

La salud mental y el adulto

Souza y Machorro Mario¹

Los estudiosos del tema de las distintas culturas han definido la Salud Mental (SM) de las más diversas formas, no existiendo un acuerdo "a profundidad". No obstante, el concepto abarca varios aspectos a la vez, como el bienestar subjetivo, percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia y eficacia; dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales, concepto que se ubica más allá de la mera ausencia de trastorno mental (TM).¹ La reciente información procedente de la neurociencia y la medicina conductual, ha ampliado el conocimiento habido acerca del funcionamiento de la mente; su base neurofisiológica, intrincadamente vinculada al desarrollo físico y social y la propia manifestación de la salud. Pero, no obstante, la SM continúa oculta tras la cortina del estigma y la discriminación en la que ha permanecido durante siglos. La SM es definida por la OMS como: "El estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, en aras de ofrecer una contribución significativa a sus comunidades."² A pesar de su importancia, la SM es aún objeto de indiferencia y falta de planeación; y la magnitud, sufrimiento y carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y la sociedad, son abrumadores. La provisión de servicios que se requieren hoy es muy grande, dado que lo menos 450 millones de personas sufren TM; faltan servicios efectivos y humanos, atención que permita prevenir la discapacidad crónica y la mortalidad prematura. Un apoyo que permita alcanzar una vida más sana y rica vivida con dignidad³ y, si se puede, con buen humor. La magnitud del problema alcanza cifras alarmantes, baste decir que más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado, de las cuales cerca de un millón buscarán quitarse la vida cada año. Alrededor de 25 millones de personas sufren de

esquizofrenia; 38 millones están afectadas por la epilepsia; más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas; cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad, resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, problemas asociados al consumo étílico, esquizofrenia y T. bipolar). Además, una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un TM. Los miembros de la familia son a menudo los cuidadores primarios de las personas con T. causados por el consumo de alcohol; 15.3 millones de personas padecen trastornos relacionados con el uso de drogas; 5-10 millones de personas se inyectan drogas y, 5-10% de todas las nuevas infecciones por VIH en el mundo resultan por drogas inyectadas; más de 1.8 millones de muertes en el año 2000 se atribuyeron a riesgos relacionados con el alcohol; 205,000 muertes en el año 2000 fueron atribuidas al uso ilícito de drogas.⁴ En México el índice de personas con TM y el de las que reciben tratamiento, es inferior al reportado en EUA.⁵ Los TM y del comportamiento no han logrado ocupar su lugar en las prioridades de salud de muchos países, y México no es la excepción.⁶

El TM surge como de la interacción entre los factores biológicos heredados y de desarrollo y los contextuales que interactúan con los de la vulnerabilidad individual. El aumento del número de jóvenes, grupo vulnerable para las adicciones y problemas de salud mental y con población de mayor edad con riesgo de demencia y de otros padecimientos degenerativos, hace que el país inicie con una pesada carga el siglo XXI. Las transiciones demográficas en curso y el envejecimiento implican serios retos a la especialidad. El aumento de enfermedades crónicas propina carga adicional a las familias, y a la mujer le ha significado una tercera jornada. A pesar de que muchos de tales estresores pueden provocar disfuncionalidad en personas sanas, la mayor parte no producen TM; éste sólo ocurre entre las más vulnerables. Se ha documentado que el ser hombre o mujer afecta de manera distinta e importante la distribución de enfermedades.⁶ Los resultados de una encuesta nacional señalan que los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. En tanto que en los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia)

¹ *Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista*
Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos
Centros de Integración Juvenil, A.C.

Correspondencia:

Dr. Mario Souza y Machorro
Centros de Integración Juvenil, A.C. CIES,
Aguascalientes 2001-7. Col. Hipódromo Condesa,
Del. Cuauhtémoc, C.P. 06510, México, D.F.
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx

ocuparon los primeros lugares.⁷ La comorbilidad del TM y el uso de sustancias afecta a un gran segmento poblacional que requiere atención especializada, y es a la par, un serio reto para los clínicos, ya que la co-ocurrencia de la adicción a psicotrópicos limita el uso de psicofármacos destinados al manejo del T. psiquiátrico, y aumenta el riesgo de recaídas en pacientes adictos.⁷ Se sabe que uno de cada 10 adultos (cinco hombres por una mujer) ha hecho uso ilícito de sustancias con efectos psicotrópicos. Otras diferencias por sexo se observan en los grupos jóvenes de 18-29 años (4.5 hombres por una mujer) y en los mayores de 60 años (17.5 a 1). Cabe mencionar que las tasas de uso entre varones de 18-29 años alcanzan 25% de esta población en la modalidad de uso "alguna vez" y 6.4% en "el último año". Existe un decremento importante después de los 30 años a casi la mitad de los casos para el indicador "alguna vez" con 14.4%, y en "el último año" de 1.5%. La marihuana es la droga más común entre los hombres (14.5%), seguida por la cocaína (8.3%). La droga de preferencia en las mujeres es también la marihuana (2%), seguida por los tranquilizantes (1.8%). La tasa de uso de tranquilizantes entre las mujeres fue ligeramente mayor que la observada entre hombres (1.6%). Es importante señalar que 14 personas de cada 1,000 (728,923 personas de la citada encuesta) cumplieron el criterio de abuso o dependencia "alguna vez en su vida" y 0.4% en "el último año". Este diagnóstico es 14.5 veces más frecuente entre hombres que entre mujeres y las frecuencias más altas se observan en el grupo de 18-29 años, no encontrándose casos con este diagnóstico después de los 60 años. El consumo y abuso de alcohol son, por otra parte, fenómenos endémicos. (8.6% y 6.3% de la población masculina y 0.4% y 0.7% de la femenina cumplió el criterio de abuso y dependencia respectivamente).⁶ La latencia de los pacientes para solicitar tratamiento oscila entre 4-20 años, según el tipo de manejo. Se sabe que la mortalidad por suicidio en México ha aumentado en forma considerable pasando de una tasa de 1.1% en 1970 a una de 3.12% en 2002. En este número se analiza la frecuencia de suicidios en Chiapas, con datos muy interesantes recopilados por el Dr. Efraín Aguilar.

A todo ello se suma que el número de individuos con TM posiblemente aumentará con el envejecimiento y con los conflictos sociales,⁷ de modo que su impacto en la calidad de vida y la magnitud de la carga familiar es difícil de justipreciar, quizá por eso tan a menudo ignorada. En consecuencia, la atención de los riesgos, la identificación precoz de las enfermedades, su manejo integral y seguimiento correspondiente, constituyen elementos centrales en el mejoramiento de la calidad de vida

de la población y significan nuevos retos para la atención psiquiátrica.⁶

Además de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por TM son víctimas de violaciones de sus derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.⁸ A efecto de promover programas adecuados para enfrentar este reto, deben destacarse tres objetivos: a) reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, b) aumentar el capital social, c) ayudar a reducir la pobreza y promover el desarrollo del país.

En países desarrollados con sistemas de atención bien establecidos, entre 44-70% de las personas con TM no reciben tratamiento. En países en desarrollo las cifras llegan casi a 90%. Y como el concepto de SM incluye: bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente, debiera alcanzarse un estado de bienestar a través del cual los individuos reconozcan sus habilidades, sean capaces de hacer frente al estrés normal de la vida; trabajar en forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Asimismo, la SM refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos.⁹ De ahí que los problemas derivados de la psicopatología individual afectan a la sociedad en su totalidad y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma, por tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, pero el riesgo es más alto entre los pobres, los sin techo, los desempleados, las personas con bajo nivel escolar, las víctimas de violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y los ancianos abandonados.¹⁰

Con el fin de ofrecer un esquema de las características del funcionamiento unitario adulto como referente de la salud mental e integración sociofamiliar a alcanzar por los individuos, se muestran los cuatro conceptos interactuantes:

- **Género.** Parte del dimorfismo natural que reúne ambas modalidades, las cuales siendo distintas se complementan en sus características biológicas, sexuales y reproductivas.
- **Erotismo.** El erotismo representa la potencialidad de experimentar reacciones fisiológicas placenteras en una respuesta global sexual (orgásmica).
- **Vinculación interpersonal.** La vinculación a menudo ocurre a través de los nexos afectivos intensos en pareja que inician desde la infancia a partir de vínculos de apego primarios que propician la identificación y mantienen la reciprocidad con los demás.

- **Reproductividad.**¹¹ La reproductividad representa la potencialidad para crear y procrear, es una potencialidad natural que puede afectarse por la participación de distintos factores conductuales y biológicos (mala nutrición, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de ejercicio, estrés, entre otros).

En dirección convergente de los aspectos mencionados, se plantea la condición deseable¹² para las áreas del desarrollo adulto:

- I. **Adulthood temprana (20-40 años)**, caracterizada por: separación psíquica de los familiares; establecimiento de la identidad psicosexual en términos de elección del papel genérico heterosexual/homosexual; desarrollo de la capacidad afectiva para la intimidad en la pareja; decisión sobre los asuntos relacionados con la paternidad; establecimiento de relaciones afectivas y límites funcionales con los hijos; desarrollo de relaciones maduras con los familiares; adquisición y mantenimiento de la congruencia, respecto de los valores sociales de cambio; elección de la carrera u ocupación y la adaptación a los valores éticos y espirituales, de acuerdo con el grupo social en el que se vive.
- II. **Adulthood (40-60 años)**, caracterizada por: manejo de los cambios corporales, enfermedades y cambios en la autoimagen; aceptación genuina del envejecimiento y manejo del concepto-realidad de la muerte como una condición insoslayable; redefinición de la relación de pareja; profundización en las relaciones con hijos, nietos y otros familiares; mantenimiento y adquisición de nuevas amistades; transmisión de conocimientos a la nueva generación y aceptación de la responsabilidad social.
- III. **Adulthood tardía (60 años en adelante)**, caracterizada por: mantenimiento de la salud; adaptación a la enfermedad e invalidez; uso placentero del tiempo; adaptación a la pérdida de la pareja y los amigos; reorientación del presente y futuro sin considerar al pasado; creación de nuevas ligas emocionales; aceptación del cambio de los hijos y nietos –ahora como cuidadores–; atención de las necesidades y disminución de la vida sexual; optimización del tiempo de trabajo y recreación; integración del retiro como nuevo estilo de vida y preparación para la muerte.¹²

En esa dirección se plantean de modo complementario los cinco objetivos del funcionamiento unitario adulto:

- I. **Adulto joven**, se espera que seleccione a su compañero y viva una relación sólida, formal y

segura (matrimonio o unión libre). Inicie una familia (edúque a los hijos y conduzca y maneje los asuntos del hogar). Suscite el establecimiento adecuado de un nivel de vida suficiente y decorosa. Ayude a sus hijos a crecer y desarrollarse sanamente, tanto en lo físico como en lo psicosocial. Tenga una ocupación productiva. Atienda sus responsabilidades cívicas y sociales. Que conviva en un determinado grupo social.

- II. **Adulto maduro** su meta es lograr una correcta adquisición de responsabilidades cívicas y sociales, que suscite el establecimiento adecuado de un nivel de vida suficiente y decoroso; ayude a sus hijos a crecer y desarrollarse sanamente, tanto en lo físico como en lo psicosocial; desarrolle actividades satisfactorias para la utilización más conveniente de su tiempo libre; se relacione apropiadamente con su pareja y a los cambios psicofisiológicos que derivan de la edad avanzada; se ajuste al hecho de que sus padres envejezcan. La labor requiere claridad y objetivación en cuanto a valores y actitudes frente a la sexualidad y a otras condiciones propias de la evolución vital que consolidan la pareja, la familia y el futuro educativo de la sociedad.
- III. **La salud mental y la salud sexual se vinculan íntimamente**, por tanto se espera como deber individual el logro de la congruencia entre los valores y actitudes frente al erotismo, individualización de género, relación interpersonal y reproductividad.
- IV. **Actitud congruente (valores y conductas sexuales socioculturales)**. La ambivalencia social hacia estos valores, no siendo personales ni prácticos, provoca frustración y desconcierto frente a la contradicción cotidiana.
- V. **La prevención de una vejez sana se sustenta en el desarrollo psicobiológico y sexual adecuado**. Desde la visión de los expertos de la OMS, las metas para el logro de la SM se dirigen a: proporcionar tratamiento en el nivel de Atención Primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores –no debe olvidarse que la afectación de la SM de las madres afecta directamente la salud emocional y cognitiva de sus hijos–,¹³ establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar los recursos humanos pertinentes; establecer vínculos con todos los sectores involucrados; vigilar la salud mental de las comunidades y apoyar nuevas investigaciones sobre el problema y su continua actualización.³

REFERENCIAS

1. Souza y MM. Educación en salud mental para Maestros. Editorial El Manual Moderno México, 1988.
2. Secker J, 1998. Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. *Health Education Research*, 13: 57-66.
3. WHO. Human rights and legislation who resource book on mental health. World Health Organization, Geneva, 2005.
4. OMS. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Geneva, 2004.
5. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J. et al. World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in: the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004; 291(21): 2581-90.
6. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C. La Salud Mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Manual de Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. México, 2006.
7. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental*, 2003; 26(4): 1-16.
8. Norquist GS, Regier DA. The epidemiology of psychiatric disorders and the de facto mental health care system. *Annu Rev Med* 1996; 47: 473-9.
9. Blehar MC. Public health context of women's mental health research. *Psychiatr Clin N Am* 2003; 26: 781-799.
10. US Department of Health and Human Services. Mental health: culture, race and ethnicity. A supplement to mental health: a report of the Surgeon General. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
11. Souza y MM. Desarrollo psicosexual y educación sexual. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2004; Septiembre 72: 475-86.
12. Souza y MM. Dinámica y evolución de la vida en pareja. Editorial El Manual Moderno. México, 1986.
13. Blehar MC, Depaulo JR, Gershon ES. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. *Psychopharm Bull* 1998; 34(3): 239-43.

