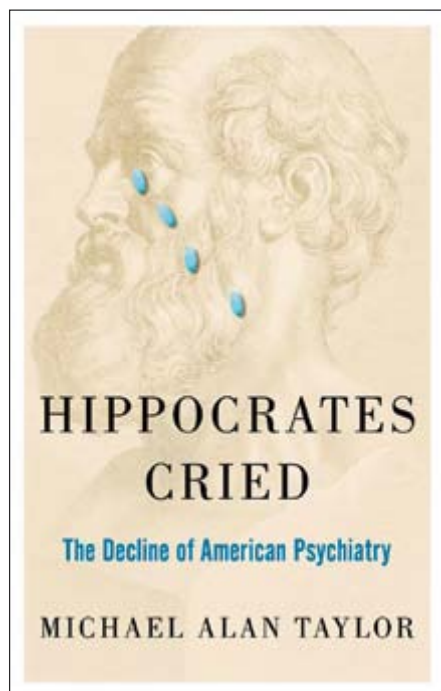


Enfermedades mentales

Del psicoanálisis a la neuropsiquiatría



HIPPOCRATES CRIED. THE DECLINE OF AMERICAN PSYCHIATRY

Por Michael Alan Taylor. Oxford University Press, Oxford, 2013.

La Organización Mundial de la Salud calcula que un 25 por ciento de la población mundial desarrolla, en el curso de la vida, una o varias enfermedades mentales con resultado de incapacidad. Pese a cifra tan asombrosa, hemos asistido en los últimos años a un fenómeno desconcertante: los laboratorios farmacéuticos han optado por abandonar el campo de las patologías psiquiátricas. La compañía Novartis, por ejemplo, obtuvo sustanciosas ganancias, hace medio siglo, con la comercialización de la clozapina, la primera de la serie de las drogas psicóticas atípicas, y la imipramina, que inició la clase tricíclica de antidepresivos. Ambos fármacos originaron otras versiones y de-

rivados. Mas, desde su introducción no se ha producido ninguna mejora radical en la terapia. No existen fármacos que atajen los síntomas nucleares del autismo, ni los déficits cognitivos de la esquizofrenia, por citar dos casos.

Los laboratorios farmacéuticos reflejan el cambio de modelo teórico experimentado en el tratamiento de las enfermedades mentales. Hasta ahora, los fármacos vigentes se basaban en la modulación de neurotransmisores. Pero las compañías empiezan a cambiar el enfoque para poner la mirada en la circuitería neural involucrada. Se centran en neuropatologías ligadas al desarrollo (autismo, esquizofrenia o trastorno bipolar), así como en enfermedades neurodegenerativas (párkinson y alzhéimer). Por su parte, la investigación genética va identificando genes que pudieran causar trastornos. Se trabaja con modelos animales. Mediante la optogenética (técnica introducida en 2005 que utiliza la genética para excitar o inhibir determinadas neuronas), se acotan en animales vivos los circuitos neurales afectados por dichos genes y, por ende, los objetivos de la terapia a desarrollar. Particular confianza se tiene en la investigación de enfermedades causadas por un solo gen, como algunas formas raras, aunque devastadoras, del autismo.

La evolución de la psiquiatría en Estados Unidos sirve de punto de referencia para el trayecto recorrido por la disciplina en otras partes del planeta. En 1946 se fundó el Instituto Nacional de la Salud Mental. Hubo asignaciones federales para la investigación y creación de centros. La introducción de la clorpromazina aligeró el número de camas, al tiempo familias, políticos y activistas se unieron para sacar a los enfermos de los frenopáticos. La desinstitu-

cionalización comenzó en Estados Unidos a mediados de los cincuenta. Entre 1955 y 1969 dejaron los nosocomios públicos más de 220.000 internos. Para apreciar hoy la escala del problema generado, basta con pasearse por parques públicos, estaciones de metro y salas de urgencias, donde se refugian muchos enfermos porque no tienen otro sitio. El autor denuncia la decadencia pareja de la psiquiatría a lo largo de los decenios transcurridos. Y resume su crítica en la dependencia excesiva que los profesionales muestran del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM).

El DSM contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas. Su uso habría de permitir, a clínicos e investigadores, diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los trastornos mentales. La edición vigente es la quinta, DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013. Esa poderosa herramienta de trabajo deja de lado, sin embargo, importantes condiciones y síntomas. Ha condicionado de tal modo la psiquiatría estadounidense, que muy pocos profesionales han adquirido un conocimiento operativo de psicopatología fuera de ese marco alejado de una psiquiatría enraizada en la ciencia. Cierto que se ha aprendido mucho sobre la química del cerebro, sobre los neurotransmisores y sus receptores en animales de laboratorio y placas de Petri, pero el psiquiatra desconoce cómo funciona todo ello en el cerebro del paciente.

Para percatarse del estado de la psiquiatría de EE.UU. hace medio siglo, pensemos en la ciudad de Nueva York. Ofrecía lo mejor y lo peor de la atención médica urbana. Lo mejor se encontraba en el hospital Monte Sinaí, en Manhattan; lo peor, en

los escuálidos hospitales de los suburbios. Había varios hospitales municipales con vinculación académica y formación de residentes. Las clases pobres no tenían acceso a la medicina privada. Se les hospitalizaba en casos de urgencia. Era común que en una primera visita el médico se enfrentara a jóvenes diabéticos con extremidades afectadas, alcohólicos con insensibilidad avanzada, pacientes con cáncer en metástasis desarrolladas, niños mordidos por ratas. Hasta 1965 no se creó Medicaid, que aportaría una mayor asignación económica a los hospitales públicos para una asistencia digna a los pobres. Pese a todo, resultaba insuficiente y los hospitales públicos seguían sufriendo estrechez, con servicios sin aire acondicionado en verano o áreas de psiquiatría cuyo presupuesto no les llegaba nada más que para un antipsicótico primario, Thorazine.

En aquellos años de mediados de los sesenta, los psiquiatras del hospital público Manhattan State, recuerda el autor, registraban cuanto observaban en los pacientes. Comparaban todo movimiento extraño que comportara un impacto cerebral, con otras conductas anormales o con un diagnóstico específico. En ese ejercicio desarrollaban una destreza en el afinamiento del diagnóstico de pacientes con alteraciones de conducta que ningún medio técnico actual ha podido igualar. Los informes del Manhattan State eran extensos y detallados y posibilitaban un conocimiento cabal del enfermo desde casi todos los enfoques teóricos. Ahora ya no se exige que los psiquiatras residentes evalúen y sigan la evolución del paciente. En muchos casos, tampoco saben cómo redactar un informe. Tras leer sus apuntes escuetos, no podemos hacernos ni la mínima idea de qué le pasa al paciente. Algunos responsables de la psiquiatría en Estados Unidos se defienden aduciendo que no se necesitan más detalles, que basta con el listado ofrecido en el DSM.

En los años sesenta, la psiquiatría estaba dominada por el pensamiento psicoanalítico, que se había adueñado de los departamentos de psiquiatría de las

facultades de medicina e instituciones sanitarias. Los sistemas neuroquímicos apenas si se conocían. La psiquiatría biológica tardaría en llegar. La eficacia de la medicación psiquiátrica y de la terapia electroconvulsiva (TEC) no podía negarse, pero sus efectos, epidérmicos, no abordaban el problema nuclear del afectado. Todos los pacientes eran sometidos a psicoterapia, incluidos los más psicóticos. Se impusieron terapias basadas en la teoría psicodinámica (la escuela de Adler, la de Jung, la adaptacionista, etcétera), unas con el asesor freudiano y otras sin él. Su denominador común era el inconsciente, donde se esconden estructuras e impulsos innatos variopintos configuradas por la experiencia infantil. Las desviaciones de las interacciones entre los impulsos, estructuras y mundo externo conducirían a los síntomas. La perspectiva psicodinámica entiende que la mayoría de los problemas de conducta son resultado de conflictos entre la tensión de la vida diaria y las fuerzas del inconsciente internalizados en la infancia y adolescencia.

Para buscar la sanación, el paciente, con la ayuda del terapeuta, debía desentrañar tales desviaciones y, de alguna forma, reconfigurarlas hacia la normalidad. Fuera de los test de Rorschach (de las manchas de tinta), no había pruebas neuropsicológicas. Ni que decir tiene que ninguna de las escuelas mencionadas demostró eficacia alguna. Esas terapias resultaban inútiles en casos de enfermos graves. Las explicaciones psicoanalíticas de la esquizofrenia, que culpaban a la madre, se demostraron carentes de base y destructoras. Igual ocurrió con la interpretación de las depresiones. No se puede tratar a los enfermos con placebo o de acuerdo a las propias convicciones personales. Se prestaba atención al funcionamiento del cerebro del sujeto solo si había sufrido un ictus y con la exclusiva intención de pasar al paciente a otro servicio médico.

De esa praxis oficial se apartó la psiquiatría aplicada en la marina estadounidense, involucrada entonces en la guerra del Vietnam. Menos rígida y más tolerante

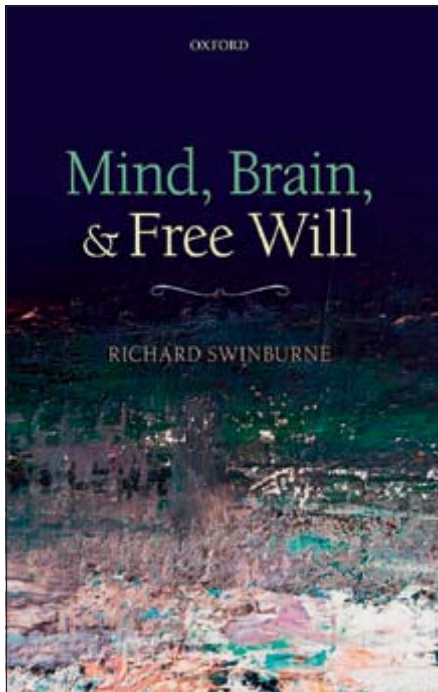
que el doctrinarismo psicoanalítico de la psiquiatría civil oficial, abierta a las nuevas ideas basadas en la experiencia empírica, trabajando con ella, recuerda el autor, obtuvo su primer neumoencefalograma de un paciente psiquiátrico. Este tipo de procedimiento se convirtió en rutinario. Podía tratarse a los pacientes sistemáticamente y desde una perspectiva neuropsiquiátrica sin miedo a la crítica procedente de los psicoanalistas. Entre los soldados, el consumo generalizado de LSD, peyote, cannabis y otros alucinógenos alteraban la mente. Se emplearon como paliativos, pero se comprobó que producían daños cerebrales permanentes. Se recibió así una lección importante para la neuropsiquiatría: todo cambio en el comportamiento se originaba en el cerebro. Las drogas que turbaban la percepción y provocaban alucinaciones causaban disfunciones cognitivas permanentes.

Aunque, todavía a comienzos del siglo XXI, los diagnósticos se realizaban de acuerdo con el DSM, los trabajos de investigación iban sumando nuevos conocimientos sobre aspectos de la conducta que no se recogían en ese manual. Muchos pacientes mostraban un comportamiento no descrito en el DSM y, por tanto, desconocido para los médicos. Ello no empecía que, pese a la deficiencia de diagnóstico, los fármacos prescritos fueran ultramodernos. También ineficaces. La situación promete cambiar con la aplicación de la neurología al diagnóstico, con la neuropsiquiatría. Abarca esta todos los síndromes psiquiátricos clásicos, como psicosis, manía, depresión, catatonía, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de ansiedad, demencias, epilepsia, trastornos del movimiento, etcétera. La atención a pacientes que sufren síndromes complejos de conducta requiere destreza clínica para identificar las implicaciones diagnósticas, neurológicas y neurofisiológicas de las psicopatologías. Destreza que se base en el conocimiento de las redes neurales relacionadas con las funciones cerebrales y su plasmación en la conducta.

—Luis Alonso

Filosofía de la mente

Una explicación actualizada del dualismo



MIND, BRAIN, AND FREE WILL

Por Richard Swinburne. Oxford University Press, Oxford, 2013.

De una forma u otra, el dualismo en la concepción del ser humano ha existido desde la filosofía clásica hasta mediados los cincuenta del siglo pasado. A tenor del mismo, mente y cerebro, espíritu y materia, son categorías ontológicamente distintas e irreductibles entre sí. Debe su conceptualización moderna a René Descartes, quien distingue entre una sustancia corpórea y una sustancia espiritual. Richard Swinburne bracea aquí contra corriente. Se trata, sin duda, del mayor esfuerzo que conocemos sobre el asentamiento científico y filosófico de la tesis dualista. Expuesto con un rigor y una profundidad que impide una lectura apresurada, demanda del lector una formación por encima de la media. Defiende el dua-

lismo de sustancias (la teoría de que los humanos constan de una parte corporal y otra espiritual o mental) y presenta un alegato en pro de la libertad (los humanos poseen cierta libertad de escoger entre opciones alternativas, con independencia de las causas que influyan en ellas).

A finales de los años cincuenta entró en psicología la teoría de la identidad. Postulaba que los estados mentales no eran más que procesos biológicos del cerebro. Es decir, estados mentales y procesos cerebrales serían lo mismo. La teoría de la identidad identificaba tipos psicológicos (propiedades, clases) con tipos físicos (propiedades, clases).

A lo largo de los últimos veinte años, la irrupción de la neurociencia ha transformado nuestra forma de entender el aprendizaje, la toma de decisiones, el yo o las vinculaciones sociales. Ello ha obligado a la filosofía a replantearse, con nuevos enfoques y nuevas bases, temas capitales de su acervo conceptual, desde la mente hasta la responsabilidad moral pasando por el libre albedrío. Suele decirse, con acierto dispar, que ello ha corrido parejo con una retirada de la filosofía que habría venido cediendo espacios a las ciencias experimentales; en un principio a la cosmología, química, biología o física y, en fechas más cercanas a la genética, la neurología y la etología. En concreto, la mente, antaño territorio acotado de la filosofía y la psicología especulativa, habría pasado al ámbito neurocientífico.

Pero la expansión de una ciencia experimental no tiene por qué desalojar del campo a la reflexión filosófica rigurosa. No solo no la excluye, sino que a veces se requiere su presencia. Desde distintos enfoques, Thomas Nagel, Colin McGinn, Jerry Fodor, Noam Chomsky, Roger Penrose y otros muchos, por citar científicos y

filósofos de diversa procedencia, reconocen que la ciencia no posee siquiera una ligera idea de cómo emergen, a partir de un cerebro material, la conciencia y su inseparable socio el libre albedrío. Ningún ordenador del tipo de los que hoy sabemos construir está capacitado para cruzar el umbral que le haría consciente de lo que está ejecutando. Ningún programa de ajedrez, por avanzado que sea, sabrá nunca que está jugando al ajedrez. Los ordenadores más potentes de nuestro tiempo solo difieren del ábaco en su capacidad para obedecer algoritmos más complicados, para machacar unos y ceros a velocidades increíbles. Aunque nuestro ADN es casi idéntico al de un chimpancé, no hay forma de enseñarle cálculo al primate, ni hacerle entender la raíz cuadrada de 2. Por lo que parece, hay verdades tan alejadas de nuestro alcance cuanto distante se halla de nosotros la capacidad de un bovino. El problema irresoluble es cómo explicar la existencia de los qualia. Noam Chomsky distingue entre problemas que parecen solubles, al menos en principio, a través de métodos científicos, y misterios, que no parecen resolubles, ni siquiera en línea de principio. Señala que las capacidades cognitivas de todos los organismos están limitadas por la biología; así un ratón no podrá nunca hablar como un humano; de igual modo, ciertos problemas se hallan más allá de nuestra comprensión.

Swinburne comienza por analizar los criterios para que un fenómeno (llamado también evento en ese contexto) o sustancia sean otro fenómeno o sustancia, es decir, idénticos; revisa los criterios para que un objeto sea metafísicamente posible y criba los parámetros para admitir que tales cuestiones sean racionales o estén justificadas. Tras detallar los criterios, razona que los fenómenos mentales son distintos de los

fenómenos físicos, lo que no excluye una mutua interacción. En su opinión, la neurociencia no aporta ningún contraejemplo que desmienta la interacción. Cita, por botón de muestra, los famosos experimentos de Benjamín Libet sobre el libre albedrío.

Distingue entre sustancias (electrones, planetas, casas), propiedades (masa, color) y fenómenos. Un criterio riguroso de identidad nos permitirá responder a la cuestión sobre si los fenómenos mentales son lo mismo que los fenómenos cerebrales y si yo soy lo mismo que mi cuerpo. La identidad de sustancias en el curso del tiempo es un asunto relacionado con el ámbito en que existe continuidad entre sustancias con respecto a las propiedades que poseen y tal vez de algo más que las propiedades. Para que una sustancia S_2 en un tiempo t_2 sea la misma sustancia que S_1 en un tiempo anterior t_1 , deben satisfacerse dos tipos de criterios. En primer lugar, que las dos sustancias pertenezcan a la clase mínima esencial. (La clase mínima esencial a la que una sustancia pertenece es la clase que consta de todas las propiedades esenciales de una clase que dicha sustancia debe tener para poder continuar existiendo.) La segunda exigencia para que una sustancia sea en un tiempo determinado la misma que una sustancia un tiempo posterior es que las dos sustancias consten de las mismas partes o de partes obtenidas mediante la sustitución gradual de las partes de la primera sustancia.

Existe una obvia distinción entre fenómenos físicos (incluidos los cerebrales) y fenómenos mentales. A los segundos el sujeto que los experimenta posee un acceso privilegiado, es decir, una forma de conocerlos que no está al alcance de los demás. Entre los fenómenos mentales se numeran los fenómenos puramente mentales, que se suponen sin mezcla de fenómeno físico alguno: creencias, pensamientos, intenciones, deseos. Porque el sujeto suele ser consciente de ellos se les llama fenómenos conscientes. Para la tesis denominada fisicalista, los únicos fenómenos genuinos son los físicos. Los propios fenómenos mentales serían cerebrales. El fisicalismo filosófico

empezó en las postrimerías de los años cincuenta del siglo pasado con la obra de U. T. Place. Fue ulteriormente desarrollado por J. J. Smart. Estos filósofos abogaban por una identidad tipo-a tipo, la idea de que las propiedades mentales se reducían a propiedades físicas.

Muy pronto, sin embargo, esa tesis de la identidad tuvo que enfrentarse al problema de la realización múltiple, a saber, que un mismo tipo de fenómeno mental (dolor, por ejemplo) guardaba correlación con diferentes tipos de fenómenos cerebrales en distintos organismos. Por eso, los fisicalistas no tardaron en preferir la tesis, más moderada, de que los episodios mentales supervienen a los acontecimientos físicos.

La forma natural de esa teoría se llama *funcionalismo*, según lo defendió Hilary Putnam en 1975, aunque se remonta al mismo Aristóteles. El funcionalismo sostiene que las propiedades mentales cumplen determinada función en el sujeto y tienen causas y efectos dentro o fuera del cerebro. La mente se realiza en el cerebro lo mismo que un *software* en un *hardware*. Al asentar la psicología en la biología, se pretende liberar la psicología de las tradicionales preocupaciones metafísicas que afectan a la mente y su relación con el cuerpo. Pero no todos se muestran cómodos en esa postura. Al caracterizar los fenómenos mentales en referencia a posibles estímulos y reacciones, el funcionalismo deja sin abordar las dimensiones cualitativas. Thomas Nagel, Frank Jackson, David Chalmers y otros han sostenido que todo relato de la mente debe incluir cualidades mentales no materiales, exhibidas en la conciencia.

Se recurre a veces al tecnicismo superveniencia para expresar cierta relación de dependencia de lo mental respecto de lo físico. Un conjunto de propiedades se dice superveniente sobre un segundo conjunto cuando ambos tipos de propiedades se hallan tan estrechamente relacionadas, que no cabe diferencia en las primeras sin que acontezca una diferencia en las segundas. El concepto de superveniencia se utiliza en diversos campos. Así, de las

propiedades biológicas se dice que supervienen plausiblemente sobre las químicas, las propiedades mentales sobre las físico-químicas. El término fue analizado ya en 1984 por R. M. Hare para describir la forma en que las propiedades éticas se relacionan con otras psicológicas y naturales. Las propiedades de una clase, F, supervienen sobre las de otra clase, G, cuando las cosas son F en virtud de ser G. Una persona no puede ser simplemente buena, sino que tiene que ser buena en virtud de poseer otras propiedades, tales como arrojo y amabilidad.

Los ensayos para determinar si los fenómenos mentales repercuten en los cerebrales siguen la senda abierta por Benjamín Libet. Se instruía a los voluntarios para que movieran la mano en el momento de su decisión. Mientras realizaban el ensayo contemplaban un reloj y declaraban luego en qué momento tuvieron la intención de mover la mano, en promedio unos 200 milisegundos antes del inicio de la actividad muscular desencadenante del movimiento de la mano. Sin embargo, los electrodos instalados en el cuero cabelludo registraban (en cada episodio de movimiento de la mano) la constitución de un potencial de disponibilidad, que era una prueba de un tipo particular de fenómeno cerebral (llamémosle B_1), que ocurría, en promedio, 550 milisegundos antes de la actividad muscular. Los experimentos de otro tipo, sostenía Libet, mostraban que los sujetos informaban del tiempo de las sensaciones como produciéndose 50 milisegundos antes del tiempo de los fenómenos cerebrales que las causaban. Ello condujo a Libet a sostener que los sujetos enjuician mal el tiempo de los fenómenos conscientes en 50 milisegundos. Llegó así a la conclusión de que, en promedio, la «intención» aparecía 150 milisegundos antes de la actividad muscular y 400 milisegundos después de B_1 . Ello mostraría que B_1 causaba el movimiento de la mano y que la intención era un epifenómeno. Swinburne objeta las limitaciones y las conclusiones de los experimentos de Libet.

—Luis Alonso