroidea.
- Responsabilidad con un tercero.
- Nivel educacional Bajo
- Pérdidas significativas (viudez, separación)
- Problemas de salud crónicos.

La relación entre la aparición de los síntomas de la depresión y los factores estresantes desencadenantes pareciera que es un hecho, pues algunos estudios revelan que los pacientes con esta enfermedad reportan más acontecimientos estresantes en el surgimiento del primer episodio de depresión.

La resiliencia

Sin embargo a pesar que en la actualidad los investigadores establecen que los sucesos o eventos vitales pudieran tener una directa participación en la ocurrencia de enfermedades, no siempre esta relación puede ocurrir. Barudy establece que no siempre un hijo de padres golpadores puede repetir la conducta violenta, ni Cernick establece en experiencia empírica que los sufrimientos causados por el holocausto judío tuvieron una consecuencia psicológica funesta.

A partir de esas observaciones y otras investigaciones en resiliencia y maltrato (Aracena) se establece el concepto de resiliencia.

La resiliencia es un concepto que deviene de la física: existen algunos materiales que a pesar de recibir un peso muy grande son capaces de volver a su estado natural. Los factores positivos y protectores que permiten que no ocurra una enfermedad mental es lo que se llama resiliencia, y de importancia vital para desarrollar políticas de salud que implique aumentar la calidad de vida y potenciar la promoción en salud.

Algunos autores plantean que a pesar de los datos epidemiológicos, la visión está centrada en la patología y esto ha ido prevaleciendo en el ámbito de la medicina. En América Latina y el Caribe, de 20 niños nacidos, 19 sobreviven al primer año de vida y posiblemente lleguen a la adolescencia. Con estos hallazgos Los Servicios de Salud y sus presupuestos están más centrados en ese 1 que en los restantes.

Los modelos de Salud están en la actualidad apuntando a la prevención y a promover estilos de vida saludable para que no ocurra la enfermedad, como promover las redes sociales, los estilos de alimentación y ejercicio etc.

Para que el individuo tenga atributos que lo caractericen como resiliente deben conjugarse una serie de factores que interactúan entre sí, que Suárez y Manssur lo esquematizan de la siguiente manera (Néstor Suárez y Juan Manssur. Resiliencia, en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Mediterráneo, 1994).

Desarrollo de destrezas

Focalizar la atención
Mantener concentración
Anticipación
Solución de problemas
Alerta emocional
Uso de la fantasía
Expresión creativa

Condiciones genéticas

Temperamento

Fortaleza Intrapsíquica

Control de impulsos
Autoestima
Altruismo
Iniciativa
Confianza
Optimismo

Medio favorecedor

Cariño-Apego
Comunicación preverbal
Modelo de comportamiento.
Ritos y tradiciones.
Premio-estímulo
Contacto escuela.
Aceptación por pares

A pesar de los modelos explicativos acerca de la resiliencia, los intentos por medir esta capacidad están en curso a pesar de sus limitaciones. Es interesante analizar estos esfuerzos pues se utilizan tanto las pruebas proyectivas para medir estilos de cognición, emoción, conducta, facultades que intervienen en la solución de problemas, así como cuestionarios que medirían estilos de personalidad resiliente (como niveles de compromiso, control, cambios desafiantes optimismo, adquisición de habilidades, optimismo, adquisición de habilidades, etc.) e imaginología (Ospina).

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Marconi.-
- 2.- Vidal.
- 3.-Montenegro y Guajardo. Psiquiatría del niño y del Adolescente. Mediterráneo. Santiago, Chile. 1994.
- 4.-Argentina 2001.2003 Stress, Trauma y Resiliencia. Casablanca R., Hirsch H.-de Perspectiva Sistémica.-
- 6.-Silva Jaime. Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad resiliencia. En Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2005
- 7.-Psicología de la salud.-Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. Callo y Simon.- México.2000.-
- 8.-Jadresic. Trastornos depresivos durante el embarazo. En Psicopatología de la Mujer. Segunda Edición Mediterráneo. Stgo. Chile, 2005
- 9.-Jadresic y Correa. Trastornos depresivos y climaterio.- En Psicopatología de la mujer.- Mediterráneo. Segunda Edición. Stgo. Chile. 2006
- 10.- Aracena, Castillo y et. "Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos". Revista de Psicología Año/volumen IX. Universidad de Chile. Santiago 2000.-