

QUINTA JORNADA DE BIOÉTICA

**Definición de la enfermedad
mental y de las condiciones
psicosomáticas**

Prof. Dr. Rodolfo Fahrer

Sábado, 14 de Junio de 2003.
Nuevo Schoenstatt. Argentina.

Prevalencia

Según estudios recientes de la OMS, las enfermedades neuropsiquiátricas tienen una prevalencia puntual acumulada del 10% aproximadamente en la población adulta (GBD 2000). Alrededor de 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas; trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria

Ciudades	Depresión %	Ansiedad generalizada %	Dependencia del alcohol %	Todos los trastornos mentales (según la CIDI*) %
Ankara (Turquía)	11,6	0,9	1,0	16,4
Atenas (Grecia)	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore (India)	9,1	8,5	1,4	22,4
Berlín (Alemania)	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen (Países Bajos)	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadan (Nigeria)	4,2	2,9	0,4	9,5
Mainz (Alemania)	11,2	7,9	7,2	23,6
Manchester (Reino Unido)	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki (Japón)	2,6	5,0	3,7	9,4
París (Francia)	13,7	11,9	4,3	26,3
Río de Janeiro (Brasil)	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago (Chile)	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle (Estados Unidos)	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai (China)	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona (Italia)	4,7	3,7	0,5	9,8
Total	10,4	7,9	2,7	24,0

Fuente: Goldberg, DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstun TB, Sartorius N, eds. Mental Illness in General Health Care: An International Study, Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323-334.

* CIDI: Composite Internacional Diagnostic Interview

En los últimos años hemos sido testigos de importantes avances en el desarrollo de las ciencias que han transformado a la medicina.

Desde los desarrollos tecnológicos hasta cambios en las estrategias de salud, tales como la atención primaria, han influido en esa transformación.

La medicina moderna concibe al hombre como una entidad total, tomando en cuenta los aspectos corporales, psicológicos y sociales. Esto ha significado la necesaria transformación de la medicina.

De esta concepción biopsicosocial de la medicina se desprende el actual modelo de la psiquiatría. No es solamente una ciencia sino también un arte que busca soluciones pragmáticas; *es un arte que toma en cuenta al hombre como un todo, como una unidad.*

Thomas Kuhn señala que la evolución de un determinado campo científico se produce a través de “revoluciones”. Una revolución científica se expresa en un nuevo paradigma o modelo que produce una reestructuración significativa en las formas en las que este campo científico define sus problemas.

En psiquiatría, entre el Siglo XIX y el Siglo XX hubo cuatro revoluciones que marcaron su rumbo:

La 1ª revolución (Siglo XIX) fue la transformación del sistema carcelario y asilar por el de un cuidado más humano del hombre mentalmente enfermo.

La 2ª revolución, a comienzos del Siglo XX, está enmarcada por el desarrollo de la Psicología Freudiana, que permitió el descubrimiento del inconsciente y el comienzo de un principio de exploración causal de la enfermedad mental. También posibilitó el desarrollo de una técnica psicoterápica para modificar los factores causantes de la enfermedad.

Se produce el avance de la medicina científica y junto con ella aumenta la expectativa de descubrir la etiología de las enfermedades y la esperanza de encontrar tratamientos más efectivos para aliviar el sufrimiento humano.

Junto con el crecimiento de los tratamientos psicológicos, entre los años 20 y 30, se ensayan varios tratamientos biológicos que permiten mejorar los síntomas de las enfermedades mentales.

Aquí es cuando se separa la psiquiatría en dos campos o en dos tipos de psiquiatras: los de orientación psicoanalítica y los de orientación organicista.

La 3ª revolución psiquiátrica se produce en los años 50 y 60 con el desarrollo de la psicofarmacología por un lado, y los tratamientos comunitarios por el otro. Comienza el desarrollo de Servicios Psiquiátricos en los Hospitales Generales, de terapias familiares y sociales, y de las técnicas preventivas.

La combinación de medicaciones y la intervención psicoterápica con los pacientes y la familia posibilitó los tratamientos ambulatorios. Esto facilitó el desarrollo de “unidades de intervención en crisis” y el descubrimiento de la efectividad de tratamientos psicoterapéuticos breves.

La 4ª revolución se produjo a partir de los años 70-80 y comienza con los descubrimientos de las ciencias biológicas. Estos avances y la expectativa de obtener nueva información sobre la biología de las psicosis, la genética de los trastornos

mentales mayores, un mejor conocimiento de la psicofarmacología, conducirán a la práctica psiquiátrica hacia una especialización acentuando la orientación biológica.

En los últimos años se ha insistido en señalar la identidad médica de la psiquiatría, superando los infructuosos debates acerca de la relativa importancia dentro de su campo de acción, de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En relación a los aspectos biológicos en psiquiatría, como en otras especialidades médicas, las pruebas de laboratorio y los avances en neuroquímica, neuroendocrinología, neuroinmunología, etc. han adquirido una importancia cada día más relevante, ya que este tipo de pruebas pueden ser fundamentales para diagnosticar una enfermedad con síntomas o síndromes psiquiátricos subyacentes.

Entre los últimos adelantos de lo que se ha llamado “la década del cerebro”, puedo nombrar: el estudio del genoma humano, que se logró a partir de los avances de la tecnología genética, de la biología molecular y de la inmunología; los avances en neuroimagen que incluyen: mapeo cerebral, neuroimagen funcional, tomografía por emisión de positrones, la espectroscopia por resonancia magnética fluorada (FMRS), etc.

E. Kandel, el Premio Nobel de Medicina 2000, por sus trabajos sobre la neuroplasticidad, demostró importantes mecanismos moleculares en la formación de memorias. Descubrió que el aprendizaje se lleva a cabo por la amplificación de las sinapsis al conectar las células sensitivas con las motoras, que activan los músculos que participan en el reflejo de protección. En contraste con la memoria de corto plazo, la de largo plazo requiere la activación genética y la formación de nuevas proteínas.

Este autor establece un marco intelectual diseñado para alinear el pensamiento psiquiátrico actual, que puede resumirse en cinco principios que constituyen, en síntesis, el pensamiento actual de los psiquiatras y psicólogos acerca de la relación entre la mente y el cerebro.

Principio 1. Todos los procesos mentales, aún los procesos psicológicos más complejos, derivan de operaciones del cerebro. El principio central de esta visión es que lo que generalmente llamamos mente es un rango de funciones llevadas a cabo por el cerebro.

Principio 2. Los genes y sus productos proteicos son determinantes importantes de los patrones de interconexión entre las neuronas en el cerebro y los detalles de su funcionamiento.

Principio 3. La alteración de los genes no explica por sí misma todas las variaciones de una determinada enfermedad mental mayor.

Principio 4. Las alteraciones en la expresión genética inducidas por el aprendizaje dan lugar a cambios en los patrones de conexión neuronal.

Principio 5. En tanto que la psicoterapia es efectiva y produce cambios duraderos en la conducta, presumiblemente lo hace a través del aprendizaje, al provocar cambios en la expresión genética.

Definición de trastorno mental

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, y se caracterizan por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento. No son variaciones dentro de lo que llamamos “normalidad” sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Sin embargo, un episodio de comportamiento anormal no define la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificar como tal, estas alteraciones deben ser duraderas o recurrentes y deben causar angustia personal o alteraciones del funcionamiento en un o más aspectos de la vida.

Los trastornos mentales y conductuales presentan síntomas y signos específicos, y cursan con una evolución más o menos previsible.

Se deben tener en cuenta las diversas formas de pensar y comportarse en las distintas culturas que no son, por sí mismas, indicativas de trastorno.

Diagnóstico de los Trastornos

El diagnóstico clínico es esencial en psiquiatría y requiere de habilidades esenciales en el médico y de procedimientos y entrenamientos específicos, como ser la Historia Clínica.

Se utilizan métodos clínicos similares a los utilizados para las enfermedades físicas. Se recopilan cuidadosa y detalladamente los antecedentes personales y familiares del paciente, se realiza un estudio clínico sistemático para determinar su estado mental y las pruebas y exploraciones especializadas que correspondan. En la actualidad las entrevistas estructuradas, las definiciones uniformes de síntomas y signos, y los criterios de diagnóstico normalizados permiten un alto grado de fiabilidad y validez en el diagnóstico de los trastornos mentales.

Esto no debe reemplazar a un estudio clínico y psiquiátrico que requiere que sea, como decía H. Ey, profundo, prolongado, repetido y técnico.

Principios de Diagnóstico Clínico en Psiquiatría.

El diagnóstico en psiquiatría representa el proceso y el resultado de un esfuerzo por describir lo sustancial en la enfermedad del hombre de una manera breve y eficiente y, además, útil. El diagnóstico significa:

1. organizar la información clínica disponible de una manera coherente, concisa y reutilizable (recobable);
2. predecir el curso clínico de la enfermedad del paciente;
3. seleccionar las estrategias terapéuticas adecuadas;

4. promover la investigación de los factores etiológicos y de nuevas conceptualizaciones de la salud mental.

Los criterios diagnósticos modernos representan un avance metodológico que minimiza la variabilidad e incrementa la confiabilidad y reproductibilidad del diagnóstico psiquiátrico.

Estos criterios, aunque rígidos y arbitrarios, han contribuido a esclarecer la comunicación clínica y favorecer la investigación científica.

En los últimos años, en la búsqueda de un lenguaje común, la comunidad psiquiátrica resolvió no incluir el factor etiológico ni el tipo de tratamiento al efectuar un diagnóstico. Este sólo podría fundarse con datos objetivables en la entrevista clínica: síntomas esenciales, síntomas asociados, edad de comienzo, curso, deterioro, factores predisponentes, incidencia por sexo y antecedentes familiares.

Esta tarea de efectuar un manual diagnóstico que pudiera utilizarse aun con diferencias conceptuales fue realizado por la Organización Mundial de la Salud a través del capítulo sobre *Trastornos Mentales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD)* y por la Asociación Americana de Psiquiatría con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)*.

La publicación en 1980 del DSM IV coincidió con la del ICD-9 y el actual ICD-10 contó con la experiencia de la revisión del DSM III en 1987, al que se llamó DSM III-R. En la actualidad, se utiliza el DSM IV, publicado en 1994.

Las críticas que pueden hacerse a esta clasificación son muchas y variadas, pero las ventajas de su uso para cualquier comunicación o investigación científica es mayor que una aparente pureza epistemológica que impide el intercambio profesional.

El DSM IV de la Asociación Psiquiátrica Americana considera cinco ejes diagnósticos. Cada uno de los ejes está referido a un tipo de información.

Eje I: Síndromes clínicos.

Eje II: Trastornos del Desarrollo y trastornos de la personalidad.

Eje III: Enfermedades y trastornos físicos.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad global.

Estos distintos niveles aportan datos que permiten comprender mejor el padecimiento y al paciente. Al cabo de la primera entrevista ya debe consignarse un diagnóstico presuntivo y/o provisorio. El pensamiento científico debe intentar definir lo que observa estando dispuesto a modificar el diagnóstico siempre que existan razones válidas.

Un buen ejercicio al establecer un diagnóstico es cotejarlo con otros posibles diagnósticos. El diagnóstico diferencial, método que heredamos de la buena clínica, no es un mero juego intelectual sino una metódica estimación que asegura la precisión de nuestra visión.

Para el diagnóstico clínico en psiquiatría, se debe dar prioridad a tres aspectos: el equipo multidisciplinario, la tríade de los conceptos de enfermedad, dolencia y

aflicción y el desarrollo de entrevistas estructuradas y escalas y cuestionarios de clasificación.

El objetivo del diagnóstico clínico inicial es permitir al psiquiatra el desarrollo de una estrategia terapéutica para el tratamiento y manejo que contenga componentes a corto plazo y a largo plazo

Conceptos que sustentan los procedimientos de diagnóstico.

En la práctica psiquiátrica, es de gran importancia distinguir entre la forma y el contenido de los síntomas, y diferenciar a éstos de sus efectos sobre el funcionamiento del paciente.

Existen, además, diferentes categorías de información que debe recopilarse: subjetiva (la del paciente), objetiva (de dos o más personas) y científica (basada en evidencia).

El proceso para llegar al diagnóstico y el significado del mismo está sujeto a importantes variaciones. Es por ello que el ICD-10 y el DSM-IV los presenta como trastornos y no como clasificaciones de diagnósticos. Según el ICD-10, son la existencia de un conjunto de sistemas clínicamente reconocidos asociados en la mayoría de los casos con sufrimiento e interferencia con el desarrollo personal. En el DSM-IV, se habla de un síndrome o patrón clínicamente significativo desde el punto de vista de la conducta o psicológico que ocurre en un individuo y que está asociado con sufrimiento y discapacidad.

Es necesario el uso de definiciones tan amplias debido al conocimiento limitado que existe acerca de las causas de la mayor parte de los trastornos psiquiátricos. Además es también limitada la comprensión de los procesos que dan lugar a los síntomas. Es por esto que, en lugar de “criterios diagnósticos”, se debe decir “criterios para la identificación de trastornos”.

A medida que la información se acumula y se debate sobre ella, hay que tener en cuenta varios aspectos diferentes pero relacionados entre sí del paciente y la enfermedad. La buena práctica psiquiátrica es una parte de lo que a veces llamamos “medicina de la persona” en la que se necesitará, en ciertos momentos, los procesos contrastantes pero complementarios del análisis y de la síntesis de la información disponible. Se debe ver al paciente tanto como un individuo con una variedad de atributos, habilidades, problemas, y experiencias, como a un miembro de un grupo con influencias familiares, sociales y culturales; cada uno de estos aspectos demandará una consideración separada en las distintas etapas del diagnóstico.

Los científicos, en general, nos enorgullecemos de imparcialidad intelectual y aceptamos ciertas creencias sin cuestionamientos hasta que alguna nueva evidencia demuestre lo contrario. Basta recordar la influencia exagerada que se concedió a la explicación psicoanalítica no hace demasiado tiempo atrás.

En realidad, nada resistió la exégesis psicoanalítica: la política, la sociología, la historia o la medicina. Cada nueva formulación científica pasa de manera forzosa por un período de aplicación abusiva. Y hoy es el turno de la genética molecular: nuestro destino está inscripto en la molécula de ADN, y los seres humanos somos meras entidades “programadas”.

Ninguna ciencia puede explicar la naturaleza humana en su totalidad. Todas son logros parciales. Se impone un sano humanismo: un hombre es algo más que su mente, su bioquímica y su identidad social. Sin duda, el hombre es algo más que sus genes; también es su pasado, presente y futuro. Como decía Ortega y Gasset, “el yo del hombre está inmerso precisamente en lo que no es él, en el otro puro que es su circunstancia”.