

PRÓLOGO Y EDICIÓN AL CUIDADO DE
FACUNDO MANES



MARCELO CETKOVICH

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA PSIQUIATRÍA

PAIDÓS

Índice de contenido

Portadilla

Prólogo, por Facundo Manes

Nota del autor

Introducción: La psiquiatría no es glamorosa

- 1. Darwin y la evolución de las emociones**
- 2. La ansiedad ataca**
- 3. El estigma de la psicosis**
- 4. Nosotros ante las fuerzas de la naturaleza: el estrés y los traumas**
- 5. La depresión no es igual a la tristeza**
- 6. El trastorno bipolar**
- 7. El corazón como víctima de las emociones**
- 8. Apostillas sobre la psiquiatría y la neurología**

Comentario final: El futuro de la psiquiatría ya llegó

El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría

MARCELO CETKOVICH

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD
MENTAL Y LA PSIQUIATRÍA

Cetkovich, Marcelo

El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría / Marcelo Cetkovich. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Paidós, 2018.

Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-12-9751-5

1. Psiquiatría. I. Título.
CDD 616.89

Diseño de cubierta: Departamento de Arte de Grupo Editorial Planeta S.A.I.C.

Todos los derechos reservados

© 2018, Marcelo Gustavo Cetkovich Bakmas

© 2018, de todas las ediciones:

Editorial Paidós SAICF

Publicado bajo su sello PAIDÓS®

Independencia 1682/1686,

Buenos Aires – Argentina

E-mail: difusion@areapaidos.com.ar

www.paidosargentina.com.ar

Primera edición en formato digital: julio de 2018

Digitalización: Proyecto451

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

Inscripción ley 11.723 en trámite

ISBN edición digital (ePub): 978-950-12-9751-5

Para Laura e Iván.

Prólogo

La cantidad de personas que sufre trastornos psiquiátricos está aumentando en todo el mundo. Se estima que, entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha crecido cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. En el caso de nuestro país, Argentina, datos de muy reciente publicación confirman que el 29,1% de los habitantes ha experimentado algún tipo de trastorno mental. A pesar de estas impactantes cifras, sigue existiendo hoy un fuerte estigma sobre ellos. La discriminación, la incomprensión, la angustia y el miedo se originan principalmente en el desconocimiento. Y este temor se expresa en los diferentes modos de exclusión que sufren y se suman a la dramática situación de tener que atravesar la enfermedad. Exclusión de la escuela, de los grupos de amigos, de las reuniones familiares, de los trabajos son solo algunos ejemplos. Lo vemos también en la mirada pavorosa que señala al *diferente* cuando se manifiesta algún síntoma de estos trastornos. Asimismo, el desconocimiento propio y ajeno hace que se sienta vergüenza. Como si tener un trastorno mental fuera marca de debilidad o de haber cometido una falta. Todo esto favorece a que se pierda tiempo valioso en tratamientos sin fundamento, en que se demore la consulta con el especialista y en llegar a intervenciones con base científica.

Así se va alimentando día a día ese estigma, esa condena social, como acertadamente señala Marcelo Cetkovich en este libro fundamental que aborda, desde el conocimiento académico y la experiencia clínica, la problemática de estas patologías, de quienes las sufren y también de quienes las tratan. Claro que no se trata de un fenómeno nuevo en absoluto. Lamentablemente, a lo largo de la historia, las personas con enfermedades mentales han sido segregadas o brutalizadas, identificadas con la violencia y el peligro. Incluso se ha llegado a vincular estas patologías con la posesión demoníaca. El cine de terror y los *thrillers* son reflejo de ello. Es que el trastorno mental se construyó desde siempre como una suerte de *marca* a ser rechazada.

Otra concepción errónea y muy extendida respecto de estas enfermedades tiene que ver con la idea de que los padecimientos psíquicos son autoinfligidos y, por lo tanto, son voluntarios. Entonces se asume que las personas pueden *controlar* lo que les sucede y, de alguna manera, lo *eligen*. O en otros casos se suele pensar que se trata de exageraciones, meras actuaciones o extravagancias que hay que desatender. Todo esto lleva a una tremenda incomprensión hacia quienes sufren estas enfermedades. Sus vidas tienen una limitación aún mayor que la que puede llegar a generar la propia patología a la hora de encontrar trabajo, conseguir una vivienda, establecer relaciones sociales duraderas y ser aceptados por los demás. Como consecuencia, las personas que son estigmatizadas tienen mayor riesgo de sufrir aislamiento y depresión. La falta de comprensión por parte de la familia o el entorno, las menores oportunidades de inserción

social y la propia creencia de la persona de que *nunca tendrá éxito o nunca podrá mejorar su situación* perpetúan ese aislamiento y contribuyen a que tiendan a evitar la búsqueda de ayuda o tratamiento para eludir las consecuencias sociales negativas del diagnóstico. Así, la prevención de los trastornos de salud mental, la promoción del bienestar mental y la provisión de un tratamiento y atención se dificultan todavía más.

Es urgente que la estigmatización se revierta. Por lo tanto, es necesario desafiar activamente los estereotipos negativos existentes. Para ello, la sociedad debe involucrarse y conocer más acerca de los trastornos mentales, que tienen un enorme impacto mundial y se presentan entre todos los grupos etarios y en todas las regiones geográficas. En este sentido, es de destacar la brillante tarea que realiza Marcelo Cetkovich como director del Departamento de Psiquiatría de INECO, en el que ha desarrollado un ambicioso programa asistencial, docente y de investigación; y, por supuesto, celebrar la aparición de este libro. Porque aquí no solo describe las principales patologías psiquiátricas, los últimos avances en el conocimiento sobre ellas y en los tratamientos, sino que acompaña esta información claramente explicada con relatos, experiencias y casos que provienen de sus años en el ejercicio profesional. Brinda así una gran ayuda a las personas que sufren estos padecimientos, a sus familiares y amigos; como así también contribuye al apoyo a este campo fundamental de la medicina y las neurociencias. La difusión de estos conocimientos representa un aporte para la prevención, la asistencia temprana y el tratamiento. Busca también sensibilizar a toda la sociedad para que, de esta manera, todos nos volvamos más humanos.

FACUNDO MANES

Neurólogo y neurocientífico.

Presidente de la Fundación INECO para la investigación en neurociencias cognitivas.

Nota del autor

Este libro intenta reflejar muchos años dedicados a la psiquiatría desde una mirada humanista médica apoyada en las neurociencias. Me anima la necesidad urgente de que los padecimientos mentales, que azotan la vida de millones de personas y sus familias, sean comprendidos en su total dimensión, tal y como comprendemos a quienes están afectados de cualquier otra enfermedad. En ellos está mi fundamental consideración. También me moviliza brindar la perspectiva de los psiquiatras sobre nuestro propio trabajo, muchas veces incomprendido.

El tiempo de confección de este libro me hizo confrontar cara a cara con algo que sospechaba: escribir es un proceso arduo y complejo, que requiere del apoyo de todos quienes nos rodean. Por eso el agradecimiento, en primer lugar, a Laura, mi esposa y pilar indiscutido de los desafíos cotidianos. Su mirada atenta logró depurar innumerables imperfecciones que obstaculizaban el objetivo central de dar cuenta sobre la mente y sus padecimientos. También, a todos mis compañeros, por su esfuerzo diario por una tarea de excelencia en un clima de amistad. Asimismo, agradecer a Mateo Niro por su colaboración en la elaboración de este libro. No tengo dudas de que, sin su concurso, paciencia y comprensión, esto no sería más que un montón de papeles abollados en un cesto. Por último, a Facundo Manes, quien hace poco más de diez años me abrió las puertas del más ambicioso proyecto neurocientífico del Cono Sur. INECO y el Instituto de Neurociencias de la Fundación Favalaro han sido dos oasis donde reparar fuerzas en un medio adverso, lo cual nos hace recordar la frase del gran médico árabe Avicena: “El saber es un plato fuerte en la oscura noche de la iniquidad”.

Introducción

La psiquiatría no es glamorosa

Compartía una velada con unos colegas en el restaurante de un elegante hotel de la ciudad de Buenos Aires. Abocados a revisar la carta y ponernos al tanto de las novedades, advertí que había entrado en el salón un personaje público, muy conocido por su trabajo, quien poco tiempo antes me había consultado para saber mi opinión sobre un tratamiento que estaba recibiendo. El *maître* lo acompañó a una mesa contigua a la nuestra, pasó a un metro de donde yo estaba sentado y tomó su lugar sin saludarme. A los pocos minutos pidió que lo cambiaran a una mesa alejada. En ese momento pensé que, en el caso de que yo hubiera sido médico clínico, cirujano o neurólogo, esta persona no hubiera dudado un minuto en acercarse a saludarme. Pero no lo hizo porque mi especialidad es la psiquiatría y reconocer de forma pública que uno va al psiquiatra es algo que las personas comúnmente no hacen. Solemos hablar sin problemas de nuestras úlceras, infartos o, inclusive, de nuestra próstata; pero es muy difícil que quienes nos rodean se enteren de que estamos bajo tratamiento psiquiátrico.

Las enfermedades mentales son estigmatizantes. El estigma era la marca a fuego que se hacía sobre la piel de los esclavos para reconocer su condición. Algo imborrable que denota algún aspecto que tendemos a ocultar. Si mi condición de psiquiatra produjo esta actitud de rechazo, me pregunto cuánto más será la condena que sufren las personas que padecen los trastornos mentales. Si mi presencia incomodó al personaje del restaurante y a mí, su forzada indiferencia, ¿cómo será vivir con un trastorno mental severo o tener un familiar que lo sufre?

Las estadísticas fiables indican que una de cada cuatro personas padece algún tipo de trastorno mental: depresión, ansiedad, psicosis esquizofrénicas y de otro tipo, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, entre otras. Todas estas condiciones se caracterizan porque a veces se presentan con un carácter grave y porque pueden alterar de forma significativa la vida cotidiana de quienes las padecen y la de sus familiares. No obstante, aquellos que los rodean muchas veces no suelen enterarse. Esto incluye a todas las personas con las que mantienen contacto cotidiano, pero con las cuales no tienen tal intimidad como para compartir su sufrimiento. Porque los trastornos mentales producen incomprensión, vacío y rechazo. Es factible que alguien nos comente que está viendo a “un terapeuta”, sin dar más detalles. Ir al “analista” aún hoy sigue siendo signo de sofisticación intelectual, asociado al hecho de que pocas veces tiene que ver con padecimientos mentales severos. Pero ir al psiquiatra ya es otra cosa.

*

Los familiares de las personas con trastornos mentales aprenden a ocultar la situación por el estigma. Diversos estudios han demostrado que los seres queridos de las personas con trastornos mentales se deprimen y se enferman más que la población general. Y esto es consecuencia del rechazo y el vacío que experimentan frente a un entorno que no los comprende. Un estudio reciente utilizó un cuestionario para saber qué tanto se avergonzaban los familiares de personas con diversos trastornos: mostraron puntajes de vergüenza cuarenta veces mayores que los familiares de personas con cáncer. Vivimos el cáncer con tristeza y una sensación de castigo, pero no con vergüenza, a diferencia de las personas con trastornos mentales y sus familias que, al sufrimiento, tienen que agregarle una suerte de condena social.

Las causas del estigma de los trastornos mentales son complejas pero, de forma regular, tienen que ver con el miedo y la ignorancia. La mayoría de las personas siguen pensando que los trastornos mentales, sobre todo los que llamamos “locura”, son contagiosos y peligrosos. Cada vez que en las noticias aparece el caso de un asesinato en masa que no reviste características de terrorismo, de manera inmediata surge la idea de un trastorno mental como la causa. Esto genera una grave distorsión con respecto a la percepción de la peligrosidad de las personas con esta condición.

Estudiosos refieren que el estigma tiene tres elementos:

- estereotipo: una creencia negativa que se sostiene sin mayor crítica con respecto a un grupo (por ejemplo, las personas con depresión solo tienen falta de carácter);
- prejuicio: una respuesta emocional negativa frente al estereotipo (por ejemplo, las personas con depresión solo son débiles de carácter y nos causan rechazo);
- discriminación (por ejemplo, las personas con depresión solo tienen falta de carácter, nos causan rechazo y por eso no le daríamos trabajo a alguien que confiese que la padece).

Estos tres aspectos conforman los componentes cognitivo, emocional y conductual del estigma.

El 14 de diciembre de 2012, en la localidad de Newtown, Connecticut (Estados Unidos), Adam Lanza asesinó a su madre mientras dormía y luego se dirigió a la escuela Sandy Hook donde atacó y terminó con la vida de veinte niños y seis adultos, para luego acabar con su propia vida. Luego de estos hechos, Thomas Insel, entonces director del Instituto de Salud Mental de ese país, fue llamado a comparecer ante una comisión de legisladores con el objeto de brindar información que permitiera comprender la situación y, eventualmente, diseñar políticas tendientes a prevenir este tipo de eventos. Insel explicó que, de todos los actos de violencia cometidos en los Estados Unidos, solo el 6% habían involucrado a personas con trastornos mentales; luego de explicar cuáles eran los factores que podrían influir en esta conducta, señaló que, en personas con cuadros psicóticos que pueden volverse violentas, esta tendencia disminuye quince veces cuando reciben tratamiento adecuado. Por otro lado también refirió que las personas con trastornos mentales severos tienen once veces más chances de ser víctimas de episodios de violencia. Por lo tanto, en lo que se refiere a hechos violentos cometidos por personas con trastornos mentales, su carácter excepcional no justifica el miedo y el rechazo y se

confirma que el problema es la falta de atención adecuada.

Los complejos determinantes de los asesinatos en masa contribuyen a perpetuar esta confusión sobre las enfermedades mentales. Estos casos, si bien resonantes, representan condiciones excepcionales caracterizadas como muy graves trastornos de personalidad. Erich Fromm introdujo en la década de 1960 el concepto de “narcisismo maligno”, luego desarrollado por Otto Kernberg, psicoanalista estudioso de los trastornos de la personalidad. Refiere a personalidades muy perturbadas con rasgos narcisistas, caracterizados por la grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía; a esto se agrega la conducta antisocial, con un sadismo placentero y clara orientación paranoide hacia la realidad. Leonardo Tondo, un gran investigador de la psiquiatría moderna que reparte su tiempo entre Roma y la universidad de Harvard, publicó *Qualcuno ce l’ha con me (Alguien la tiene conmigo)*. Un extraordinario ensayo socio y psicopatológico sobre el prejuicio y la paranoia. Tondo explica con detalle cómo la personalidad narcisista, compensando menoscabos precoces, construye una idea sobrevalorada de sí misma. Al sentirse cuestionada, se desarrolla la desconfianza, la suspicacia y las ideas persecutorias paranoides. Su trabajo muestra que la necesidad de certezas ante lo desconocido configura el tronco común de donde surgen las explicaciones, el prejuicio social, las hipótesis conspirativas de todo tipo y también las ideas paranoides en sujetos predispuestos. Tondo permite comprender, al mismo tiempo, los determinantes de la xenofobia y las conductas de homicidas masivos como Jim Jones o Andreas Breyvik.

Hemos visto que, las estadísticas desmienten la idea de la peligrosidad de las personas con trastornos mentales, sin embargo el estigma sigue predominando en el imaginario social.

*

Un grupo de investigadores de Hamburgo llevó a cabo un estudio, el *Psychnet*, con el objeto de saber hasta qué punto un programa educativo de la población mejoraba la consideración hacia las personas con trastornos mentales. Consistió en una serie de cortometrajes en los cuales personas afectadas con trastornos mentales compartían sus experiencias. Estos cortos fueron emitidos en 40.000 oportunidades en los cines de la ciudad entre 2011 y 2014. Utilizando encuestas telefónicas, encontraron que la campaña había logrado un efecto pequeño sobre el estigma. Las personas que los habían visto expresaron una ligera disminución de sus deseos de poner distancia con una persona que padece depresión. Pero muy pocos mostraron creer que una persona con esquizofrenia necesita ayuda.

El concepto de “estigma” abarca las creencias estereotipadas y negativas que las personas sostienen, así como las prácticas discriminatorias e inequitativas resultantes. El estigma y la discriminación se dan tanto a nivel individual, a través de la interacción interpersonal, así como a nivel de las estructuras sociales a través de políticas, prácticas y leyes injustas.

Esta cita fue tomada de un artículo en el que la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, por su sigla en inglés) resumió las recomendaciones para combatir la estigmatización de la psiquiatría y de los psiquiatras. El tema fue revisado de forma extensa en el artículo, cuyo primer autor fue Norman Sartorius, ex presidente de la WPA y uno de los pensadores más lúcidos de la disciplina. (1) El rechazo social de las personas con enfermedades mentales se ha mantenido estable a lo largo de décadas. Una medida empírica, frecuentemente utilizada para medir la estigmatización, es el constructo de la distancia social. Se refiere a la aceptación o rechazo de una persona para interactuar a nivel social con personas con trastornos mentales. Se han diseñado cuestionarios que permiten medirla. Diversos estudios han mostrado que, a mayor edad y menor nivel educativo, aumenta el deseo de mantener distancia con las personas con trastornos mentales. Este rechazo se hace extensivo a los psiquiatras.

El trabajo de Sartorius expone importantes hallazgos respecto del estigma. Según él, las personas en general tienden a privilegiar la psicoterapia por sobre los tratamientos con psicotrópicos, sobrevalorando las posibilidades de la primera opción, incluso en condiciones graves como la esquizofrenia. De forma contraria, los efectos negativos de los psicofármacos son sobreestimados y sus beneficios relativizados. Cinco grandes malentendidos se detectaron: 1) los psicofármacos son percibidos como adictivos; 2) se trata de una *sedación sin cura*; 3) además de una *invasión de la identidad*; 4) solo sirven para *drogar* a los pacientes; y 5) no son efectivos para prevenir recaídas.

La mayoría de las personas bajo tratamiento psicofarmacológico supervisado han escuchado una, o muchas veces, consejos del tipo “lo que tenés que hacer es tirar todas esas pastillas a la basura e ir al fondo de las causas de tu malestar”, sin siquiera interiorizarse sobre la condición que padece. Es frecuente pensar que los medicamentos no sirven porque no atacan la verdadera causa de la enfermedad, que modifican la personalidad o que suprimen los sentimientos. Sin embargo, para muchos pacientes y sus familiares es de gran ayuda cuando se les explica que lo que se hace con los medicamentos es aproximarlos a recuperar el control de su mente y de su vida. Exactamente lo contrario de lo que se suele atribuir a los psiquiatras.

Sería en verdad muy bueno que existiera algún tipo de psicoterapia que, por sí sola, permitiera solucionar los síntomas negativos de la esquizofrenia o los graves altibajos anímicos del trastorno bipolar. Pero, lamentablemente, esto no es así por ahora. Desde ciertos foros y escuelas de pensamiento vinculadas a la salud mental, se emiten admoniciones antipsiquiátricas y se hacen afirmaciones terapéuticas con una liviandad y falta de evidencia científica que la mayoría no le toleraría al pediatra de sus hijos o a su cardiólogo. Los tratamientos médicos son descalificados con términos como “chaleco químico” o “psiquiatrización de la vida cotidiana”. Sin embargo, en la sociedad estos grupos tienen un reconocimiento singular. La falacia de la lógica del *argumentum ad verecundiam* (es cierto porque lo dijo alguien prestigioso) es un lugar común en salud mental. Pero no siempre quienes son consultados por los medios de comunicación sobre temas de salud mental tienen el conocimiento y la experiencia clínica como para dar una opinión consistente. La difusión de las neurociencias de los últimos años, donde vemos

cómo el estudio de pequeños aspectos de la conducta requieren complejas investigaciones, viene a acercar una solución a este problema.

*

Muchas veces tanto los estudiantes de medicina como los médicos de otras especialidades perciben a la psiquiatría como una disciplina carente de fundamento científico: los psiquiatras son vistos en general como gente poco seria, además de un poco rara. Por otro lado se los ve como *agentes de represión* cuyo objetivo es garantizar una conducta conformista y controlar al diferente. También se los juzga como peligrosos y manipuladores. La psiquiatría es vista como una especialidad menor, confusa y poco científica, que brinda pocas respuestas. (2)

Esta percepción ocurre también en la población general. Como parte de las causas o las consecuencias de esto, el estigma sobre la psiquiatría y el psiquiatra es, muy frecuentemente, reflejado en los medios y el cine. Muchos de los estereotipos que prevalecen se observan en ellos. Los psiquiatras son mostrados como ineficaces, incapaces de dar un tratamiento efectivo o de explicar o predecir la conducta de sus pacientes. No es raro que se utilicen términos despectivos y coloquiales para dar cuenta de esto. Por ejemplo, en la primera mitad del siglo predominaba la imagen de un psiquiatra malicioso y controlador, funcionario de un estado opresivo. Un análisis de la imagen en las películas detectó que, en la mitad de los casos, el psiquiatra es descripto como amistoso y colaborador, y en la otra se lo presenta como malicioso y abusivo. Pensemos, por decir una entre tantas, el rol de los psiquiatras en el famoso film *Atrapado sin salida*.

Los grandes hospitales donde los enfermos mentales eran encerrados y aislados no fueron creados por los psiquiatras, sino por autoridades políticas y judiciales y aceptados por la sociedad. La imagen del hospital especializado como una institución enorme y lúgubre con un carácter de mera custodia, puertas cerradas y en los límites de la ciudad, es frecuente en el mundo entero. En la década de 1970 se produjeron algunos cambios positivos con el desarrollo de la psiquiatría comunitaria. Sin embargo este cuidado también generó resistencia en las comunidades, con el denominado síndrome “NIMBY” por las siglas en inglés de “*not in my backyard*” (“no en mi patio”). Algunas personas se sentían incómodas cuando los pacientes comenzaron a incorporarse a la rutina diaria del pueblo y querían seguir manteniendo la distancia.

*

En nuestro medio, cierta intelectualidad ha tomado como un manual explicativo de todo lo vinculado a la psiquiatría los escritos de Michel Foucault, incluyendo su *Historia de la locura* y *El poder psiquiátrico*. Con extraordinaria erudición, Foucault relata

minuciosamente cómo la sociedad, a partir de un momento determinado, delega en los médicos el cuidado de las personas con trastornos mentales severos.

Un punto de inflexión ocurre a finales del siglo XVIII cuando, por primera vez en la historia, se toma conciencia de que los trastornos mentales deben ser considerados verdaderas enfermedades. Hasta ese momento las personas con trastornos mentales recibían el mismo tratamiento que los ladrones, las prostitutas y los mendigos, hacinados en grandes mazmorras, en muchos casos encadenados como bestias. Es en ese momento que los médicos franceses Phillippe Pinel y Jean Esquirol (en Francia) y Vincenzo Chiarugi (en Italia) liberaron de este trato inhumano a las personas con trastornos mentales e instalaron el cuidado médico de los mismos. Desde entonces, y por un prolongado lapso, en ausencia de todo tipo de tratamiento eficaz, el único abordaje disponible fue la hospitalización que, en muchos casos, era indefinida. Se inició así la era de los grandes hospitales psiquiátricos o manicomios, que persistió hasta hace algunas décadas, cuando los avances de la medicina permitieron evitar o acortar significativamente las hospitalizaciones.

Foucault en todo momento relativiza y cuestiona el rol del médico en lo referente a los trastornos mentales. Solo ve el encierro y el supuesto abuso. Además, hace un paralelismo con otra institución que rechaza en varios de sus escritos: las cárceles. Pero nunca propone cómo se podría ayudar a las personas con trastornos mentales. Sus pareceres contribuyeron de forma significativa para que se impusiera la idea de la inexistencia de los trastornos mentales. Por aquellos años, hacia fines de la década de 1970, sobrevolaba la idea de que los trastornos mentales no existían y que solo se trataba de una *construcción social*, como postulaba el naciente movimiento antipsiquiátrico. Más aún, pensadores como Ronald Laing y David Cooper proponían que los trastornos mentales eran los emergentes de una sociedad enferma.

*

Cierto actor, en el video de una charla magistralmente diseñada para ser conmovedora, sacude un frasco de pastillas, mientras cuenta los sufrimientos que le causaron las internaciones psiquiátricas. En pocos minutos despliega una performance basada en el habitual discurso antipsiquiátrico. Nos produce una gran alegría que haya logrado superar los episodios psicóticos por los que requirió dos internaciones. (3) Pero su experiencia no necesariamente lo lleva a convertirse en un experto referente en salud mental, como tampoco tener un infarto nos autoriza para disertar sobre cardiología. Existen infinidad de casos en los cuales la evolución del Trastorno Bipolar no habría sido tan benévola como en la del actor del video, de no haber mediado el tratamiento médico y psicoterapéutico necesario. Los autodenominados “sobrevivientes de la psiquiatría” son personas que han atravesado episodios agudos y para las cuales la experiencia de la internación es recordada como traumática. Tampoco nadie recuerda con alegría su internación para una apendicectomía o tras un accidente automovilístico. Todo el evento está recubierto de

dramatismo. Pasa lo mismo con muchas hospitalizaciones psiquiátricas, pese a que estudios muy serios y la experiencia clínica demuestran el alivio que representa para la mayoría de las personas.

Una de las razones que alimentan la distorsión que los *sobrevivientes* tienen sobre sus internaciones se debe a que, por un lado, después de un episodio maníaco psicótico como el que relata el actor en el video, la fijación en la memoria es muy endeble o nula. Las personas no recuerdan la mayoría de las cosas que vivieron e hicieron. Cuando el actor refiere que estuvo en una habitación de aislamiento omite decir, tal vez porque no lo recuerde por su propio estado, que las mismas se han utilizado hasta hace no mucho para proteger a las personas en estados graves de excitación. En ese momento una persona puede destrozar todo lo que encuentra a su alrededor. Las personas suelen no recordar, por el propio estado de agitación extrema en el que se encuentran, que si no son controladas pueden provocar consecuencias graves para su salud e integridad física; no solo por la posibilidad de autolesionarse, sino porque un cuadro de excitación, librado a su evolución, puede terminar en un colapso con riesgo de vida. Afortunadamente los tratamientos modernos, con medicamentos de gran eficacia para controlar la agitación, hacen que los aislamientos hayan pasado a la historia. Por otro lado, muchos *sobrevivientes* son personas que padecen cuadros delirantes crónicos caracterizados por la falta de conciencia sobre su condición, lo que les hace rechazar los tratamientos. El actor del video ignora todo esto, y elige dar rienda suelta a su discurso antipsiquiátrico, con el argumento romántico pero erróneo de que alucinar es igual que imaginar y que el delirio tiene que ver con la creatividad. La psiquiatría moderna ha descubierto que alucinar y delirar no son los síntomas más importantes de las psicosis, sino que aquello que en verdad afecta la posibilidad de realización humana está dado por otro tipo de alteraciones en las capacidades cognitivas, anímicas y de la voluntad.

Este tipo de malos entendidos contribuye al estigma de los psiquiatras, la psiquiatría y las personas afectadas por trastornos mentales que son empujadas a dudar sobre la validez de los tratamientos médicos y psicológicos que los ayudaron a superar episodios graves y dolorosos. Sería bueno que quienes invitaron al actor para la grabación, en alguna ocasión le brinden la oportunidad a una de las muchas personas que estarían en condiciones de dar testimonio de cómo una intervención a tiempo del equipo terapéutico les permitió encauzar su vida.

*

Junto con los prejuicios estigmatizantes surge la idea de cerrar los hospitales especializados. Entre los argumentos utilizados están, en primer lugar, las ya mencionadas elucubraciones del movimiento antipsiquiátrico que eligen ignorar la existencia de formas severas de trastornos mentales y afirmar que solo se trata de elecciones de vida. Además de la falta absoluta de certeza científica, estas ideas agravan la situación de las personas a las que dicen representar o cuyos derechos dicen defender,

porque aumentan el nivel de desinformación y estigma. Por encima de todas las cosas, ignoran el sufrimiento que los trastornos mentales causan a las personas afectadas y sus familias.

Otro argumento muy utilizado para proponer el cierre de los hospitales especializados es el estado de abandono en el que se encuentran las instalaciones. Atribuir el hacinamiento de los pacientes hospitalizados a la responsabilidad de los trabajadores de la salud mental (psicólogos, médicos psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) es un error que involucra un marcado grado de maliciosidad: de forma deliberada, se ignora que esta situación es el producto de décadas de vaciamiento del presupuesto destinado a la salud mental por parte de las autoridades políticas. Nadie –ni la dirigencia ni la sociedad– parece estar dispuesto a librar batallas presupuestarias sobre el tema de los trastornos mentales.

El movimiento de *desmanicomialización* –bien intencionado en sus raíces– desconoce que, en muchos casos, breves internaciones para un abordaje interdisciplinario como los disponibles hoy en día son de un valor terapéutico insustituible; es poco probable que, en el caso de los trastornos mentales severos, podamos prescindir del tratamiento en hospitalización de corto plazo en los próximos años. Ya no existen los manicomios, sino los hospitales especializados. La propuesta de los psiquiatras ante este movimiento es la modernización y equipamiento de los hospitales monovalentes, para poder brindar tratamientos ambulatorios y en internación acordes a los tiempos que corren. Tenemos que recordar que en aquellos países en los cuales se cerraron de forma indiscriminada los hospitales especializados, se concretó una inadmisibles injusticia al privatizar las hospitalizaciones en salud mental. De esta manera, quedaron librados a su suerte los más desposeídos entre los más desposeídos: las personas pobres con trastornos mentales severos.

En la región de Trieste, entre las décadas de 1960 y 1970, el psiquiatra Franco Bassaglia lideró un movimiento que promovió la famosa ley 180, que cerró los hospitales psiquiátricos de la región. En general se habla de un modo encomioso y con admiración de este movimiento, que permitió terminar con el abuso y el hacinamiento, pero olvidan mencionar la ola de suicidios y muertes por inanición y abandono que sucedió cuando los pacientes con trastornos mentales severos no tuvieron dónde ser recibidos o cuidados. Por otro lado, si bien la reforma de la ley 180 fue moderadamente exitosa en el norte de Italia, resultó catastrófica para las provincias más pobres, tornando imposible el acceso a los cuidados psiquiátricos de calidad. En Estados Unidos la cantidad de camas de internación para salud mental se ha reducido en un 95% en las últimas décadas. Datos consistentes muestran que, como consecuencia, una gran proporción de los enfermos mentales terminan en las cárceles.

Todo el movimiento que propugna el cierre de los hospitales especializados parte de la base de la ignorancia de que existen momentos en la evolución de ciertos trastornos mentales, en los cuales la gravedad de los mismos tornan necesaria la hospitalización. En la actualidad, con la cantidad de recursos farmacológicos, psicoterapéuticos y de rehabilitación que contamos, las internaciones por tiempo indefinido son cosa del pasado.

Los hospitales especializados modernos permiten brindar cuidados y tratamiento a las personas que los necesitan. (4)

*

Henry Nasrallah es un psiquiatra estadounidense que ha dedicado su vida a la investigación de las causas de las psicosis. En un reciente ensayo sobre el movimiento antipsiquiátrico, habla del *pecado original de la psiquiatría* y repasa cuáles son sus orígenes: desde encerrar a las personas con trastornos mentales en asilos, lo cual hace dos siglos era considerado un avance humanitario para salvar a pacientes seriamente incapacitados del desamparo, la persecución, la negligencia y la victimización o el encarcelamiento; hasta el ya inaceptable hacinamiento (en los momentos más álgidos esos hospitales llegaron a tener miles de pacientes), lo que por supuesto favorece todo tipo de abusos. La psiquiatría fue culpada del deterioro de los asilos de lunáticos entre los siglos XIX y principios del XX, no así los pobres presupuestos de esas instituciones decididos en espacios ajenos a la disciplina, en una era de completa ignorancia sobre las bases médicas de esas enfermedades. Otras fechorías de la psiquiatría habrían sido, para el investigador, medicalizar la locura, contradiciendo la noción arcaica de que se trata de un tipo de conducta, no una enfermedad; el uso de la contención física para las personas violentas y suicidas; los efectos colaterales de los medicamentos; y la arbitrariedad de los diagnósticos psiquiátricos. Para Nasrallah, la psiquiatría moderna tiene una base científica muy sólida, comparada con un siglo atrás; sin embargo, sigue siendo mal juzgada por sus errores del pasado.

Jeffrey Lieberman, quien fuera presidente de la Asociación Psiquiátrica Americana, ha publicado un libro sobre la historia de la psiquiatría, focalizado básicamente en la especialidad en su país. Allí reseña muy bien los excesos de la psiquiatría precientífica, como las técnicas de restricción física, el coma insulínico y la lobotomía. Pero relata con mucha precisión cómo todos estos intentos rudimentarios desaparecieron de forma veloz a partir de la década de 1950, cuando comenzaron a aparecer los psicofármacos, y los pacientes, por primera vez en la historia, pudieron recuperar gran parte del control sobre su funcionamiento psíquico, lo que permitió que comenzaran a volver a sus hogares. Seguir juzgando a la psiquiatría por los tratamientos rudimentarios de hace setenta años es como culpar a un cardiólogo moderno por las sangrías. Lieberman dedicó partes extensas de su libro a describir lo que él denomina los excesos del psicoanálisis en la psiquiatría estadounidense, fundamentalmente por su rechazo de los diagnósticos y la reticencia a abrirse a los avances de la psicofarmacología. Es bueno señalar que se trata de un fenómeno propio de su país. En los nuestros, más allá de las diferencias a veces irreconciliables que se pueda tener acerca del abordaje que el psicoanálisis hace de ciertas condiciones, las relaciones entre la psiquiatría clínica hospitalaria y el psicoanálisis fueron siempre fluidas y fructíferas. La Argentina, al igual que Estados Unidos, recibió a diversos psicoanalistas que huían del nazismo y, a partir de la buena acogida, crearon una

escuela importante. Varias generaciones de psiquiatras latinoamericanos recibieron, casi al mismo tiempo, formación clínica y psicodinámica y consideran que les brinda un soporte adecuado para su tarea clínica.

*

Muchos se preguntan por qué todavía no hemos detectado la causa de la esquizofrenia, la depresión o el trastorno bipolar. La respuesta es compleja y es justamente lo que queremos desarrollar brevemente en este libro: en un siglo largo de investigaciones, que estallaron en un verdadero *big bang* en las últimas tres o cuatro décadas, hemos aprendido una enorme cantidad de cosas sobre los mecanismos que llevan a que una persona padezca un trastorno mental. Pero esto no se ha traducido aún en el análisis de laboratorio o neuroimágenes que nos permitan decir qué persona tiene o va a tener un trastorno bipolar, esquizofrenia o depresión. Algunos desarrollos indican que esto podría ocurrir en los próximos años, pero ese tiempo no ha llegado aún. El problema es que estamos enfrentando el desafío intelectual más grande de la humanidad: el estudio del órgano del pensamiento, que es el que nos permite el conocimiento del universo, y sus procesos de enfermar. Cada vez que pensamos que tenemos un modelo explicativo, los investigadores nos muestran que el problema es más complejo aún. Por ejemplo, los estudios que están permitiendo dar algunas respuestas sobre la arquitectura genética de la esquizofrenia implican cientos de investigadores de lugares diferentes, evaluando a miles de pacientes y familiares para poder procesar muestras de ADN, que son seguidos de sofisticados análisis matemático-estadísticos. Pero estos estudios no dan explicaciones definitivas, son solo un pequeño paso que nos permite avanzar en el sentido correcto. Lo mismo ocurre con los estudios de neuroimágenes. Solemos ver en las noticias que un laboratorio logró mostrar qué área del cerebro se activa cuando hacemos algo. Lo primero que pensamos es que se trata de una especie de foto: que el investigador le dice al sujeto, mientras este se encuentra en el resonador, “pensá que te persigue un tigre por la selva” y automáticamente se activa la amígdala (centro del miedo por excelencia). Sin embargo, no es tan fácil. Lo que el escáner obtiene en ese momento es una gigantesca cantidad de datos. Para *ver* la amígdala activada se requiere un extenso y complejo procesamiento de esos datos por parte de un físico o un matemático y luego la imagen es reconstruida en base a los mismos.

La psiquiatría se encuentra en este momento en una situación parecida a la de la física, que invirtió un dineral para un experimento, el colisionador de hadrones o “La máquina de Dios”, utilizado con el fin de fotografiar una partícula —el Bosón de Higgs—, lo que permitió confirmar una teoría fundamental pero que no tendrá un efecto inmediato sobre nuestra calidad de vida. En la psiquiatría actual, se llevan a cabo complejas y costosas investigaciones con el objeto de responder, poco a poco, pequeñas preguntas que de forma acumulativa darán respuestas útiles para las personas afectadas de enfermedades del sistema nervioso, entre las que se encuentran los trastornos mentales.

*

Los diagnósticos médicos son estudiados por la ciencia de la *nosología* (del griego *nósos*, “enfermedad”), la ciencia que estudia las enfermedades y sus causas. Este concepto fue desarrollado por el médico inglés Thomas Sydenham, contemporáneo de Isaac Newton, quien desarrolló la idea de estudiar *la historia natural* de los procesos en medicina, es decir, los diferentes signos que van apareciendo en cada momento del trastorno. Cien años después Giovanni Battista Morgagni completó el concepto moderno de enfermedad al incorporar el estudio de la anatomía en la medicina, en otras palabras, las características del órgano enfermo. Por esta razón a la mesa donde se realizan las autopsias se la llama “Mesa de Morgagni”. Más tarde el médico polaco-alemán Rudolf Virchow incorporaría el uso del microscopio, lo que permitió el desarrollo de la patología a nivel celular. Inmediatamente se detectaron las primeras causas de enfermedades, cuando se descubrió el poder patógeno de las bacterias. Esto produjo una revolución que permitió unir los factores causales o etiológicos con los síntomas y el curso de la enfermedad. En el siglo XX hemos visto el desarrollo de todos los métodos complementarios de diagnóstico, desde los Rayos X, la Tomografía Axial Computada, la Resonancia Nuclear Magnética y la Tomografía por Emisión de Positrones. De esta manera el diagnóstico médico dejó de ser un arte intuitivo y se fue convirtiendo en una disciplina basada en procedimientos más precisos, al menos en el campo de las enfermedades físicas.

Para la psiquiatría este proceso fue más difícil, porque pese a todos los avances de las neurociencias, todavía no tenemos exámenes auxiliares para los diagnósticos. En el siglo XIX, el arte del diagnóstico en nuestra materia logró grandes avances al comprender la importancia de la *Historia natural de la enfermedad*. A partir de ello, los especialistas comenzaron a hacer una observación minuciosa de los síntomas que caracterizaban a cada trastorno. El estudio de la evolución y el pronóstico de los trastornos permitió poner orden en el caos clínico y se comenzó a reconocer distintas condiciones. Al observar pacientes con cuadros psicóticos, Emil Kraepelin, un psiquiatra alemán establecido en Múnich, pudo determinar que dos grandes grupos se podían dividir, tomando en cuenta los síntomas, la evolución y el pronóstico; así separó la demencia precoz, que hoy llamamos “esquizofrenia”, de la enfermedad maníaco depresiva.

Es por eso que, mientras la ciencia avanza, la psiquiatría utiliza los elementos que tiene al alcance de la mano para su labor. El primero de ellos es el diagnóstico, es decir, la hipótesis de trabajo que permitirá al profesional enfrentar el problema que afecta a la persona que busca ayuda o a sus familiares. Por todo lo dicho, los diagnósticos en psiquiatría se siguen haciendo a través de la entrevista con los pacientes y sus familiares. No tenemos análisis de laboratorio ni tomografías ni electrocardiogramas que den cuenta de la enfermedad. Por supuesto que estos son utilizados en la fase inicial porque es parte fundamental del diagnóstico psiquiátrico descartar que una causa médica detectable sea el origen de los síntomas.

Dentro de los avances de la psiquiatría moderna, y de la medicina en general, podemos contar con las denominadas *guías de consenso*. A estas se las considera comparables con cualquier avance tecnológico. Se trata de algoritmos de tratamiento desarrollados en base a la mejor información disponible. Así, un grupo de expertos en un tema particular es convocado para desarrollarlas. Toda la información científica publicada disponible primero es clasificada según su calidad. El estudio clínico de mayor calidad científica para confirmar la eficacia de un medicamento es el denominado “doble ciego controlado con placebo”. En él se utiliza el fármaco activo y uno inerte, donde ni el médico ni el paciente saben qué está recibiendo. Esto permite deslindar el efecto de la sugestión sobre la respuesta y verificar que los cambios se producen (o no) por la acción del fármaco en investigación. De esta manera se obtiene información sólida sobre la eficacia de un tratamiento en determinada condición.

En psiquiatría, como en toda la medicina, los datos estadísticos producidos de forma sólida son fundamentales para poder brindar a los pacientes tratamientos adecuados y probados. La psiquiatría, como rama de la medicina, es un arte practicado sobre bases científicas. Una vez clasificado todo el material, los expertos proponen pautas de tratamiento a ser aplicadas en condiciones semejantes. Por supuesto que cada persona es un ser individual con su historia y personalidad, pero las situaciones clínicas tienden a repetirse, incluyendo aquellos rasgos distintivos. (5) Durante meses los investigadores discuten la evidencia y comparten sus impresiones, hasta que surge un documento sobre el cual todos acuerdan. Estas guías se publican en revistas conocidas de la especialidad de forma tal que están disponibles para todos los especialistas. No se trata de manuales rígidos (su nombre lo dice con claridad, *guías de consenso*). Cuando los pacientes saben que el especialista no está tomando una decisión terapéutica únicamente en base a su experiencia –la cual también es fundamental– sino que utiliza este tipo de información, se sienten más confiados y reconfortados porque saben que están recibiendo cuidados por parte de una persona que se preocupa de estar actualizada permanentemente.

La mayoría de las *guías de consenso* en psiquiatría incluyen el rol de la psicoterapia en los tratamientos. Tal cual hemos dicho, no se remiten solo al uso de fármacos, como muchos podrían pensar. En algunas condiciones, como los trastornos de ansiedad y los trastornos del ánimo, el desarrollo de nuevas psicoterapias también ha sido fundamental. Aunque parezca raro, la efectividad de un determinado abordaje psicoterapéutico también puede ser puesto a prueba mediante un estudio comparativo bien diseñado. Algunas escuelas cuestionan que la subjetividad pueda ser objeto de escrutinio científico, pero es mucha la evidencia que lo desmiente. En psicoterapia cognitiva se considera rutinario y necesario poner a prueba la eficacia de una determinada técnica psicoterapéutica. Además se han incorporado abordajes complementarios de eficacia probada, como las técnicas de meditación. (6)

*

Todo este tiempo, desde que la psiquiatría comenzó a ser una rama de la medicina interna, pese a todas las dificultades y las enormes faltas de recursos así como lo esquivo de los conocimientos que permitían llegar a tratamientos basados en la evidencia, los psiquiatras pensaron que estaban cuidando a las personas con trastornos mentales, no vigilándolos y castigándolos. La evaluación de los hechos del pasado de la medicina es un hecho frecuente. La comprensión cabal de lo que significan los derechos humanos es un fenómeno social de las últimas décadas. El reconocimiento del acceso a cuidados adecuados en salud mental es un fenómeno que aún hoy tiene dificultades para ser aceptado por sociedades sofisticadas, como hemos visto.

La defensa de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales no se logra negando la existencia de los mismos, sobre todo de sus formas más graves: comienza con el diagnóstico y sigue con los tratamientos de eficacia probada. De manera frecuente el manejo adecuado de las comunes situaciones críticas y de riesgo que enfrentan personas con formas severas de trastornos mentales, implica tomar decisiones como la internación forzada cuyo objetivo es la protección de la integridad psicofísica de la persona. La psiquiatría actual se encuentra muy alejada del abordaje del pasado que favorecía ciertos usos terapéuticos que hoy consideramos superados. No obstante, muchos malinterpretan esta situación en el sentido de una violación de los derechos de la persona, abonando los planteos de la antipsiquiatría.

*

En medicina existe un viejo aforismo latino, *Primum non Nocere*, que significa: antes que nada, no hacer daño. Este es el pensamiento que induce al psiquiatra a indicar la internación de una persona que fantasea con la muerte, o de una persona con un cuadro psicótico grave que pone su integridad en riesgo. En la actualidad se plantea como una necesidad primaria de la psiquiatría explicar a la persona cuál es la hipótesis de trabajo. Esto requiere mucha cautela, dado que la falta de conciencia de estar enfermo de muchas personas con psicosis los lleva a rechazar la propuesta de cuidados. Esta es una de las paradojas que ha desvelado a los psiquiatras y a la sociedad.

En un texto que aborda el complejo tema de las intervenciones forzadas en psiquiatría, un experto relata una triste experiencia: dedicado a la atención de personas con trastornos mentales en situación de calle, le había tocado en varias oportunidades intentar asistir a una mujer con un severo cuadro psicótico, con alucinaciones ostensibles e ideas persecutorias, quien no permitía que nadie se acercara ni le brindara ningún tipo de asistencia; unos meses más tarde se encontró con esta mujer quien, ya recuperada luego de un tratamiento adecuado, formaba parte de un grupo de voluntarios para asistir a personas en situación de calle; cuando se acercó con la intención de manifestar a la mujer su alegría por verla tan bien, esta lo rechazó con un gesto adusto y un duro comentario acerca de cómo la habían dejado abandonada todo ese tiempo sin hacer nada por ella. Le reclamaba que no hubieran actuado antes.

*

La psiquiatría no es glamorosa. Lidiamos con las formas más complejas y difíciles de comprender el sufrimiento humano. Desde el principio de la historia la humanidad ha temido a la melancolía y a la locura. Desde hace poco más de doscientos años la psiquiatría, rama de la medicina interna, ha comenzado a ocuparse de las personas con este tipo de padecimientos. Como médicos, los psiquiatras compartimos con nuestros pacientes el estigma.

Siendo un estudiante de medicina aún, logré ser admitido en el viejo Laboratorio de la Clínica Psiquiátrica del hospital José T. Borda. Desde muy chico sabía que me iba dedicar al estudio del cerebro. Allí conocí a mi maestro, el profesor Diego Luis Outes, un verdadero sabio, quien amaba la poesía de Rilke. Él me explicó que el *cerebro tiene vida* y que si queremos comprender a la mente humana sana y enferma, tenemos que comenzar por allí. En su laboratorio también tuve la suerte de conocer a la doctora Isabel Benítez, quien me enseñó las técnicas de coloración del sistema nervioso: viejos y trabajosos métodos que nos permiten ver las neuronas y sus prolongaciones en una filigrana de una belleza incomparable. Así, la Coloración de la Mielina de Weigert, la técnica Nissl o la Impregnación Argéntica de Golgi ocupaban mi tiempo y permitieron que me maravillara durante horas sobre la lupa estereoscópica y el microscopio. Allí también tuve la oportunidad de conocer al profesor Juan Carlos Goldar, un neurobiólogo dotado de una erudición insólita y autor de varias ideas que se adelantaron por décadas a nuestro tiempo.

Todos los días, para llegar al laboratorio que aún se encuentra en el mismo lugar, al fondo de los terrenos que ocupan los pabellones del hospital, tenía que recorrer los pasillos de las salas atestadas de pacientes. Allí se gestó la otra gran inquietud que fue el motor de toda una vida profesional: conocer las causas que motivaban esos trastornos. En ese contexto, Outes y Goldar me enseñaron el camino de una psiquiatría humanista basada en las neurociencias como el gran desafío de los tiempos que venían. Ellos solían discutir alrededor del aforismo “la psiquiatría es neurología fina”, poniendo en evidencia su convicción acerca de la unidad de ambas ramas de la medicina. Este laboratorio representa una singularidad de la salud mental argentina. Su fundador fue un científico alemán contratado a fines del siglo XIX por un emisario del gobierno argentino, el doctor Domingo Cabred. En un período en el que las neurociencias tenían su primera y precoz ebullición en relación a los trastornos mentales, el profesor Christofredo Jakob aceptó la invitación para viajar a un remoto país del que no sabía absolutamente nada. El mito dice que aprovechó el largo viaje en barco para interiorizarse sobre el idioma y que, cuando desembarcó en el puerto de Buenos Aires, hablaba un aceptable portugués.

Desde entonces me he dedicado al estudio y tratamiento de los trastornos mentales, siempre desde la óptica médica y neurobiológica. Por aquellos años las neurociencias no eran tan habituales como ahora y mucho menos en la psiquiatría. El pensamiento biológico en psiquiatría significaba ir francamente contra la corriente imperante: el

psicoanálisis era considerado la piedra filosofal que había dado respuestas finales a todos los problemas de la mente. Pensar otra cosa era indecible.

Cuarenta años después las cosas han cambiado formidablemente. Nuestros conocimientos sobre las bases biológicas de los trastornos mentales han avanzado de manera notable. Pero la ciencia no da respuestas; en su búsqueda, la ciencia encuentra mejores preguntas. La vieja discusión de psicologismo vs. biologismo ha sido zanjada por los avances de la ciencia. Hoy sabemos que la mayoría de los trastornos psíquicos se deben a un complejo entramado de causas que involucran la interacción de factores genéticos y ambientales. El modelo neurobiológico innatista del siglo XX ha sido reemplazado por uno en el cual el cerebro influye y es influido por el entorno a través de complejos mecanismos, incluyendo las experiencias precoces que conocemos como “Modelado Social Temprano”. Este se refiere a la forma en la cual el estilo que utilizan los progenitores para vincularse con su descendencia ejerce un efecto de aprendizaje sobre la misma. Los vínculos, las modalidades de crianza y el entorno familiar temprano, así como el efecto de los eventos traumáticos precoces, son estudiados de manera sistemática. El trabajo interdisciplinario entre médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y musicoterapeutas es la rutina en la actualidad.

*

El objeto del presente libro es desarrollar de forma breve las características de las principales condiciones que llamamos “trastornos mentales”. Comenzaremos explorando el fundamento de las emociones y su significado social, para luego abordar la ansiedad y sus trastornos: luego revisaremos los trastornos del ánimo y las psicosis, aquello que los discursos corrientes llaman “locura”. En cada capítulo reseñaremos los principales desarrollos científicos que nos permitieron avanzar en el conocimiento de tales trastornos de manera que podamos comprender cada vez más las dificultades que implican vivir con un trastorno mental y los desafíos que significan su tratamiento.

1. Tuve la oportunidad de ver la asombrosa capacidad de trabajo y erudición del profesor Norman Sartorius cuando formé parte de un grupo comisionado por la World Psychiatric Association para estudiar la problemática del acceso a la salud de las personas con trastornos mentales.

2. Recuerdo nítidamente cómo un familiar lejano, a quien le entusiasaban sobremanera mis estudios de medicina, abandonó su interés rápidamente cuando supo que había elegido la psiquiatría como especialidad. Con los años me tocó asistir brevemente a su hermano longevo, quien decidió invitarme al festejo de un nuevo cumpleaños. El encuentro con el hermano menor fue verdaderamente áspero y me preguntó en condición de qué me encontraba yo allí. “Fui uno de los médicos que asistió a tu hermano”, le contesté. Hace un tiempo, una conocida que acompañaba a un familiar recién trasplantado en la Fundación Favalaro, al verme entrar a la habitación, reaccionó con un ríspido: “¿Y vos qué hacés acá?”. Ni siquiera el delantal que yo portaba orgulloso,

con el isologo de una de las instituciones de mayor prestigio médico del país bordado en el bolsillo, había logrado el efecto de talismán milagroso antiestigma que yo esperaba.

3. Conozco a los profesionales que lo trataron y no hay duda de que atravesó varios episodios psicóticos muy graves.

4. En nuestro medio es evidente que las consecuencias de la legislación vigente no son muy positivas. Personas con trastornos mentales en situación de calle son un fenómeno que podemos observar de forma cotidiana. Cuando se pretende que, en vez de la internación, deben propiciarse dispositivos que favorezcan la integración comunitaria se está poniendo en evidencia flagrante que quien propone esto nunca vio un cuadro de agitación psicomotriz severa o un estado catatónico melancólico con riesgo de vida. La psiquiatría hace muchas décadas que comprendió que el encierro y el aislamiento, situaciones anti humanitarias que favorecen el abuso, no representan un recurso terapéutico.

5. He participado del desarrollo de algunas *guías de consenso* nacionales e internacionales.

6. Considero al budismo la primera psicoterapia de la historia de la humanidad. Hace 2600 años Buda Sakyamuni, luego de recorrer las calles y ver la pobreza, la enfermedad, la vejez y la muerte, se retira a reflexionar. Durante cuarenta días con sus noches medita y logra la iluminación, que se resume en sus Cuatro Nobles Verdades: la primera, que la vida es sufrimiento; la segunda, que la causa del sufrimiento es el deseo y la ignorancia; la tercera, que la iluminación o Nirvana es la forma de terminar con el sufrimiento; la cuarta es el camino para lograr la iluminación, que es la meditación. Diversos métodos de meditación han llegado a occidente y son utilizados en el ámbito médico. Una de las más desarrolladas es *mindfulness*. Lo importante es saber que todas son tributarias de las enseñanzas de Buda.

Capítulo 1

Darwin y la evolución de las emociones

Nuestra existencia está marcada por la producción permanente de distinto tipo de emociones: sentimos asco ante una imagen repugnante, enojo por algo que consideramos injusto, alegría al reencontrarnos con un viejo amigo, tristeza porque perdió nuestro equipo de fútbol, asombro ante el truco de un mago o miedo en una calle oscura. Convivimos con estas reacciones desde siempre y no solemos preguntarnos por su sentido. Sin embargo, las emociones y su significado han despertado la curiosidad de los filósofos, los naturalistas y los científicos desde siempre.

Las emociones expresan un brusco cambio en nuestro equilibrio psicofísico interno en respuesta a todo tipo de estímulos: nos brindan información rápida acerca de aquello que es relevante para nuestra adaptación, protección y funcionamiento. Ante este escenario, nos surgen dos preguntas: ¿qué son las emociones? y ¿para qué sirven? No es sencillo responderlas y las neurociencias nos brindan varias explicaciones.

*

El estudio de la evolución de las especies nos da un marco conceptual adecuado para comprender el rol de las emociones. Nos muestra cómo los seres vivos, a lo largo de la evolución, fueron perfeccionando un sistema que permite la rápida decodificación de los cambios del ambiente, favoreciendo una adaptación rápida y expeditiva ante los mismos.

Charles Darwin era el típico científico naturalista para quien el asombro ante los fenómenos naturales se convertía en curiosidad, la que daba lugar a interrogantes acerca de su causa y significado. Fue él, en el contexto de su teoría del origen de las especies, uno de los primeros en postular el rol social y adaptativo de las emociones. Al observar a distintos animales y al propio ser humano, postuló que las emociones son respuestas preprogramadas, refinadas de forma progresiva a lo largo de la evolución, que forman parte del repertorio de habilidades que mejora nuestra capacidad de adaptación.

La evolución de las especies es un desarrollo científico que puede resultar un poco arduo de comprender, sobre todo cuando tenemos que adaptarnos a la idea de que los seres vivos no fueron diseñados, sino que son el resultado del azar. La teoría de la evolución explica que, a lo largo de millones de años, pequeñas mutaciones genéticas ocurridas accidentalmente determinan que algunos miembros de cada especie adquirieran, en virtud de esa mutación, un rasgo físico o conductual que los diferencia de sus congéneres y los dota de una habilidad o posibilidad que los otros no tienen. Esta habilidad es transmitida a su descendencia y, en unas cuantas generaciones, dada la mayor capacidad de adaptación y supervivencia, aumenta la posibilidad de conseguir

pareja y tener descendencia; así, los sujetos dotados de ese rasgo predominan por sobre los demás. Durante este proceso denominado “especiación”, una familia va adquiriendo los rasgos y habilidades adaptativas que la distinguen. Comparemos esto con nuestros teléfonos celulares: en la medida de nuestras posibilidades, tenemos hoy un teléfono inteligente que nos permite una multiplicidad de funciones; no se nos ocurriría cargar ese ladrillo gris con antena negra que asombraba tan solo hace un par de décadas y tampoco toleraríamos que no soporte la variedad de aplicaciones que utilizamos permanentemente. De igual modo opera la naturaleza: a través de muchas generaciones, va produciendo distintas versiones de una especie, lo que le permite adaptarse cada vez mejor a su entorno. Aunque en esta comparación existe una gran diferencia: en la naturaleza no hay un diseñador, alguien que planifica la mejora, sino que los cambios son generados por mutaciones accidentales en el ADN, el material genético presente en cada una de nuestras células, que porta la información que permite que seamos lo que somos; cada tanto, una mutación accidental se traduce en una pequeña modificación que le confiere a esa especie, una leve mejora en sus habilidades para lidiar con su entorno. Por eso el proceso es tan largo. El médico y ensayista estadounidense Lewis Thomas, resumió de un modo brillante esta idea cuando, en su libro *La vida de las células*, escribió: “La capacidad de tropezar levemente es la verdadera maravilla del ADN. Sin este atributo especial aún seríamos bacterias anaerobias y no habría música”. Somos lo que somos gracias a los *errores* del ADN a través de millones de años.

Para poder reproducirse, las células tienen que hacer primero una copia del ADN que contienen en su núcleo. Como todo proceso de copia, está sometido a la probabilidad de cometer un error, tropezar. Esto es lo que en genética se llama “mutación”. Este error es transmitido a las células hijas. Estas mutaciones pueden pasar inadvertidas o afectar la supervivencia de la descendencia. Pero, una vez entre miles, una mutación puede traducirse en un rasgo beneficioso. Aunque es difícil imaginar un proceso tan largo, este mecanismo azaroso es el que logró que los seres vivos evolucionaran desde pequeños organismos unicelulares, como la ameba que estudiamos en el colegio, hasta llegar a nuestra especie, la cual, con todos sus defectos, ha permitido que podamos disfrutar con Johann Sebastian Bach, Thelonious Monk, Luis Alberto Spinetta o Jorge Luis Borges.

*

El resultado más extraordinario del proceso de evolución de las especies es el cerebro humano. Se calcula que la Tierra se formó hace unos 4500 millones de años. El agua de la Tierra contenía grandes cantidades de Carbono, Hidrógeno, Oxígeno y Nitrógeno. Parece ser que la intensa actividad eléctrica de la atmósfera favoreció para que, luego de varios millones de años, esta mezcla se convirtiera en una verdadera *sopa química* en la cual se generaron los primeros aminoácidos, fundamentales para que pudiera ocurrir la vida (las proteínas son cadenas de aminoácidos). Los primeros organismos, bacterias sin núcleo, aparecieron hace 3500 millones de años. Hace mil millones hicieron su entrada

los primeros organismos multicelulares simples, las esponjas; de forma lenta y progresiva aparecieron los artrópodos, los insectos y los anfibios; los reptiles habrían aparecido hace trescientos millones de años (estos, junto con las aves, son los descendientes directos de los dinosaurios, por eso forman parte de la clase de los *Saurópsidos*). Hace doscientos millones de años llegaron los mamíferos.

Los primeros humanoides datan de hace cuatro millones de años: los *Australopitecos* que caminaban la estepa africana, cuyo cerebro tenía un tamaño aproximado al de un simio actual. El *Homo Habilis* cumpliría hoy dos millones de años y el *Homo Erectus*, 1,8 millones. Nuestro ancestro directo, el *Homo Sapiens*, aparece hace cuatrocientos mil años y nosotros, *Homo Sapiens Sapiens*, aparecimos entre 150 y doscientos mil años atrás.

Los primeros rudimentos del sistema nervioso son dispositivos celulares que permitían procesar información celular y generar movimiento. De manera intrínseca a esta evolución se desarrollaron estructuras celulares que permitieron procesar información sensorial y generar actividad motora. Ya en la etapa de las bacterias y las células con núcleo (entre 1600 y 2700 millones de años atrás) existía una división entre lo sensitivo y lo motor, con una cierta capacidad de procesamiento de información integradora en el medio, que implica una forma de memoria de corto plazo. Los naturalistas consideran que es esta la forma más básica y rudimentaria de función cognitiva. En algún precoz momento evolutivo, en especies como los celentéreos (medusas muy simples) aparece la forma más primitiva del sistema nervioso, el *basiepitelio*, constituido por células capaces de recibir y enviar estímulos. De estas células derivan las neuronas.

En etapas sucesivas de la evolución, la cantidad de neuronas se multiplicó y se organizaron en cadenas de ganglios interconectadas en ciertos tipos de gusanos como los platelmintos y los anélidos; el ganglio ubicado en la zona cefálica comenzó a crecer. Los cefalocordados son animales acuáticos muy pequeños que tienen la característica de que el sistema nervioso comienza a ubicarse en la porción posterior o dorsal, cerca de la *notocorda*, el antecedente cartilaginoso de la columna vertebral. Los vertebrados más antiguos son los tiburones, de esqueleto cartilaginoso. Un poco más tarde, los anfibios abandonaron el agua para invadir la tierra. De ellos derivan los mamíferos con placenta, entre los cuales se encuentra la especie humana.

El cerebro de los vertebrados evolucionó de manera temprana (hace quinientos millones de años) y se ha mantenido relativamente uniforme en su organización básica. Los principales cambios evolutivos implicaron la especialización, complicación y agrandamiento de las distintas regiones cerebrales y la formación de nuevos sistemas sensoriales como en los sistemas gustativo, electrorreceptivo, infrarrojo, de eco localización y visual. Así ocurrió el fenómeno de *telencefalización*, en el que el cerebro (telencéfalo) se hizo cada vez más grande. De este modo se produjo un aumento dramático en el tamaño cerebral y en el grosor de la corteza, la capa de células grises del exterior del cerebro.

Entre los mamíferos, los primates son los que cuentan, proporcionalmente al tamaño,

con los cerebros más grandes, pese a que el cerebro más voluminoso es el de la falsa ballena asesina, que pesa siete kilos y medio; pero esto se debe a su gran tamaño corporal, de forma que la mayor parte del cerebro está destinado a regular la actividad motora. El sistema nervioso de los primates es el más desarrollado por sus capacidades cognitivas tales como el aprendizaje, la solución de problemas, el uso y fabricación de herramientas, la imitación, el autorregistro, el pensamiento, la planificación de la acción y el rendimiento más elevado de los primates, el lenguaje.

Los humanos tenemos el cerebro más grande de todos los animales (en relación con el tamaño corporal) y, en adición, tenemos el número más grande de neuronas corticales, así como la más eficiente capacidad de procesamiento de información entre los animales de cerebro grande y, hasta aquí, pareciera ser la única forma de vida con un lenguaje estructurado desde el punto de vista gramatical y sintáctico. Millones de años de evolución produjeron que el cerebro se fuera desplegando en un movimiento semejante a la eclosión del capullo de una rosa.

*

Por un momento olvidemos que vivimos en una ciudad moderna, con todo el confort disponible, e imaginemos que somos homínidos (los ancestros de los humanos), en la llanura africana, comenzando a desarrollar las habilidades que nos convertirán en *Homo Sapiens Sapiens*. Al principio, hace dos millones y medio de años, aprendimos a utilizar piedras del tamaño del puño para golpear cosas, nada muy sofisticado. Esto no es muy diferente de lo que pueden hacer los actuales chimpancés, que son capaces de utilizar ramas como si fueran un arma, o quitarles las hojas para introducirlas en el hueco de un hormiguero y cazar unas deliciosas hormigas. No son los únicos animales actuales que usan herramientas; algunas aves son capaces de utilizar pequeños dispositivos para obtener su alimento, como los cuervos de Nueva Caledonia estudiados por Alex Kacelnik, ornitólogo argentino que trabaja en Oxford. Un cuervo dobla el extremo de una varilla para poder enganchar una canasta que contiene el gusano que va a comer; esto quiere decir que no solo utiliza, sino que además fabrica una herramienta. Pero volvamos a nuestra historia de homínidos en la sabana africana. Poco tiempo después de aprender a usar las piedras, descubrimos que, al golpear con fuerza ciertas rocas duras, como el cuarzo o la obsidiana, se deshacían en trozos puntiagudos y filosos. Estas lascas fueron utilizadas como instrumentos de corte y son consideradas como la primera herramienta producida. Como dijimos, todo esto ocurría hace unos dos millones de años, en la garganta de Olduvai, hoy Etiopía africana. Este era un período de grandes sequías, que modificó el paisaje de una forma drástica; donde había selvas aparecieron bosques y praderas; con sus flamantes herramientas los homínidos podían adaptarse mejor a un entorno cambiante y aprovechar, por ejemplo, la carne de animales. En un punto, que los antropólogos ubican hace 1,8 millones de años, ocurrió un verdadero salto. Aparecieron las cuchillas y las hachas de mano, rudimentarias aún, pero más sofisticadas que las

anteriores. Mejores herramientas permitieron tareas más elaboradas. Así apareció el *Homo Erectus*: de forma literal nuestros ancestros se pusieron de pie, bajaron de los árboles y se convirtieron en seres plenamente terrestres. La posición erguida les permitió digerir mejor la carne, ver a más distancia y comenzar a desplazarse cargando sus herramientas; así, la tecnología comenzó a convertirse en una parte fundamental de su adaptación. El miembro superior libre abrió el camino para la evolución del pulgar oponible y la adquisición de habilidades finas de la mano humana. El gran estudioso de la conducta animal, Konrad Lorenz, afirmó que el ojo es un reflejo del sol, de la misma manera que la aleta del delfín es un reflejo del agua. Una forma bella de explicar la evolución.

Poco tiempo después de inventar la primera herramienta, nuestro cerebro continuó su desarrollo y apareció la capacidad de asociar dos sentidos: la audición con la visión. Esto nos permitió ligar un sonido específico con una imagen; por ejemplo, cuando pronunciamos la palabra “piedra” en nuestra mente aparece la imagen de una piedra. También comenzamos a emitir sonidos vinculados a una imagen y, de esta forma, pudimos comunicar a nuestros pares un mensaje rudimentario: si queremos abrir un coco y decimos “piedra”, nuestro compañero sabe que estamos necesitando algo duro como una piedra para nuestra tarea. La función del lenguaje se ha ido desarrollando a lo largo de decenas de miles de años y hoy podemos, además, con una palabra, expresar ideas de alta complejidad como “libertad”, “educación” y “democracia”. El desarrollo de una habilidad nueva, en este largo proceso, brinda a los miembros del grupo que la poseen, una mayor capacidad de adaptarse al entorno. Si volvemos otra vez a nuestro escenario de la sabana africana, es evidente que aquellos que han desarrollado la capacidad de pronunciar y comprender las palabras “tigre” o “cocodrilo” tienen una ligera ventaja sobre aquellos que solo pueden emitir un sonido gutural indefinido: estos podrán reaccionar de forma más rápida y específica y tendrán más chances de sobrevivir y, por lo tanto, transmitir esta capacidad aprendida a su descendencia. Otras especies son capaces de emitir sonidos sociales, pero estos tienen la característica de ser innatos, como el rugido de un león. Solo los homínidos y algunas aves son capaces de aprender y luego repetir el lenguaje enseñado por un adulto tutor.

*

La teoría de la evolución ha dicho que pequeñas mutaciones genéticas en una población, a lo largo de mucho tiempo, confieren pequeñas ventajas adaptativas a quienes las poseen y que, con el tiempo y a través de generaciones, los individuos dotados con estas características prevalecerán por sobre los otros. Eso es lo que observó Darwin recorriendo el mundo y observando las diversas especies. Él pudo darse cuenta de que los rasgos distintivos de cada especie permitían una mejor adaptación al medio. Pensemos en el largo cuello de la jirafa que le permite llegar a las hojas más tiernas del árbol. También notó que este era el resultado de un largo proceso, al que llamó

“selección natural”, que se logra a través de la *supervivencia del más apto*. Una mala interpretación de este fenómeno produjo una visión distorsionada porque se confundió al más apto con el más fuerte, lo que promovió una errónea utilización de estas teorías y favoreció el pensamiento *supremacista*.

Un golpe duro contra esta última postura lo dio el biólogo evolucionista William D. Hamilton en la década de 1960. Hamilton publicó dos artículos fundamentales que demostraron, mediante un complejo análisis matemático basado en la observación de la conducta de los insectos sociales, que conductas altruistas producen mayores ganancias a la comunidad de familiares que las conductas competitivas. Hamilton describió la *aptitud inclusiva*: un sujeto que se sacrifica por un pariente que tiene sus mismas características produce, al permitir la supervivencia y reproducción del otro sujeto, más ganancia neta que si preservara su propia existencia. Hamilton resumió sus hallazgos en esta enigmática fórmula:

$$C_A < r B_B$$

C_A = Costo del Altruismo

r = Tasa de Relación

B_B = Beneficio del Beneficiario

En resumidas cuentas, el costo del individuo sacrificado es menor que el favor otorgado al beneficiario que sobrevivió y su comunidad. En concreto: el altruismo ha sido más beneficioso para la evolución de las especies que la competencia centrada en el propio éxito. En este marco se protegen los genes, más que los individuos. De esta manera Hamilton resolvió algunos de los dilemas que el propio Darwin no pudo explicar, como el altruismo de los insectos con clases trabajadoras estériles. Esto demuestra que la solidaridad es más beneficiosa que el egoísmo.

Poco tiempo después el polémico investigador británico, Richard Dawkins, publicó su famoso libro *El gen egoísta*, en el que afirma que las conductas altruistas en realidad están generadas porque el gen que confiere la nueva habilidad es quien quiere perpetuarse. Son los genes quienes *utilizarían* a los individuos para su supervivencia.

*

El aislamiento es un factor que favorece la especiación, por eso muchas de las observaciones que hizo Darwin en sitios remotos y aislados como las Islas Galápagos, fueron tan importantes para impulsarlo a desarrollar su teoría. Al observar diversas especies, Darwin notó que los vertebrados más evolucionados, incluyendo el hombre, tenían un cierto repertorio de expresiones faciales que demostraban distintos estados emocionales: ira, miedo, alegría, tristeza, sorpresa y desagrado (o asco). Todas las demás expresiones se derivarían de estas, según sus postulados. Para Darwin, la expresión de

ciertas emociones es innata y universal. Además, postuló que nuestras emociones son el resultado de la evolución y que por eso las podemos reconocer en el chimpancé, el perro o el gato. Muchos años después, el gran estudioso de la expresión de las emociones, Paul Ekman, recogió los postulados de Darwin al afirmar que las emociones han evolucionado a través de su valor adaptativo para lidiar con tareas vitales fundamentales. Para él, la función primaria de una emoción es movilizar el organismo para lidiar de forma rápida con encuentros interpersonales importantes. La respuesta está preparada para hacer frente a esa situación, de una forma tal que ha sido adaptativa en el pasado.

Vemos que el cerebro y la mente humana no surgieron de la nada. Son el resultado de un largo proceso de ensayo y error, que llevó a un progresivo perfeccionamiento a través de las especies. El objetivo que perseguimos con este repaso de la teoría de la evolución de las especies es poner en contexto que el cerebro humano, tal como lo conocemos, en la actualidad no surgió de un momento al otro, sino que, muy por el contrario, es el producto de un largo proceso de perfeccionamiento a través de las especies. Esto es fundamental para comprender por qué el estudio de la neurobiología de las emociones se basa, en gran parte, en experimentación animal: el estudio de la conducta animal, así como las neuroimágenes funcionales y más de cien años de investigaciones neuropatológicas en humanos demuestran que las estructuras cerebrales involucradas son las mismas.

Las emociones, además de servir para nuestra propia preservación al informarnos sobre peligros externos o internos, también cumplen un rol social. ¿Cuál es el objeto de poner cara de miedo? ¿Para qué sirve? Podemos decir que cualquier emoción expresada con nuestro rostro sirve para informar a quienes nos rodean que estamos experimentando esa emoción y, por lo tanto, avisar acerca de la situación que la provoca. Si es de miedo, estamos comunicando al otro que algo nos amenaza. En virtud de nuestros conocimientos sobre la denominada “teoría de la mente”, la habilidad de ponernos en el lugar del otro, la percepción del cambio gestual en la persona con quien interactuamos, nos están informando algo que también para nosotros es vital.

Una emoción implica un complejo mecanismo de relojería. ¿Cómo se construye? ¿Qué es, exactamente? Estamos acostumbrados a relacionar las emociones con manifestaciones físicas: el corazón reboza de alegría o se rompe de tristeza; se nos revuelven los intestinos al pensar o ver cosas desagradables. Más allá de las metáforas, el miedo moviliza nuestros intestinos, la risa nuestra vejiga y la boca se seca cuando enfrentamos un examen o alguna situación difícil. Esto se debe a que las emociones van acompañadas de cambios corporales, a nivel del sistema autónomo. Cuando sentimos miedo, el Sistema Nervioso Simpático nos prepara para la lucha o la huida, es por eso que se acelera el pulso y la intensidad de las contracciones cardíacas; la piel se pone pálida porque la sangre es desviada a los órganos que más nos pueden ayudar en esa instancia (los músculos, el corazón y el cerebro); las pupilas se dilatan para ver mejor, etc. El Sistema Parasimpático, por su parte, tiene que más que ver con lo placentero, se ocupa de la digestión y de las funciones sexuales. Esto ya había sido advertido por el psicólogo estadounidense William James quien en 1884 escribió “los cambios físicos que

experimentamos ante una situación *son* las emociones”. Ni más ni menos. Nuestras emociones son un constructo que surge de la experiencia corporal, de lo que pensamos sobre ellas y del nombre que les ponemos.

El estudio de las investigaciones modernas sobre las emociones, lideradas por científicos como Joseph LeDoux, Antonio Damasio, Jaak Panksepp y Lisa Feldman Barrett, nos muestra que todos están de acuerdo en ciertos principios básicos:

- que las emociones son el resultado del perfeccionamiento a lo largo de la evolución de las especies, de dispositivos de supervivencia;
- que estos dispositivos utilizan las mismas estructuras cerebrales y los mismos neurotransmisores en todos los mamíferos, incluyendo al ser humano;
- que estas estructuras están vinculadas a funciones básicas de regulación de nuestro equilibrio interno, necesario para la supervivencia;
- que las emociones están íntimamente arraigadas en fenómenos sensitivos viscerales corporales que llamamos “interocepción”.

En este contexto, todos mencionan como antecedentes ineludibles a Charles Darwin, William James y Paul MacLean. Este último, en la década de 1930 habló de un cerebro triuno: el cerebro humano conserva las estructuras antiguas a las que les ha incorporado *capas* superiores. La porción más antigua representa el cerebro reptiliano, instinto puro. Nosotros podríamos agregar aquí los trabajos del neurobiólogo germano-argentino Christfried Jakob, quien postuló que estructuras del denominado “Sistema Límbico” estaban involucradas en funciones instintivas y cronométricas (fundamentales para la regulación de los ritmos biológicos), adelantándose casi treinta años al neurólogo estadounidense James Papez. La obra de Jakob y su escuela (Braulio Moyano, Roque Orlando, Diego Luis Outes y Juan Carlos Goldar) tuvo un desarrollo extraordinario, pero, lamentablemente sus aportes son desconocidos en el mundo.

La red de estructuras involucradas en las emociones de los mamíferos y, en particular, del hombre incluye centros neurálgicos como la amígdala, el hipocampo, la sustancia gris periacueductal, el área septal, el estriado ventral o núcleo accumbens y el hipotálamo; todas ellas interconectadas y con estrechos vínculos con ciertas regiones de la corteza cerebral prefrontal como el cíngulo anterior, la corteza orbitaria y la ínsula. Los neurotransmisores utilizados también son los mismos: adrenalina, noradrenalina, dopamina, serotonina y ciertos péptidos como la oxitocina y la vasopresina.

El profesor Lauri Nummenmaa, de la Universidad de Aalto, en Finlandia, hizo un interesante experimento del que participaron setecientas personas sanas de Finlandia, Suecia y Taiwán. Primero se les indujeron estados emocionales a través de imágenes (caras felices, tristes, de asco, etc.) y luego se les mostraron siluetas de cuerpos humanos en una computadora y se les pidió que colorearan las regiones del cuerpo que se habían activado o desactivado durante la emoción. Las imágenes obtenidas en el estudio mostraron un verdadero mapa de las representaciones de las emociones. Este mapa refleja, por ejemplo, cómo el miedo activa la región del pecho, con cierta superposición de la ansiedad. La depresión, en cambio, desactiva la mayor parte de la zona central del

cuerpo. Las emociones permiten el ajuste de nuestros estados corporales y mentales. El experimento en su totalidad confirma que estas son fenómenos que percibimos como corporales, porque se originan en señales que vienen de nuestro organismo.

La materia prima con la que se construyen las emociones son los mecanismos básicos de regulación de nuestro medio interno en búsqueda de un equilibrio dinámico que fue denominado “homeostasis” por el fisiólogo Walter Cannon. Se trata de respuestas en las que convergen componentes viscerales, conductuales y cognitivos, que nos permiten progresar en nuestro largo camino vital. Antonio Damasio explica muy bien este proceso. Nuestra supervivencia depende de mantener nuestra fisiología dentro de un marco de equilibrio, para lo que necesitamos detectar los cambios en forma rápida para corregirlos. La sed es la percepción consciente de modificaciones en los niveles de agua y sales de nuestra sangre y activa la conducta de buscar agua para saciarla. Los cambios fisiológicos producen sensaciones corporales, así como representaciones mentales (sed, hambre, dolor o miedo). La importancia de las sensaciones radica en su capacidad de informarnos en forma directa el valor positivo o negativo de una experiencia interna y, al mismo tiempo, facilitar y memorizar las condiciones que produjeron el desequilibrio y la forma de corregirlo. Para esto, nuestro cerebro arma un mapa interno con esta información.

Para Damasio estos mapas representan el nivel más elemental de la mente y la conciencia. El sistema nervioso utiliza estos mapas para monitorear de manera permanente el mundo externo e interno. El sistema interoceptivo registra cambios ocurridos en nuestro mundo interno, tales como la frecuencia cardíaca y respiratoria, los niveles de metabolitos circulantes y la actividad muscular de las vísceras, y los envía a centros cerebrales, como el lóbulo de la ínsula oculto detrás de la cisura de Silvio, donde se forman los mapas interoceptivos. Los cambios del mundo exterior son detectados por los órganos de los sentidos (vista, tacto, gusto, oído y olfato) y, a su vez, derivados a centros específicos del sistema nervioso central. Los cambios producidos en estos mapas internos y externos que denominamos “interoceptivos” y “exteroceptivos”, activan programas de acción: un grupo de acciones fisiológicas innatas, preprogramadas y dirigidas a ocuparse de los cambios detectados y generar una respuesta que permita mantener el equilibrio o restablecerlo. Esas acciones incluyen modificaciones viscerales, en el medio interno (aceleración de la frecuencia cardíaca y respiración, cambios hormonales), en los músculos voluntarios que se ocupan de la expresión facial, de correr y cambios cognitivos (por ejemplo, focalizar la atención y favorecer cierto tipo de ideas). Estos programas de acción son de dos tipos: impulsos, dirigidos a satisfacer necesidades básicas (tomar agua ante la sensación de sed o comer por hambre) y emociones. Como dijimos, estos programas de acción son instintivos, están preprogramados. Las emociones son disparadas, sobre todo ante estímulos externos, pero también ante representaciones internas que llamamos “cogniciones”. Para Damasio las sensaciones internas y externas constituyen la materia prima sobre la cual luego se construyen las emociones. Por otro lado, Damasio considera que las emociones y los sentimientos juegan un rol central en la toma de decisiones en su *hipótesis del marcador somático*; la misma propone que la toma de decisiones no es un fenómeno puramente intelectual, sino que está influido por

cambios en nuestro estado visceral que de alguna forma ante un nuevo evento nos permiten reconocer de un modo automático e inconsciente, ingredientes que con anterioridad hemos percibido y, de esta manera, tomar una mejor decisión. Explicaría situaciones en las que antes de que la idea venga a nuestra mente, sutiles cambios en nuestro cuerpo nos indican familiaridad y decimos “esto me suena”.

*

Por eso el estudio de la interocepción, la capacidad de sentir nuestro estado corporal, es un proceso de vital importancia para comprender el procesamiento emocional. En el Instituto de Neurociencias e Investigación Traslacional dirigido por Agustín Ibáñez, Adrián Yoris condujo un interesante estudio en personas con trastornos de pánico que participaron de forma voluntaria de la experiencia. El pánico se caracteriza por el desarrollo, en muy breves lapsos de tiempo, de crisis en las cuales las personas experimentan una enorme cantidad de sensaciones corporales, sobre todo referidas al aparato cardiorrespiratorio. Se les propuso un experimento en el que ellos tenían que autorregistrar sus latidos cardíacos en diferentes condiciones. Teorías previas indicaban que las personas con pánico eran más sensibles a los estímulos interoceptivos. Sin embargo, los pacientes con pánico mostraron que, si bien no tenían más sensibilidad interoceptiva, sí tenían más metacogniciones interoceptivas, es decir, mostraban una tendencia a desarrollar ideas catastróficas acerca de los estímulos normales originados en su cuerpo, pero no eran más sensibles para detectarlos.

Algunos investigadores como Joseph LeDoux creen que estudiar las emociones en animales plantea la dificultad de que estos no pueden contarnos lo que sienten. Otros dicen que en realidad podemos inferir la emoción de la conducta del animal. Jaak Panksepp demostró expresiones emocionales que nunca se habían sospechado en animales; trabajando con conejillos de la India pudo demostrar que, mientras jugueteaba con ellos y los acariciaba, estos, al mismo tiempo que demostraban con su conducta el agrado que les producía el juego, emitían un sonido ultrasónico inaudible, pero detectable con un dispositivo especial. Para Panksepp esta conducta es comparable con la risa humana.

Panksepp denomina “sentimientos emocionales” (afectos) a valores intrínsecos que le indican al animal cómo le está yendo en su lucha por la supervivencia. Los diversos afectos de valencia positiva le indican que está volviendo a su *zona de confort* que apoya su supervivencia; los afectos negativos reflejan *zonas de discomfort* que le indican al animal que se encuentra en un entorno que, de alguna manera, lo pone en peligro. Se trata de vitales herramientas ancestrales y evolutivas tan importantes, que están codificadas en el genoma de forma grosera; el aprendizaje precoz, junto con nuestra capacidad de proveerlas de pensamientos o cogniciones, les otorgan el nivel jerárquico de las emociones humanas. Pero la materia prima sigue siendo la misma en todos los mamíferos.

Panksepp postula la existencia de siete sistemas emocionales, algunos de valencia positiva y otros de valencia negativa. Estos sistemas emocionales comparten entre los animales y el hombre, estructuras cerebrales, así como una neuroquímica común (para evitar la confusión con el significado popular de los términos, utiliza las mayúsculas para designarlos). Consideramos de gran valor una enumeración casi literal de las ideas de este gran investigador:

- **DESEO:** ¿Cómo podrían propagarse los mamíferos si no tuvieran un sistema cerebral que les permitiera sentir deseo erótico?, se pregunta. Las bases de los sistemas sexuales masculino y femenino están listas ya desde la gestación y germinan en la pubertad, cuando las hormonas gonadales maduras producen el despertar sexual, que tiene como protagonistas centrales a los péptidos vasopresina y oxitocina. El aprendizaje y la cultura agregan capas de control y complejidad a cada sistema emocional.
- **CUIDADO:** Los mamíferos no podrían sobrevivir si no existieran sistemas cerebrales que regularan la capacidad de cuidar y nutrirse entre ellos. El instinto materno nos permite propagarnos de forma efectiva. Dejar esto librado al azar o a los caprichos del aprendizaje individual habría significado el fin de las especies. Las oleadas de estrógenos, progesterona, prolactina y oxitocina cerebral impulsan la transformación de una primeriza en una madre completa. Los machos tendrían sistemas de cuidados más endebles, requieren una mayor educación emocional para convertirse en cuidadores.
- **PÁNICO:** Todos recordamos la escena de llanto desconsolado desgarrador de un niño perdido en la playa. El llanto es disparado por la búsqueda de cuidado y por los bruscos sentimientos de soledad bordeando el pánico que reflejan los códigos ancestrales sobre los cuales se construyen la tristeza y el pesar adultos. Los sistemas que producen el llanto han sido identificados en mamíferos y en las aves mediante técnicas experimentales. Son tan parecidos entre sí que una herencia ancestral es evidente. Los químicos cerebrales que exacerban los sentimientos de malestar (como el factor liberador de corticotrofina, la hormona general que regula la respuesta de estrés) así como aquellos capaces de aliviar el mismo de un modo potente (opioides cerebrales, oxitocina y prolactina) tienen un rol potente en el origen del apego social, así como en la sexualidad y el cuidado y pueden mejorar los síntomas de la depresión. Estas señales químicas participarían del proceso que nos permite crear espacios interpersonales con otros, que posibilitan a los organismos aprender las conductas emocionales de sus pares, abriendo el camino para la empatía y el amor.
- **JUEGO:** Las crías de los mamíferos juegan entre ellas como una forma de explorar las posibilidades de intercambio social, de una forma juguetona, fácil de monitorear. En este contexto es donde Panksepp observó la capacidad de reír de algunas especies, hasta entonces desconocida. Este juego de empujones y revolcones tiene por objeto explorar los límites del conocimiento social, para descubrir qué es lo que se puede y que es lo que no se puede hacer a un semejante. Estas actividades sociales ayudan a programar circuitos cerebrales esenciales para adquirir habilidades sociales balanceadas, tal vez activando genes que promueven crecimiento neuronal y equilibrio emocional. Los niños a los que no se les permite este juego instintivo podrían expresar dificultades conductuales.
- **MIEDO:** El mundo abunda en peligros capaces de activar el mayor sistema cerebral del MIEDO. El mismo provoca paralización en niveles bajos de activación y huida ante estímulos mayores. Panksepp opina que para que aparezca la voluntad de lucha, el sistema de BÚSQUEDA (que veremos más adelante) debe activarse al unísono. Si bien los estímulos que provocan MIEDO varían para cada especie, el sistema que lo activa es similar en todos los mamíferos; aunque puede ser activado por otros estímulos a través del aprendizaje, la *via regia* que la evolución nos ha provisto para el miedo no condicionado tiene su operador central en una estructura del lóbulo temporal, la amígdala; esta tiene íntimas conexiones con otra estructura, la Sustancia Gris Periacueductal. Ambas controlan el aparato instintivo y los sentimientos aversivos que ayudan a los animales a evitar peligros. Tiene mayor valor adaptativo sentir miedo de forma anticipatoria, que ser atacado y herido. Por eso en la naturaleza y en nosotros mismos estos sistemas se activan en situaciones ambiguas en las que el peligro, aunque no inminente, es altamente probable.

- IRA (o RABIA): La IRA es evocada por todo tipo de situaciones en las cuales existe competencia por los recursos de supervivencia. El sistema de IRA puede ser activado por situaciones que limitan nuestro accionar y de esta manera no obtenemos lo que buscamos. Sistemas de control nos proveen la posibilidad de inhibir y guiar las respuestas de IRA, al igual que otras emociones. Los adultos pueden modular la IRA mejor que los niños (casi siempre). Personas con lesiones en el lóbulo frontal tienen dificultades para controlar sus respuestas de IRA. En neurología cognitiva se dice que el lóbulo frontal es capaz de *inhibir la respuesta prepotente*. En otras palabras, controlar lo que instintivamente podríamos hacer o decir. Péptidos opioides como la Sustancia P tendrían un rol en la neuroquímica de la IRA.
- BÚSQUEDA: Este dispositivo media todos los deseos apetitivos para buscar y recoger los frutos del mundo. Facilitado por el neurotransmisor de la conducta motivada y la curiosidad, la dopamina, el sistema energiza todas las actividades dirigidas a un objetivo y las expectativas positivas acerca de nuestro entorno. Es este sistema el que se activa en todas las conductas adictivas, en animales y en el hombre. El sistema regula la motivación para obtener recursos, regula las acciones atractivas y lo conecta con los centros cognitivos que le dan significado. Este sistema es el que determina que un estímulo llame nuestra atención, porque es interesante o potencialmente peligroso.

Panksepp considera que estos siete sistemas afectivos básicos serán de gran ayuda para la investigación en psiquiatría; ellos podrían representar los dispositivos elementales afectados (solemos llamarlos “endofenotipos”) en los diversos trastornos mentales, y su estudio nos acercará a un mejor tratamiento, tanto desde el punto de vista farmacológico, como para el diseño de mejores abordajes psicoterapéuticos. Muchas de estas enseñanzas han sido incorporadas por la psicoterapia cognitiva. La investigación en psiquiatría ha focalizado tal vez demasiado en la búsqueda del sustrato de las enfermedades que estudia; existe una tendencia actual, en consonancia con las ideas de Panksepp, a focalizar en mecanismos más básicos como los que él propone.

*

Otra gran investigadora moderna de la psicobiología de las emociones es Lisa Feldman Barrett. En el contexto de su teoría de la Emoción Construida, afirma que todos los cerebros llevan a cabo la misma tarea: asegurar de forma eficiente los recursos para los sistemas fisiológicos dentro del cuerpo del animal, de forma tal que pueda crecer, sobrevivir y reproducirse. Este balance es llamado “alostasis” (adaptación a través del cambio). Este término fue acuñado por el neurocientífico estadounidense Peter Sterling en reemplazo del de “homeostasis”. Para él, el rol de la regulación no es preservar un medio constante, sino ajustar el medio interno de manera continua para promover la supervivencia y la reproducción. Sterling considera que la corrección permanente de errores no es eficiente. La alostasis, en cambio, implica una regulación predictiva porque anticipa las necesidades y prepara al organismo para satisfacerlas; este modelo es más eficiente desde el punto de vista energético. En la medida que consumimos recursos, se plantean las necesidades. Al coordinarlas permanentemente, el cerebro hace una *shopping list* que se adelanta a futuras necesidades en base a los consumos presentes (calor, comida, sal, agua). Las necesidades se canalizan en una vía común que utiliza un

palo para dirigir al organismo para llenar la necesidad y una *zanahoria* para relajar al organismo cuando la necesidad fue satisfecha. Para Sterling el *palo* es la ansiedad fisiológica que nos lleva a la búsqueda y la *zanahoria* es el placer que produce la necesidad satisfecha.

Para ser más eficientes es necesaria la habilidad de anticipar las necesidades corporales y satisfacerlas antes de que aparezcan. Un animal prospera cuando tiene recursos suficientes para explorar el mundo y consolidar los detalles de su experiencia en sus conexiones sinápticas, de forma tal que estas experiencias sirvan para guiar decisiones posteriores acerca de futuros consumos y reservas. El exceso o la falta de un recurso es *subóptimo* (como ocurre en la obesidad y la fatiga). Los desequilibrios prolongados en los recursos pueden llevar a enfermedades.

Para lograr la alostasis, la regulación predictiva, el cerebro tiene un modelo interno del cuerpo y su ubicación en el mundo. Una representación precisa, pero “fría” del mundo, podría ser metabólicamente temeraria. Por eso el cerebro modela el mundo desde la perspectiva de sus necesidades fisiológicas, arma una *imagen corporizada*. Vemos el mundo según nuestras necesidades. El modelo interno que arma el cerebro incorpora datos de su propio medio interno y del contexto en el cual se está conduciendo. La interocepción, como hemos visto, es fundamental en el proceso de alostasis. Como explica Damasio, las sensaciones interoceptivas se experimentan como los niveles más básicos de las emociones. Las dos cualidades básicas de una emoción son el aumento del nivel de alerta que llamamos “activación” y la valencia, negativa o positiva.

A medida que el estado fisiológico global de un animal cambia constantemente a lo largo del día, su pasado inmediato determina los aspectos del mundo externo que son relevantes para su presente. Por ejemplo, si planificamos una larga caminata estaremos atentos a la posibilidad de conseguir agua y luego alimento para poder restablecer la energía consumida. Si no lo hacemos, nos ponemos en riesgo. En la ciudad esto puede parecer superficial, pero pensemos en una excursión de montaña: el montañista planifica para saber de antemano cuánta agua y alimento tiene que llevar; el sol de la mañana al inicio del ascenso es fuerte y siente calor y la pérdida de agua es intensa; si no planifica que al llegar la noche en su vivac la temperatura bajará de manera brusca, se estará poniendo en riesgo. Las neuronas no duermen nunca, tienen una actividad básica permanente. La evidencia demuestra que la actividad cerebral en curso modifica la forma en que el cerebro percibe los estímulos cerebrales. Caminamos despreocupados por las calles de la ciudad porque sabemos que el agua está al alcance de la mano. Pero si nos quedásemos sin agua en la montaña, la preocupación haría que crezca nuestra ansiedad. Por eso la idea de las emociones como una simple respuesta a un estímulo es insuficiente.

Utilizando la experiencia previa como guía, el cerebro prepara múltiples simulaciones competitivas que responden a la pregunta: “¿a qué se parece más esta señal sensorial?”. Al mismo tiempo se calcula en referencia a la situación presente y los costos energéticos, así como los potenciales beneficios para el cuerpo. De esta forma la simulación es un patrón parcial que permite clasificar las señales sensoriales para guiar la conducta al

servicio de la alostasis. Cada simulación tiene un plan de acción.

*

Hasta ahora existía una visión localizacionista de las emociones, es decir, la idea de que cada emoción se corresponde de manera específica y consistente con una región cerebral determinada. A esto se opone la teoría del constructivismo psicológico, la hipótesis de que las distintas emociones se construyen desde redes neurales generales inespecíficas para esas emociones. Estas emergerían del efecto combinado de operaciones psicológicas más básicas. Para esta hipótesis, la ira, la tristeza y el miedo no son dispositivos preformados, sino que son conceptos contruidos por el cerebro a partir de fenómenos más sencillos. Por ello denominan a esta hipótesis “modelo del acto conceptual”: las emociones emergen cuando las personas le dan sentido a información sensitiva originada en el cuerpo y el mundo circundante utilizando el conocimiento de experiencias previas. Las emociones son *conceptualizaciones situadas* porque el significado emergente se ajusta al entorno inmediato y prepara a la persona para responder a las señales sensoriales de una forma adecuada a esa situación.

Para la construcción de una emoción se describe un set de cuatro operaciones básicas:

- en primer lugar, ingresa información sensorial originada en el cuerpo –señales crudas corporales, viscerales, vasculares o motoras– que constituyen el *núcleo afectivo*; término que describe la representación mental de los cambios corporales experimentados como sensaciones placenteras (hedónicas) o displacenteras acompañadas de cierto grado de activación. Estos representan un barómetro que registra cambios en nuestro equilibrio interno. Las claves corporales son un ingrediente fundamental de la futura emoción.
- la segunda operación de este proceso es cuando este núcleo afectivo crudo adquiere significado psicológico, se conceptualiza. La experiencia previa se utiliza para dar sentido al evento actual. Este puede ser percibido como un mero síntoma físico como el corazón acelerado o el cansancio, o formar parte de una emoción como la ira o el miedo. A veces el núcleo afectivo es percibido como parte del objeto percibido en sí mismo, más que una reacción; una comida es deliciosa, una pintura es bella –u horrible– y una persona puede ser percibida como cálida o fría. El significado del núcleo afectivo depende del contexto. El corazón acelerado no se convierte en una emoción si estamos corriendo, pero se conceptualiza como ira si algo nos frustra. La conceptualización es un proceso fundamental en el cerebro humano que actúa como un cincel, haciendo que la gente preste atención a ciertos rasgos de una sensación e ignore otros. Solo algunas de las ondas de luz que percibimos se convierten en objetos; solo algunos de los cambios en la presión del aire en nuestros oídos son escuchados como voces o música y solo algunos de los cambios corporales son registrados como emociones.
- el modelo propone una tercera operación, que tiene que ver con las palabras que utilizamos para designar esa categoría de núcleo emocional dotado de significado subjetivo. Para Feldman Barrett, los humanos utilizamos las palabras como el pegamento que mantiene unida la categoría, el concepto. En la palabra “mesa” designamos el objeto sobre el cual estamos trabajando, así como todos los objetos que reúnen las mismas características.
- el último paso en la generación de la emoción es la *atención ejecutiva*; mediante esta operación dirigimos la combinación de otras actividades psicológicas para producir una Gestalt emocional, un sentido global del fenómeno. En cualquier momento dado, el cerebro está procesando información del

cuerpo (núcleo afectivo), información de fuera del cuerpo (información exteroceptiva) y representaciones de experiencias previas (conceptualizaciones). La atención ejecutiva permitiría determinar cuáles representaciones se utilizan para dar significado a un estado y cuáles deben ser suprimidas.

Para esta investigadora estos procesos no se llevan a cabo en regiones localizadas del cerebro, sino en diversas redes que actúan en conjunto para procesar, dar significado y denominar el estado que llamamos “emoción”.

*

Los seres humanos compartimos con otros animales en la escala zoológica la capacidad de experimentar sensaciones y emociones que contribuyen a restablecer el equilibrio perdido o amenazado. Lo que nos diferencia como especie es la capacidad de ser conscientes de nuestras emociones y, además, compartirlas en sociedad a través del lenguaje.

Durante todo el siglo XX la humanidad no solo hizo enormes avances en la comprensión de las bases biológicas y psicológicas de las emociones, sino que se produjo un gran desarrollo en la terapéutica dirigido a su reconocimiento y al desarrollo de métodos para mejorar nuestra capacidad de regular nuestra emocionalidad.

Tener un panorama de cómo se construyen las emociones es un paso previo fundamental para poder comprender mejor las manifestaciones de los diversos trastornos que nos proponemos desarrollar en los próximos capítulos.

Capítulo 2

La ansiedad ataca

Un hombre joven irrumpe en la sala de guardia de un sanatorio de la ciudad solicitando ayuda inmediata y afirmando que está siendo víctima de un ataque cardíaco. Se moviliza todo el personal, lo ubican en un box y comienzan a hacerle todo tipo de estudios. El médico que lo asiste pronto nota que, más allá del sufrimiento y el miedo que le transmite, los parámetros usuales no muestran mayores alteraciones. El pulso solo está un poco acelerado, pero es regular. La tensión arterial apenas subió. Con paciencia comienza a charlar con el joven quien le cuenta aterrado lo que acaba de vivir mientras conducía su automóvil en el trayecto cotidiano: súbitamente una sensación de malestar difuso lo invade; mientras buscaba un lugar adecuado para detenerse, en el lapso de minutos el malestar se convierte en una sensación de muerte inminente; su corazón bombea y parece que va a saltar de su pecho; mientras tanto, registra una catarata de sensaciones como la falta de aire, el zumbido en sus oídos; un mareo que le hace creer que se va a desmayar en cualquier momento; un sudor frío cae por su nuca mientras se le seca la boca y comienza a sentir que sus manos y labios se adormecen, lo que contribuye para producir una muy desagradable sensación de irrealidad, como si se estuviera saliendo de su cuerpo, como si ya no fuera él mismo. Le cuenta que, convencido de que está teniendo un ataque cardíaco, se dirigió a la guardia médica más cercana; en realidad, no sabe bien cómo logró llegar hasta allí. Luego viene la pregunta obligada: “¿Me voy a morir, doctor?”; lo que provoca la respuesta risueña del médico que intenta contribuir a su calma: “Hoy no, ciertamente”. La crisis no duró más de quince minutos en su totalidad. Es más, entre que comenzaron los primeros síntomas y alcanzó su pico máximo de desesperación, no transcurrieron ni siquiera cinco. Un familiar llega a buscarlo cuando ya todo ha pasado y, un rato después, el joven está en su casa tranquilo, aunque no tanto. A partir de ese momento lo agobia una preocupación persistente por la posibilidad de que se repita el episodio, lo que efectivamente ocurre pocos días después. Comienza un largo peregrinaje por médicos de varias especialidades que, de forma preventiva, le solicitan infinidad de estudios que muestran resultados negativos, salvo por algunos indicadores de una disfunción tiroidea leve. De modo contrario a lo que los médicos que lo evalúan hubieran esperado, cada resultado negativo acrecienta la ansiedad del joven dado que aumenta la incertidumbre por la causa de su malestar. Como consecuencia de esto, comienza a evitar salir solo, así como a asistir a lugares en los cuales no podrá salir fácilmente si algo le ocurre. Meses después de su primera crisis finalmente concurre a la consulta con un psiquiatra, quien le da un diagnóstico y le propone un tratamiento. Este pequeño paso es suficiente para que comience un camino de recuperación, pero no como para que el joven olvide todo lo padecido. Tiempo después, ya recuperado, se tomó el trabajo de contabilizar y anotar en

un cuaderno la cantidad de veces que recibió consejos del tipo: “No te pongas nervioso”; “Hacé un esfuerzo”; “Es tu imaginación”; “Todo está en tu cabeza”; “¿Por qué no tratás de pensar en otra cosa?”; “Respirá hondo”; “Vos tenés que hacer yoga”; “Estas crisis son por algo, andá a un analista”; “Vos tenes que ver a un homeópata”; etc. etc. La lista puede ser interminable y abarca todos los esfuerzos para ayudar que hacen quienes rodean a una persona que atraviesa el problema. Pero pocos intentan comprender y ponerse en el lugar de quien lo padece.

*

El trastorno de pánico es muy conocido por la mayoría de las personas (1) y pertenece al capítulo de los trastornos por ansiedad, una de las emociones más ubicuas en los seres humanos. Las emociones en su conjunto han planteado dificultades para su estudio. Durante el siglo XIX, cuando los padecimientos mentales comenzaron a ser estudiados, se focalizaba en los trastornos del pensamiento, en la razón, y no tanto en los aspectos emocionales; esto reflejó planteos tempranos de la filosofía, que percibían las emociones como fenómenos subordinados en la naturaleza humana. Para Platón y Aristóteles la característica que definía al ser humano era la razón. Ella representaba el instrumento del conocimiento y la garantía de la libertad ética. Rousseau reivindicaba las pasiones y las consideraba el depósito natural de la bondad, representando el lado más puro del hombre. El dualismo cartesiano, que separa el alma del cuerpo, contribuyó a una visión negadora del componente somático o físico de los sentimientos.

Si bien la psiquiatría nació como disciplina médica en el siglo XIX y siempre consideró a las enfermedades mentales como la manifestación de alteraciones del sistema nervioso, le llevó bastante tiempo desembarazarse de la visión dualista. De hecho fue muy influenciada por escuelas de pensamiento psicológico que intentaron la explicación de los fenómenos psíquicos con total prescindencia del estudio del sistema nervioso. Esto persiste hasta nuestros días, aunque resulte asombroso en la era de las neurociencias.

En un trabajo riguroso llevado a cabo por los doctores Sergio Strejilevich y Daniel Flichtentrei mediante una encuesta a diez mil profesionales de la medicina, se puso en evidencia una postura contradictoria: por un lado, la mayoría reconocía la necesidad de una base científica para la práctica de la medicina, pero por el otro tendía a mostrar una visión dualista sobre la relación mente-cuerpo, dudando acerca de la participación de la biología en los padecimientos mentales. Sin embargo, casi todos rechazaron la posibilidad hipotética de ser sometidos a un trasplante de cerebro. Los autores concluyeron que predomina una visión confusa de un tema que debería ser central en la formación del médico.

Muchos de los términos que utilizamos para referirnos a las emociones y el afecto se han originado a lo largo de la historia y reflejan momentos y significados muy diferentes en el desarrollo de la psiquiatría y la psicología. Así “humor”, “afecto”, “sensación”, “pasión”, “agitación” y “propensión” son una familia de términos con significados

difusos. Por su parte, “sentimiento”, “emoción” y “pasión” se definen como estados afectivos de corta vida, de intensidad variable y relacionados con un objeto reconocible. En este contexto, la ansiedad se ha convertido en una de las emociones más estudiadas de nuestro tiempo. Esto se debe a su enorme significado en la vida cotidiana y a la diversidad y frecuencia de trastornos que la tienen como eje central.

La ansiedad es una respuesta normal de nuestro aparato psíquico, caracterizada por un estado de expectación aprensiva muy ligado al miedo, aunque distinto. Los dispositivos neuroconductuales responsables del miedo serían utilizados y se pondrían en juego en la ansiedad, tanto normal como patológica.

La ansiedad es una reacción vital normal. Todos la experimentamos ante situaciones de incertidumbre. Solo cuando ocupa el centro de nuestra vida psíquica se convierte en un trastorno.

De acuerdo con la idea de Darwin sobre las emociones como un mecanismo de adaptación evolutivo, en un punto muy temprano de la evolución de las especies, los seres vivientes desarrollaron un dispositivo destinado a detectar estímulos significativos en su entorno, y responder en consecuencia. La ameba, un organismo de una sola célula, tiene la capacidad de detectar si el medio en el que se encuentra es nutritivo o peligroso y, mediante la deformación de su cuerpo, alejarse o acercarse. El gran estudioso de la neurobiología del miedo, Joseph LeDoux, refiere que estos sistemas han ido adquiriendo una sofisticación progresiva, alcanzando su mayor complejidad en el sistema nervioso de los seres humanos.

La ansiedad es una respuesta de activación y alerta que favorece nuestra supervivencia e integridad en la vida cotidiana. Al igual que la ameba, necesitamos un dispositivo que nos permita saber que determinado entorno puede amenazar nuestra seguridad. Experimentamos niveles aceptables de ansiedad cuando nos preparamos para un examen o una entrevista de trabajo. Asimismo, cuando vamos a cruzar la calle o si planificamos hacer un viaje, necesitamos un estímulo extra que nos permita estar más atentos y agudizar los sentidos. ¡Resulta muy desagradable reparar en el aeropuerto que dejamos el pasaporte sobre la mesa de luz! Estamos provistos con un complejo sistema que nos permite evaluar nuestro entorno y determinar si la configuración de los eventos que nos rodean, y su curso eventual, son favorables o desfavorables; nos indica la necesidad de aumentar el nivel de alerta, lo que nos permitirá hacer una lectura más cuidadosa y determinar el riesgo potencial.

*

La ansiedad es un estado de activación visceral y valencia o connotación negativa que resulta de una vigilancia aumentada en ausencia de una amenaza real. También ha sido definida como un estado de *expectación aprensiva*, es decir, aguardar temerosamente a que algo ocurra.

La ansiedad ocasional es, como dijimos, un aspecto normal del repertorio emocional

de todos nosotros, y favorece la supervivencia, al aumentar el nivel de alerta y facilitar respuestas rápidas ante peligros posibles. Se caracteriza por experiencias subjetivas como tensión y preocupación, acompañadas de cambios fisiológicos, incluyendo sudoración, mareos, aumento de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca. Tales estados pueden ser gatillados por situaciones que no implican un peligro inmediato e, incluso, ser generados de manera interna. En contraste, el estado emocional relacionado de miedo ocurre de forma aguda en respuesta a una amenaza inminente real o potencial, que se disipa cuando desaparece el estímulo que la provocó.

Se calcula que la prevalencia de personas afectadas por algún tipo de trastorno de ansiedad alcanza al 18% de la población general y que hasta un 28% de las personas van a padecer alguno de estos trastornos a lo largo de su vida. No debe llamarnos la atención que, siendo la ansiedad una emoción tan ubicua, sus trastornos sean tan frecuentes. No obstante, muchas personas con trastornos de ansiedad permanecen sin el tratamiento adecuado y su sufrimiento es poco comprendido por el entorno que repite las fórmulas estigmatizantes que apelan a la voluntad.

La frecuencia de la ansiedad y sus trastornos explica la gran tendencia al abuso de ansiolíticos. En muchos casos este abuso no ocurre en el contexto de una supervisión médica adecuada. Tal vez una explicación de este fenómeno la podemos encontrar en la extraordinaria eficacia de estos medicamentos, los cuales no están desprovistos de efectos indeseables; de allí la necesidad de supervisión médica, más allá de que la consulta profesional es perentoria cuando la ansiedad domina la escena de nuestra vida psíquica.

En la actualidad agrupamos a los trastornos de ansiedad en tres categorías:

- Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
- Trastornos Vinculados al Trauma y los Estresores.
- Trastornos de Ansiedad Propiamente Dichos.

Sin lugar a dudas, los trastornos de ansiedad más conocidos son las crisis de pánico, como las que padecía el joven cuya experiencia relatamos al inicio de este capítulo. Para quien no las ha padecido es difícil comprenderlas. Imaginemos lo que sentiríamos si, estando tranquilos y distraídos en un lugar y con alguien que consideramos confiable, esa persona súbitamente saca un arma de entre sus ropas y nos amenaza. En el pánico, la amenaza es difusa y no se puede localizar, pero la experiencia es similar; nadie amenazaba al joven de nuestro ejemplo, pero el miedo que experimentaba era similar. En las crisis de pánico el peligro puede ser percibido como originado en algún tipo de sensación corporal que implica un riesgo inminente, por eso es tan frecuente que las personas perciban que van a tener un ataque al corazón. Otras veces el peligro es exterior, nuevamente una sensación difusa de no estar seguros en ese lugar. De allí que muchas veces el deseo de huir es incontenible. Todos hemos visto alguna vez una persona que, estando en el cine, de forma imprevista se levanta y se va. De hecho, uno de los fenómenos que suele acompañar a las crisis de pánico frecuentemente es la

agorafobia: el miedo a los lugares amplios, o a estar en soledad en lugares de los cuales no se va a poder salir en el momento que se lo decida o no recibir atención adecuada en el caso de necesitarla.

*

Las crisis de pánico fueron consideradas durante mucho tiempo un fenómeno meramente psicológico, que ocurría en personas influenciables. Se las conocía desde hacía mucho con diversos nombres, como “Neurosis Cardíaca”, “Astenia Neurocirculatoria”, “Síndrome Del Soldado” o “Síndrome de Da Costa”. El estudio de la neurobiología del pánico tiene un punto de inflexión en 1967 cuando los investigadores Pitts y McClure publicaron un interesante artículo en el *New England Journal of Medicine*. Basados en la observación previa que las personas ansiosas producían más ácido láctico –el resultante de la actividad muscular– durante el ejercicio, propusieron que este podría ser la causa de la ansiedad. Para poner a prueba la teoría, reclutaron un grupo de pacientes con antecedentes de crisis de ansiedad (lo que hoy denominamos “pánico”) y un grupo de controles. Les administraron por vía endovenosa soluciones de lactato de sodio y encontraron que las personas predispuestas efectivamente desarrollaban crisis de ansiedad si se les administraba lactato, pero no una solución inactiva. Si bien desarrollos posteriores no confirmaron esta teoría, la misma sirvió para que las crisis de ansiedad ingresaran en el carril de los estudios científicos tendientes a explicarlas y tratarlas mejor. Pocos años después, Donald Klein vinculó las crisis de pánico al antecedente de episodios traumáticos en los cuales las personas experimentaron situaciones de sofocación (casi ahogamientos, encierros, etc.). Más tarde se descubrió que las crisis de pánico tenían cierta especificidad farmacológica, es decir, que sustancias muy precisas eran capaces de inducir las. Todas ellas tienen la característica de modificar la actividad de un neurotransmisor en particular, la noradrenalina. Esto incluía a la colecistocinina (neurohormona producida en el aparato digestivo, entre otros), la yohimbina (un fármaco utilizado en alteraciones del aparato urinario) y, en diversos casos, la marihuana. Pronto se hizo evidente que la manipulación de la noradrenalina tenía efectos en el pánico. Sin lugar a dudas, en el modelo de siete emociones básicas de Panksepp, que vimos en el capítulo anterior, el circuito involucrado es el del miedo.

En el tronco cerebral se ubica una estructura anatómica que se caracteriza por ser el origen de la mayor parte de la noradrenalina del cerebro, se llama “*Locus Coeruleus*” por su color azulado. Su función, entre otras, es la de recabar información visceral y del estado vascular de nuestro cuerpo. Una de sus principales conexiones es con la amígdala, hacia donde envía una rápida información cuando detecta algún estímulo corporal fuera de los parámetros esperados. El *Locus Coeruleus* es un verdadero monitor corporal, responsable de avisar que el equilibrio interno de nuestro cuerpo se está alterando y sabemos que juega un rol fundamental en las crisis de pánico, dado que sería el primero que da la señal de alarma que luego la amígdala amplifica y generaliza. Este mecanismo

nos explica por qué las crisis de pánico son frecuentes en condiciones médicas que aumentan el flujo o la intensidad de la información al *Locus Coeruleus*. Es el caso del colon irritable, las migrañas y los síndromes vertiginosos. Se trata de condiciones que *bombardean* este circuito con estímulos permanentes al cual terminan *sensibilizando*, es decir, favoreciendo que gatille una respuesta de alarma a partir de estímulos cada vez menores. Es este uno de los mecanismos que se ha postulado para la producción de las crisis de pánico.

*

A diferencia de las crisis de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada es un estado permanente de alerta y malestar. En este caso el eje central del padecimiento es la preocupación constante por todo tipo de circunstancias. La persona está invadida por la preocupación y le resulta difícil pensar en otra cosa. Está verdaderamente obsesionada. A veces el motivo de la preocupación está justificado, pero lo desmesurado es la respuesta. Horas y horas cavilando y pensando todas las salidas posibles, se transforma así en un pensamiento casi cabalístico: *si pienso en todas las complicaciones posibles, no van a ocurrir*. Se suman, nuevamente, los síntomas físicos: tensión muscular, cansancio, insomnio, irritabilidad, dificultades para concentrarse. La vida misma se convierte en un suplicio. No es raro que esto vaya acompañado de síntomas depresivos.

El trastorno de ansiedad generalizada tiende a mostrar una evolución fluctuante: las personas atraviesan períodos de calma y períodos más turbulentos, que tienden a coincidir con situaciones de estrés ambiental.

Los trastornos de ansiedad, en su conjunto, son las condiciones psiquiátricas que presentan mayores comorbilidades, es decir, asociaciones con otras condiciones médicas.

La tensión muscular es muy frecuente en las personas con ansiedad generalizada y muchas veces esto afecta a los músculos que mantienen alineada la columna vertebral. Esta contractura favorece el desarrollo de lesiones en los discos intervertebrales. El dolor consecuente cerrará el círculo dolor-preocupación-malestar, configurando la tormenta perfecta. Un estudio sobre doscientas personas que ingresaban a un programa de recuperación funcional por dolores de espalda mostró que un 77% tenían algún síntoma psíquico. Entre los que reportaban síntomas de ansiedad, un 95% los habían padecido desde antes de desarrollar su dolor de espalda. La tensión muscular pareciera ser el principal candidato para explicarlo. Por tal razón, las técnicas de relajación adecuadamente supervisadas suelen formar parte de los tratamientos de los trastornos de ansiedad.

En el cuento “La fruta en el fondo del tazón” de Ray Bradbury, el personaje del asesino es sorprendido por la policía, porque su preocupación por haber dejado alguna huella en la escena lo mantiene toda la noche limpiando de forma compulsiva todo aquello que pudiera delatarlo. Bradbury retrata con maestría la combinación de angustia obsesiva y compulsiones que determinan su conducta.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), llamado “Locura Lúcida” por psiquiatras franceses del siglo XIX, es una condición que, por su cronicidad y afectación global de la vida de las personas que la padecen, puede ser verdaderamente penosa.

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusas o no deseadas y que causan un malestar significativo. Las compulsiones, por su parte, son comportamientos repetitivos que la persona realiza en respuesta a su obsesión. Lo más común es la compulsión a lavarse de manera repetida, como respuesta a la idea obsesiva de estar contaminado. Así, un jabón puede durar menos de un día, y el simple acto de ducharse, una condena interminable. (2) Las personas que padecen TOC suelen llegar tarde a todos sus compromisos, muchas veces como consecuencia de los rituales de chequeo: ¿cerré bien las llaves de gas?, ¿apagué todas las luces?, ¿cerré bien la puerta? Ante la duda vuelve y chequea, una, dos, tres veces, hasta que *esté bien*. Si algo interfiriera el ritual, hay que volver a comenzar. Horas y horas de la vida dedicadas a las obsesiones y a los rituales y, lo que es peor, siendo conscientes de que se trata de un síntoma. Estudios realizados hace algunos años demostraron que los pensamientos intrusivos y compulsiones de ritualización son muy frecuentes en toda la gente. El punto es que las personas que desarrollan el trastorno reaccionan con extrema ansiedad ante los mismos, además de que estos suelen ser chocantes o muy exagerados. Los temas obsesivos con frecuencia giran alrededor de la obsesión por la contaminación, generando las conductas de limpieza compulsiva señaladas. Otros implican pensamientos desagradables o chocantes que involucran el daño físico o sexual a terceros, lo que genera una angustia intensa. (3)

El TOC se inicia de forma lenta e insidiosa, progresa de a poco a partir de lo que parecen rasgos habituales de la personalidad vinculados al orden y la perfección. Cuando una persona consulta un profesional por los síntomas obsesivos, es normal que estos se hayan iniciado muchos años antes. Esta es la razón por la cual el profesor Yaryura-Tobías, un verdadero precursor en el estudio médico del trastorno obsesivo compulsivo, ha llamado a esta enfermedad como una “epidemia oculta”.

Como dijimos, las personas que padecen estas condiciones suelen tener tendencia a un pensamiento cabalístico y supersticioso. No es raro que el ritual esté vinculado a evitar consecuencias que no están directamente vinculadas con la conducta de la persona. Ciertos rituales tienen por objeto evitar, por ejemplo, accidentes de familiares en viaje.

Durante mucho tiempo las personas afectadas de TOC asumen que sus síntomas son solo un hábito que tiene que ver con la prolijidad y la minuciosidad. Recién cuando ha pasado mucho tiempo y notan que estos hábitos invaden su vida cotidiana, hasta esclavizarlos, comienzan a darse cuenta de que algo está verdaderamente mal. El perfeccionismo, que hace repetir una tarea hasta estar seguros de que está correcta, se convierte en una repetición ritualizada que interfiere con la misma tarea que se intenta realizar. La etimología de la palabra obsesión nos dice que esta proviene del latín *obsidere*, que significa sitiar. La persona está literalmente presa de sus síntomas. En la evaluación clínica del TOC se utilizan dos parámetros: la interferencia y la resistencia, es decir, cuánto interfieren los síntomas y el malestar que producen a la persona afectada.

(4)

Una variante compleja del TOC es la acumulación compulsiva o *hoarding*. La persona no puede deshacerse de objetos, incluso de la basura. La vivienda se convierte en un depósito desordenado de todo tipo de cosas. Los diversos espacios son, progresivamente, ocupados por estos y la vida de la persona se ve restringida a pequeños espacios. (5) La acumulación compulsiva ha sido asociada con un cuadro particular, el síndrome de Diógenes, llamado así por el filósofo griego que se retiró a hacer una vida natural y se cubría con un barril. En general se trata de adultos mayores y lo que caracteriza al cuadro es el abandono personal y del entorno, el aislamiento y la acumulación activa o pasiva de objetos. Si bien estas conductas se han observado en diversas patologías como el TOC, las psicosis esquizofrénicas y ciertos cuadros de demencia, el síndrome de Diógenes pareciera ser una condición separada de estas.

La familia sufre en silencio junto a la persona con TOC y no es raro que se produzca lo que se denomina “acomodamiento”, en el cual los familiares colaboran con los rituales de la persona afectada, en su desesperación por ayudarla.

Por otro lado, los síntomas Obsesivo Compulsivos con frecuencia son trivializados a través de bromas o comentarios inoportunos. Esta es una de las principales razones por las cuales los afectados por esta condición ocultan su padecimiento, incluso a sus más cercanos afectos.

*

La neurobiología del TOC es compleja e implica la convergencia de una cierta predisposición genética con algunos factores ambientales vinculados, en general, a pautas de educación infantil. Estudios de neuroimágenes han mostrado que dependencias de las estructuras cerebrales encargadas de la regulación del movimiento están hiperactivas e incluso aumentadas de tamaño; es el caso de la cabeza del llamado “núcleo caudado” del cuerpo estriado. El circuito se completaría con las conexiones entre estas estructuras y la corteza orbitofrontal, la cual muestra una actividad exacerbada. Desde hace muchos años sabemos que esta cumple un rol inhibitorio de la conducta, es por eso que su destrucción produce un cambio de conducta caracterizado por la desinhibición. Las personas con lesiones de la corteza orbitofrontal son desinhibidas, suelen tener conductas inapropiadas y fuera de lugar, con pérdida de las adecuadas formas sociales. Podríamos ver estos rasgos como la contraparte de los escrúpulos obsesivos.

Las personas que desarrollan TOC tienen susceptibilidad para reaccionar con respuestas emocionales potentes al estrés. Los pensamientos intrusivos reciben una particular atención por su carácter *malo* o *anormal*. Este tipo de evaluaciones negativas parecen derivar de sentimientos exacerbados de responsabilidad y culpa, los cuales muchas veces se originaron en la niñez, en un entorno familiar que estimuló estos sentimientos de responsabilidad, junto con códigos de conducta rígidos. Estas experiencias precoces favorecen el proceso de fusión *pensamiento-acción*, en el cual los

pensamientos son evaluados como conductas (*pensar mal significa actuar mal*) y el pensamiento mágico: la creencia sutil de que el pensamiento es capaz de producir ciertos acontecimientos (por ejemplo, pensar en un accidente aumenta las chances de que ocurra).

Sobre esta base, las obsesiones y los rituales se van instalando de modo progresivo, como quien aprende una habilidad y la desarrolla cada vez con más facilidad.

*

Afortunadamente el tratamiento de todos los trastornos de ansiedad ha experimentado enormes avances en los últimos años. En el caso del TOC, a fines de la década de 1970, se observó que la clorimipramina, un antidepresivo con efectos sobre el neurotransmisor serotonina, era capaz de aliviar los síntomas de esta condición. A partir de allí surgió la observación de que fármacos con capacidad de modular la acción de este neurotransmisor tenían efectos beneficiosos. Basados en esto los científicos comenzaron a buscar nuevos medicamentos que tuvieran la habilidad de actuar selectivamente sobre el mismo. De allí surgió toda una familia de fármacos denominados “inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina” (ISRS). El primero de ellos fue la fluoxetina. Hoy son varios los miembros de esta familia y se utilizan con excelentes resultados en el tratamiento del TOC y otras condiciones, incluyendo los trastornos de ansiedad.

En paralelo a los avances de la farmacoterapia, ocurrió otro gran desarrollo de la terapéutica: la psicoterapia cognitivo-comportamental ha logrado revolucionar la terapéutica de los trastornos de ansiedad. Un abordaje totalmente diferente, en el cual los síntomas son minuciosamente valorados y sopesados. Sobre esa base, se diseñan técnicas y ejercicios concretos que permiten que las personas superen los síntomas de forma progresiva. En numerosas ocasiones esto significa que la persona se exponga, en un ambiente controlado y supervisado, a los pensamientos o situaciones que le generan ansiedad. Contrariamente a lo que algunos críticos del cognitivismo señalan, no se trata de una psicoterapia superficial y rápida, ajustada a las urgencias de los tiempos modernos, que no dan tiempo para ir al fondo de las cuestiones. Todo el cuerpo teórico del cognitivismo aporta una visión de funcionamiento psíquico que permite comprender los mecanismos del procesamiento distorsionado de la realidad, que llevan a la producción de los síntomas. Una de las razones por las cuales la psiquiatría moderna congenia particularmente con la psicoterapia cognitiva es que ambas comparten una visión científica del abordaje de los padecimientos mentales: tanto los psiquiatras como los psicólogos cognitivos saben que la terapéutica es un *arte*, pero que debe estar basada en datos científicos. Por tal razón, a diferencia de otras escuelas, cuando un investigador propone una técnica cognitiva para determinado síntoma, debe diseñar un estudio controlado que demuestre que esa intervención es mejor que otras (tal y como lo hace la medicina con sus tratamientos). Por otro lado, los modelos cognitivos teóricos están finamente articulados con los avances en la neurobiología del funcionamiento psíquico

normal y patológico.

*

La antinomia psiquiatría y psicología ha quedado olvidada en el pasado, para el beneficio de las personas que requieren tratamiento. Ya no nos perdemos en interminables discusiones teóricas, en momentos en los que tenemos que lograr ayudar a las personas que lo necesitan. El trabajo interdisciplinario moderno involucra psiquiatras, psicólogos, neurólogos, lingüistas, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, musicoterapeutas, etc. Este abordaje ha mejorado sensiblemente los resultados de los tratamientos, siendo los trastornos de ansiedad una de las condiciones que más se benefician del mismo.

Si bien hemos avanzado mucho en el conocimiento que la comunidad tiene sobre los trastornos de ansiedad, aún persiste cierta incompreensión: las personas afectadas siguen chocando con prejuicios y soluciones facilistas en su entorno. Siempre hay alguien que tiene un consejo para dar, entre los cuales el más frecuente es una solución que se presenta como heroica y que solo empeora todo.

Uno de los desarrollos más importantes de la psicoterapia cognitiva es el concepto de *validación*. Se trata de un proceso mediante el cual, lejos de asumir una postura crítica sobre la persona afectada por un síntoma, utilizamos nuestra empatía para ponernos en su lugar e intentar comprender lo que siente. Considerar su malestar como algo a ser aceptado y comprendido antes que cuestionado. La mayoría de los consejos inútiles y frustrantes que escuchan las personas con trastornos de ansiedad podrían ser reemplazados por un sencillo: “sé que la estás pasando mal”. O, en vez del típico “dale, no ves que no pasa nada”, intentar este otro: “debe ser muy feo lo que te pasa”. Esto es aplicable no solo a todo padecimiento psíquico, sino a cualquier enfermedad.

La ansiedad nos acompaña a lo largo de nuestra vida como una respuesta normal ante situaciones cotidianas de incertidumbre. En algunas ocasiones este mecanismo se descarrila y comienza a gobernar la vida de algunas personas tornándose penosa. Afortunadamente el trabajo interdisciplinario en los equipos de salud mental ha cambiado radicalmente el panorama de las personas afectadas.

1. Una paciente me contó que conocía todas y cada una de las salas de emergencias médicas que había en las zonas en las que se manejaba. Hace años esta condición no era tan fácilmente reconocida y provocaba el deambular de guardia en guardia y de médico en médico como le pasó a nuestro joven. Véamos aparecer a un paciente con la típica bolsa repleta de estudios y casi nos animamos a hacer el diagnóstico, antes de que nos cuente nada.

2. Hace muchos años, una paciente a quien atacaba la obsesión de que si no limpiaba todo minuciosamente, esto tendría consecuencias terribles a distancia, me llamó por teléfono desesperada desde la ducha, de la que no podía salir hacia varias horas.

3. He visto casos extremos. Una docente brillante, con miedo a la contaminación, tenía la necesidad imperiosa de

desinfectar todo con alcohol, incluso el dinero. Cada vez que tenía que pagar algo, efectuaba un prolongado ritual en el que cada billete era desinfectado y luego minuciosamente secado con la plancha. Esta joven profesional contó angustiada que la multiplicidad de obsesiones y rituales compulsivos terminaron obligándola a dejar su trabajo.

4. El lavado permanente de las manos de las personas con temor a la contaminación produce el típico eczema irritativo en la piel, que solemos observar en muchos de nuestros pacientes con la típica presentación *en guante*.

5. He visto personas que dormían sentadas en un sillón debido a que toda la casa estaba ocupada por viejos papeles y bolsas de objetos en desuso.

Capítulo 3

El estigma de la psicosis

El gran poeta alemán Johann Christian Friedrich Hölderlin nació en 1770 en el seno de una familia protestante. Desde joven mostró una gran sensibilidad e inteligencia, estudió la carrera religiosa lo que le permitió acceder a una buena educación, aunque nunca llegó a ejercer el ministerio; se ganaba la vida como profesor particular en familias burguesas de la Alemania de fines del siglo XVIII. En alguna ocasión un romance con la dueña de casa apresuró su salida. Su amada eterna, Susette, a quien llamaba “Diótima”, igual que uno de los personajes de su obra, era la esposa de un banquero de Frankfurt. Pese a que tuvieron que separarse luego de un escándalo, durante años mantuvieron una intensa correspondencia. Hölderlin viajaba bastante y de forma inmediata simpatizó con el movimiento de la Revolución Francesa. Fue amigo de Hegel y de Schelling, entre otros.

Muy joven escribió su obra maestra, *Hiperión, o el eremita en Grecia*. Cerca de los 30 años comenzó a evidenciar cambios en su conducta que preocuparon a sus allegados. Mostraba un aspecto extenuado y muy descuidado. Hacia 1802, estando en Francia, comenzó a mostrar síntomas de locura. *Tocado por Apolo*, según él se llamó a sí mismo, se instaló en la casa de su madre, dos veces viuda. En un momento su cuadro se agravó mucho y su gran amigo Sinclair lo hospitalizó en Tübingen, donde recibió los pobres cuidados disponibles para un enfermo mental en aquellos momentos. Sus allegados comenzaron a notar que ya no era el mismo de antes y vieron con pena que su extraordinaria pluma empezó a mostrar un marcado deterioro. Sus poemas se tornaron incomprensibles. Ernst Zimmer, un carpintero que lo había conocido durante su hospitalización, y que sabía de su obra, se ofreció para alojarlo en su casa. Allí vivió 34 años en una pieza del piso superior, de la cual salía excepcionalmente. Hablaba poco, tendía a responder de forma lacónica y con lo que denominamos “respuestas de lado”, que no están directamente vinculadas a lo que se pregunta. Con frecuencia monologaba de modo incoherente, con un “discurso disgregado”, en el cual no hay una idea directriz y el pensamiento salta de un tema al otro de manera incomprensible. A su vez, presentaba neologismos, palabras inventadas. Un colega le mostró un poema y respondió “ya no se entiende el idioma Kalamata”. Nadie supo a qué se refería. La sensación que transmitió su amigo y biógrafo Waiblinger es que rara vez conectaba realmente con su interlocutor y que vivía en su propio mundo. Cuando alguien lo visitaba, saludaba con gestos ampulosos, se inclinaba y trataba a la visita con títulos reales o eclesiásticos: “Su Señoría”, “Su Eminencia”. Una amiga le regaló un piano, al cual le sacó casi todas las cuerdas y tocaba repitiendo la misma melodía constantemente. A esto se agregaba el molesto sonido que hacían sus largas uñas sobre las teclas, que no se cortaba nunca. Ocasionalmente salía a caminar por el campo. Mantuvo siempre una gran atracción por la naturaleza, que se refleja en su poesía. En los estados avanzados de su enfermedad era

casi imposible hablar con él y su discurso era incomprensible. El carpintero y su familia lo escuchaban reír y hablar a solas. Su producción artística de estos años hasta que lo encontró la muerte fue compilada en un volumen denominado *Poemas de la locura*. Allí, con temas reiterativos, escribió series de poemas casi incomprensibles dedicados a la primavera, el invierno, el otoño y el verano, firmó sus poemas con otro nombre, Scardanelli, y los fechó cien años adelantados. Hölderlin murió a los 73 años.

No contamos con datos de historia clínica realizados por un médico sobre él. Toda la reconstrucción del trastorno mental de Hölderlin se hizo sobre la base de escritos de sus biógrafos y personas que estuvieron cerca de él en esos años, por ejemplo el joven poeta Wilhelm Waiblinger, quien lo visitaba asiduamente y lo invitaba a pasear. Pero sus observaciones se detienen a fines de la década de 1830, con lo cual no fue testigo de los años finales de la vida del poeta. Podemos resumir la enfermedad de Hölderlin refiriendo que un intelectual de sólida educación y poeta respetado por grandes personalidades de su época fue afectado por una condición que, de forma progresiva, lo despojó de su autonomía, requiriendo cuidados permanentes por parte de terceros; al mismo tiempo su capacidad de comprender la realidad y de comunicarse con los demás se alteraron. Llamativamente, una persona que había sido capaz de establecer vínculos afectivos sólidos –aunque a veces inconvenientes– vivió en completo aislamiento demostrando poco interés por los demás y por el resto del mundo (es importante destacar que el aislamiento del poeta no es obligado por otras personas: las puertas de la casa de Zimmer estaban abiertas y él podría haberse ido en cualquier momento. El encierro físico era consecuencia de su encierro mental). Los *escritos de la locura* han sido estudiados desde todo punto de vista. Mientras algunos filólogos destacan que la estructura lingüística de los mismos solo pone de relieve su enfermedad ya que, por ejemplo, aplicaba mal las complejas reglas gramaticales del alemán, confundiendo las declinaciones; otros sostienen que esa poesía desarticulada e incomprensible fue un anticipo de la modernidad. Más allá de esta discusión que nos excede, es evidente que la vida del poeta fue diezmada por su trastorno mental.

Pero, ¿cuál fue la enfermedad de Hölderlin? En el momento en el que él vivió, su trastorno ni siquiera había recibido un nombre aún. Pocos lustros después, comenzaría el estudio sistemático y el ordenamiento de los síntomas mentales y aparecerían las primeras descripciones detalladas. Si bien hacer inferencias clínicas sin haber evaluado de manera directa a la persona es muy aventurado, algunos expertos consideran que podría haber estado afectado de *catafasia*, una forma particular de esquizofrenia; en ella se afecta primariamente el pensamiento y el habla se torna incomprensible. Pero veamos esto con mayor detenimiento.

*

Entre fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX la medicina comenzó a pensar que los trastornos mentales son condiciones médicas. En 1808 la psiquiatría recibió su

bautismo oficial por parte del neurólogo germano Johann C. Reil. La recién nacida especialidad médica se ocupó primero de las condiciones más llamativas y dramáticas, aquellos que por su severidad no podían ser ayudados sin una hospitalización. Al igual que el resto de la medicina que empezó a consolidar sus bases científicas en esa época, la psiquiatría fundó sus bases clínicas al comenzar a observar, describir con precisión y ordenar los trastornos. En un lapso que va de 1870 a 1920, aproximadamente, la mayoría de los cuadros clínicos que conocemos hoy fueron identificados, tales como las formas más severas de psicosis y la depresión: personas que por su estado no podían permanecer en sus hogares y eran enviadas a los hospitales psiquiátricos donde permanecían mucho tiempo, como fue el caso del poeta, que estuvo varios meses internado en el inicio de su enfermedad.

En este contexto llamó la atención de los *alienistas*, como se los solía llamar por ese entonces, un cuadro clínico de inicio juvenil, o incluso adolescente, en el cual la conducta de las personas se distorsionaba. Aparecen fenómenos muy llamativos, como los delirios y las alucinaciones que afectan y condicionan la vida de la persona afectada. Un delirio es una idea distorsionada, que no coincide con la realidad. La persona se siente, por ejemplo, vigilada o perseguida. Los elementos de su entorno son interpretados como signos confirmatorios de esta convicción. Los números de las calles o los gestos de personas extrañas son claves cifradas que indican cosas. Las alucinaciones describen el fenómeno de percibir con los sentidos algo que no existe en realidad. Las formas más comunes de alucinaciones son las voces: la persona escucha, con una nitidez variable, voces que hablan, o le hablan, o hablan entre sí de ella, la critican o incluso la insultan en las formas más severas. Esto contribuye a consolidar la idea de ser objeto de una persecución.

El primer nombre que recibe la enfermedad que hoy denominamos “esquizofrenia” es el de “demencia precoz”, que hace referencia al deterioro global en el funcionamiento de las personas afectadas. Esto sería patente en el caso de Hölderlin (aunque debemos reiterar el riesgo de hacer diagnósticos retrospectivos y solo basados en descripciones de terceros).

La esquizofrenia pertenece a un grupo más abarcativo de enfermedades que denominamos “psicosis”. Este término tiene diversas acepciones; en algún momento fue sinónimo de enfermedad mental severa, pero hoy en día lo reservamos para aquellas condiciones cuya característica fundamental es que los síntomas de la enfermedad producen una pérdida de contacto con la realidad. Esto puede ocurrir de forma persistente o, lo que es más común, de manera transitoria. Una persona con un cuadro depresivo grave puede llegar a volverse psicótica en el momento de mayor severidad. La carga emocional distorsiona la realidad y aparecen ideas delirantes, pero con una característica particular: en general se trata de ideas de autodepreciación, culpa o inutilidad, es decir que son congruentes con el estado de ánimo. La forma más extrema de idea delirante depresiva es el *delirio nihilista* descrito por el neurólogo francés Jules Cotard. La persona llega a pensar que está muerta o que sus órganos no existen. Las ideas delirantes de la depresión suelen desaparecer rápidamente cuando mejora el cuadro

clínico. En algunas enfermedades, en cambio, las ideas delirantes son persistentes y no se van tan fácil.

*

John Forbes Nash fue premio Nobel en 1994 por su teoría de juego muy utilizada en economía y otras disciplinas. Su dura biografía fue documentada por la escritora Sylvia Nasar en el libro *Una mente brillante*, que sirvió de base para la película homónima. Cerca de los 29 años de edad, y mientras su esposa Alicia De Larde estaba embarazada de su hijo Johnny, Nash desarrolló severos síntomas paranoides y desorganización de su conducta. Creía que había un complot comunista en su contra y utilizaba complejos algoritmos para interpretar datos casuales de la realidad, en los que apoyaba su delirio. Estuvo internado y recibió diversos tratamientos, incluyendo los primeros antipsicóticos como la clorpromazina. De manera reiterada abandonaba los tratamientos, debido a que no toleraba los efectos adversos y volvía a recaer. Durante un largo período, sumido en su psicosis, deambulaba por Princeton hablando solo y mostrando un aspecto abandonado por lo que fue apodado “el fantasma de Fine Hall”. Contra todo pronóstico, lentamente se fue recuperando y volvió a ejercer la actividad académica aunque de un modo atenuado. En 2015 ocurrió el terrible accidente que terminó con su vida y la de Alicia, mientras regresaban de recibir un reconocimiento en Europa.

Nancy Andreasen, quien es uno de los más importantes investigadores modernos sobre la esquizofrenia y que había llegado a establecer una amistad con la pareja, escribió un sentido obituario en el *American Journal of Psychiatry*. Andreasen destacó allí la humildad y sencillez de Nash y el hecho de que el cuidado brindado por Alicia fue fundamental para su recuperación. Pero, al mismo tiempo, destacó que los efectos residuales de la enfermedad no pasaban inadvertidos para ningún psiquiatra entrenado que lo pudiera observar en alguna de sus presentaciones públicas.

Ante la famosa película sobre la vida de Nash, tenemos una buena oportunidad de ver cómo se generan las denominadas “ideas delirantes”, las convicciones erróneas. Allí se ve cómo Nash creía ver indicadores de un complot en su contra en las noticias y hacía marcas y anotaciones que, según él, confirmaban sus presunciones. El médico enfrentado a este fenómeno puede explicar el mecanismo que lo lleva a este pensamiento, por ejemplo cuando se dice que la base del delirio es una interpretación autorreferida de los elementos de la realidad. Pero no puede comprenderla, es decir, ponernos en el lugar de la persona que la padece. Podemos comprender la tristeza de un duelo, pero no una convicción delirante. El círculo trágico de la vida de John y Alicia Nash se cierra con la esquizofrenia que afectó también a su hijo Johnny. En un documental sobre la vida de Nash y su familia, puede verse con nitidez cómo la enfermedad afectó el funcionamiento y la independencia del hijo de ambos, en una demostración de que la esquizofrenia tiene una evolución diferente en cada persona afectada. Comprender y explicar son dos fenómenos asociados pero diferentes, utilizados por los psiquiatras cotidianamente: se

puede explicar los síntomas al detectar una alucinación auditiva y ver la perplejidad que genera en quien la padece; comprender implica compartir el impacto de la vivencia en la vida psíquica de la persona. Los fenómenos psicóticos suelen ser explicables, pero no comprensibles.

Luego de décadas de investigaciones, hoy tenemos una hipótesis bastante sólida del mecanismo que genera las ideas delirantes. Si tomamos como base el modelo de Panksepp presentado en el primer capítulo, afectaría el sistema emocional de *búsqueda*. Este involucra circuitos cerebrales destinados a establecer la relevancia de un estímulo ambiental, denominado “saliencia”. Estos circuitos se caracterizan por utilizar un neurotransmisor en particular, la dopamina, que cumple diversas funciones en el organismo y está vinculado también a la regulación del movimiento. La enfermedad de Parkinson, en la cual la movilidad se enlentece y aparecen temblores, se produce por un déficit de dopamina.

El desarrollo de las teorías que nos permiten tener un modelo para explicar los delirios va muy ligado al descubrimiento de los medicamentos antipsicóticos, ya que al estudiar su mecanismo de acción comprendimos muchas cosas sobre el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso.

*

Henri Laborit fue un cirujano militar francés que, en la década de 1950, estudiaba distintas formas de inducir estados de *neurohibernación* en pacientes con condiciones médicas críticas. Uno de los medicamentos que estaba probando, la clorpromazina, llamó su atención por producir un estado de calma sin sueño. Pensó que el medicamento le podía interesar a su amigo psiquiatra Pierre Deniker, quien en 1952 comenzó a utilizarlo en pacientes con esquizofrenia internados en el hospital de Charenton de París. Es bueno tener presente que, hasta ese momento, las personas permanecían mucho tiempo hospitalizadas porque los recursos terapéuticos eran muy escasos para controlar los síntomas disruptivos que tornaban muy penosa la vida de los pacientes y sus familias, que no podían contenerlos. Deniker observó así que los pacientes no solo estaban más tranquilos sin estar sedados sino que, además, las ideas delirantes y las alucinaciones comenzaban a desaparecer. Por primera vez en la historia un medicamento era capaz de controlar los síntomas psicóticos prominentes y los profesionales podían establecer un diálogo coherente con personas que habían permanecido psicóticas durante mucho tiempo. Poco tiempo después, Heinz Lehmann descubrió los efectos de la clorpromazina en la agitación aguda, una forma grave de presentación de los cuadros psicóticos.

Estos hallazgos representaron un punto de inflexión en la historia de la psiquiatría y, fundamentalmente, en la vida de las personas afectadas de psicosis. A partir de entonces, de manera progresiva, los viejos manicomios se convirtieron en hospitales especializados en psiquiatría, en los cuales los pacientes podían permanecer por lapsos más breves de tiempo y volver a sus casas una vez superados los episodios agudos. Llevaría varias

décadas completar esta transformación, pero el primer gran paso había sido dado gracias a un descubrimiento fortuito.

Poco tiempo después Jean Delay y Pierre Deniker, luego de tratar a varios pacientes, observaron que la clorpromazina producía efectos indeseables en el sistema motor de las personas que los recibían, por eso lo denominaron “efecto neuroléptico”, ya que eran muy semejantes las secuelas de una enfermedad que había azotado al mundo en la década de 1920, la *Encefalitis Letárgica* o *Epidémica de Von Economo*; además estos síntomas se parecían mucho a los que presentaba la enfermedad de Parkinson.

Pocos años después de estos hechos, Oliver Sacks, el gran neurólogo y divulgador de las neurociencias, trabajaba en un hospital de Nueva York, donde había una sala completa con pacientes afectados con encefalitis letárgica. Ya se sabía que esta enfermedad era la consecuencia de una reacción autoinmune contra el sistema nervioso, luego de una angina infecciosa bacteriana producida por el estreptococo y semejante a lo que ocurre con la fiebre reumática, en la cual esta reacción afecta el sistema circulatorio y las articulaciones. Sacks sabía que acababa de salir al mercado un nuevo medicamento para la enfermedad de Parkinson, la L Dopa. Pensó que, dado que los síntomas de las secuelas de la encefalitis eran parecidos a los de esa enfermedad, el medicamento podría ayudar a sus pacientes. Para su asombro, algunos de los pacientes mejoraron, aunque transitoriamente. Esto es relatado en el libro y la película *Despertares*.

No muy lejos de donde se desarrollaba profesionalmente Sacks, en un hospital psiquiátrico de Nueva York, trabajaba un joven psiquiatra argentino, José Aníbal Yaryura Tobías. Él se ocupaba de una sala de pacientes psicóticos con esquizofrenia, la mayoría de los cuales estaban recibiendo antipsicóticos como la clorpromazina o el haloperidol. Gracias a esto habían mejorado sus síntomas psicóticos, pero también presentaban los síntomas motores el *parkinsonismo farmacológico* que hemos mencionado. El razonamiento que hizo Yaryura Tobías fue sencillo: si los pacientes se ponían parkinsonianos por el antipsicótico, un antiparkinsoniano como la L Dopa debía ayudarlos. Por tal razón, comenzó a administrar dosis pequeñas de L Dopa a los pacientes psicóticos y el resultado fue intrigante: los pacientes mejoraban del cuadro parkinsoniano, ¡pero la psicosis volvía a agravarse! La conclusión a la que llegó lo ubica como uno de los pioneros de la denominada “teoría dopaminérgica” de las psicosis. Si el medicamento que mejoraba la psicosis producía parkinsonismo, y la L Dopa mejoraba el parkinsonismo pero empeoraba la psicosis, la dopamina era más que un actor secundario en los procesos psicóticos y tenía que estar involucrada en ellos también. Así nació la idea de que los síntomas psicóticos, particularmente las ideas delirantes, se deben a un aumento de la actividad de la dopamina. Las observaciones de Yaryura Tobías (1) salieron publicadas en una contundente carta al editor de la prestigiosa revista *Journal of American Medicine* de marzo de 1970. Muchas investigaciones posteriores confirmaron, mediante métodos muy complejos, que la dopamina cumple un rol central en la producción de los delirios y las alucinaciones. Por ejemplo, los estimulantes como la anfetamina, de los cuales se sabe que estimulan la liberación de dopamina, favorecen el desarrollo de delirios y alucinaciones cuando se los usa de forma continuada. En su libro

ya mencionado, el profesor Leonardo Tondo relata que las anfetaminas y los estimulantes fueron utilizadas en forma masiva para estimular a los soldados angloamericanos y japoneses durante la Segunda Guerra Mundial; una vez finalizada, grandes cantidades de estas drogas se volcaron al mercado interno, lo que produjo una verdadera epidemia de estados paranoides en Estados Unidos.

A partir de estos primeros hallazgos, continuaron las investigaciones sobre el rol de la dopamina en la producción de síntomas delirantes y hoy en día tenemos un modelo bastante acabado que nos permite comprender cómo se generan. La dopamina sigue teniendo un rol fundamental. El profesor Shitij Kapur, un investigador del célebre King's College de Londres, ha utilizado métodos muy complejos, como la tomografía por emisión de positrones, para mostrar la dopamina y la acción de los antipsicóticos. Mediante técnicas de *marcación* radioactiva puede verse cómo un antipsicótico se une a sitios específicos del cerebro.

*

Desde hace mucho tiempo sabemos que la dopamina está involucrada en los mecanismos de *recompensa y reforzamiento*. Ante determinados estímulos se producen *picos* de dopamina que hacen que el estímulo en cuestión sea interpretado como llamativo, ya sea por atractivo o peligroso. La recompensa hace referencia a una conducta que nos produce una sensación placentera, que tendemos a repetir en el futuro. De esta manera, la conducta es reforzada. Por ejemplo, al pasar por una heladería recordamos el placer que nos produce el helado; al detenernos y comprar un cucurucho, estamos reforzando esta conducta. Así, estudios recientes demuestran que la dopamina está involucrada en este mecanismo de reforzamiento de la ingesta de hidratos de carbono, y se estudia su rol en la obesidad. La dopamina sería uno de los mediadores químicos de los *placeres de la vida*, activados por experiencias como la comida, el sexo y también las drogas de abuso. Casi todas las adicciones modifican los circuitos dopaminérgicos. Es importante remarcar que el disparo de dopamina se produce antes de la consumación del acto placentero, no después. Pero la dopamina también está involucrada en reacciones de desagrado. Por lo tanto, la dopamina es clave para predecir los eventos compensadores y codificar las expectativas. Es como si la dopamina nos dijera “esto te va a gustar”. Los picos de dopamina van directo a nuestro lóbulo frontal, que es quien dirige nuestra conducta y nos permite tomar decisiones en un contexto cambiante. Por esta razón la dopamina se vincula con la voluntad y el incentivo. Las lesiones del lóbulo frontal, tanto como los fármacos que bloquean a la dopamina, pueden producir apatía y anhedonia, falta de interés y dificultades para experimentar sensaciones placenteras.

La dopamina es responsable de que, en la medida que la información de nuestro mundo exterior e interior es procesada en distintos puntos de nuestros circuitos cerebrales, va adquiriendo significado y valor diferente. Por eso decimos que es responsable de la llamada “saliencia motivacional”, mediante la cual asignamos un valor

positivo o negativo a un estímulo. Según esta hipótesis, la dopamina hace que un estímulo externo deje de ser un frío *bit* de información para nuestro cerebro y se convierta en algo atractivo, desagradable o peligroso. Un circuito cerebral que utiliza dopamina es responsable de la atribución de saliencia, el proceso mediante el cual eventos y pensamientos llaman nuestra atención, activan la acción e influyen la conducta dirigida a un objetivo, porque lo asociamos con la recompensa o con el castigo. Hacemos algo porque nos va a hacer sentir mejor o no lo hacemos porque nos va a hacer sentir mal. Esto permite que, al poder predecir la respuesta, focalicemos nuestros esfuerzos en lo que parece valioso y nuestro interés se convierta en acción.

En un permanente monitoreo del entorno y el mundo interior, la dopamina nos hace detener donde un estímulo, por alguna propiedad, sobresale de lo demás: porque es atractivo o porque es peligroso, porque es distinto a lo que hemos visto o porque está en un lugar donde no debería estar. De esto se trata la saliencia motivacional.

*

En condiciones normales la dopamina no *crea* el estímulo, simplemente le asigna un grado de importancia por su potencial efecto. Se ha propuesto que en las psicosis, un sistema dopaminérgico desregulado produce picos de liberación de dopamina independientes del estímulo. Esta alteración neuroquímica afecta el normal proceso de atribución de saliencia en contexto para producir una asignación aberrante de saliencia ante objetos externos o representaciones internas, creando saliencias allí donde no existen. Es así que se crean peligros o extrañeza donde hay estímulos habituales.

Sabemos que las personas que desarrollarán psicosis tienen una liberación exagerada de dopamina independiente del contexto. En un primer momento se produce un estado de alerta con cierto grado de perplejidad y novedad, brindando importancia exagerada a determinadas ideas o percepciones. Antes de que las ideas delirantes se desarrollen de un modo claro, las personas que han atravesado este proceso describen un estado de lucidez y toma de conciencia, que les permitió dar un nuevo significado a las cosas, dando pie al descubrimiento de *verdades reveladas*. Desde ese momento todos los acontecimientos de la vida de la persona afectada, sus pensamientos e, incluso, sus recuerdos pasan a formar parte del mundo delirante. A partir de entonces, nada es casual, todo forma parte de un plan orquestado.

Como mencionamos antes, las ideas delirantes pueden aparecer en diversos tipos de condiciones, como la depresión o el trastorno bipolar. En otras oportunidades, los delirios van acompañados de un deterioro más generalizado de la personalidad y el funcionamiento de las personas, como ocurre con la esquizofrenia. Aunque no todos los casos son iguales, los ejemplos de Nash y Hölderlin son una buena muestra de cómo se manifiesta esta enfermedad y la diferencia que puede presentarse en cada persona. Afortunadamente, con los tratamientos modernos, en la actualidad las internaciones suelen ser breves y las personas pueden volver a sus hogares en pocas semanas y

retomar una vida en familia. Sin embargo, el deterioro en la voluntad y el aplanamiento afectivo producen un efecto que resulta muy angustiante para su entorno, ya que algunas personas con esquizofrenia, luego de cada episodio agudo, van perdiendo su capacidad de proyectar y ejecutar planes en el largo plazo. Se pierde la iniciativa y aparece una vulnerabilidad notable al estrés, que provoca que vivan una rutina estereotipada. Además, se ponen en evidencia los trastornos cognitivos que subyacen a la enfermedad.

Desórdenes en la memoria, la función ejecutiva y la cognición social estarían en la base de las dificultades de los pacientes para resolver problemas cotidianos. Datos de investigación sugieren que estos trastornos cognitivos están presentes desde antes que la enfermedad se manifieste. Las doctoras María Roca y Teresa Torralva, de INECO, han demostrado que las personas con esquizofrenia tienen un déficit en la *inteligencia fluida*, un factor cognitivo general sutil que expresaría la capacidad de utilizar los recursos cognitivos, el cual estaría presente desde antes que la enfermedad comience. Desde el punto de vista anatómico, la inteligencia fluida, según los datos de Roca, tiene su zona de control en el Área 10 del cerebro, la porción más anterior del lóbulo frontal y una de las últimas adquisiciones filogenéticas del mismo, es decir, una de las porciones *más modernas* del cerebro. Suponemos que parte de los síntomas negativos también se deben a algún tipo de deficiencia en los sistemas dopaminérgicos. (2)

El 10 de septiembre de 1913 en la iglesia de San Miguel Arcángel, mientras se encontraba de gira por Buenos Aires, sorpresivamente se llevó a cabo el casamiento del gran bailarín ruso Vaslav Nijinsky con la Condesa Romola de Pulszky. Nadie sospechaba que esta historia era el preámbulo del proceso que llevaría a Nijinsky al retiro precoz, el olvido y una muerte anónima en Londres en 1950. La debacle en la vida del artista comenzó en 1919 con sus primeros síntomas de psicosis. Su conducta errática produjo que sus performances se deterioraran, olvidando coreografías que él mismo había diseñado. Es famoso el episodio en el cual se sentó inmóvil frente al público para mostrar *el sufrimiento del artista*. Nijinsky atravesó varias internaciones. En su desesperación por brindar un tratamiento adecuado a su marido, Romola consultó nada menos que al psiquiatra suizo Eugen Bleuler, creador del término “esquizofrenia”, que hace referencia a la mente escindida de las personas que la padecen. El diagnóstico de Bleuler fue ominoso, recomendando a Romola que se divorciara de Nijinsky y lo apartara de su hija. Romola consultó además a otros grandes especialistas de la época: Forel, Jung, Freud, Wagner-Jauregg (único psiquiatra premio Nobel hasta ese momento) y Binswanger. Y luego de eso, a todo tipo de curanderos y manos santas. En los siguientes veinte años, el genio de la danza apenas volvió a hablar. La vida del *clown de Dios* y su familia quedó para siempre afectada por la esquizofrenia.

Los casos clínicos históricos citados nos sirven para comprender una de las enfermedades a las cuales la psiquiatría ha dedicado sus mayores esfuerzos para explicar y desarrollar tratamientos eficaces. Por otro lado, en los casos de Hölderlin y Nijinsky, no hubo ni prolongadas internaciones ni intervenciones a las cuales culpar del deterioro. Nash había recibido tratamiento farmacológico y comas insulínicos en los primeros años de la enfermedad; aunque la película hace referencia a que tomó los medicamentos más

modernos, sabemos que esta fue una licencia en el guión cinematográfico para evitar lo que podía ser tomado como una influencia negativa para todas las personas con esquizofrenia que la vieran. Por los datos que nos brinda Nancy Andreasen, Nash dejó de tomar medicación muy temprano en su enfermedad. Su singular inteligencia previa a enfermarse habría sido el factor protector que le permitió su recuperación parcial. Estudios recientes demuestran el rol del CI previo como predictor de recuperación en la esquizofrenia.

Cuando pensamos en las largas internaciones del pasado que experimentaban las personas con esquizofrenia y otros tipos de psicosis, estamos tentados a asumir que las mismas son consecuencia del ejercicio del *poder psiquiátrico* o el *discurso del amo*, en palabras de Foucault. La idea de que los psiquiatras cumplían el rol encomendado por la sociedad de encerrar y mantener aislados a aquellos que no son deseados tener alrededor porque generan terror y ninguna comprensión. Pero esta explicación peca por ignorar el conocimiento íntimo de las psicosis. Pensemos en las décadas de encierro de Hölderlin. Nunca se le pasó por la mente que podía estar mejor que en ese lugar. Su enfermedad le quitó el juicio, así como también la libertad y la posibilidad de elegir y decidir. Este aspecto de enfermedades como la esquizofrenia es el más ignorado por aquellos que, en una rara elucubración, culpan a los psiquiatras por el deterioro que produce la enfermedad. La mayoría de los psiquiatras pensaron siempre que, en realidad, estaban protegiendo a las personas que hospitalizaban, porque la evidencia les demostraba que su capacidad de desenvolverse, ganarse el sustento, vivir y vincularse en sociedad, estaban severamente afectadas por las enfermedades que padecían. (3)

*

Ya hemos mencionado la primera hipótesis sobre los síntomas psicóticos, que surgió luego de la aparición de los antipsicóticos. Hoy se sabe que la denominada “hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia”, en realidad, solo explica los fenómenos delirantes, pero no el resto de las manifestaciones de la enfermedad: el aplanamiento afectivo y de la voluntad, los trastornos cognitivos, lo que en conjunto llamamos “síntomas negativos”.

A fines de la década de 1970 apareció la Tomografía Axial Computada y luego la Resonancia Nuclear Magnética. Los investigadores tuvieron la posibilidad de estudiar en vida el cerebro de los pacientes, ya no su anatomía cuando fallecían. Por otro lado, se reactivaron los estudios anatómicos y entonces se hicieron evidentes sutiles alteraciones anatómicas, leves atrofias y alteraciones en el ordenamiento celular que, por sus características, motivaron la enunciación de la teoría más acabada que explica esta enfermedad. Dentro de estas alteraciones encontradas, algunas de ellas, por sus características, no podían ser *consecuencia* de un proceso degenerativo propio de la enfermedad. El profesor Helmut Beckmann, junto con el profesor Hermann Jakob, descubrieron en una región muy particular del lóbulo temporal, la corteza entorrinal, un desorden en la forma en la que las neuronas se distribuyen. Este desorden solo podía

producirse en el momento en el que esa región del cerebro se organiza, y esto ocurre en el segundo trimestre de gestación. Este extraordinario descubrimiento contribuyó para la elaboración de lo que hoy denominamos “teoría del neurodesarrollo de la esquizofrenia”. La enfermedad sería producida por algún tipo de factor que afecta el normal desarrollo del cerebro durante la vida intrauterina el cual queda, para expresarlo en una forma comprensible, *mal cableado*. Las dos preguntas que siguen son: ¿cuáles son esos factores? y ¿por qué la enfermedad permanece latente –si es que esto es realmente así– hasta la adolescencia o juventud?

Entre los factores causales que afectan el normal desarrollo del cerebro podrían encontrarse factores genéticos, nutricionales e, incluso, infecciosos. Aunque suene raro, existen varios estudios llevados a cabo en el Reino Unido y los países escandinavos que avalan la participación de factores virales. En el año 1957 hubo una epidemia de *influenza* en Escocia. Entre todos los nacidos durante ese año, cuando se los evaluó en la adultez, había una incidencia de esquizofrenia que excedía la esperada. En otros países se encontraron resultados similares. Lo mismo ocurrió en Holanda con los niños que nacieron durante la gran hambruna que generó el bloqueo nazi en la Segunda Guerra Mundial. Cuando llegaron a la adolescencia o la juventud, la incidencia de esquizofrenia entre ellos fue mayor que la esperada en la población general, confirmando que la privación nutricional de las madres había tenido algún efecto sobre el desarrollo del sistema nervioso de sus hijos, tornándose vulnerables a padecer esquizofrenia.

*

Con respecto a la tardanza de la enfermedad en manifestarse, existen varias intuiciones. Como decíamos al principio, en investigación médica, en la actualidad, se opta por hablar de *factores de riesgo*, antes que *factores causales*. En el caso de la esquizofrenia sabemos que uno de los factores de riesgo más significativo es el antecedente familiar, aunque esto no es tan potente como en el caso del trastorno bipolar. Pero, en estudios epidemiológicos grandes, se han detectado algunos factores de riesgo que llamaron la atención de los investigadores:

- Tener un familiar de primer grado con esquizofrenia.
- Nacer en una gran ciudad.
- Ser inmigrante o hijo de inmigrantes.
- Complicaciones durante el parto.
- Consumo de marihuana.

Tener un familiar de primer grado (padre, madre, hermano) es claro que está relacionado con el factor genético mencionado. No queda claro si las complicaciones durante el parto son causa o consecuencia del trastorno del neurodesarrollo mencionado. Uno de los factores de riesgo que se ha estudiado mucho en psicosis es el uso de marihuana. La evidencia científica acumulada es consistente e indica que en aquellas personas que

tienen riesgo de desarrollar psicosis, el consumo de cannabis aumenta enormemente la posibilidad de que esta se manifieste. Dentro de los factores de riesgo enumerados, los que han despertado la mayor intriga de los investigadores, son la condición de inmigrantes y la urbanicidad. Estos factores de riesgo estarían vinculados al hecho de ser el *caldo de cultivo* para que el riesgo se manifieste. Gran parte de estos datos surgen de un importante estudio epidemiológico llevado a cabo en el sudeste de Londres, una zona empobrecida hasta la realización de los Juegos Olímpicos de 2012, con muchos inmigrantes en su constitución. Estudios similares se replicaron en Holanda y los países escandinavos.

El primer antecedente que indicó que algo pasaba con la condición de inmigrante y la esquizofrenia fue llevado a cabo por el psiquiatra Ødeggard en la década de 1930, en la comunidad de inmigrantes Noruegos de Minnesota. Él observó que entre los mismos, las tasas de prevalencia de la enfermedad eran mayores que en la población general tanto en los Estados Unidos como en Noruega. Sucesivamente, varios estudios confirman esta presunción. Estos datos se han replicado en tiempos recientes con la comunidad de inmigrantes en el Reino Unido.

La urbanicidad y la condición de inmigrante conllevarían, por un lado, el riesgo del aislamiento. Por el otro, generaría la situación de *grupo minoritario*, lo que de por sí favorece el estrés y sentimientos de dominación y fracaso social, cuando no el *bullying*. En este contexto, el trastorno del neurodesarrollo y sus fallas cognitivas subyacentes se ponen de manifiesto aumentando la vulnerabilidad al estrés y activando los mecanismos que llevan a la psicosis. Lo que estaría ocurriendo es que en las personas con predisposición biológica a la enfermedad, un medio desventajoso pondría en evidencia la enfermedad latente, con el estrés social como candidato principal para su desencadenamiento. A eso debemos agregar los cambios hormonales propios de la adolescencia y el aumento de la posibilidad del consumo de tóxicos, con la marihuana en primer lugar como hemos mencionado.

*

Pero aun toda la evidencia no brindaba una respuesta clara para comprender el inicio de la enfermedad. Un importante trabajo interdisciplinario que involucró al grupo de investigadores de la Universidad de Harvard, del Massachusetts Institute of Technology (MIT) y del Hospital Infantil de Boston, ha conmocionado al mundo psiquiátrico, dado que podría explicar este y otros aspectos de la enfermedad. En un complejo estudio que involucró el análisis genético de cerca de 64.000 personas incluyendo pacientes, sus padres y controles sanos, provenientes de casi treinta países, detectaron una fuerte asociación entre el gen que regula una proteína del sistema inmune, el Factor 4 del Complemento (C4) y la enfermedad. El *complemento* es una cascada proteica del sistema inmune que rápidamente identifica patógenos y desechos celulares, marcándolos para que sean eliminados. Ubicado en el cromosoma 6, una variante en C4 explicaría por

qué un mecanismo, común a todos los seres humanos, el remodelado de las sinapsis, se altera en las personas que padecen la enfermedad. Patricia Goldman-Rakic fue una gran neurobióloga norteamericana que dedicó su vida al estudio del lóbulo frontal y demostró su vinculación con la denominada memoria de trabajo, el tipo de memoria *on line* que nos permite recordar, por ejemplo, el nombre de un producto que nos piden comprar o el camino al trabajo mientras hablamos con quien nos acompaña. Estudiando el cerebro de personas que habían fallecido con esquizofrenia, Goldman-Rakic descubrió que su lóbulo frontal presentaba menor densidad de *neuropilos*, las terminaciones de las neuronas donde se produce la conexión entre ellas, la sinapsis. Este hallazgo despertó una gran curiosidad entre los investigadores y los clínicos.

Sabemos que todas las personas, a partir de su adolescencia, experimentan en su cerebro un proceso de *poda sináptica*. Este fenómeno natural le permite al cerebro liberarse de conexiones innecesarias, a medida que madura. Una enorme cantidad de conexiones entre neuronas –sinapsis– se pierden de forma programada, y esto garantizaría un normal desarrollo. Estudios previos indican que un componente de los mecanismos de la respuesta inmune, el factor C4 estaría involucrado en este mecanismo. El grupo interdisciplinario de Harvard demostró que variantes del gen que lleva la información para producir una versión alterada del C4 se asocian de un modo potente con la esquizofrenia. No exageramos si decimos que esta tarea es como buscar una aguja en un pajar. Los investigadores tuvieron que hurgar en los datos de grandes estudios genéticos, mediante complejos análisis, para confirmar todo esto.

Este hallazgo es de enorme importancia porque comienza a colocar las piezas de ese gran rompecabezas que es la esquizofrenia y la multiplicidad de descubrimientos clínicos y biológicos que no eran posibles de explicar. Si se demuestra en estudios posteriores que el complemento muestra una actividad modificada en adolescentes en riesgo de padecer esquizofrenia, se estará a un paso de comprender por qué la enfermedad comienza en ese momento y no antes. La hipótesis es que el sistema, cuya labor en condiciones normales sería recortar un exceso de células y sinapsis, produce un exceso de esta poda sináptica, afectando la normal dinámica del funcionamiento neural. Esto explicaría el hallazgo de Goldman-Rakic. Otra posibilidad es que la persona predispuesta ya tiene una configuración deficitaria de ciertas estructuras neurales y que una poda exagerada por parte del complemento pone de manifiesto esta conectividad deficitaria, dando lugar a la producción de las distintas manifestaciones clínicas de la enfermedad.

*

Cuando en la década de 1980 se presenta la hipótesis del neurodesarrollo de la esquizofrenia, se concibe la idea de que en realidad los síntomas de la enfermedad constituyen una manifestación tardía del proceso que los causó. Por eso con esta enfermedad siempre tenemos la sensación de estar llegando tarde para actuar de manera preventiva. Este cambio de paradigma produjo una verdadera revolución clínica, dado

que muchos investigadores pensaron que había que ir a buscar a las personas predispuestas, antes de que la enfermedad se manifestara. Varias investigaciones mostraron resultados promisorios buscando indicadores *premórbidos*, es decir, previos al inicio de la enfermedad. La psicóloga neoyorquina Elaine Walker publicó un aviso solicitando personas con depresión y esquizofrenia que tuvieran películas caseras de su infancia. Luego de clasificar y cronometrar las películas, les pidió a una neuropsicóloga y a un experto en neurodesarrollo que las vieran y luego completaran un cuestionario específico sobre desarrollo neuromotor. Claro que ninguno de los dos conocía la enfermedad que más tarde la persona desarrollaría, además había mezcladas películas de niños que no habían desarrollado ninguna enfermedad posteriormente. Los resultados fueron muy llamativos: en aquellos niños que luego desarrollaron esquizofrenia, los expertos fueron capaces de detectar una serie de *precursores neuromotores*, sutiles alteraciones en el movimiento y la coordinación que ponían en evidencia la alteración del neurodesarrollo. Investigaciones posteriores mostraron que estos marcadores de riesgo son muy difíciles de estudiar, dado que se requeriría una multitud de especialistas a lo que se agrega el hecho que tienden a desaparecer en la segunda infancia. Pero sirvió para confirmar la hipótesis de marcadores latentes de riesgo de la enfermedad.

En la actualidad este deseo de detectar la enfermedad antes de que comience se ha traducido en planes mucho más realistas de primer episodio psicótico. Todos los protocolos de detección precoz llevados a cabo en países como Alemania, Australia, Estados Unidos, Inglaterra, Holanda y los países escandinavos han arribado a la misma conclusión: muy lejos de estar en condiciones de detectar a personas en riesgo de padecer la enfermedad, estamos llegando tarde para detectar a las personas que ya están enfermas. Por eso se generan verdaderas redes de intervención precoz que mantienen una estrecha conexión con la comunidad para detectar a estos chicos en su primer episodio psicótico. La razón es simple, como en toda la medicina: un diagnóstico precoz permite un tratamiento más precoz y mejores resultados. El australiano Patrick McGorry ha sido uno de los que más han trabajado en este sentido y propone una *reforma basada en la evidencia*, haciendo referencia al movimiento de reforma que se inicia en la década de 1970.

Todas las formas de psicosis han generado desde siempre un alto nivel de rechazo e incompreensión. Muchos creen que las personas con psicosis como con esquizofrenia son peligrosas. Esto es muy excepcional y, en realidad, las personas con trastornos mentales tienen mucha más chance de ser víctimas de violencia que causantes de la misma. El diagnóstico de esquizofrenia produce un efecto negativo sobre la persona que la padece y su familia en todo su entorno, por el estigma que genera. La persona es rechazada. Además de las dificultades que le produce la enfermedad, no encuentra trabajo y le cuesta insertarse socialmente. En la ciudad de Hamburgo se llevó a cabo una campaña de concientización sobre trastornos mentales. Personas con depresión o esquizofrenia grabaron anuncios que fueron pasados en los cines durante varios años, al cabo de los cuales se indagó el efecto que habían tenido. Los parámetros con los cuales se mide el estigma son el reconocimiento de que la persona necesita ayuda y qué tan cerca los

queremos de nosotros. El resultado de la campaña fue desalentador: la mayoría siguió pensando que las personas con esquizofrenia no necesitaban ayuda y que no los querían tener cerca. Por tal razón algunos han pensado que podría ser de utilidad cambiarle el nombre a la enfermedad. Así lo hicieron en Japón y Corea, por ejemplo. Las doctoras Lucía Seré y Dolores Cardona de INECO, en colaboración con el doctor Daniel Flichthentrei, reprodujeron entre casi mil psiquiatras de Latinoamérica, una encuesta que había sido llevada a cabo entre un grupo grande de expertos europeos. La encuesta indagó si los especialistas consideraban que el término “esquizofrenia” era adecuado, si creían que generaba estigma y si lo cambiarían. Si bien la mayoría no creyeron que era necesario cambiarlo porque les parecía un término apropiado, reconocieron que colaboraba con el estigma. De hecho los profesionales de más experiencia respondieron que la mayoría de las veces no comentaban el diagnóstico con los pacientes. Otro estudio sobre el estigma demostró que genera veinte veces más empatía, más comprensión, tener un familiar con cáncer que tener un familiar con un trastorno mental como la esquizofrenia.

La incompreensión, el rechazo, el temor y el aislamiento de los demás son factores que contribuyen a que la vida de las personas con esquizofrenia sea mucho más difícil. Es preciso reiterar que detrás de una psicosis y de una esquizofrenia hay, en primer lugar, una compleja red de causas y mecanismos neurales que, interactuando con factores de estrés medioambiental, favorecen su aparición. Y que, detrás de ese rostro que nos mira perplejo y nos genera rechazo o temor, hay una persona cuya vida ha sido atravesada por no comprender y por no ser comprendido; y también hay una familia que ha vivido situaciones de extrema violencia emocional provocadas por la enfermedad y que, para colmo, generan vergüenza como si fueran culpables de algo, por lo cual será ocultada. Cualquier otra enfermedad podrá ser comprendida y motivará un gesto compasivo, pero las psicosis, aún hoy, lamentablemente, siguen generando una mueca de incompreensión.

-
1. Tuve la suerte de que el propio Yáryura me contara esta historia apasionante, mientras realizaba un entrenamiento sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo en su instituto de Long Island, Nueva York, en 1992. Yáryura Tobías no solo fue un precursor en la teoría dopaminérgica de la esquizofrenia, sino que también fue de los primeros clínicos que se dieron cuenta de que el Trastorno Obsesivo Compulsivo era una condición que podía resultar muy invalidante y, en sus avances para tratarlo, notó que la clorimipramina, un antidepresivo que comenzaba a mostrar eficacia en dicho trastorno, tenía una característica que la diferenciaba de todos los demás: su capacidad de mejorar la neurotransmisión serotoninérgica. Todos los medicamentos que utilizamos hoy en día para el TOC tienen esa propiedad. Yáryura fue gran clínico con una capacidad de observación notable. No conocemos muchos otros investigadores que puedan ubicar su nombre en la historia de la investigación de dos trastornos tan diferentes. Un verdadero pionero, no siempre reconocido.
 2. A veces resulta muy difícil explicar a los padres de estas personas que no son vagos ni cómodos y que la aparente pasividad se debe a la misma enfermedad. Un paciente muy querido, al que atiendo hace muchos años, me contó con tristeza que un vecino del pueblo le dijo: “ojalá que tus hijos no salgan vagos, como vos”. Esta persona no ignora que mi paciente padece un severo trastorno mental, porque ha sido testigo de sus momentos agudos y lo ha visto desorganizado, alucinado y delirante; a pesar de eso no duda en seguir calificándolo así.

3. Durante mis años de formación, cuando todavía había muchas personas internadas de forma crónica en los hospitales monovalentes, he visto pacientes estabilizados en estados avanzados de la enfermedad, a quienes la sola idea de recibir el alta les producía terror. En la actualidad estas personas pueden vivir fuera de los hospitales, en casas de medio camino supervisadas; aunque la legislación en salud mental rebosa de declaraciones ampulosas sobre los derechos de las personas afectadas de trastornos mentales y muy buenas intenciones, la realidad nos muestra su falta de conocimiento y contenidos científicos que hacen que, la mayoría de las veces, se quede en eso: una declaración de deseos. La manera de defender los derechos humanos de las personas afectadas de las formas más graves de trastornos mentales es proveerles tratamientos adecuados a los avances de la ciencia, como por ejemplo, intervenciones precoces, las cuales constituyen la avanzada terapéutica en el campo.

Capítulo 4

Nosotros ante las fuerzas de la naturaleza: el estrés y los traumas

Hipócrates de Cos brindó las bases del pensamiento médico y el marco ético de nuestro quehacer. Cerca del año 400 antes de Cristo, enunció los principios que deben guiar la conducta del médico: capacidad de observar, interrogar y escuchar atentamente y estar alerta al curso de los acontecimientos. Fue el primero en darse cuenta de que estamos acosados por fuerzas perturbadoras que amenazan nuestro equilibrio, pero que al mismo tiempo existen fuerzas reparadoras, a las que llamó *Vis medicatrix naturae*, la fuerza médica de la naturaleza. Este concepto fue tomado luego por Galeno de Pérgamo, que vivió en el siglo II de nuestra era. Tomaría mucho tiempo y esfuerzos de investigación desentrañar y confirmar las intuiciones de estos dos sabios, que no contaban con más herramientas que su intelecto y un ojo atento. En el siglo XVII el gran médico inglés Thomas Sydenham consolidó la idea de que aquello que está destinado a protegernos, si se desordena, puede también enfermarnos. Entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX la medicina comenzó a declinar la idea de que cada enfermedad tenía una causa específica, principio postulado por Luis Pasteur, entre otros. Se gestó el concepto de multicausalidad y se comprendió que las enfermedades son el resultado tanto de los agentes patógenos como de las reacciones de adaptación de nuestro organismo en su lucha por protegerse. La inflamación es el ejemplo más sencillo. El edema, el rubor y el dolor son los indicadores de la batalla que comienza entre nuestro organismo y una agresión.

*

Contrariamente a lo que se suele pensar, el término estrés (del latín *Strictus* o *Stringere*, apretado o comprimido) ya era utilizado en el siglo XVII en la lengua inglesa como sinónimo de penuria o adversidad, además de fuerza y presión. En el siglo XIX fue incorporado por la ingeniería en el sentido de carga o tensión que se aplica sobre un material, lo que fortaleció su uso común en el sentido de adversidad.

En 1936 el médico húngaro Hans Selye publicó en la prestigiosa revista *Nature* un artículo titulado “Un síndrome producido por diversos agentes nocivos”, un compacto reporte de tan solo cinco párrafos en dos páginas, en el que resume años de experimentos. Allí, él refería que animales sometidos a agentes nocivos inespecíficos como el frío, cirugías, actividad muscular extenuante o tóxicos desarrollan una respuesta en tres etapas, que describe brevemente:

- una fase aguda de alarma;

- una fase de resistencia;
- y, si el agente nocivo permanece, una tercera de agotamiento.

Cada una de estas etapas va acompañada de una serie de cambios en diversos órganos, que Selye describió de forma minuciosa. Concluyó: “dado que el síndrome en su totalidad pareciera representar un esfuerzo generalizado del organismo para adaptarse a las nuevas condiciones, debería llamarse ‘síndrome general de adaptación’”. Selye publicó en su vida más de 1700 artículos y cuarenta libros, una producción científica inusitada. Sus trabajos modificaron radicalmente el escenario de la biología y la medicina. El tiempo mostraría que la psiquiatría y las ciencias de la conducta serían uno de los principales beneficiarios de este concepto.

La mayor parte de los desarrollos clínicos centrales de nuestra disciplina se hicieron antes de conocer esta pieza clave en el rompecabezas del sufrimiento humano. Se sabía de los efectos de las demandas vitales, las pérdidas y los efectos del trauma, pero se les daba una explicación genérica porque no se conocía la intimidad de esta respuesta. Hasta el reconocimiento del síndrome general de adaptación y sus efectos a nivel conductual, se tornaba difícil comprender los determinantes de la aparición de ciertas condiciones, como la depresión y otras enfermedades. Durante muchos años sus vínculos con el estrés fueron descartados o poco tenidos en cuenta. La depresión tuvo que esperar hasta fines de la década de 1960 para que Bernard J. Carroll corriera el velo que permitió ver los vínculos entre ambas condiciones.

El síndrome general de adaptación y las emociones son dos sistemas que la naturaleza desarrolló para lograr desenvolvernos de manera óptima en nuestro entorno, pero no los únicos, como veremos más adelante. No debe llamarnos la atención que la maquinaria biológica de todos los dispositivos que nos permiten situarnos en contexto esté superpuesta e íntimamente vinculada. De hecho, la separación entre las emociones y el estrés es un recurso artificial que permite su estudio, dado que la interacción entre ambos sistemas es permanente. Tanto los estudiosos de las emociones como los del estrés insisten en la idea de que se trata de dispositivos desarrollados a lo largo de cientos de miles de años destinados a lograr nuestra supervivencia, lo que permitió que se perfeccionaran y alcanzaran el grado de sutileza de los seres humanos.

*

El síndrome general de adaptación consiste en un repertorio de respuestas adaptativas ante las agresiones del entorno que llamamos “estresores”. La confusión entre las causas y consecuencias es permanente. Hablamos de estrés en la vida cotidiana cuando nos referimos a todas aquellas situaciones que nos afectan y aumentan la demanda emocional. En términos generales decir “estoy estresado” es lo mismo que decir “tengo mucho trabajo”, “tengo problemas”, “estoy con exámenes”, “no me alcanza la plata”. Todas estas situaciones son las demandas o estresores que mencionamos al principio. En

la actualidad sabemos que los estresores que activan el síndrome general de adaptación incluyen situaciones que no solo implican una amenaza directa para nuestra supervivencia, sino que se caracterizan por una *inestabilidad del entorno*. Todas nos generan una sensación de ambigüedad e inseguridad más allá de lo físico. Los eventos estresantes no son extraordinarios, son cotidianos. En condiciones normales estamos preparados para lidiar con ellos mediante la respuesta adecuada. Hemos señalado que fuimos diseñados para vivir en el contexto de la Edad de Piedra, durante la cual los eventos estresantes eran tangibles y evidentes: las inclemencias climáticas, la necesidad de comida, la amenaza de los predadores y no muchos más. El aumento de la expectativa de vida de la modernidad viene acompañado de la diversificación de situaciones amenazantes de nuestra integridad no solo física, sino también psicológica y social. Esto ha aumentado la complejidad de las situaciones capaces de despertar nuestra reacción de alarma. Ya no se trata de la urgencia de escapar de un predador; las consecuencias de las amenazas no son tan inminentes, lo que prolonga el estado de alerta. El resultado de un examen médico, la decisión final en una selección laboral, las facturas de los servicios que vendrán a fin de mes, los recortes de personal en la fábrica, los conflictos en la pareja, para dar algunos ejemplos; todas estas situaciones se caracterizan porque el resultado, ya sea positivo o negativo, no será inmediato. La incertidumbre se prolonga durante días, semanas o incluso meses. Mientras tanto, nuestro organismo responde de forma cotidiana preparándose para una batalla que no termina de iniciarse, pero tampoco finaliza. La incertidumbre puede ser peor que la peor de las noticias. Este es el panorama de estrés que manejan los individuos en la sociedad moderna. Para completar el cuadro, los medios de difusión nos bombardean recurrentemente con las noticias sobre inseguridad, terrorismo, accidentes y catástrofes naturales, potenciando nuestro nivel de alerta. Es cuestión de tiempo que esto produzca consecuencias.

Los investigadores Ahmad Hariri y Andrew Holmes resumieron en unos pocos y contundentes párrafos las características centrales del estrés y su significado:

Todos los organismos deben superar cierta adversidad para sobrevivir y lidiar con entornos impredecibles y frecuentemente implacables. La ubicuidad del estrés ha modelado una maquinaria biológica altamente conservada a lo largo de la evolución, que funciona para movilizar, de forma aguda, recursos corporales y generar respuestas a los múltiples peligros ambientales que amenazan con dañarnos o nuestra mera supervivencia. Los animales más evolucionados, en particular, han desarrollado sistemas fisiológicos y neurobiológicos para percibir, reaccionar y adaptarse a los estresores psicológicos.

El órgano rector en la respuesta de estrés es el sistema nervioso central, que coordina una respuesta veloz y afinada que involucra varias acciones. El sistema amigdalino del lóbulo temporal cumple un rol fundamental. Mediante sus conexiones con el hipocampo, una estructura íntimamente vinculada a los procesos de la memoria, archiva un recuerdo del evento desafiante y su contexto: esto permitirá una detección más rápida de la situación desafiante en el futuro. Podríamos afirmar que es este el sistema que da sustento a la frase popular: “el que se quema con leche ve una vaca y llora”. Al mismo tiempo, el

sistema nervioso activa respuestas conductuales que van a permitir el ajuste adecuado ante la situación: la huida o la lucha, según la magnitud de la amenaza que será cotejada con el recuerdo del resultado de encuentros similares en el pasado. Es importante señalar que cuando decimos “el pasado” nos referimos tanto al pasado del individuo que se encuentra con el compañero de colegio que lo hacía víctima de sus pesadas bromas como al pasado de la especie que incorpora el registro de las amenazas en la forma de respuestas innatas codificadas en el genoma. La amígdala, nuestra *central de vigilancia*, determina si un evento ambiental físico o social representa una agresión o una amenaza. Además de su rol en la regulación de las emociones, el sistema amigdalino, a través de sus conexiones, estimula tres sistemas: el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales, que conforman un eje que controla la producción de la hormona del estrés, el cortisol y catecolaminas del sistema simpático. Al mismo tiempo estimulan el principal depósito de noradrenalina del cerebro, el *Locus Coeruleus*. Las catecolaminas median la respuesta inmediata y breve frente al estresor; mientras que el cortisol vehiculiza una respuesta de adaptación más lenta y sostenida.

Estas respuestas están dirigidas a desviar la energía utilizada en funciones rutinarias de mantenimiento del equilibrio interno, como la inmunidad o la reparación de tejidos, hacia procesos necesarios para la supervivencia inmediata: aumentan la tensión arterial y la frecuencia cardíaca; suben los niveles de glucosa de la sangre; se dilatan los bronquios para permitir un mejor paso del aire; aumenta el metabolismo y el flujo sanguíneo se redirige desde el aparato digestivo y genitourinario hacia los llamados clásicamente “órganos nobles”, el cerebro, los músculos y el corazón. Todo lo que vamos a necesitar para enfrentar nuestro desafío. La liberación de noradrenalina desde el *Locus Coeruleus* hacia la corteza cerebral aumenta nuestro nivel de alerta, que es acompañado de otros cambios a nivel cognitivo. Aquí juega un rol central la ansiedad, esencial para la supervivencia. La atención se focaliza en la amenaza y las funciones cognitivas se desvían de programas asociativos complejos hacia aquellos que están archivados y se activan, facilitando nuestra respuesta automática. Pongamos un caso: estamos en un vuelo abortos en una lectura atrapante, de pronto se enciende el alerta y la azafata nos dice que atravesaremos una zona de turbulencias y detectamos que su habitual sonrisa ha sido reemplazada por un imperceptible gesto de preocupación; “esto va en serio”, decimos para adentro; de manera automática ajustamos nuestro cinturón y volvemos a chequear dónde está la salida de emergencia más cercana, nuestros músculos se tensan, aferramos el apoyabrazos y aguardamos la sucesión de sacudidas. El volumen I de las obras completas de Borges que llevamos para leer, una vez más, *La historia universal de la infamia*, cae al piso. Solo reparamos en su ausencia cuando el capitán anuncia que terminaron las turbulencias y que pronto nos servirán la cena. Tomará algunos minutos que nuestro pecho deje de golpear y pase la sequedad de la boca para que el gran escritor nos vuelva a hipnotizar con sus laberintos literarios.

Los efectos fisiológicos del cortisol son complejos y tienen que ver también con el manejo de la energía. Estimula la fabricación de glucosa, nuestra fuente de energía. Con el mismo objeto induce la destrucción del tejido adiposo y proteico. Además, genera un

estado denominado “resistencia insulínica”, que evita que la glucosa entre en los tejidos y así continúe disponible en la circulación. Por otro lado, regula, de un modo no lineal, los procesos inflamatorios y la respuesta inmune. Cuando ingerimos un corticoide aprovechamos su capacidad de cortar la inflamación y la respuesta inmune rápidamente, lo que produce un rápido alivio. Pero su uso indiscriminado sin supervisión médica traerá complicaciones.

El CRH, la hormona hipotalámica que regula el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, inicia la respuesta hormonal que tiene funciones complejas. También distrae la energía de funciones rutinarias, como la alimentación, la función sexual y el sueño, para aumentar conductas de cuidado. La actividad general favorece el desarrollo de una conducta precavida en un entorno no familiar y hace que se produzca aún más noradrenalina, favoreciendo el alerta.

Basado en parte en la confusión que el término “estrés” genera, como lo reconoció el propio Hans Selye al afirmar “‘estrés’ ha sido un término tan exitoso como malinterpretado”, el investigador Bruce McEwen toma el concepto de Alostasis o Adaptación Predictiva de Peter Sterling, para desarrollar su modelo de adaptación a través del cambio. En este modelo, el estrés percibido, las amenazas, la desesperanza y las alertas son los que determinan la respuesta fisiológica de estrés. La capacidad alostática permite nuestra adaptación. Diferencias individuales son determinadas por factores genéticos y por las experiencias precoces: por ejemplo, el antecedente de trauma, abuso o negligencia emocional infantil va a determinar diferencias en la forma en la cual reaccionamos ante el estrés percibido frente a eventos vitales mayores, modificando nuestra respuesta.

La repetición de los eventos vitales amenazantes producirá de manera progresiva una “carga alostática”, que hace referencia a la acumulación de los efectos de las respuestas de estrés, fenómeno conocido como desgaste por el uso. Nuestro repertorio determina cuál es nuestra capacidad de soportar esa carga alostática. Si los eventos amenazantes se repiten o son muy intensos, se produce la sobrecarga alostática. Es esta sobrecarga la que favorecerá el desarrollo de enfermedades vinculadas al estrés. El reconocimiento de que el sistema metabólico y el sistema inmune están involucrados en la respuesta de estrés y su eventual distorsión a partir del desgaste por el uso son esenciales para comprender el rol del estrés en las enfermedades metabólicas y cardiovasculares. El modelo médico diátesis-estrés explica cómo los eventos estresantes acumulados actúan sobre cierta predisposición (diátesis), favoreciendo el desarrollo de enfermedades. Cada persona tendría una diátesis o predisposición para determinado tipo de enfermedad, que el estrés se ocupa de poner de manifiesto.

*

Antes de que desarrollemos enfermedades, solemos tener avisos de que la carga alostática está pasando de cierto umbral y aparecen entonces los típicos síntomas del

síndrome de estrés. El estrés acumulado no produce un cuadro clínico específico, más bien se expresa a través de una constelación de síntomas que afecta diversos sistemas y que solemos confundir con mero cansancio. Malestares físicos como dolores de cabeza e indigestión, sudoración, dificultades para conciliar el sueño, contracturas y dolores de espalda, palpitaciones y taquicardia, y una persistente sensación de cansancio. Esto se asocia con síntomas emocionales. La ansiedad puede llevarnos a fumar o tomar más, nos ponemos irritables y críticos, aumenta el apetito, nos cuesta socializar y el deseo sexual disminuye. Esto va acompañado de nerviosismo, cierta tendencia al llanto, irritabilidad que puede generar crisis de ira con marcada sensación de impotencia, soledad e infelicidad. El funcionamiento cognitivo se ve muy afectado: aparecen fallas de concentración y memoria y dificultades para resolver problemas habituales. No es raro que notemos una falta en la creatividad para resolver las situaciones. Con frecuencia nos ponemos cínicos, dudamos de todo, nos victimizamos y nos cuesta encontrar el sentido a nuestro esfuerzo.

En nuestro cerebro, circuitos neurales muy complejos y distribuidos en diversas regiones integran, modifican y establecen memorias de los estímulos estresantes y los eventos que los rodearon, con el objeto de guiar conductas futuras. La dinámica funcional de estos circuitos, a su vez, es modulada por cascadas moleculares igualmente complejas y superpuestas, y por genes que codifican sus elementos constitutivos. A través de las especies, la capacidad de los sistemas neurales y neuroendócrinos para montar la respuesta apropiada al estrés es un aspecto nuclear de la eficacia adaptativa y, además, puede contribuir a construir resiliencia, que es la capacidad de enfrentar situaciones estresantes y salir indemnes o incluso fortalecidos.

El estrés tiene su lado oscuro. Trastornos mentales ligados directamente al estrés, incluyendo los trastornos de ansiedad, depresión y los trastornos vinculados a los estresores y al trauma, están en la actualidad tan difundidos que su prevalencia rivaliza con otras pandemias vinculadas al estrés, tales como la obesidad y las enfermedades cardiovasculares. Los síntomas que permiten diagnosticar los trastornos relacionados al estrés son muchos y variados, pero tienen como característica en común: una excesiva reacción a experiencias estresantes aisladas o recurrentes, que persisten a lo largo del tiempo. Esta persistencia hace que se torne difícil para quien lo padece llevar una vida normal. Este modelo es una versión simplificada de una compleja red de sistemas neurales y biológicos ampliamente distribuidos que implican, además, un extenso repertorio de respuestas a nivel molecular y genético. El estrés moldea nuestro sistema nervioso y todo nuestro organismo.

Uno de los descubrimientos más importantes de las neurociencias modernas se llevó a cabo en el hipocampo, como ya se mencionó, una estructura del lóbulo temporal íntimamente vinculada a la memoria, la orientación espacial y la regulación del estrés. Durante casi todo el siglo XX, era aceptada la doctrina que indicaba que las células nerviosas no se reproducían en el sistema nervioso adulto. Fue un ornitólogo argentino, el profesor Fernando Nottebohm, de Rockefeller University, quien hizo el descubrimiento que rompió con este paradigma. Postuló que el canto de las aves no es una respuesta

innata como el rugido de un tigre, sino que es un lenguaje aprendido junto a otra ave adulta que actúa como tutor. Nottebohm detectó que el sistema nervioso de las aves sufría cambios con el proceso de aprendizaje; cuando observaron a nivel microscópico descubrieron que, en el momento que están aprendiendo, las aves fabrican células nerviosas nuevas, en un proceso que se denomina “neurogénesis”. Este proceso tiene mecanismos de regulación complejos; un factor producido bajo ciertas circunstancias como el ejercicio, llamado “factor neurotrófico derivado del cerebro” (BDNF, por sus siglas en inglés), es el responsable de regular el proceso de neurogénesis. En el cerebro humano se ha confirmado este proceso en varias estructuras, pero una de las más importantes es una región del hipocampo humano: el llamado “giro dentado”.

Por su parte, el estrés enlentece los procesos de neurogénesis en el hipocampo humano, efecto que también se ha observado en la depresión. Esto se debería a la hiperestimulación de los receptores del cortisol y el CRH. Además, se ha observado que el estrés agudo produce la contracción de las espinas dendríticas, necesarias para los procesos de aprendizaje y memoria.

*

La conceptualización de la medicina ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En el siglo XIX aprendimos que cada enfermedad tiene su fisiopatología o procesos determinantes, así como a saber *leer* los síntomas mediante los que se manifiestan. Con las vacunas comenzó la posibilidad de prevención de algunas enfermedades de tipo infeccioso. Este avance representó una verdadera revolución que modificó el escenario dramáticamente. Luego comenzó a desarrollarse la idea del *diagnóstico precoz*, la búsqueda de los signos más sutiles a través de todos los métodos disponibles, basada en la idea de que una enfermedad detectada a su inicio tiene más chance de tratamiento. Con el desarrollo de los grandes estudios sobre las causas de las enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, se comenzó a hablar ya no de “causas”, sino de “factores de riesgo”. En esta dirección, el *Interheart Study* demostró que el perímetro abdominal es el signo clínico más sensible para predecir infartos y accidentes cerebrovasculares. A partir de ello, se estableció el estudio de las causas modificables, como la dieta, el consumo de alcohol y nicotina y la actividad física. Así, se inauguró la era de la prevención en medicina y el descubrimiento de la vida sana, que consiste en evitar el sobrepeso, dejar de fumar y tomar alcohol, y hacer ejercicio de manera regular. Esto es bueno, pero no es suficiente; el modelo actual se escapa de las manos del médico, aunque surge en su gabinete y pasa a la esfera de la conducta de cada individuo. Es la idea vigente que advierte que más que prevenir y detectar enfermedades, tenemos que *generar salud*. El individuo se vuelve una parte activa del cuidado de su salud. Nos convertimos así en la generación que ha demostrado los valores de la vida sana.

No hay que bajar de peso, hay que evitar ganarlo mediante una dieta balanceada y actividad física regular, que tenemos que incorporar a nuestra vida cotidiana antes de que

los malos hábitos se instalen y ejerzan su efecto. El entorno alimentario nos bombardea ofreciéndonos alimentos ricos en hidratos de carbono y alto valor calórico, generando una sobreoferta de energía que tenderá a acumularse como tejido graso. Debemos trabajar por una dieta sana y balanceada. A esto agreguemos una vida rica en afectos y estímulos sanos. Se acumula la evidencia científica que indica que la actividad física regular normaliza los factores de riesgo cardiovascular, en muchos casos, aunque no bajemos de peso. Por su parte, tiene efectos sobre el estado de ánimo. Las técnicas de relajación y la meditación se expanden de forma masiva porque sus efectos sobre la salud se confirman.

En fin, no podemos evitar los problemas, las pérdidas y la incertidumbre, pero sí podemos generar hábitos cotidianos que favorezcan su reparación de manera inmediata. De esta manera evitamos el efecto acumulativo, la sobrecarga alostática. Vemos que la idea de Hipócrates y Galeno del poder curativo de la naturaleza encuentra un significado renovado a la luz de los hallazgos científicos más recientes.

En este contexto el concepto de *resiliencia* ha recibido mucha atención. Una idea que hace referencia a la capacidad de enfrentar el estrés, en una posición de fortaleza relativa que permite emerger de la situación sano o, incluso, como dijimos, fortalecido. La resiliencia estaría determinada por factores tales como el desarrollo psicofisiológico individual. Se dice que tal o cual persona es “resiliente” porque ha sido capaz de superar determinada situación.

*

La *respuesta de relajación* es un aspecto de la fisiología del estrés que ha sido olvidado durante mucho tiempo. En 1967 Henry Benson estudió las funciones corporales en un grupo de meditadores, a los que llevó en secreto y de noche a su laboratorio en la Universidad de Harvard. Para su asombro, detectó que la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la temperatura descendían durante la meditación. El consumo de oxígeno bajaba un 17%. Denominó al mecanismo que apagaba la respuesta de estrés: “respuesta de relajación”. Promotor de la espiritualidad en medicina, sus discutidos estudios fueron los primeros en demostrar los efectos beneficiosos de la meditación y confirmó que los efectos del estrés se pueden moderar con estas prácticas.

Un capítulo aparte en el estudio del estrés y sus consecuencias es el denominado “trastorno por estrés postraumático” (TEP), que ocurre en personas predispuestas que sufren o son testigos de situaciones traumáticas. La nueva edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM 5), que se suele utilizar en nuestro medio más como una referencia general, lo define en el capítulo de los trastornos postraumáticos y disociativos. El cuadro se presenta en personas que han estado expuestas a situaciones de muerte, lesiones graves o violencia física o sexual; estas pueden haberle ocurrido al sujeto mismo o puede tratarse de un testigo de lesiones ocurridas a un tercero o estar expuesto a detalles de eventos ocurridos a un familiar

directo.

Los síntomas que caracterizan el cuadro incluyen la presencia de signos de intrusión asociados al suceso: recuerdos, sueños o reacciones en las cuales la persona siente como si el evento se repitiera. Esto va acompañado de un malestar psicológico intenso y prolongado cuando es expuesta a factores que simbolizan o se asemejan al evento. Además, estas reacciones se caracterizan por tener un componente fisiológico intenso. Asimismo, aparecen los síntomas de evitación: hace esfuerzos para evitar recuerdos y pensamientos asociados al suceso; esto incluye recordatorios externos, como personas, lugares conversaciones o actividades que puedan asociar con el evento. Otro grupo de síntomas son las reacciones cognitivas y afectivas asociadas al evento traumático, que comienzan o empeoran después del suceso: incapacidad para recordar un aspecto importante del evento, creencias negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo y los demás (“estoy mal”, “no puedo confiar en nadie”, “el mundo es peligroso”, “tengo los nervios destrozados”). A esto se agrega una percepción distorsionada de las causas y de las consecuencias del suceso, de forma tal que la persona se culpa a sí misma o a los demás por lo que pasa. El estado emocional tiene un carácter negativo persistente y va acompañado de una dimensión significativa de desinterés por participar en actividades. A veces, se presentan también conductas francamente negativas, como el consumo de tóxicos. Estas alteraciones afectivas producen un efecto muy característico del estrés postraumático, que son los sentimientos de desapego o de extrañamiento frente a los demás, en otras palabras, una incapacidad persistente de experimentar emociones positivas. Además, se generan síntomas vinculados a los niveles de alerta y reactividad asociados al suceso. La persona se comporta de un modo irritable, puede tener arrebatos de furia y un comportamiento imprudente o autodestructivo. Se produce un estado de alerta e hipervigilancia, lo que genera dificultades para concentrarse y alteraciones del sueño.

Los síntomas pueden aparecer inmediatamente o después de un cierto tiempo de forma lenta y progresiva. Estos no siempre son claros desde el primer día. Por eso, es muy importante la observación y el seguimiento de las personas que han estado expuestas a traumas.

Las personas que han sufrido catástrofes, accidentes, o ataques personales en forma de violaciones pueden experimentar los síntomas propios del trastorno por TEP durante mucho tiempo, dado que no en todos los casos la resolución es espontánea. Es importante destacar que los tratamientos son muy específicos y el abordaje farmacológico debe ser sumamente cauteloso. En el campo de la psicoterapia cognitiva se han desarrollado varios métodos que, aplicados en tiempo y forma por personal entrenado, permiten evitar la progresión de los síntomas del TEP y mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen de forma muy significativa.

Desde el punto de vista neurobiológico el estrés postraumático comparte algunas características de estrés agudo, pero tiene algunas otras que son diferenciales: el sistema hipotálamo hipófiso suprarrenal está activado, pero los niveles de cortisol circulante suelen permanecer normales. Desde el punto de vista estructural se ha observado que el

hipocampo sufre cambios plásticos significativos y estables.

*

Elizabeth Blackburn, Carol Greider y Jack Szostak recibieron el premio Nobel de Fisiología en 2009 por su descubrimiento sobre cómo los cromosomas son protegidos por los telómeros y la enzima que los fabrica. Se trata de una suerte de capuchón que cubre los extremos de los cromosomas y se reconstruye cada vez que una célula se divide. El desgaste de los telómeros pareciera ser la *pistola humeante* que explica el mecanismo mediante el cual el envejecimiento y los estresores psicológicos de varios tipos dejan su marca favoreciendo el desarrollo de diversas enfermedades, incluyendo la depresión, ciertas formas de cáncer y enfermedades inmunes.

Un estudio reciente demostró que niños expuestos a trauma infantil muestran una longitud de los telómeros menor que la de aquellos niños no expuestos al trauma. Esto comienza a abrir el camino a explicaciones acerca de cómo la exposición al trauma infantil favorece el desarrollo de diverso tipo de condiciones en la vida adulta, no solamente enfermedades físicas, sino trastornos psiquiátricos como la depresión. Sabemos que las personas que padecen trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias, si tienen el antecedente de trauma físico o sexual infantil, tienden a mostrar una evolución menos favorable en el mediano y largo plazo.

El estudio sistemático del estrés y los cambios que produce en nuestro organismo, comenzando por el sistema nervioso, ha modificado sustancialmente nuestra comprensión de la forma de vida en un entorno plagado de amenazas. Transforma nuestra biología y nuestra propia identidad. El conocimiento de los mecanismos íntimos del síndrome general de adaptación, que la investigación revela cada día como más complejos aún, es un prerrequisito para que podamos diseñar mejores estrategias con el fin de abordar sus consecuencias. Mientras tanto, comprometernos con un estilo de vida saludable y rico en estímulos afectivos y estéticos pareciera ser la mejor forma de moderar los efectos del estrés.

*

Los seres vivos somos sistemas biológicos complejos y altamente organizados que logran mantenerse a sí mismos, de manera precaria y durante un cierto tiempo, a través de su capacidad de intercambiar energía e información con su entorno. Esta definición que brindó el investigador Lawrence E. Hinkle es clave para comprender la conducta de todos los seres, incluyendo a los humanos. Nuestro ciclo vital está determinado por esa capacidad de intercambio.

Energía e información son las dos cosas que nos mantienen vivos. La obtención de

energía es un proceso complejo que se inicia con la búsqueda del alimento y no culmina con la ingestión del mismo. Cuando digerimos una proteína, también utilizamos la información genética que le brindó su estructura; los aminoácidos que la constituyen serán identificados y seleccionados por nuestras células para la construcción de nuevas proteínas. Este manual de instrucciones de la vida que es el ADN lleva la información necesaria para sintetizar proteínas que cumplen todo tipo de funciones en un organismo vivo.

La capacidad de procesar la información del ambiente y su significado también es fundamental para nuestra supervivencia. La naturaleza nos ha dotado con una serie de sistemas complejos que nos permiten comprender y evaluar los eventos del entorno circundante para ajustar nuestra conducta.

Hinkle, cardiólogo pionero en el estudio de las relaciones entre los seres humanos y su ambiente, se interesó en dilucidar por qué personas expuestas a los mismos factores se enferman en modos y tiempos diferentes. En sus extensas investigaciones, planteó que el concepto de estrés es un buen modelo explicativo sobre las formas en que afecta nuestro entorno, pero a la vez inespecífico e insuficiente para explicar toda la gama de respuestas posibles. Sus postulados abrieron el camino a una nueva rama de las neurociencias que intenta responder sus preguntas, la *reactividad ambiental*. Este capítulo de las neurociencias estudia el segundo mecanismo que garantiza nuestra supervivencia, además de la alimentación: el intercambio de información con el entorno inmediato y cómo esta información a su vez nos *da forma*; el modelo binario seguro-peligroso da lugar a una amplia gama de procesos que identifican y otorgan significado a la enorme cantidad de estímulos que nos rodean. En este marco, el modelo diátesis-estrés se amplía para explicar no solo la forma en la cual los individuos responden ante un entorno adverso, sino también cómo un medio favorable puede tener efectos enriquecedores.

Las intuiciones de Hinkle adquieren un nuevo significado a la luz de los avances que demostraron que el código genético no es un manual de instrucciones ciego y cerrado, sino que está sometido a la regulación ambiental a través del nuevo capítulo de la epigenética.

Una vez que se logró decodificar el genoma humano se hizo evidente que el repertorio no era infinito y debían existir factores que modificaran la expresión de los genes. El ADN de un mamífero tiene tres millones de nucleótidos y mide, si pudiéramos extenderlo, dos metros de largo. Pero puede guardarse en el microscópico núcleo de una célula gracias a una organización extraordinaria que es la cromatina, una mezcla de ADN y proteínas especializadas llamadas “histonas”. La forma en la cual el ADN se pliega es un complejo mecanismo absolutamente azaroso, que determina que ciertos genes sean leídos y otros no.

*

El concepto de epigenética fue desarrollado por el sabio escocés Conrad Hal Waddington

en 1942, antes de que siquiera conociéramos la estructura del ADN. Estudioso del desarrollo de los embriones de los mamíferos, se preguntó por los determinantes que hacen que una célula embrionaria indiferenciada siga un camino determinado hasta convertirse en la célula especializada de alguno de los tejidos adultos. Entendió que el código genético no basta y que existen fuerzas ambientales que determinan su destino. Ilustró estos conceptos en su célebre dibujo, el paisaje de Waddington. En él, una canica situada en la cima de un paisaje irregular puede seguir diversos caminos, según actúen sobre ella factores que determinan por cuál de los senderos desciende hasta su posición definitiva. La belleza conceptual del paisaje de Waddington nos lleva a reflexionar sobre las múltiples influencias en juego que determinan quiénes llegamos a ser en nuestra vida adulta. Los genes son la caja de herramientas con la que nacemos y negociamos nuestro entorno; en cada instante, los senderos biográficos nos obligan a utilizar ciertas herramientas y descartar otras para construir nuestra identidad.

En la actualidad, la epigenética es la rama de la biología molecular que estudia los mecanismos que regulan la expresión genética sin modificar el código. Modificaciones en las histonas, metilación y acetilación del ADN son algunos de los procesos involucrados y han demostrado ser un extraordinario mecanismo mediante el cual un ser viviente puede, a través de estímulos ambientales, cambiar la forma en la cual el ADN queda *empaquetado* en las células. De esta manera un determinado gen queda *marcado* y su posibilidad de expresarse modificada. El gen no cambia, pero la posibilidad de que sea *leído* y la instrucción ejecutada que porta sí se modifica. Los cambios epigenéticos se podrían transmitir de una generación a la siguiente. Rachel Yehuda, estudiosa del estrés postraumático, demostró cambios epigenéticos en la regulación del gen del receptor a los glucocorticoides en hijos de madres sobrevivientes del Holocausto.

El campo de la reactividad ambiental se basa en estos y otros conceptos para explicar los mecanismos neurobiológicos que subyacen a las diversas modalidades de respuesta ante los estímulos medioambientales y los efectos duraderos y moduladores de nuestra conducta, que se traducen en rasgos distintivos de cada sujeto. El punto de partida son las respuestas de ciertos circuitos de neurotransmisores, responsables del procesamiento de tipos específicos de información ambiental. La estimulación precoz y persistente de estos circuitos, mediante mecanismos epigenéticos, modifica su propia capacidad de respuesta en un mecanismo de retroalimentación, traducándose en una forma de respuesta estable a lo largo de la vida. Esto favorece patrones de reactividad emocional diferentes para cada individuo, lo que marcará un patrón de desarrollo socioemocional y cognitivo particular. Este patrón de respuesta ya no se piensa en términos de riesgo o vulnerabilidad, como el modelo diátesis-estrés, sino como un reflejo de las variaciones normales de los rasgos de sensibilidad del sistema nervioso central y autónomo ante la estimulación de cualquier valor (*valencia* en términos neurobiológicos), ya sea por diferencias en las respuestas del eje del estrés como por variaciones genéticas asociadas con la función de neurotransmisores.

Por un lado, el contexto se expresa como un continuo que va desde lo adverso hasta lo favorable o enriquecido. Por el otro, hay una sensibilidad individual a ese contexto. La

interacción de ambos aspectos marca las diferencias individuales en nuestra reactividad.

*

Los investigadores de la Universidad de Cornell, Sarah Moore y Richard Depue, han desarrollado un modelo que involucra varias dimensiones. La evolución socioemocional y cognitiva depende del grado de sensibilidad de cada sujeto ante el entorno, ya sea adverso o enriquecido. Es así que los sujetos con alta sensibilidad al entorno adverso mostrarán más predisposición para el desarrollo de patrones vinculados al modelo diátesis-estrés, es decir, un patrón que refleja una vulnerabilidad neurobiológica inherente activada por el estrés. Pero un entorno favorable o enriquecido se traducirá en la denominada “sensibilidad ventajosa”. Se trata de la capacidad de responder ante un entorno positivo o enriquecedor con un beneficio aumentado y una resiliencia simultánea ante circunstancias negativas. Vale aclarar que las personas sensibles al estrés que poseen rasgos psicopatológicos podrían desarrollar un valor adaptativo mediante un patrón conductual que potencia las posibilidades de supervivencia de cara al peligro y la incertidumbre. Ante determinadas circunstancias, comportarse con mayor precaución puede ser mejor que actuar con mayor confianza. Con estos lineamientos generales, Moore y Depue enumeraron y desmenuzaron los diversos *sistemas emocionales motivacionales* y sus circuitos neurales subyacentes. Es posible definirlos como patrones de conducta que evolucionaron de forma de permitir una mejor adaptación ante un tipo de estímulos, críticos para nuestra supervivencia.

El llamado “sistema mamífero de incentivos” es aquel que tiene por objetivo promover el acercamiento hacia estímulos críticos que, según se reconoce, van a generar una recompensa. En él cumplen un rol central los circuitos que utilizan dopamina, que ha sido denominada el “neurotransmisor de la conducta motivada”. Este sistema se relaciona con la capacidad de identificar las características que se destacan en el ambiente, la *saliencia*. Genera una conducta exploratoria y dirigida a objetivos. Ante un estímulo visual o auditivo inesperado, aunque no sea en sí mismo positivo o negativo, las neuronas dopaminérgicas emiten llamaradas de disparos, que promueven una mayor exploración. Este sistema se activa, por ejemplo, cuando en una reunión familiar aparece alguien que no conocemos. La desregulación de este sistema estaría involucrada en la producción de las ideas delirantes.

Otro sistema es el denominado “sistema de señales de afiliación social”. La interacción social es fundamental para nuestra supervivencia. Por lo tanto, variaciones en factores neurobiológicos que afecten la capacidad de apegarse, cuidar y confiar en otros se traducirán en efectos potentes sobre nuestra capacidad de reactividad individual ante las claves sociales ambientales tanto favorables como adversas. Dos neuromoduladores han sido implicados en este sistema, la oxitocina y la beta endorfina, un opioide endógeno involucrado en funciones tales como el dolor físico, el malestar emocional y la consumación de recompensas. Estos neuromoduladores además están involucrados en la

codificación de señales prosociales con efectos positivos. Por ejemplo, el lamido y acicalamiento de las crías de los roedores libera endorfinas, necesarias para que la cría recuerde el olor de la madre y favorecer el vínculo de apego. El pelo de los mamíferos ha desarrollado receptores especiales para procesar las caricias, que liberan beta endorfina. Ese acto tan básico como la caricia cumple un complejo rol en la construcción de vínculos de confianza en el entramado parental y social.

La oxitocina, péptido neurotransmisor involucrado en la lactancia, el orgasmo, el mecanismo del parto, también cumple el rol de atenuar el estrés social. Además, se ha observado que en los seres humanos potencia procesos relacionados con la cognición social como la atención y la percepción de señales faciales y corporales, la memoria social y la confianza. Junto con la beta endorfina cumplirían un rol central en la función psicológica de la empatía, la capacidad de ponernos en el lugar del otro, aspecto fundamental de la interacción social. La remoción o la pérdida de figuras significativas o un contexto generador de intenso estrés social gatillan señales de sufrimiento que involucran un bloqueo o disminución de la actividad de la beta endorfina. La oxitocina se liberaría en condiciones de estrés físico o social, lo que favorece el alerta y modera la respuesta al estrés. Ante los estresores crónicos la oxitocina atenúa la respuesta, adquiriendo un rol antiestrés que favorece el afrontamiento y la tolerancia, permitiendo lidiar con conflictos sociales prolongados. Este péptido favorece un estado de confianza que promueve la interacción social.

Podríamos resumir esto afirmando que mientras la dopamina promueve el acercamiento hacia los estímulos potencialmente favorables, la beta endorfina y la oxitocina favorecen la consumación de los mismos. Mientras que la dopamina nos permite detectar el cartel de la heladería en un día caluroso, los otros dos nos ayudan a tomarnos el helado.

*

Ante situaciones que implican un daño potencial, se activan la ansiedad y el afecto negativo para promover una mayor atención hacia el entorno con la intención de resolver la incertidumbre. Esto es producto del llamado “sistema de detección de señales ambientales inciertas y de peligro”. Este sistema involucra aspectos particulares de los mecanismos del estrés ya revisados. Juegan un rol fundamental las neuronas productoras de CRH (hormona liberadora de corticotrofina), distribuidas extensamente en el sistema nervioso. Todas ellas constituyen una red dirigida a favorecer respuestas que permitan la supervivencia en contextos de estrés. La red permite adaptar la conducta tanto ante la presencia de peligros claros e inmediatos (dolor, serpientes, arañas, alturas, aproximación de extraños y ruidos inesperados, etc.). Pero muchas circunstancias aversivas surgen de situaciones en las cuales los indicadores de peligro no son claros, sino que están asociados con un riesgo potencial como la oscuridad, los espacios abiertos y contextos asociados con experiencias previas de peligro o estrés. La respuesta produce, en primer

lugar, un estado de alerta neural, de forma de preparar el sistema nervioso para una respuesta rápida. En términos de conducta emocional, los receptores del CRH inducen ansiedad con el objeto de favorecer la detección de amenazas. En segundo lugar, se activan estructuras vinculadas con la memoria y el aprendizaje. Estos sistemas CRH proveen una respuesta integrada a los desafíos ambientales, induciendo un estado de ansiedad prolongada que está acompañada por un condicionamiento contextual aversivo. En ausencia de estrés, CRH tiene efectos activadores y potencia el aprendizaje y la memoria. El alerta y la consolidación de señales y contextos afectivos favorecen el desarrollo posterior en contextos favorables. Esto significa que los efectos en el largo plazo de la activación del sistema CRH dependen de la presencia o no de adversidad ambiental. La ansiedad cumpliría el rol de mantener el alerta mientras la incertidumbre se resuelve. Asimismo, este sistema detecta señales de peligro que favorecen el miedo y los obstáculos ante las recompensas, facilitando la agresividad como un medio de remover esos obstáculos.

Los cuatro sistemas acoplados a los sistemas de neurotransmisores específicos mencionados son a su vez regulados por lo que Moore y Depue denominan el “sistema de constricción neural”, conformado por los circuitos reguladores de los tres grandes moduladores difusos del encéfalo: la noradrenalina, la serotonina y el ácido gama amino butírico (GABA), que representa el principal aminoácido inhibitorio del cerebro. Estos tendrían el rol de regular el marco de las respuestas de los otros sistemas.

Los sistemas serotoninérgicos actúan como un modulador general de la actividad neural y la reactividad conductual en respuesta a las señales ambientales de cualquier valor. La gran ubicuidad y diversidad de receptores de la serotonina refleja este rol modulador y regulador emocional. Como veremos más adelante, algunas proteínas reguladoras de su función cumplirían un rol fundamental en cuadros como la depresión y la ansiedad. La actividad de la noradrenalina está vinculada con el alerta y la vigilancia hacia información ingresante significativa y con el foco atencional. Por lo tanto, podría contribuir a producir un umbral general de respuesta ante estímulos ambientales. De forma sincronizada con el CRH regularían la activación emocional. Por su parte, la noradrenalina regularía la tasa ruido-sígnal de los estímulos, afinando la percepción. Asimismo cumple un rol fundamental en la formación y recuperación de recuerdos emocionales asociativos. Sería la responsable de recuperar las memorias relevantes en el contexto actual. Por ejemplo, cuando entramos en un restaurante y recordamos la calidad de la comida y la atención recibida.

En cuanto al GABA, por su carácter inhibitorio y su efecto modulador rítmico en ciertas estructuras claves para la contextualización como el hipocampo, cumpliría un rol de filtro las señales ingresantes. En términos de reactividad ambiental las dos funciones principales del GABA serían la modulación de la discriminación sensorial y la extinción de respuestas emocionales condicionadas. El GABA es el sitio donde actúan todos los fármacos ansiolíticos, la mayoría de los cuales pertenecen a la familia de las benzodiazepinas.

Las diferencias en el grado de desarrollo de los cuatro sistemas moduladores y sus

sistemas de motivación emocional dependen no solo de factores genéticos predisponentes, sino también del grado de predominio de ambientes enriquecidos versus entornos adversos, que favorecen la actividad de estos neuromoduladores. Se pueden ilustrar estas interacciones considerando la llamada “calidad de la crianza” provista por los padres como un factor ambiental fundamental. Se trata de uno de los aspectos más estudiados de la reactividad ambiental y se refiere al tipo de cuidados que los padres brindan a sus hijos, el cual está a su vez influenciado por la reactividad ambiental de los progenitores. Así, se observó que la crianza sensible favorece la activación del sistema de vinculación social y de motivación por incentivos. Un padre capaz de confortar a un niño en distrés fortalece el aprendizaje de los estresores como algo manejable y consolida las figuras de apego como recursos confiables. La repetición de estos eventos produce un efecto de aprendizaje a través del fortalecimiento de sinapsis en los circuitos de recompensa modulados por dopamina, oxitocina y beta endorfina, consolidando una modalidad que facilita la activación de estos sistemas en el contexto de experiencias sociales positivas y baja la reactividad de los sistemas de estrés y ansiedad.

Por el contrario, una crianza insensible brinda un entorno adverso que activa con más frecuencia el sistema de estrés y ansiedad, de modo que los padres se conviertan ellos mismos en una fuente de estrés incontrolable para los niños. En estos casos, el sistema de señales de afiliación se activa con más frecuencia mediante la ausencia o desaparición de recompensas sociales y el sistema de incentivos se distorsiona hacia la búsqueda de recompensas inmediatas menos frecuentes, que hacia objetivos de más largo plazo que requieren ayuda y guía paterna. Las redes de memoria codifican las figuras de apego como no confiables, los recursos sociales como escasos y el entorno circundante como impredecible y rechazante. Los sistemas de estrés y ansiedad quedan sobrerregulados con la temible posibilidad de inhibir el sistema de aproximación a los incentivos del niño.

Los estudiosos de la personalidad plantean que las variaciones en la sensibilidad neural de estos sistemas subyacen a los rasgos principales de temperamento y personalidad. La extraversión representaría la actividad del sistema de incentivos. La cercanía social, la amabilidad, la actividad del sistema de señales de afiliación social. El *neuroticismo* sería la expresión exagerada del sistema de detección de condiciones ambientales inciertas. Finalmente existe un sistema de restricción de la conciencia, que refleja la dimensión de impulsividad.

Una gama amplia de contextos favorece la activación de estos sistemas. Algunos de ellos son la privación infantil, la adversidad familiar precoz, estresores breves y sostenidos, el cuidado parental, las intervenciones positivas, el estrés prenatal y el soporte social. Cada uno de estos paisajes ambientales por exceso o defecto activa los diferentes sistemas de manera variada, marcando la interacción entre predisposición y experiencia que construye los rasgos de la personalidad adulta.

Podemos afirmar que estos sistemas emocionales y sus contextos activadores parecen comparables al paisaje de Waddington. La reactividad de cada sistema marcada por los genes será, a su vez, marcada de forma persistente por el entorno con el que se vaya encontrando en las etapas precoces del desarrollo, y determinará las características

conductuales adultas.

*

Hemos repasado los diversos dispositivos con los que nos ha dotado la naturaleza en su presión evolutiva para lidiar con el entorno. El estrés y los sistemas de motivación proveen un marco de referencia amplio para comprender cómo nos situamos frente al mundo que nos rodea y somos modelados por la experiencia ante las distintas señales que el mismo nos presenta. Junto con las emociones estos datos representan una llave para comprender algunos de los mecanismos involucrados en las diversas condiciones que denominamos “trastornos mentales” y que revisaremos, a partir de aquí, en los próximos capítulos.

Capítulo 5

La depresión no es igual a la tristeza

Las emociones son mecanismos normales que nos permiten adaptarnos a los cambios del ambiente. La tristeza es una de las emociones básicas. Al inducir un estado de quietud e introspección, nos facilita el proceso de aceptación de un infortunio, tal como una pérdida. Además de la sensación de dolor que nos invade, nuestra actividad disminuye, nos cuesta cumplir con las obligaciones cotidianas y la actividad mental se focaliza sobre pensamientos negativos y recuerdos vinculados a la pérdida, por eso se nos hace difícil concentrarnos en las actividades de todos los días y resolver problemas. La frase “embargados por la tristeza” es elocuente de todo esto. Nuestro cerebro es tomado por asalto por estas sensaciones, resultándonos complejo realizar otras tareas. Los síntomas de la depresión son muy semejantes a los sentimientos de tristeza, pero no idénticos. Diferenciar ambos estados puede ser difícil. En primer lugar, la causa no es tan clara en la depresión, como lo es en los estados de tristeza. Ocasionalmente, aunque no siempre, una pérdida o una situación vital adversa preceden el inicio de la depresión. Algo que un psiquiatra aprende temprano en su formación es que, ya sea por su duración o por su intensidad, la tristeza que experimenta la persona con depresión excede lo esperable por la causa que lo desencadenó. Allí es donde el criterio clínico será el factor que permitirá hacer la diferencia. No es sencillo, pero tampoco imposible. Los médicos y psiquiatras deben estar siempre atentos para evitar la *medicalización* de los avatares de la vida, para no diagnosticar depresión o angustia como trastornos cuando las mismas son reacciones comprensibles. Solo cuando el padecimiento excede lo esperable en términos vitales, se realiza un diagnóstico y se propone una intervención terapéutica que, en condiciones ideales, será siempre interdisciplinaria, incluyendo tratamiento psicológico y, cuando la severidad lo indique, farmacológico. A una visión exclusivamente médica de la depresión como una enfermedad se opone una explicación exclusivamente psicológica que la ve como una reacción normal ante situaciones adversas. Como veremos, la respuesta supera la antinomia e integra ambas visiones.

La depresión es conocida desde la antigüedad: Hipócrates fue el primero que la describió con claridad. Él afirmó que “cuando el miedo y la tristeza persisten, es melancolía”. Para la psiquiatría actual el término “melancolía” tiene un significado preciso, pero en el lenguaje cotidiano su uso es confuso, ya que durante muchos siglos fue sinónimo de pérdida del equilibrio psíquico en general.

La comprensión difusa que tuvimos durante milenios de los trastornos mentales comienza a ordenarse en el siglo XIX y la mayor parte de los síndromes que conocemos hoy en día fueron descritos durante ese período. De forma particular los trastornos del ánimo. Es en este siglo que lo que hoy llamamos “depresión” es comprendido y detallado desde el punto de vista clínico. Ya entonces se postularon características que se

adelantaron a nuestra era:

- se trata de un trastorno primario del afecto;
- es estable a lo largo del tiempo;
- se corresponde con funciones cerebrales;
- es de origen genético, de naturaleza endógena;
- aparece en individuos con una personalidad predisponente reconocible.

Vemos la realidad a través de la lupa de nuestra propia experiencia. El arquitecto camina y observa los diseños de los edificios o el crecimiento urbanístico desordenado. El maestro ve a los demás a partir de las posibilidades del aprendizaje y las maneras de lograrlo. Los médicos psiquiatras y los psicólogos somos víctimas de la misma tendencia y el pensamiento psicopatológico pesa en nuestra mirada. La literatura es uno de los espacios en los cuales nos resulta difícil no focalizar nuestra atención en los padecimientos de los personajes o en los de sus autores. “Mi vida es triste como si me golpeasen con ella”, dice Fernando Pessoa en *El libro del desasosiego*. La vida de Pessoa fue singular y los pocos datos biográficos que disponemos hablan de una existencia opaca y solitaria. Además de un manejo incomparable del lenguaje, utiliza un recurso notable al escribir a través de una serie de heterónimos. No se trata de meros seudónimos, sino de personajes con historia que él creaba para ser los autores de determinados aspectos de su obra, de forma tal de ponerse bajo la piel de cada uno de ellos para escribir. Bernardo Soares es el personaje que escribe, justamente, *El libro del desasosiego*. La vida y la obra de Pessoa están impregnadas de un aliento melancólico. Sin lugar a dudas el escritor lusitano padeció depresión a lo largo de su vida. Esto no le impidió producir una obra literaria enorme o, mejor dicho, la sensibilidad melancólica fue la que le permitió construir esa obra. Además de su escritura, un gesto que pone de manifiesto su depresión fue lo poco que publicó en vida. La mayor parte de su obra, y la más trascendente, permaneció olvidada o celosamente guardada en un arcón, para ser encontrada luego de su precoz partida a los 47 años, estragado por el alcohol.

*

A mediados de la década de 1990, un comité coordinado de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial llevó a cabo un estudio a gran escala, cuyo objeto era estimar cuáles iban a ser las principales enfermedades en las décadas siguientes. El estudio se denominó *Global Burden of Disease* (Costos Globales de las Enfermedades). Lo que dictaminó el comité fue que las causas de fallecimientos no cambiaron mucho, con el Accidente Cerebrovascular, la Enfermedad Coronaria y las enfermedades respiratorias a la cabeza. Pero la fortaleza del estudio fue que no solo evaluó las causas de mortalidad, sino que, también, estimó las causas de discapacidad, el tiempo que una persona pierde de su vida cotidiana laboral, académica o familiar, como consecuencia de la enfermedad. Para sorpresa de muchos, el trabajo demostró que la depresión no solo

estaba entre las seis primeras causas de discapacidad en 1990, sino que se convertiría en una de las primeras entre 2010 y 2020. Algunos investigadores piensan que estos datos produjeron un *efecto cenicienta* sobre la depresión, porque modificaron radicalmente la atención que se le prestaba. De ser un tema que solo preocupaba a los especialistas, se convirtió en un problema sanitario que debía ser atacado con toda la fuerza. Esto provocó una gran revolución porque los mismos médicos comenzaron a tomar conciencia de esta problemática y se abocaron a estudiar cómo la depresión influye en otras condiciones.

Estudios epidemiológicos recientes evaluaron la posibilidad de que una persona desarrolle depresión a lo largo de su vida. Los resultados mostraron un amplio rango, según los países, que va desde un 6% en Japón hasta casi un 20% en Estados Unidos. Si tenemos en cuenta que la población mundial es de alrededor de 7000 millones de personas, tomando como base un promedio de prevalencia del 14%, podemos estimar que varios cientos de millones de personas podrían estar afectadas por esta enfermedad.

La depresión es una enfermedad que afecta de un modo profundo la capacidad de ejercitar nuestro rol social y concretar nuestras aspiraciones y deseos. Todos conocemos sus síntomas, pero siempre es bueno revisarlos. Lo primero que llama la atención es el estado de ánimo depresivo, el cual es relatado por la persona como una sensación de desgano, tristeza y falta de motivación, y también puede ser percibido por los familiares. No es raro que la primera reacción cuando comienzan estos síntomas sea atribuirlos a cansancio o sobrecarga de obligaciones. Pero en el momento en que esta sensación se hace más intensa y, sobre todo, persistente a lo largo de varias semanas, nos empezamos a dar cuenta de que es algo más complejo. El segundo síntoma muy importante es la pérdida de interés o placer en las actividades habituales, que también debe ser persistente. A veces se instala de una forma sutil. Por ejemplo, con las actividades de esparcimiento. (1) A veces, esta pérdida de interés y placer es muy molesta, porque se manifiesta como una sensación de anestesia emocional que nos hace sentir más distantes de nuestros seres queridos. (2) Frecuentemente, la depresión produce un estado permanente de ensimismamiento en el propio sufrimiento, que provoca que no podamos conectarnos con quienes nos rodean. A la pérdida de interés y placer por las cosas se suma una sensación subjetiva e intensa de pérdida de la energía.

Asimismo, las funciones fisiológicas como el sueño y el apetito se alteran mucho. Puede darse tanto la disminución como el exceso. Algunas personas que padecen estados depresivos sufren una pérdida del apetito que a veces preocupa, por la significativa pérdida de peso que genera. No es raro que la persona llegue al psiquiatra con una serie de estudios clínicos porque su estado hizo pensar en alguna enfermedad. El examen médico general es un punto de partida insoslayable cuando abordamos el diagnóstico y tratamiento de un cuadro depresivo.

La depresión puede ser la carta de presentación de algunas enfermedades y es trabajo del clínico y del psiquiatra llevar a cabo el proceso de diagnóstico diferencial necesario. No es posible afirmar que hemos estudiado adecuadamente a un paciente que nos viene a ver por un cuadro depresivo, si no podemos dar cuenta de cómo están los glóbulos rojos,

los niveles de glucosa o el funcionamiento hormonal tiroideo. En otros casos las personas presentan un aumento del apetito, con el consiguiente sobrepeso que las preocupa. Lo mismo ocurre con el sueño: el insomnio es un síntoma muy frecuente de la depresión. Reconocemos varios tipos de insomnio. Es diferente si una persona presenta dificultades para conciliar el sueño que si lo fragmenta despertándose durante la noche o nos refiere que se despierta muy temprano en la madrugada y no puede volver a dormirse. Este último signo suele presentarse con otro muy característico de los cuadros depresivos: el polo matinal de la angustia. No solo se despierta temprano en la madrugada sino que, súbitamente, lo invade una sensación de angustia muy profunda y dolorosa, la cual torna el despertar diario en un verdadero martirio.

La actividad física también se afecta. Algunas personas experimentan un enlentecimiento en sus movimientos, como si estuvieran pesados. Y esta suele ser la queja que manifiestan. Esta sensación de pesadez y falta de energía puede ser importante, hasta incluso mostrarse como una verdadera inhibición. Si bien ocurre de forma excepcional, puede alcanzar límites extremos. (3) Otros no se pueden levantar de la cama. Estos cuadros depresivos inhibidos suelen ir acompañados de una marcada sensación de embotamiento cognitivo, que genera un gran malestar y perplejidad en las personas que los padecen. No es raro que en un adulto mayor con un cuadro de estas características se diagnostique una demencia de tipo Alzheimer. La clínica, la evaluación neuropsicológica y los estudios de neuroimágenes permiten orientar el diagnóstico. La angustia de los familiares es grande y se sorprenden cuando la persona comienza a mejorar. Por esta razón reciben el nombre de “pseudodemencia depresiva”. María Roca y Teresa Torralva, del Departamento de Neuropsicología de INECO, demostraron la capacidad de un test de evaluación neurocognitiva breve, el *Addenbrooke's Cognitive Examination*, para diferenciar personas con depresión de aquellas que estaban iniciando un cuadro de demencia tipo Alzheimer.

La actividad motora también puede presentarse agitada, como suele ocurrir en las depresiones ansiosas. Una inquietud permanente invade a la persona, y, por ejemplo, le resulta difícil permanecer sentada. Se frota las manos con desesperación y su mirada anhelante parece un grito de auxilio. Esta agitación suele ir acompañada de quejas permanentes, no siendo raro que las mismas no sean sobre la ansiedad, sino por alguna preocupación física como el insomnio, la constipación o algún dolor difuso. Sin lugar a dudas, la depresión agitada es uno de los cuadros más desesperantes de la clínica psiquiátrica.

Es muy frecuente que todos estos síntomas que padecen las personas con depresión, que interfieren con sus actividades, generen como consecuencia sentimientos de inutilidad o culpa. Solemos expresar estos sentimientos bajo el rótulo de “autoestima baja”. Por un lado, sienten que todos los problemas son su responsabilidad y, por el otro, ven las cosas peor de lo que son. Muchas veces las personas con depresión manifiestan preocupación por su situación económica más allá de lo real y concreto. Las ideas de inutilidad y culpa pueden, en las formas más graves de la depresión, alcanzar niveles reñidos de manera franca con la realidad como ideas delirantes. Las personas se

atribuyen defectos y se hacen responsables por cosas sobre las que no tuvieron ningún tipo de influencia.

*

La depresión no aparece de un día al otro; se instala de forma insidiosa. Dado que es frecuente que esté vinculada a situaciones vitales adversas, sobre todo al principio, tenemos tendencia a explicarnos cuál es la causa del malestar. De esta forma, problemas en cualquier área de nuestra vida (trabajo, familia, economía, etc.) pasan a ser la causa del padecimiento. Hasta que un día se da cuenta de que el malestar comienza a dominarlo e interferir significativamente con la vida cotidiana, excediendo las pretendidas causas enumeradas. Allí es cuando, si se tiene suerte y posibilidades, inicia el camino para buscar ayuda.

Una de las dificultades que aumenta la desolación que afecta a las personas con depresión es la imposibilidad de explicar su padecimiento. La incompreensión es la norma. Nos compadecemos con facilidad de un allegado que ha sido sometido a una intervención quirúrgica, o tuvo un problema cardíaco o digestivo, pero nos cuesta muchísimo ponernos en el lugar y comprender a las personas que nos dicen que tienen depresión. El hecho de no tener una radiografía o algún estudio que nos muestre esta enfermedad hace dificultoso incluso creer en ella.

El carácter íntimo e invisible de la depresión aumenta la sensación de soledad de quienes la padecen. Los familiares tienden a alejarse y dejar sola a la persona que está deprimida o, lo que a veces resulta peor, lo abruma con consejos y recomendaciones. “Ponete una pila” debe ser la frase más escuchada por las personas enfermas de depresión y, a la vez, el consejo más inútil. Si fuera tan fácil la solución, la depresión no existiría. Otra frase común en estos casos es “lo que necesitas es...”. Es claro que quienes se acercan a la persona con depresión lo hacen con buenas intenciones. Siempre se les recuerda a los allegados de los pacientes que lo que la persona necesita es solo saber que están cerca y presentes. Una mano tendida puede más que un millón de palabras. A veces las personas con depresión se ponen irritables, lo que hace aún más difícil acompañarlas. Discutir con ellas no será de mucha ayuda. Las dificultades de estas personas para hacer lo que todos pensamos que las podría ayudar, se deben a la severa afectación de la voluntad. Por algo el psiquiatra español José Luis López Ibor llamó a la depresión “la enfermedad de la gana”, es decir, la enfermedad del deseo y la voluntad. Las personas con depresión no pueden hacer cosas porque ya no lo disfrutaban.

*

En sus formas más extremas y severas, las fantasías de muerte son frecuentes. Es un error ignorar esto y pasarlo por alto. Si tenemos un familiar que padece depresión y nos

preocupa el tema, intentar hablarlo con él será mejor que un silencio cómplice. Con la actitud más comprensiva de la que seamos capaces y sin ningún juicio de valor, podremos saber qué tan riesgosa es la situación, y así discutirla con los profesionales que tratan a nuestro ser querido; pero lo más importante es que se trata de un potente gesto de cuidado y comprensión.

Con frecuencia, frente a la persona que atraviesa un episodio depresivo, no es raro que notemos que de a ratos está más animado, sobre todo en determinados momentos del día. Esta *variación diurna del humor* es típica de las depresiones de raigambre más biológica y no debe confundirnos. Pero por lo general lo hace, nos confunde; y provoca nuestro entusiasmo generando el típico comentario: “estás mejor, ¿no?, ¿por qué no vas a trabajar mañana?” o frases semejantes. No todas las personas con depresión dejan sus obligaciones, pero si este hubiera sido el caso, un regreso prematuro puede no ser el mejor consejo. Hay que esperar que la decisión sea consensuada entre el paciente y el profesional.

Si bien conocemos desde siempre las dificultades para pensar y concentrarse que mencionamos al principio de este capítulo, hace pocos años que el funcionamiento neurocognitivo de la depresión comenzó a estudiarse de forma sistemática. Las personas con depresión se quejan frecuentemente de dificultades cognitivas; por ejemplo, aquellos que disfrutaban la lectura, no solamente han perdido la capacidad de disfrutar este hábito, sino que se les hace difícil terminar una página de un libro. A medida que nos vamos adentrando en el conocimiento de esta enfermedad, hemos aprendido a reconocer los trastornos que produce sobre la capacidad de concentrarnos (lo que llamamos “atención”) y la capacidad de resolver problemas que necesitan cierta planificación, que en neuropsicología se denomina “función ejecutiva”. Esta es la razón por la que el primer lugar donde las personas con depresión notan que algo no anda bien suele ser en el trabajo o en el estudio. Dentro de los programas de tratamiento modernos de la depresión, se suele incluir un plan de rehabilitación cognitiva, con el objeto de lograr una recuperación funcional más completa y rápida.

Sin embargo, hay hipótesis que señalan que estos déficits cognitivos serían la expresión de un mecanismo más complejo, destinado a que la persona deprimida pueda analizar las situaciones estresantes que precedieron a su estado. Esta teoría se engloba dentro de una línea de pensamiento que ve a la depresión no como una enfermedad, sino como un mecanismo adaptativo adecuado para lidiar con situaciones que no podemos resolver. Eso ocurre en el contexto de la llamada “Medicina Darwiniana”. Todos los síntomas de la depresión como la tristeza, la anhedonia, la retracción y el enlentecimiento serían una forma de desactivar la motivación por un objetivo inalcanzable. En una situación no propicia, por ejemplo competir por una posición en la cual otros candidatos tienen más chance, bajar el esfuerzo y la toma de riesgos es un mecanismo de protección. La visión evolutiva de la depresión nos hace tener en cuenta no tanto los mecanismos involucrados, sino las situaciones que le dieron lugar. La *rumiación analítica* propuesta por el psiquiatra Paul Andrews y el psicólogo J. Anderson Thomson se inscribe en este marco y propone que los problemas complejos, como los que

preceden al desarrollo del ánimo depresivo, requieren un análisis minucioso. Este puede ser fácilmente interrumpido por las demandas cotidianas. La interferencia en funciones como la memoria de trabajo, la atención y la función ejecutiva, todos fenómenos comprobados en la depresión clínica, favorece la cavilación persistente sobre el problema que disparó el episodio, según estos investigadores. Esta rumiación permitiría resolver el conflicto o analizar los determinantes para situaciones semejantes en el futuro. Su propuesta se centra en medio de la polémica sobre si criterios actuales para el diagnóstico de la depresión no llevan los límites hacia el ánimo depresivo normal ante los avatares de la vida. Si pensamos que los rasgos que caracterizan al ser humano moderno se definieron hace 20.000 años en un entorno infinitamente más sencillo que la sociedad moderna, se comprende por qué este mecanismo se torna insuficiente para resolver los conflictos actuales. Una cosa es enfrentar la pérdida de un rol dominante en la tribu; y otra muy diferente y más compleja es lidiar con las consecuencias afectivas, filiales y financieras de un fracaso matrimonial o financiero que impacta a todo nuestro núcleo social inmediato.

Las psicólogas Lyn Abramson y Laureen Alloy llevaron a cabo hace más de treinta años una serie de experimentos que concluyeron en el concepto de “realismo depresivo”, un desarrollo que podemos relacionar con la idea de la depresión como mecanismo adaptativo. Abramson y Alloy sometieron a un grupo de personas a un experimento en el cual se les pedía que decidieran hacer o no una acción que podría ser seguida por una consecuencia. El primer experimento fue simple: apretar un botón y ver si una luz se encendía. Luego comenzaron a utilizar computadoras, la persona apretaba la barra espaciadora y luego de un lapso podía aparecer un cuadrado en la pantalla. Lo que las personas no sabían es que la respuesta era determinada al azar, no había ninguna relación entre la decisión de apretar o no el botón y la luz o el cuadrado. El verdadero objeto del experimento era evaluar la percepción de aquellos que participaban sobre el nivel de control que tenían sobre la respuesta. Las personas con depresión demostraron ser más precisas para determinar el grado de control. Eran más realistas y se daban cuenta de que, si tenían algún control, era marginal.

En todo caso la visión de la depresión como mecanismo adaptativo es una hipótesis de gran valor para comprender los estados anímicos que sobrevienen por los avatares de la vida –lo que denominamos “trastornos adaptativos”–; y nos insta a trabajar para lograr soluciones que permitan a la persona emerger fortalecido del episodio, evitando abordajes terapéuticos simplistas. Sin embargo, estas hipótesis están lejos de dar una respuesta simple a una serie de eventos. En primer lugar, en los cuadros depresivos de gran severidad con rasgos psicóticos y melancólicos, en los cuales la rumiación como una letanía de las ideas de ruina y culpa no tiene ningún fundamento en el pasado biográfico inmediato de la persona afectada. Por otro lado, tampoco explica la tendencia de los cuadros depresivos con marcada carga genética familiar a aumentar el riesgo de recaídas con cada nuevo episodio e independizarse de los estresores ambientales.

*

La idea de que las enfermedades son el producto de un desequilibrio de elementos de nuestra constitución normal no es nueva. Tal vez esto se inició con los filósofos pitagóricos del siglo VI a. C., que estaban cautivados por los significados penetrantes de la matemática en el mundo. Descubrieron que las notas de la lira dependían del largo y tensión de la cuerda, y que las relaciones entre tonos eran numéricas, sentando las bases de la armonía moderna. De la misma manera la armonía del universo dependía de relaciones matemáticas y en este contexto, el número cuatro adquiere un significado especial. Empédocles, un aparente pitagórico disidente, decía que todo estaba compuesto de cuatro elementos: tierra, agua, aire y fuego; de ellos surgen las cualidades seco, húmedo, cantidad y densidad. Las tétradas de los pitagóricos y de Empédocles son mantenidas por Hipócrates con las cuatro estaciones del año y las cuatro edades del hombre. La doctrina de las cualidades se vincula con los cuatro humores que gobernaban nuestra fisiología: sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra, que se corresponden con las cuatro propiedades de cálido, húmedo, seco y frío. En el siglo II Galeno de Pérgamo, en su *Tratado de las Facultades Naturales*, toma la idea de los humores y elabora la hipótesis de los temperamentos. Las personas se podían clasificar según cuatro temperamentos que se corresponden con estos humores: sanguíneo, colérico, flemático y melancólico (viene del griego: *colie*, bilis y *melanos*, negro). Es destacable que la misma palabra temperamento hace referencia a la proporción equilibrada de los cuatro elementos que hacen a una persona *atemperada*, dice Galeno, es decir, afinada. De esta manera, la metáfora musical se repite. Posteriormente Kant reelabora la hipótesis de los temperamentos y en el siglo XIX el psicólogo alemán Wilhelm Wundt también la desarrolla.

Como vemos, la doctrina de los temperamentos acompañó a la historia de la medicina con vueltas de tuerca periódicas; en nuestro tiempo nuevos datos clínicos e investigaciones sólidas la han revitalizado. Podemos definir a los temperamentos como una disposición de las personas a determinados patrones de reactividad emocional, oscilaciones del afecto y niveles de sensibilidad a los estímulos. Representan la parte de nuestra personalidad más ligada a la biología y a los genes. Hoy reconocemos cinco temperamentos:

- distímico,
- irritable,
- ciclotímico,
- hipertímico,
- ansioso.

No representan en sí mismos una enfermedad; son rasgos normales de la personalidad que caracterizan a ciertas personas. Sobre todo los temperamentos hipertímico, ciclotímico y distímico constituyen algo así como la materia prima para que se

desarrollen los trastornos afectivos como la depresión o el trastorno bipolar.

Los temperamentos han sido estudiados en tiempos recientes por el gran investigador de los trastornos anímicos bipolares, Hagop S. Akiskal. (4) Para el estudioso, los temperamentos son una excelente oportunidad para comprender los vínculos entre rasgos normales de personalidad y el desarrollo de trastornos del ánimo. Se trata de rasgos de conducta estables a través del tiempo, acompañados de una fuerte reactividad afectiva. Imaginemos que esta capacidad de reactividad afectiva tiene la posibilidad de expresarse en una gama continua que va desde las oscilaciones normales de la vida cotidiana, hasta extremos como en el trastorno bipolar. Akiskal sostiene que son los mismos genes los que producen el efecto distinto, en base a diferencias determinadas por nuestra biografía y eventos desencadenantes. Estudió minuciosamente los principales rasgos de los temperamentos y desarrolló un cuestionario de autoevaluación, la escala TEMPS-A, que permite detectar en una persona la proporción de cada rasgo temperamental. Esta escala puede ser utilizada para hacer correlaciones estadísticas con otros parámetros, como, por ejemplo, la tendencia a desarrollar trastornos del ánimo. (5)

Desde un punto de vista evolutivo, cada temperamento habría implicado una ventaja adaptativa para la humanidad. Esta visión darwiniana otorga un rol social beneficioso para cada rasgo temperamental. El temperamento hipertímico se caracteriza por ser alegre, optimista, cálido, sociable y extrovertido; elocuente y jocoso; lleno de energía y planes imprevistos. Con mucha frecuencia son desinhibidos y grandes buscadores de estímulos, se caracterizan por ser seductores seriales. Este temperamento tiene gran relevancia para el liderazgo puesto que incluye los rasgos que caracterizan a los líderes, los exploradores y los conquistadores. Son las personas que dicen que les gusta ser el jefe.

Un rasgo cardinal del temperamento depresivo es la sensibilidad al sufrimiento, propio y de los demás. Suelen ser personas sacrificadas y dedicadas a otros, se sienten bien cuando están en armonía con su entorno. La pérdida de este equilibrio favorece el desarrollo de la depresión. La ventaja social adaptativa de quienes portan estos rasgos radica en su tendencia a afirmarse en las familias y las instituciones y tomar el rol de ser quienes hacen el trabajo pesado, el que requiere sacrificios. Con el objeto de dar fundamento científico a sus ideas, Akiskal correlacionó los datos de los temperamentos con otras herramientas conocidas de valoración de la personalidad que determinan dos rasgos fundamentales: la aversión al riesgo y la búsqueda de novedad. Mientras las personas con temperamento hipertímico mostraron altos puntajes de búsqueda de novedad y bajos en la aversión al riesgo, las personas con temperamento depresivo –y también los ansiosos– mostraron la respuesta inversa. Esto permite postular la idea de que el temperamento depresivo favorece la búsqueda de armonía y seguridad en los lazos familiares, sociales y profesionales. Para Akiskal, el temperamento distímico favorece, en este sentido adaptativo, la propensión al trabajo en hombres y los vínculos maritales en las mujeres. No es esta una postura que tenga que ver con una visión retrógrada del rol femenino, sino que intenta explicar cómo el instinto maternal fue un motor fundamental en etapas precoces de la especie humana, para la consolidación de la familia como núcleo

de la sociedad. Ya señalamos que los aportes de la medicina darwinista adquieren sentido si nos ubicamos en el entorno humano de la Edad de Piedra, momento en el que la especie humana comienza su vertiginoso desarrollo.

Por su parte, el temperamento ciclotímico, para Akiskal, se caracteriza por las oscilaciones del ánimo que son el germen de la bipolaridad franca. Para él esta forma de temperamento se vincula con la creatividad; la gran facilidad para encontrar –y cambiar– parejas de los ciclotímicos permitirían esparcir los genes de esa creatividad.

Por último, el temperamento ansioso se distingue por la tendencia a preocuparse, lo cual genera el beneficio adaptativo social que Akiskal denomina “ansiedad altruista”. En el entorno social, aquellos que por definición se preocupan son los que se dedican a los demás, el brujo de la tribu, el chamán. Hoy diríamos los religiosos y los médicos. En esta observación Akiskal nos brinda una buena explicación para la vocación médica. (6) Robert Cloninger, el gran investigador de la personalidad que desarrolló los conceptos de “evitación del daño” y “búsqueda de novedades”, diseñó un cuestionario para la evaluación del temperamento y el carácter, llamado TCI. En un estudio en el que participó su colaborador estrecho en la Universidad de St. Louis, el argentino Igor Zwir, estudiaron los rasgos temperamentales que se relacionaban con la elección de la especialidad en un grupo de residentes de medicina. Por supuesto, los cirujanos mostraron una muy intensa dimensión de *comando*. Los que elegían la psiquiatría como especialidad mostraron una fuerte asociación con el rasgo de compasión; lejos de la búsqueda del poder y manipulación que muchos endilgan.

*

Los primeros antidepresivos que conocimos aparecieron en la década de 1950. Uno de ellos, la iproniazida, demostró inesperados efectos antidepresivos mientras se la probaba como tratamiento para la tuberculosis. Pertenece a la familia de los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), ya casi en desuso por las dificultades que ocurrían cuando se combinaban con ciertos alimentos.

En un lapso breve de tiempo, surgieron varios antidepresivos llamados “tricíclicos” por su estructura química; todos ellos mejoran el estado de ánimo de manera ostensible, pero se caracterizaban por tener muchos efectos indeseables, como constipación, boca seca, visión borrosa, que se debían a su capacidad de interactuar con muchos sistemas de neurotransmisores y además, requerían ser utilizados con cautela en personas con problemas cardíacos. Los psiquiatras tenían una fuerte sospecha, debido a su distribución hereditaria, de que sobre todo las formas más severas de depresión debían tener una base biológica que no podían demostrar. La aparición de medicamentos con la capacidad de mejorar el estado de ánimo resultó ser un motor extraordinario para el desarrollo de la investigación sobre las bases neurobiológicas de la depresión, algo impensado poco tiempo antes. Una serie de hipótesis de complejidad creciente se fue elaborando a la par de nuestro conocimiento del mecanismo de acción de los medicamentos antidepresivos.

Así tuvimos primero un modelo cuantitativo que decía que la depresión se debía a un déficit de los neurotransmisores noradrenalina o serotonina, que los antidepresivos normalizan. Pero esto no explicaba por qué si el efecto sobre los niveles de neurotransmisores era inmediato, la mejoría clínica se demoraba. Aquí surgió el descubrimiento de cambios en la sensibilidad o regulación de los receptores. Estas significan modificaciones profundas, y a veces misteriosas, en la dinámica interna de las neuronas implicadas. Se empezó a notar que la administración de estos medicamentos modificaba el estado de la maquinaria genética de la neurona, haciendo que genes dormidos se expresaran. Por esta y otras razones el premio Nobel Eric Kandel afirmó que “los neurotransmisores dialogan con los genes”.

Indagando cuál era el lugar crítico para la acción de los antidepresivos, se descubrió que se trata de una proteína que está ubicada en las sinapsis, los sitios donde las neuronas se comunican y se pasan la información entre sí. La proteína en cuestión es el transportador de los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina, cuya misión es hacer que el neurotransmisor vuelva a la neurona original luego de ser liberado por el impulso nervioso. Dentro de estos, el transportador de la serotonina, o 5 hidroxitriptamina, adquirió un rol estelar. Los investigadores pensaron que un medicamento que actuara solo sobre esa proteína, sin afectar otros neurotransmisores, tendría un buen efecto antidepresivo sin producir las molestias de los otros. Así fue como nació la fluoxetina –el famoso Prozac–, el primero de la familia de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Estos medicamentos revolucionaron la psicofarmacología, no tanto porque fueran más efectivos que los anteriores, sino porque en la búsqueda de un efecto puro fueron el primer *psicofármaco de diseño* de la historia. El científico de la compañía farmacéutica que lo generó fue capaz de predecir cómo se iba a comportar el medicamento en base a sus propiedades, antes de salir del laboratorio.

Además de ser el sitio donde actúan los antidepresivos, o tal vez por esto mismo, el transportador de la serotonina despertó el interés de los investigadores. Mediante técnicas de manipulación genética lograron crear un roedor en el cual el gen que lleva la información para fabricar esta proteína está *apagado*, es decir, el transportador no funciona. Este ratón tiene la particularidad de que, si se lo expone a situaciones extenuantes, se comporta de una forma equivalente a la depresión y la ansiedad. Como hemos mencionado en el capítulo sobre las emociones, el cerebro de un ratón no es comparable al de un humano en complejidad y las inferencias están limitadas porque los ratones no nos pueden decir lo que sienten, pero los circuitos moleculares involucrados son los mismos.

Con el objeto de evaluar los efectos que distintas variables evolutivas podrían tener sobre la salud de las personas, un grupo de investigadores neozelandeses diseñó un extenso y complejo estudio, el llamado *Estudio del Condado de Dunedin*. Para este, seleccionaron una muestra de 1037 niños de 3 años, nacidos entre el 1° de abril de 1972 y el 31 de marzo de 1973. Estos chicos fueron evaluados para ver su estado de salud física y mental cada dos años (un porcentaje importante de ellos fueron evaluados periódicamente hasta que cumplieron 38 años). Uno de los objetivos de esta

investigación fue medir la relación entre la exposición al maltrato infantil, los eventos estresantes y el desarrollo de síntomas de depresión en la vida adulta. Esta extraordinaria investigación pudo demostrar que parte de los niños que habían sido expuestos a maltrato, abuso o negligencia emocional infantil tenían más posibilidades de desarrollar depresión, especialmente si sufrían eventos vitales adversos alrededor de los 20 años. Cuando quisieron ver cuáles eran los factores que podrían mediar esta diferencia, se apoyaron en un descubrimiento que había ocurrido mucho después de que la investigación comenzara y que tiene que ver con la –ya presentada en este libro– proteína transportadora de la serotonina. El gen que porta la información para fabricar esta proteína (vamos a llamarla PT5HT para abreviar) está ubicado en el cromosoma 17 y se caracteriza por tener un *polimorfismo*, es decir, una pequeña variación en el gen que produce proteínas sanas, pero con sutiles diferencias en su nivel de funcionamiento. Un polimorfismo no representa una enfermedad en sí mismo.

Cuando tomaron muestras de ADN de las personas del *Estudio de Dunedin* y cotejaron la predisposición a desarrollar síntomas depresivos, los investigadores, liderados por Avshalom Caspi, pudieron observar lo siguiente: a igualdad de exposición a eventos estresantes precoces y tardíos, los portadores de cierta variante del gen (que denominan s/s) tienen una tendencia mucho más marcada a desarrollar depresión que los portadores de otra variante del gen del PT 5 HT, la denominada l/l. La conclusión a la que arribaron es que la variante del gen no causa la depresión, sino que modera o media el efecto del estrés para aumentar las posibilidades de desarrollar depresión. Este estudio produjo un enorme impacto en la comunidad científica, pese a que investigaciones posteriores no confirmaron plenamente este hallazgo. Por primera vez existía un indicador que permitía comprender la relación entre la predisposición genética para padecer depresión y los efectos del estrés.

*

Los vínculos entre el estrés y la depresión no siempre fueron claros. En un principio los psiquiatras pensaron que se trataba de un efecto inespecífico entre los avatares de la vida y la depresión. Los datos que señalan la influencia de los genes para producir depresión, disponibles en la década de 1980, conducían a un modelo innatista, donde la predisposición era lo más importante. La idea del código genético como una instrucción ciega fue modificada por avances que mostraron la capacidad del mismo de ser regulado por diversos factores, incluyendo el ambiente.

La concepción de un cerebro estático fue reemplazada por la noción de la neuroplasticidad, que está vinculada íntimamente con la epigenética. Hemos visto cómo Waddington crea este término estudiando los embriones y propone la existencia de mecanismos reguladores de la expresión de los genes. Sabíamos, por ejemplo, que cada episodio depresivo favorecía la repetición de otro en el futuro y que, al principio, los eventos vitales adversos desencadenantes eran claros, pero con la sucesión de episodios

esta relación se iba perdiendo. Los nuevos episodios depresivos parecen, de esta manera, independizarse de los eventos ambientales.

La neuroplasticidad se refiere a la capacidad de nuestro sistema nervioso de modificar su funcionamiento y conectividad de forma permanente en respuesta a diversos estímulos. A diferencia de lo que creímos durante décadas, nuevas sinapsis se establecen con el aprendizaje. El proceso de la memoria, que inquietó a los neurobiólogos durante años, está determinado por cambios moleculares que luego determinan modificaciones estructurales en las neuronas que crean nuevas conexiones permanentemente. Por su parte, sabemos que, de manera contraria a lo que se pensó durante décadas, nuestro cerebro fabrica neuronas nuevas todo el tiempo. Este fenómeno llamado “neurogénesis” ocurre con particular intensidad en el hipocampo, estructura de gran importancia en la memoria y la regulación del ánimo.

En la actualidad el modelo denominado “Genes x Ambiente” señala que existe una interacción compleja entre los genes y nuestro entorno. Por un lado, los genes modifican la forma en la cual nuestro entorno nos afecta, como este caso. Por otro lado, sabemos que ciertos factores del ambiente pueden modificar no solo nuestros genes, sino la forma en la cual se expresan. Esto pertenece al complejo capítulo de la epigenética, la ciencia que estudia cómo se regula la expresión del código genético. Su desarrollo brindó la base para la aparición del nuevo capítulo de las ciencias de la conducta que es el de la *reactividad ambiental* que revisamos en el capítulo sobre el estrés.

*

Los primeros indicadores de los vínculos biológicos entre el estrés o síndrome general de adaptación y la depresión aparecieron en 1968 cuando Bernard J. Carroll publicó una serie de investigaciones sobre el *Test de Supresión de la Dexametasona* en personas con depresión, demostrando que la regulación de la hormona del estrés, el cortisol, estaba alterada. Más tarde, Carolyn Mazure vio en una serie de estudios comunitarios que la ocurrencia de eventos vitales estresores previos al inicio de episodios depresivos era 2,5 veces más frecuente y que el 80% de los casos de depresión fueron precedidos por eventos vitales estresantes.

Según el investigador Kenneth Kendler, la depresión mayor es un trastorno multifactorial paradigmático, cuya predisposición está influida por un amplio rango de factores que incluyen la predisposición genética, déficits en la crianza, experiencias traumáticas, factores de personalidad predisponentes, inicio precoz de trastornos de ansiedad, baja autoestima, pobre sostén social, abuso de sustancias, dificultades vinculares una historia previa de depresión y dificultades y eventos vitales estresantes recientes.

Datos que corroboran el rol de los eventos vitales negativos en la depresión provienen del estudio CONVERGE (por las siglas en inglés para Estudio Experimental sobre la epidemiología genética de la depresión de China, Oxford y Universidad Commonwealth

de Virginia). Se trata de un consorcio que desde hace varios años trabaja diseñando complejas investigaciones orientadas a responder preguntas sobre las relaciones entre los eventos vitales, la depresión y los genes. Una parte del estudio, llevado a cabo sobre una muestra de 1970 mujeres chinas de la etnia Han que sufrían depresión mayor y 2597 controles sanos, se propuso evaluar la exposición a eventos vitales estresantes. Las conclusiones fueron contundentes y de enorme valor porque al provenir de otro entorno cultural mostró que ciertos fenómenos serían universales. Las mujeres chinas con depresión mayor mostraron mayor chance de exposición a eventos vitales estresantes que los controles sanos. De los dieciséis eventos evaluados, tres mostraron la tendencia más fuerte a preceder el desarrollo de depresión, lo que avala una relación causal: la violación, el abuso físico y la negligencia emocional severa. La violación aumentó el riesgo de padecer depresión once veces en las mujeres con depresión mayor. La pregunta lógica que surge es cómo eventos que ocurrieron mucho tiempo antes dejaron su marca para favorecer el desarrollo de la depresión. El mismo grupo, pero ahora utilizando el ADN de 11.670 mujeres de las tres regiones, estudió dos conocidos marcadores genéticos de exposición a eventos negativos: el ADN mitocondrial elevado y la disminución de la longitud de los telómeros. Ambos marcadores confirmaron estar asociados con el antecedente de eventos vitales adversos, aunque no pudieron establecer que los mismos fueran los causantes o factores de riesgo para desarrollar depresión. El mecanismo que vincula ambas cosas sería más complejo aún. Este elaborado estudio que involucró el trabajo de cientos de investigadores para responder una pregunta sencilla nos pone de frente con las marcas moleculares de la violencia de género. Desde hace mucho sabemos que la depresión es más frecuente en las mujeres; esta vulnerabilidad estaría dada no solo por constitución sino, en muchos casos, por la exposición al abuso ejercido sobre ellas por el mal llamado “sexo fuerte”.

*

La combinación de predisposición genética familiar con los eventos vitales adversos en la génesis de la depresión se condensa en la hipótesis denominada “diátesis-estrés”, que ha sido desarrollada y depurada hasta llegar a lo que consideramos “la hipótesis de los campos unificados de la depresión”. Dos vertientes de investigación aparentemente separadas convergen para producir un modelo de integración: por un lado, las hipótesis desarrolladas por la escuela de psicología cognitiva y, por el otro, las investigaciones sobre la neurobiología de la depresión.

El gran investigador del modelo cognitivo de la depresión Aaron Beck supo explicar el modelo diátesis-estrés. Él propone que las adversidades vitales precoces contribuyen a la formación de actitudes disfuncionales que se incorporan a las estructuras cognitivas, llamadas “esquemas cognitivos”, lo que aumenta la vulnerabilidad. Los esquemas cognitivos son atajos mentales que utilizamos para interpretar la realidad externa e interna de forma rápida y efectiva. La activación de tales esquemas ante los eventos adversos

cotidianos produce un sesgo cognitivo particular, es decir, interpretaciones cognitivas que desencadenan síntomas depresivos leves, que llamamos “reactividad cognitiva”. Un ejemplo de un sesgo es ser pesimista. Cada cosa mala que pasa, por pequeña que sea, confirma la suposición de que “las cosas siempre pueden salir mal”. Según Beck, la activación repetida de los esquemas cognitivos se organiza en un *modo depresivo*, que impacta en nuestros esquemas afectivos, conductuales y motivacionales aumentando la vulnerabilidad cognitiva. La acumulación de eventos vitales estresantes, o un solo episodio severo, impactan en el *modo depresivo* y lo tornan hipersaliente, es decir, que toma el control del procesamiento de la información. Todas las vivencias, las representaciones y los recuerdos comienzan a ser vistos a través de este cristal, que evita la *reevaluación*, el mecanismo que nos permite reflexionar y ver que una situación no es tan negativa como aparenta. Todo este proceso se condensa en la depresión clínica, con todos sus síntomas. Es decir, que los sesgos cognitivos depresivos no surgen de la nada, sino de un verdadero proceso de aprendizaje distorsionado que culmina con la depresión.

En sus versiones más recientes del modelo, Beck incorpora datos de la neurobiología que indican que la hiperreactividad al estrés está mediada por factores genéticos que modifican la respuesta de la amígdala, estructura del lóbulo temporal vinculada a las emociones y a la regulación de la respuesta de estrés, como ya se explicó anteriormente. Además, utiliza el concepto neurobiológico del *kindling*, según el cual, eventos neurales que se producen en respuesta a estímulos tienden a producirse independientemente de estos con la repetición en el tiempo.

Recordamos que el estudio de la cohorte de Dunedin vinculó la PT5HT en su variante genética s/s con un aumento de la posibilidad de desarrollar depresión en respuesta a la exposición a eventos vitales estresantes precoces y tardíos. Un estudio posterior muy interesante confirma estos vínculos. El psicólogo de la Universidad de Stanford Ian Gotlib demostró cómo influía la variante s/s de la PT5HT en un grupo de mujeres adolescentes sanas, cuyas madres estaban bajo tratamiento antidepresivo en respuesta a un estresor cognitivo. Las jóvenes eran sometidas a un test aritmético en un entorno exigente, tras lo cual se les tomaba una muestra de saliva para ver los niveles de cortisol. Gotlib confirmó que las adolescentes portadoras de la variante s/s del gen del transportador de la serotonina, aunque no estaban enfermas, tenían un aumento de los niveles de cortisol mayor que las portadoras de las otras variantes. Esto confirmó que el efecto del gen sobre la respuesta de estrés no depende de que la persona esté deprimida; se trata de un marcador de rasgo, de predisposición, la diátesis que mencionamos.

Hay evidencia de que los portadores del polimorfismo s/s de la PT5HT tienen mayor tendencia al miedo condicionado, responden con mayor facilidad a pruebas de sobresalto, tienen mayor reactividad del eje hipotálamo-hipófiso suprarrenal y tienen mayor predisposición al *social blushing*, la respuesta de ponerse colorado en situaciones de exposición a otros, característica de la ansiedad social.

En consonancia con el pensamiento evolutivo darwiniano, que atribuye un rol adaptativo a nuestras respuestas, algunos investigadores han comenzado a preguntarse si el modelo diátesis-estrés no es la expresión de una función de adaptación más compleja

en la cual la evolución hacia la depresión es solo una de las posibilidades. El modelo de la *sensibilidad diferencial al entorno* propone que los sesgos cognitivos interactúan o son parte de modalidades de funcionamiento que, en un contexto adverso, favorecen el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad. Sin embargo, en un contexto favorable, la misma permeabilidad y maleabilidad ante este entorno se convertiría en un factor adaptativo positivo. Elaine Fox y Christopher G. Beevers, psicólogos de las universidades de Oxford y Austin, respectivamente, formularon de forma extensa esta hipótesis de enorme interés. Destacaron la convergencia de los estudios de vulnerabilidad, tomando como ejemplo el polimorfismo de la PT 5 HT y los desarrollos de la psicología cognitiva sobre los sesgos cognitivos. Como hemos visto, el sesgo cognitivo negativo es la tendencia a focalizar sobre eventos ambientales negativos o a reaccionar de un modo exacerbado ante los mismos que suelen presentar las personas con predisposición a desarrollar depresión. También ha sido vinculado al realismo depresivo. Aportando una pieza más a nuestra hipótesis de los campos unificados, estos investigadores postularon que eventos ambientales tempranos específicos (ya sean positivos o negativos) combinados con variantes genéticas que potencian la sensibilidad al entorno podrían contribuir al desarrollo de sesgos cognitivos tanto tóxicos como potenciadores, los que, a su vez, influyen en la forma en la cual experiencias subsecuentes impactan en nuestro bienestar. Esta hipótesis del sesgo cognitivo propuso que, una vez que un sesgo cognitivo negativo se instala, el procesamiento futuro de la información se desvía y refuerza la sensibilidad a factores negativos del entorno y resultan, eventualmente y en combinación con otros factores, en el desarrollo de trastornos afectivos como depresión y ansiedad. Inversamente, un entorno precoz continente puede cultivar un sesgo cognitivo potenciador (por ejemplo, atención selectiva para la información positiva o evitación estratégica de señales negativas), lo cual ayudaría al sujeto a prosperar. Un psicoterapeuta cognitivo que trabaja con una persona con depresión busca primero que la persona tome conciencia de sus sesgos negativos, es decir, su tendencia a destacar los aspectos negativos de la realidad. A partir de allí se trabajan estrategias de reevaluación que permiten modificar estos sesgos. Estudios de investigación de gran alcance que combinen la evaluación de los sesgos cognitivos con los factores genéticos predisponentes serían de un enorme valor para ayudarnos a comprender los mecanismos que llevan a la depresión y, al mismo tiempo, desarrollar estrategias terapéuticas psicológicas y biológicas más avanzadas.

La investigación básica brindó datos que avalan el rol moderador del ambiente, no solo en el riesgo de padecer depresión, sino en la respuesta al tratamiento. La doctora Silvia Alboni, de la Universidad de Modena, en Italia, condujo un interesante experimento en roedores. En el mismo demostró que los efectos antidepresivos del fármaco fluoxetina solo se ponían de manifiesto si los animales se encontraban en un medio enriquecido, no así si el medio era estresante. Esto le permitió construir la *hipótesis de la susceptibilidad al cambio no dirigida*. En ella, el tratamiento induce los cambios neuroplásticos que abren una ventana de oportunidad para que los estímulos ambientales faciliten la mejoría clínica. Si bien se trata de un experimento de laboratorio,

las implicancias clínicas del mismo, en caso de comprobarse en humanos, son enormes. Todos sabemos que un entorno desfavorable es el ambiente ideal para que un buen tratamiento fracase. De modo inverso, el ambiente adecuado consolida las posibilidades de respuesta.

*

Philip W. Gold es un investigador del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos que ha dedicado su vida entera al estudio de la depresión, particularmente, en sus relaciones con el estrés. No dudó en señalar que, dado el carácter crónico e insidioso de la depresión que infiltra los atributos que definen nuestra humanidad, ha desarrollado una particular y sostenida antipatía por esta condición. Para Gold, el carácter humillante de la depresión nos hace ver mucho menos de lo que somos, dado que las personas con depresión tienen dificultades para mostrarse orgullosos de sus logros y, en cambio, se focalizan en recuerdos emotivos de experiencias negativas. Muy pocas enfermedades como la depresión atacan de manera tan frontal nuestra dignidad, de forma de socavar nuestro concepto de nosotros mismos o nuestras expectativas. Por una parte, revisó todos los datos que hemos señalado sobre el rol de la PT5HT en la regulación de las respuestas de estrés. Al mismo tiempo reseñó una serie de estructuras cerebrales, centrales en la regulación de la respuesta normal al estrés, que en la depresión muestran una función o, incluso, una estructura alterada: la corteza prefrontal, la amígdala, la corteza prefrontal subgenual, el hipocampo y el núcleo accumbens. Estas estructuras conforman un complejo circuito que monitorea nuestra conducta y las respuestas a las demandas del entorno. Las situaciones de estrés activan la amígdala del lóbulo temporal, generando una respuesta de alarma y estrés. La corteza subgenual cumple el rol de moderar esta respuesta mediante conexiones directas con la amígdala. Los portadores de la versión s/s de la PT5HT tendrían un acople menos eficiente entre estas estructuras, favoreciendo que la amígdala exagere sus respuestas. Cuando la amígdala se activa, sus conexiones con la corteza prefrontal dorsolateral hacen que esta desacelere su función de monitoreo del entorno y regulación de la actividad, dejando de focalizar en lo que es relevante para hacerlo solo en lo que es peligroso. Por otro lado, la estructura cerebral que nos permite experimentar sensaciones de recompensa, el núcleo accumbens, también es inhibida. Esto disminuye nuestra capacidad de experimentar recompensas, apareciendo la anhedonia típica de la depresión. A partir de la hiperactividad de la amígdala se producen dos fenómenos: la ansiedad y la recuperación de recuerdos de tono negativo, tristes o desagradables.

La interferencia en la actividad de la corteza prefrontal es crítica por el rol de la misma en la toma de decisiones en un contexto cambiante. Facundo Manes formó parte del grupo internacional de expertos en neurociencias cognitivas que demostró que las tres dependencias que conforman esta estructura (Orbitofrontal-Dorsolateral y Dorsomedial) participan en este complejo proceso. Esto explica la sensación de sentirse abrumados por

los problemas cotidianos que expresan muchas personas que cursan estados depresivos.

Por esta razón, Gold resume sus investigaciones señalando que la depresión es una respuesta de estrés que se ha distorsionado por la interacción entre la predisposición genética, los eventos vitales estresantes y los desencadenantes que, paulatinamente, van modelando este circuito que es el que explicaría el Modo Depresivo de Beck. En sus trabajos, Gold explica de forma elegante aspectos clínicos de la depresión como el desgano, la rumiación de supuestos peligros o recuerdos negativos, la incapacidad de experimentar placer y las dificultades cognitivas que nos impiden resolver los problemas cotidianos.

*

La gran poeta argentina Alejandra Pizarnik padeció depresión. Hija de inmigrantes rusos, muy precozmente se dedicó a la poesía. En sus escritos su enorme capacidad literaria se pone al servicio de una exquisita descripción del sufrimiento que la acosaba. En cada verso de sus poemas, la oscuridad, la melancolía, la muerte y el suicidio se hacen presentes. Fue una persona que pudo expresar su enorme talento por sobre el padecimiento que le producía el severo trastorno depresivo que terminó con su vida. Los teóricos del modelo de la sensibilidad diferencial nos dirían que este rasgo le habría dado, al mismo tiempo, el sufrimiento y su capacidad creativa.

Un documental sobre su corta vida y enorme obra nos pone en contacto con testigos de primera mano de su difícil existencia. Todos coinciden en destacar su desordenada belleza interior y el enorme valor literario de sus escritos. A su extraordinaria capacidad de ilustrar el sufrimiento se agrega un manejo magistral del lenguaje, producto del conocimiento profundo de la lengua y la poesía.

Luego de un intento de suicidio, Pizarnik, en vez de ser internada en un hospital especializado monovalente, fue derivada a la, por ese entonces, recientemente formada Sala de Psicopatología de un hospital general. Por aquellos años se había iniciado un movimiento que reaccionaba contra la psiquiatría de los grandes hospitales –mal llamados “manicomios”– y proponía la creación de esas salas en hospitales generales. En estos servicios predominaba una visión antipsiquiátrica, con un marcado rechazo por la clínica, la biología y los tratamientos biológicos, en sintonía con la idea imperante en la época sobre el origen social de los trastornos mentales. Como siempre, las buenas intenciones no fueron suficientes; es este un caso paradigmático en el que cierta ideología se impuso por sobre el criterio y la experiencia médica con resultados comprobables. Uno de los psiquiatras que la asistió durante esa internación fue entrevistado en el documental. Resulta verdaderamente impactante escucharlo afirmar sin que siquiera le tiemble la voz que, de haber sido internada en uno de “esos hospitales monovalentes” no hubieran dudado en administrarle una serie de tratamientos electroconvulsivantes que hubieran eliminado sus ideas de suicidio, lo que él no duda en considerar un acto represivo. Pizarnik termina con su vida mediante una sobredosis de barbitúricos durante un permiso

de salida de fin de semana de ese hospital. Ni en el más febril de los delirios se nos ocurre una situación en la cual un médico pueda concebir que salvar una vida es un acto de represión. El respeto por las libertades del individuo y la preservación de los derechos humanos de la persona sometida a un sufrimiento alienante indicaban la sencilla maniobra de ponerla al tanto a ella y a sus familiares de las alternativas terapéuticas disponibles y permitirles el derecho de decidir sobre su tratamiento. Hoy en día llamamos a esta acción “consentimiento informado”.

No sabemos cuánto se hubiera prolongado la vida de Pizarnik si ese acto final hubiera sido evitado mediante la implementación del tratamiento adecuado. La terapia electroconvulsiva aplicada con equipos y métodos modernos sigue siendo una indicación insoslayable en casos de riesgo como la ideación suicida y en los estados catatónicos agudos. En nuestro medio este recurso ha sido objeto de una controversia basada más que nada en prejuicios que la vinculan, con ignorancia y sin ningún sustento, a las torturas utilizadas durante las sangrientas dictaduras que azotaron nuestras sociedades en décadas pasadas. La realidad indica que es un recurso seguro y de enorme eficacia terapéutica en situaciones críticas. A tal punto que todas las guías internacionales de consenso de tratamiento la incluyen como alternativa que debe ser tenida en cuenta en situaciones específicas y ante el fracaso de otros abordajes.

La bibliografía científica que avala su eficacia y seguridad es contundente e incontestable. Somos conscientes de que hay quienes intentarán desmentir estos datos en el contexto de regulaciones que sugieren prohibir su utilización, que ha quedado restringida al campo de la medicina privada. Solo las personas de mayores recursos con acceso a la misma pueden elegir un tratamiento que mejore sus vidas. La comunidad psiquiátrica ha exigido, con pobres resultados, que el tema se discutiera sobre la base de información científica. Las respuestas han sido argumentos alejados tanto de la ciencia como del genuino interés por las personas que podrían ser ayudadas por este recurso. Ningún cardiólogo piensa que la cardioversión eléctrica sea un elemento de tortura o represivo. Tampoco nadie cree que un cirujano es un torturador. Son herramientas para salvar vidas. La terapéutica electroconvulsivante tiene, como todo tratamiento, sus efectos colaterales indeseables que se expresan sobre todo a nivel cognitivo. Pero su utilidad en situaciones desesperadas tornan a los mismos aceptables; mientras en el otro platillo de la balanza se encuentran el enorme sufrimiento y menoscabo del individuo que produce la depresión y que puede alcanzar a poner en riesgo su propia vida.

Kitty Dukakis, la esposa de Michael Dukakis, ex gobernador del estado de Massachusetts y candidato a presidente de Estados Unidos, fue víctima de la depresión a lo largo de su vida, lo que la sumió en el abuso del alcohol. Luego de años de lucha y de tratamientos inefectivos logró una extraordinaria recuperación tras recibir una serie de tratamientos electroconvulsivantes. A partir de allí se convirtió en una defensora del tratamiento. En su libro *Shock*, publicado en 2007, cuenta su experiencia y su sorpresa por los prejuicios en contra de una terapéutica tan efectiva. Dukakis se ha dedicado durante mucho tiempo a recorrer su país dando conferencias y testimonio de su experiencia.

La miniserie *Homeland*, cuya protagonista Carrie padece trastorno bipolar, brindó una visión diferente sobre la terapia electroconvulsivante a la que el cine nos tiene acostumbrados. Por primera vez se muestra que el tratamiento es propuesto a la persona afectada como una alternativa humanitaria para terminar con su sufrimiento. La propia hermana psiquiatra de la protagonista la acompaña. En todo momento queda claro que el tratamiento es aplicado por un grupo de profesionales atentos y humanitarios, en condiciones de seguridad apropiadas.

Desde los primeros antidepresivos que aparecieron, como mencionamos anteriormente, en la década de 1950, a las complejas moléculas multimodales de diseño de la actualidad, mucha agua ha corrido bajo el puente. El doctor Carlos Zárate, psiquiatra nacido y educado en la ciudad argentina de Córdoba y que hace ya muchos años emigró a Estados Unidos, llegó a la conclusión de que un medicamento que actúe sobre un tipo especial de sistema de neurotransmisores en el sistema nervioso, el ácido glutámico, debía tener efectos antidepresivos según sus predicciones. Revisando datos de la neuropsicofarmacología encontró que el anestésico disociativo ketamina actuaba de manera precisa en el sitio que consideraba clave: el receptor NMDA del neurotransmisor glutamato. Como sabemos, la ketamina es una droga de abuso en las fiestas electrónicas por su efecto disociativo. Se trata de un fármaco no desprovisto de efectos indeseables que requiere un monitoreo médico estrecho para su uso; por eso, los accidentes entre los jóvenes por su uso fuera del entorno médico adecuado se vuelven periódicamente una lamentable noticia. Más allá de esto, Zárate logró que el comité de Docencia e Investigación del Instituto de Salud Mental donde se desenvuelve le permitiera hacer un experimento controlado y administrar ketamina endovenosa a una muestra de pacientes con depresión resistente al tratamiento. Los resultados fueron asombrosos y dejaron atónito al propio Zárate: los síntomas de la depresión, incluyendo las ideas de suicidio, desaparecían pocos minutos después de la infusión de esta droga, aunque el efecto no era duradero. Este procedimiento en ciencia se denomina “prueba de concepto”, un experimento llevado a cabo para comprobar que una teoría tiene sustento. Pese a la falta de estudios controlados a gran escala, la ketamina se está utilizando en algunas clínicas de Estados Unidos para el tratamiento de la depresión resistente. Si bien es poco factible que su uso sea ampliamente aprobado, es mérito de Zárate haber participado de un cambio de paradigma farmacológico.

*

La depresión es una condición clínica frecuente y puede llegar a ser severa e interferir significativamente en la vida de las personas y su familia, pero es siempre tratable. Existe una amplia gama de recursos para abordarla. En la actualidad el mejor tratamiento es interdisciplinario: una combinación de fármacos, psicoterapia y estrategias de rehabilitación que permiten una recuperación franca y completa. Si bien no existen recetas rígidas para diseñar los tratamientos, se han ido perfeccionando las denominadas

“guías de consenso”, ya referidas anteriormente. Para la elaboración de estas guías, expertos estudian minuciosamente toda la evidencia disponible, determinan su validez en base a parámetros científicos bien establecidos y elaboran un plan de acción escalonado. Este plan de acción implica recomendaciones sobre medidas terapéuticas a tomar en cada etapa del tratamiento. Su utilización ha permitido mejorar de forma notable la calidad de los tratamientos. La ciencia ha construido un largo camino para lograr esto y falta mucho por recorrer aún, pero la búsqueda del bienestar de las personas con depresión sigue siendo el horizonte que la guía.

1. “Doctor, nunca se pierde el fútbol de los jueves con sus amigos, pero hace un mes que no va y se queda en casa”; “Los fines de semana solíamos salir, ir al cine o a caminar, ahora no hay forma, se queda en casa en la cama, aunque no duerma”, son algunos de los testimonios que suelo escuchar en el consultorio.
2. Una paciente me contó entre lágrimas que no puede disfrutar de sus nietos.
3. Hemos visto pacientes atravesar la puerta del consultorio con una lentitud que nos hizo pensar en alguna causa neurológica.
4. Quien nos hiciera el honor de acompañarnos en la edición del tratado sobre trastornos bipolares que publicamos hace algunos años con los doctores Vázquez, Strejilevich, García Bonetto y Garbini.
5. En nuestro medio la escala TEMPS-A fue traducida por el doctor Gustavo Vázquez. Con esta herramienta un grupo de colegas pudimos demostrar, en un estudio que involucró a varios institutos, que siguiendo las ideas de Akiskal, los temperamentos afectivos eran más prevalentes entre los familiares sanos de personas con trastorno bipolar. Esto cumple su predicción de que el temperamento tiene una expresión gradual que va de la normalidad hasta la producción de síntomas francos de trastornos afectivos. Con la habilidad poética que lo caracteriza Akiskal sostiene que los temperamentos son la forma diluida de los genes de la bipolaridad y la genialidad al mismo tiempo.
6. Nunca se me había ocurrido que mi vocación por la salud de otros se origina en uno de los rasgos de mi personalidad que más me ha perturbado a lo largo de mi vida: la ansiedad.

Capítulo 6

El trastorno bipolar

*La creatividad es más que solo ser diferente.
Cualquiera puede hacer planes raros; esto es fácil.
Lo que es difícil es ser tan simple como Bach.
Hacer lo simple, impresionantemente simple, esto es creatividad.*
CHARLES MINGUS

La mayoría de los seres humanos somos animales diurnos: desplegamos nuestra actividad a lo largo del día y, conforme llega la noche y nos gana el cansancio, dejamos para la última hora del día tareas vinculadas con el descanso y el esparcimiento o la contemplación. Leer, ver televisión o escuchar música resultan la antesala ideal del merecido sueño que se acerca. Nuestros niveles de energía y actividad varían con el momento del día, las estaciones y los distintos momentos del ciclo vital. La capacidad de ajustar la actividad según las posibilidades y necesidades es un mecanismo adaptativo que la naturaleza ha perfeccionado a lo largo de la evolución.

El oso, rey absoluto del bosque, tiene un solo enemigo: el invierno. Por eso se pasa toda la primavera y el verano cazando, comiendo, engordando y alimentando a sus crías. Debido a su capacidad de acumular el exceso de alimento en un tipo particular de tejido adiposo, la grasa parda, puede obtener una reserva que le permite hibernar largos períodos, cuando el frío torna escasa la disponibilidad de alimentos. Por su parte, los roedores, mamíferos pequeños y muy vulnerables, han aprendido y se han adaptado al hecho de que los lugares abiertos y la luz del día aumentan la posibilidad de ser víctima de depredadores. Por esa razón, realizan su actividad en forma preferente de noche y en lugares pequeños. La tendencia de los ratones a desarrollar ansiedad en lugares abiertos e iluminados es utilizada en etología —el estudio de la conducta animal— para simular situaciones semejantes a la ansiedad en seres humanos.

Las oscilaciones en nuestro nivel de energía y actividad nos permiten adaptarnos a las cambiantes situaciones del entorno. Nuestra vida está regida por la articulación de las demandas internas básicas, como la alimentación y buscar pareja, con las posibilidades medioambientales y sociales. Estamos muy activos y enérgicos en períodos de producción laboral o académica; pero automáticamente nuestro nivel de funcionamiento se enlentece en situaciones en las cuales la quietud, favorecedora de la introspección, se impone como ocurre ante una pérdida. Estudios recientes han demostrado que el malhumor ante una mala noticia nos permite procesarla mejor. Hemos visto teorías que proponen que la depresión es una respuesta normal ante situaciones que no podemos resolver. Esta regulación de la actividad está coordinada por una sofisticada maquinaria psicofisiológica. En el interior de nuestro cerebro, una compleja red constituye los llamados “circuitos reguladores del humor”. Como todo dispositivo humano, puede desregularse por causas variadas, generando condiciones en las cuales esta capacidad de regulación se pierde o se altera, produciendo oscilaciones más allá de lo esperado o de lo

que nuestra realidad psicofisiológica podría explicar.

El trastorno bipolar es una condición clínica que afecta a una porción significativa de la población. (1) Las primeras referencias históricas a cuadros que podríamos atribuir al actual trastorno bipolar se remontan a la Grecia Antigua. Areteo de Capadocia, en el siglo II antes de Cristo, observó episodios de *manía* y *melancolía* en la misma persona. Pero fue Hipócrates quien primero sistematizó el concepto. No obstante, tendríamos que esperar hasta el siglo XIX, cuando psiquiatras franceses y alemanes estudiaron esta condición en forma sistemática. Aunque hoy nos parezca raro, tomó mucho tiempo darse cuenta de que depresión y euforia eran parte del mismo proceso.

Dos investigadores catalanes, Eduard Vieta y Demetrio Barcia, publicaron una apasionante monografía en la cual dan cuenta de la que posiblemente sea la primera descripción clara de las manifestaciones clínicas del trastorno bipolar, realizada por el doctor Andrés Piquer en el siglo XVII, médico del Rey Fernando VI, quien habría padecido este trastorno. Haciendo la salvedad –como ya dijimos– de que diagnosticar en forma retrospectiva a una persona que no se ha conocido más que audaz es temerario, Vieta y Barcia estudian en forma minuciosa las notas clínicas de Piquer para demostrar que Fernando VI, y casi seguro su padre, el rey Felipe V, fueron afectados por lo que hoy conocemos como trastorno bipolar. Entonces, el concepto mismo de enfermedad era nuevo y había sido introducido en forma reciente por el médico británico Thomas Sydenham. Para los autores, lo extraordinario de las observaciones de Piquer radica en que, en un momento en el cual las explicaciones sobre los trastornos mentales estaban tomadas por prejuicios morales, religiosos y pseudocientíficos, hace dos cosas que lo colocan como un pionero de la psiquiatría. En primer lugar, no duda en calificar al padecimiento de su paciente como una enfermedad y, segundo, se adelanta más de un siglo a la observación que vinculaba a los episodios de depresión con los de euforia como pertenecientes al mismo trastorno. Es frecuente que aspectos que hoy nos resultan obvios, no lo fueron tanto en el pasado; como dijimos, recién en el siglo XIX la psiquiatría reconoce la existencia de una condición que combina dos cuadros totalmente diferentes, la depresión y la euforia patológicas. Para Vieta y Barcia, Piquer es el primero en describir el trastorno, lo que tradicionalmente se atribuye a los psiquiatras franceses Jules Falret que menciona la *folie circulaire* (locura circular) o Jules Gabriel Francois Baillarger quien describe la *folie a double forme* (locura a doble forma), cerca de 1850.

*

El nombre original de “enfermedad maníaco depresiva” fue otorgado a esta condición hacia fines del siglo XIX por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin. Su característica central es la repetición alternada de episodios, cuya duración puede ser variable, en los cuales el estado de ánimo está inhibido o exaltado.

Durante los episodios depresivos predominan el desgano, la apatía o desinterés, dificultades para pensar, concentrarse y resolver problemas. Las alteraciones en el sueño

y el apetito son frecuentes. A diferencia de la depresión unipolar, aquí no es raro que ambos estén aumentados. Todo esto se acompaña de intensa angustia y autoestima disminuida, la cual, como hemos visto, en casos severos puede conducir a verdaderas ideas delirantes de culpa o ruina. Los pensamientos de suicidio no son raros en el trastorno bipolar y, nuevamente, su detección y discusión con la persona afectada y la familia son necesarias.

Estos episodios alternan con otros caracterizados por un aumento de la energía por encima de lo habitual. Si bien es normal sentirse entusiasmado cuando uno encara un nuevo proyecto y no es raro que un episodio de euforia comience así, este aumento de la energía supera lo esperable. Las personas se ponen más habladoras, duermen menos y hacen muchas cosas a la vez.

Aparece una sensación de súbita claridad y eficiencia, que son la contraparte de las ideas de culpa y ruina y las dificultades para resolver problemas que veíamos en la fase depresiva. En principio esto no parece representar un inconveniente. Por eso, el experto en bipolaridad Hagop Akiskal (2) lo denomina “el lado soleado de la hipomanía”, que es el nombre que reciben las formas moderadas de euforia. Pero existe un *lado oscuro* caracterizado por la conducta errática con tendencia a cometer fallas en el trabajo, irritabilidad, conducir en forma más agresiva, consumo de tóxicos, no raras veces indiscreciones de tipo sexual y gastos excesivos. Vieta y Barcia encontraron notas del confesor de Felipe V quien registra que en una fase de euforia notó que “a su majestad le gusta demasiado su mujer”.

La forma extrema de la exaltación es la manía: la persona pierde control sobre sus acciones, pudiendo aparecer conductas riesgosas, así como síntomas psicóticos, en general de tipo megalómano; se sienten poderosos e influyentes, a veces hasta experimentan la sensación de estar *más cerca de Dios*. Estas formas graves afortunadamente no son las más frecuentes. No duermen y desarrollan una actividad febril, la cual no lleva a ningún resultado. También hablan sin parar. El pensamiento se acelera a un punto que denominamos “fuga de ideas”, por lo que comprender lo que dicen se torna difícil. En un cuadro maniaco la persona afectada puede desarrollar conductas con riesgos concretos para sí mismos y quienes los rodean, por lo que, en muchos casos, la internación es necesaria. Los tratamientos modernos permiten, en la mayoría de los casos, controlar el cuadro en poco tiempo.

Como vemos, a causa de que las oscilaciones se producen entre dos extremos o polos del estado de ánimo, este cuadro ha sido denominado “trastorno bipolar”.

*

La evolución del estudio de los cuadros psiquiátricos presenta una singularidad. Al igual que en todas las ciencias, los primeros descubrimientos se hacen sobre los fenómenos más evidentes. Por esta razón los tratados de psiquiatría de fines del siglo XIX y principios del XX muestran las descripciones de las formas más llamativas y dramáticas

de los trastornos mentales; aquellos que, por sus características eran más disruptivos en la vida cotidiana de las personas y su entorno. Por eso los primeros cuadros que se estudian en ese momento son los que hoy consideramos en el extremo de gravedad. En su mayoría, pacientes que, por la severidad de sus síntomas, requerían hospitalizaciones dada la carencia absoluta de terapéutica. La clínica psiquiátrica de aquellos tiempos era una clínica de hospitalizaciones y cuadros clínicos aparatosos y resonantes. Esta especialidad reconoce más tarde las formas más sutiles de padecimientos psíquicos, de forma tal que la psiquiatría ambulatoria es un fenómeno que aparece bien entrado el siglo XX. Esto no significa que las formas más leves de trastornos no hayan sido importantes, sino que aún no habían sido reconocidas. Muy por el contrario, sabemos que la sutileza de estos cuadros motiva que su reconocimiento y tratamiento específico se retrasen, profundizando el sufrimiento de quienes los padecen.

La necesidad de observar la evolución longitudinal de las enfermedades es un aspecto que toda la clínica médica descubre en el siglo XIX. Aparece la idea de la *historia natural de la enfermedad*. ¿Qué la anuncia?, ¿cómo se inicia y cómo progresa? En la psiquiatría fue el ya mencionado Emil Kraepelin, quien con más ahínco aplicó este modelo. Estas observaciones le permitieron diferenciar la enfermedad maníaco depresiva de la demencia precoz, que hoy llamamos “esquizofrenia”. Es posible comparar esta observación de Kraepelin con la solución de un problema técnico o científico de larga data, como es el caso de la invención de una máquina de volar más pesada que el aire, lo que ocurriría pocos años después. Para la ciencia médica psiquiátrica, esta observación del psiquiatra de Múnich significó un enorme avance científico. A partir de entonces se pudo comenzar a ordenar y estudiar los padecimientos de las personas afectadas de forma más precisa y fue posible empezar a predecir la evolución de dichos padecimientos.

El concepto de uni o bipolaridad aparece muchos años después, en la década de 1950, cuando otros dos psiquiatras alemanes, Karl Kleist y Karl Leonhard, se dieron cuenta de que algunas personas mostraban el típico patrón de alternancia entre episodios de depresión y de euforias. Pero otros pacientes solo presentaban episodios depresivos. En 1970 el investigador David Dunner observó que algunos pacientes alternaban depresiones con episodios hipomaníacos, lo que hoy denominamos “trastorno bipolar tipo II”. Luego, una serie de expertos como Hagop Akiskal y Jules Angst comenzaron a reparar en la existencia de formas atenuadas del trastorno. Los episodios no mostraban siempre la misma gravedad, pero sí compartían la *inestabilidad* del estado de ánimo. Se empezó a hablar de un “espectro bipolar moderado”. Los manuales diagnósticos modernos asignan a la vieja enfermedad maníaco depresiva (depresiones que alternan con manías) la tipificación de trastorno bipolar tipo I, y el tipo II a las personas que alternan depresiones con hipomanías. Es importante tener presente que las formas moderadas de trastornos bipolares pueden también producir un gran sufrimiento al paciente y sus familias, por lo que no deben ser minimizadas. Tal vez la mayor diferencia está dada por la menor incidencia de hospitalizaciones, aunque no es tan claro.

Con estas observaciones recientes se hizo evidente que había muchas personas

afectadas que experimentaban un lamentable retraso para recibir el diagnóstico adecuado. El principal motor de esto es que la parte más visible, persistente y que mueve a las personas a consultar es la depresión. Los episodios de euforia son a veces muy breves y pasan inadvertidos por la persona. Es muy típico que luego de un largo episodio depresivo notemos una leve exaltación, no es raro que la reflexión de la persona y sus familiares sea pensar que es lógico, luego de tanto malestar, por lo que no surge como un elemento a destacar en la próxima entrevista con el médico. Dado que el tratamiento de la depresión unipolar es diferente al del trastorno bipolar, este pequeño dato es de enorme relevancia. Acostumbrados a los cuadros maníacos clásicos, los psiquiatras tardaron en reparar que esas formas sutiles y muy fugaces de euforia marcaban la misma inestabilidad del estado de ánimo.

*

El escenario es casi siempre el mismo. Una persona consulta por un primer estado depresivo, el cual experimenta una respuesta más o menos rápida al tratamiento farmacológico. Durante algunos días los familiares lo ven un poco acelerado y entusiasmado, pero piensan que es normal luego de haber pasado dos meses sin levantarse de la cama. El bienestar dura algunos meses hasta que, pese a que siguiendo el consejo de su médico nunca dejó la medicación antidepresiva que tanto bien le hizo, los síntomas de la depresión reaparecen. Nueva medicación, nueva mejoría; pero esta vez la recuperación dura menos. La situación se repite varias veces. Comienza el peregrinaje para buscar un especialista que *dé en el clavo* con la depresión, lo que no hace más que agravar la situación porque impide la visión longitudinal del problema. Hasta que un día el médico hace algunas preguntas que resultan fundamentales. En presencia de un familiar indaga en forma más minuciosa el antecedente de episodios de aumento de la energía, dado que se ha aprendido que, si se pregunta por euforia, es posible equivocarse porque es muy frecuente que la respuesta del paciente sea negativa. Pero el familiar acompañante destaca que, efectivamente, durante uno de los episodios, el cambio de medicación fue seguido por un período en el cual la persona estuvo hiperactiva, no dormía e, incluso, se puso irritable. Todo se normalizó cuando le bajaron la dosis del antidepresivo, poniendo en evidencia lo que denominamos “viraje farmacológico”. Este es un rasgo que suele diferenciar los trastornos bipolares de la depresión unipolar. El medicamento *desestabiliza* a la persona, facilitando la mejoría, pero también la aparición del otro polo del trastorno. (3) La segunda pregunta que hace el médico suele sorprender por lo certera y tiene que ver con la existencia de antecedentes familiares. Dado que el trastorno bipolar es una condición con marcada carga genética, no es raro que se observe su repetición en las familias (recordemos el caso de Felipe V y su hijo, y Fernando VII).

Por estas y otras razones el diagnóstico del trastorno bipolar no es tan sencillo; se requiere una actitud médica inquisitiva, buscando los indicadores de la inestabilidad del estado de ánimo. Los doctores García Bonetto y Strejilevich replicaron en nuestro medio

datos de estadísticas internacionales: las personas con trastorno bipolar experimentan un retraso en el diagnóstico cercano a los diez años. En el 78% de los casos de personas que consultaron en centros especializados, el diagnóstico previo más frecuente había sido la depresión.

Todo lo señalado nos permite comprender dos aspectos fundamentales del tratamiento del trastorno bipolar:

- El uso de los denominados medicamentos “estabilizantes del humor” como primera medida. La utilización de medicamentos antidepresivos se efectúa con suma cautela, siguiendo recomendaciones muy estrictas, dada la posibilidad de que su uso resulte en un efecto desestabilizante.
- La visión de corto plazo resulta perniciosa. Es posible, así, lograr que la depresión mejore, pero datos consistentes demuestran que si no se privilegia el uso de estabilizantes, con el tiempo, las cosas tenderán a complicarse.

El diagnóstico muchas veces se ve interferido por la existencia de los llamados “episodios mixtos”. Se trata de cuadros complejos, muy ruidosos, en los cuales la mezcla de síntomas de euforia con otros de depresión confunde a todos. La persona está angustiada, pero a la vez excitada, lo que se expresa con una marcada irritabilidad y conflictividad interpersonal. Se ve como un cuadro depresivo, con marcada agitación y sensación subjetiva de aceleramiento mental desagradable. Los pensamientos se *agolpan*. Durante los mismos, las personas afectadas se pelean con todo su entorno, incluyendo muchas veces al médico y todo el equipo terapéutico. El control de la agitación es aquí el objetivo primario y, a su vez, el que más alivio produce a la persona, dando tiempo para controlar la depresión y buscar la estabilidad. (4)

Los “temperamentos afectivos” han sido observados desde la teoría humoral de la Grecia Antigua; en la actualidad su estudio se ha revitalizado debido a que reflejan un aspecto de la personalidad más estable e influido por la herencia. No es reflejo de una enfermedad, sino de una modalidad normal de regulación del ánimo y la energía.

Hoy se reconocen cinco temperamentos afectivos:

- distímico: caracterizados por la baja energía, ser pesimistas y rumiadores pero hipercríticos y sacrificados;
- ciclotímico: oscilan entre dos estados antagónicos de energía;
- irritable: caracterizado por la tristeza, la irritabilidad y la emocionalidad, son también insatisfechos, hipercríticos y malhumorados;
- hipertímico: son alegres, seguros, versátiles, incansables, buscadores de novedades;
- y ansioso: inseguros, evitativos, con tendencia a la preocupación.

Akiskal ha propuesto que cada temperamento ha implicado para la especie humana un rasgo conductual beneficioso, como hemos visto en el capítulo sobre la depresión. Así los distímicos serían quienes se ocupan del trabajo pesado y de avizorar los problemas, fenómeno a veces llamado “realismo melancólico”; los hipertímicos serían los conquistadores y emprendedores y los ansiosos los que se preocupan por los demás. Por su parte, los temperamentos afectivos confieren cierta vulnerabilidad para el desarrollo de

trastornos afectivos.

En la actualidad, el tratamiento del trastorno se basa en tres pilares, insustituibles: el primero es la farmacoterapia, que va precedida del difícil proceso diagnóstico que ya señalamos y en el que luego nos detendremos un poco más. Los otros dos pilares fundamentales del tratamiento son la psicoterapia individual y la psicoeducación. Las personas bajo tratamiento necesitan la psicoterapia para poder comprender que los medicamentos son necesarios para estabilizar el estado de ánimo, pero que también hay una serie de factores conductuales, ambientales e interpersonales que influyen en la estabilidad anímica en forma positiva o negativa. Junto con su psicoterapeuta, las personas logran tomar conciencia de cómo su forma de enfrentar los eventos vitales puede influir en el estado ánimo. Por ejemplo, si tomamos los eventos estresores, sabemos que una situación estresante puede ser algo negativo, una sobrecarga de trabajo o una pérdida; pero también existe el denominado “estrés dirigido a logros” que en personas con trastorno bipolar puede ser muy desestabilizante. La psicoterapia cognitiva, que es la modalidad terapéutica que más se ha desarrollado en el campo de los trastornos del ánimo, se basa en la construcción de habilidades que nos permiten manejar nuestro humor.

Los expertos catalanes Eduard Vieta y Francesc Colom desarrollaron, hace algunos años, un ambicioso programa psicoeducativo para personas con trastorno bipolar. No se trató de un grupo de autoayuda, sino de un verdadero curso informativo donde las personas aprendían qué es y qué no es el trastorno bipolar, sus causas, determinantes y tratamientos, etc. Dudas e inquietudes eran despejadas. Vieta y Colom no se conformaron con diseñar el curso, sino que, como buenos científicos, lo pusieron a prueba para ver si realmente mejoraba la calidad de vida de los pacientes. Para eso diseñaron un estudio controlado de dos grupos, en el cual un grupo recibía el curso psicoeducativo y el otro reuniones informativas no estructuradas. Demostraron que los que habían participado del programa psicoeducativo, al año siguiente se encontraban más estables y tenían mejores niveles de estabilizantes en sangre que los otros.

Una herramienta que se utiliza mucho en el seguimiento de personas con trastorno bipolar son las *mood charts* o cartillas del humor. Las mismas brindan información muy valiosa que el paciente registra a diario: estado de ánimo, ansiedad, irritabilidad, actividades, si tomó o no la medicación y la cantidad de horas de sueño, un parámetro fundamental, dado que suele ser el primer indicador de que algo no anda bien. Con estos datos el equipo tratante tiene información obtenida en tiempo real; en general, la información retrospectiva suele ser no tan precisa, porque está teñida del estado de ánimo actual. Por ejemplo, si una persona hoy se siente bien, va a tender a pensar que en el último lapso se sintió bien y viceversa.

Otro aspecto de la terapéutica del trastorno bipolar que se ha impuesto en los últimos años es la *rehabilitación cognitiva*. Esta surge a partir de la observación de que durante y luego de la repetición de los episodios, las personas con trastornos bipolares tienden a presentar algunas dificultades a nivel neurocognitivo, sobre todo en la función ejecutiva y el aprendizaje verbal. Dichas dificultades cognitivas se correlacionaron con la merma en

el rendimiento respecto del funcionamiento cotidiano que experimentan algunas personas. Estos datos fueron corroborados por la doctora Teresa Torralva, del Departamento de Neuropsicología de INECO, quien diseñó una evaluación neurocognitiva ecológica. A diferencia de las evaluaciones neurocognitivas tradicionales, que evalúan cada dominio cognitivo en pruebas asépticas, esta investigadora diseñó y estandarizó un test que reproduce un entorno en el cual la persona tiene que resolver, en cierto lapso de tiempo, determinados problemas como si fuera el administrador de un hotel. En un grupo de pacientes de la Clínica de Trastornos Bipolares de INECO que aceptaron participar del estudio, Torralva y colaboradores demostraron que pacientes que tenían una performance neurocognitiva tradicional dentro de los estándares normales mostraban un déficit funcional cuando eran evaluados mediante la batería ecológica.

En los últimos tiempos, con el desarrollo de los teléfonos inteligentes y la conectividad ha surgido todo un movimiento dentro de la medicina denominado “*mobile health*”. Consiste en aplicaciones telefónicas dirigidas a colaborar con el paciente y sus médicos en el manejo de condiciones complejas, como la hipertensión arterial. (5) Un investigador holandés, aquejado por un trastorno bipolar durante años, hizo un autoexperimento, que comenzó años antes del desarrollo de los teléfonos inteligentes; diseñó un pequeño aparato que le permitía registrar, varias veces por día, sus cambios anímicos y otros datos relacionados, algo parecido a la cartilla del humor que ya comentamos. Luego de varios años, sometió los datos a un análisis estadístico y observó que el algoritmo utilizado predecía las oscilaciones del estado de ánimo, mucho antes de que él mismo las notara. Esto se vincula con la tendencia actual denominada *Big Data Analysis*. El análisis de una gran cantidad de datos puede brindar información que permanece oculta al ojo desnudo. La importancia de este camino la pone de relieve un hecho singular: Thomas Insel dirigió durante quince años el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, la principal agencia que coordina la investigación sobre la neurobiología de los trastornos mentales, y que maneja un presupuesto millonario. En una decisión sorprendente, decidió abandonar su posición y mudarse a Silicon Valley, aceptando una oferta de Alphabet, una subsidiaria de la nueva reestructuración de Google. El objetivo era explorar el universo de posibilidades que las nuevas tecnologías podrían significar para dar un nuevo paso en la investigación sobre los trastornos mentales. Podemos, por ejemplo, registrar nuestra actividad en tiempo real y transmitirla. Así, información obtenida de cientos de miles de personas podrían brindar claves hasta ahora inexploradas. Una de las razones que esgrime Insel es que, en psiquiatría, el diagnóstico –hablar con los pacientes–, ideal para el trabajo interpersonal, produce avances muy lentos en el campo de la investigación. De allí que proponga posibilidades diferentes y haya dado este paso.

En el campo del seguimiento clínico del trastorno bipolar, tomando como base la utilidad de la información obtenida mediante las cartillas del humor, se han desarrollado varias aplicaciones que permiten registrar una gran cantidad de información; la aplicación interactúa con la persona para que registre, en una escala visual, su estado de ánimo, si tomó sus medicamentos y, además, utiliza la posibilidad del teléfono para registrar el

nivel de actividad y horas de sueño. Esta información es enviada en forma directa al médico, que puede registrarla y, al mismo tiempo, detectar signos de alarma que puede discutir con la persona.

El tratamiento farmacológico del trastorno bipolar se centra en el uso de estabilizantes del ánimo. ¿Existen medicamentos con esta capacidad maravillosa? La respuesta es sí, y desde hace mucho tiempo. En el siglo XIX el litio había sido utilizado para el tratamiento de la enfermedad de gota, pero el médico danés Frederick Lange lo utilizó para tratar depresiones melancólicas en 1894.

Sin embargo, es John Cade a quien se reconoce como *el padre de la criatura*. En 1949 él estaba trabajando en un hospital de Veteranos en Melbourne, Australia, y utilizó las sales de litio en un grupo de pacientes severamente afectados por excitación maníaca. Varios de ellos mejoraron significativamente y pudieron ser dados de alta.

Lamentablemente, el artículo científico en el que Cade describió en forma minuciosa la experiencia fue publicado en una revista australiana poco conocida y su trabajo tardó en difundirse. Se le reconoce, entre otros aspectos, el rigor científico con el que hizo y documentó la experiencia. Además, al mismo tiempo, había cobrado difusión un intento fallido de utilizar litio en la insuficiencia cardíaca, lo que no ayudó a su implementación en este trastorno. Sin embargo, se llevaron a cabo algunos estudios en Australia y en Francia que confirmaron su apreciación de la utilidad del litio en la manía.

El destino quiso que la historia del litio volviera a Dinamarca, donde se realizaron los estudios que le dieron el estrellato del que aún goza. Por sugerencia de su maestro, que había leído el trabajo de Cade, Mogens Schou diseñó un estudio *randomizado*, en el cual el tratamiento de cada paciente era elegido al azar para evaluar la eficacia del litio en la agitación maníaca. Schou revoleaba una moneda y el azar decidía quién recibía el litio y quién placebo. Los estudios randomizados comenzaban a imponerse en esos años como una forma de evitar que la impresión del investigador, a favor o en contra de una de las hipótesis, fuerce la interpretación de los datos. La publicación de los resultados se expandió con celeridad y las personas con episodios maníacos dispusieron por primera vez de un medicamento que les permitió superar sus estados, volver más rápido a sus hogares y, como se demostraría más tarde, mantenerse estables.

La Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares otorga cada dos años el premio “Mogens Schou” a aquellos investigadores que hayan realizado un aporte significativo para la comprensión o el tratamiento del trastorno bipolar. La distinción consiste en una pequeña piedra de sales de litio en un bloque de acrílico. Además, algunos investigadores han propuesto que el trastorno bipolar debería llamarse “enfermedad de Cade”, por la importancia del aporte del médico australiano.

Hoy en día se reconocen otros estabilizantes del ánimo, además del carbonato de litio. Se ha descubierto que algunos antiepilépticos tienen propiedades estabilizantes del ánimo, como el ácido valproico, la lamotrigina, la carbamazepina y la oxcarbazepina. Todos ellos muy eficaces y con indicaciones precisas.

Los antiepilépticos comenzaron a utilizarse como agentes estabilizantes del humor en la década de 1970, cuando la carbamazepina era un antiepiléptico de utilización masiva

en neurología. La escuela japonesa de psiquiatría había realizado algunos desarrollos que vincularon a ciertas formas de inestabilidad del humor con la epilepsia. Así es que, en 1973, Teruo Okuma y sus colaboradores publicaron el primer estudio sobre el uso de carbamazepina como estabilizante del ánimo.

A partir de allí, con cada nuevo antiepiléptico que surge, de forma inmediata se diseñan estudios tendientes a corroborar si tiene la capacidad de estabilizar el estado de ánimo. Además del litio y los anticonvulsivantes se utilizan otros medicamentos, como los antipsicóticos atípicos; algunos de estos son ideales para el manejo de los episodios de excitación o mixtos.

El tratamiento farmacológico de los trastornos bipolares suele implicar la administración de varios medicamentos, de forma tal que el resultado es mejor que el que se puede obtener con la utilización de cada uno por separado. Es trabajo del psiquiatra lograr una polifarmacia racional. Para ello las indicaciones y efectos colaterales de cada medicamento deben ser minuciosamente sopesados con el objeto final de lograr un tratamiento *a medida* de las necesidades de cada persona. El uso de guías de consenso es una ayuda fundamental a la hora de tomar estas decisiones. Un aspecto esencial es que cada decisión terapéutica debe ser consensuada con la persona bajo tratamiento, que debe estar interiorizada sobre el significado de la misma. De esta manera, cada entrevista de control médico es una oportunidad psicoeducativa inmejorable.

Al igual que lo que ocurre con los antipsicóticos o los antidepresivos, la investigación del mecanismo de acción de los estabilizantes fue decisiva para avanzar en el conocimiento de los sistemas involucrados en la regulación del humor. Por un lado, la evidencia científica demostró que el trastorno bipolar se distribuye en forma familiar, fenómeno que está determinado por factores genéticos. No obstante, no sabemos aún cuáles son los genes involucrados. Se trataría de múltiples genes, cuyo efecto sumado confiere vulnerabilidad; factores medioambientales contribuyen para que esta vulnerabilidad se exprese.

Al estudiar el mecanismo de acción de los estabilizantes del ánimo, el profesor Hussein Manji, entonces trabajando en el programa de investigación del trastorno bipolar del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, detectó que varios de ellos actúan sobre una enzima, la proteína kinasa C; esta enzima constituye un punto de regulación crítico de una cascada de eventos moleculares que ocurren en la intimidad de las neuronas de los ya mencionados circuitos reguladores del humor. En base a estudios previos, Manji propuso que un fármaco con capacidad de regular esta enzima tendría efectos reguladores del humor. Buscando en la farmacopea, observó que un medicamento comúnmente utilizado en el tratamiento del cáncer de mama actuaba exactamente allí. Diseñó, entonces, un estudio piloto destinado a confirmar su hipótesis. Trató a una pequeña muestra de pacientes que cursaban episodios maníacos con este medicamento y, como él esperaba, los pacientes mejoraron. Por supuesto que esto no implica que el tamoxifeno sea utilizado en el trastorno bipolar. Se trató de una experiencia que permitió lo que en ciencia se conoce como *proof of concept*, poner a prueba el concepto, que ya mencionamos en el capítulo 5. Esta investigación abrió la puerta para

una serie de avances en el conocimiento de los mecanismos involucrados en la biología y el tratamiento del trastorno bipolar. Esto no representa una explicación final, pero pone de manifiesto que el camino que nos permitirá llegar a tener mejores explicaciones implica el manejo y la manipulación experimental de variables complejas.

*

No disponemos aún de una explicación sencilla acerca de la neurobiología del trastorno bipolar. Sin embargo, el cuerpo de evidencia acumulado a lo largo de décadas de investigaciones comienza a permitir integrar una teoría unificada del mismo. Todo indica que el trastorno bipolar se produce por un conjunto de condiciones del neurodesarrollo, con anomalías funcionales interconectadas, que suelen aparecer en forma temprana en la vida y se agravan a lo largo del tiempo. Por un lado, se ha observado cierta pérdida del volumen cerebral en áreas que sabemos que son críticas para la regulación del humor y la función cognitiva. A esto se agregan hallazgos consistentes a nivel celular; se han detectado alteraciones en la regulación entre las neuronas y la glía, el representante del sistema inmune en el cerebro, que estaría hiperactiva durante las fases depresivas y maníacas, y retornaría al nivel basal en las fases de normalidad. Estos cambios son coherentes con la disregulación del eje hipotálamo hipófisis suprarrenal, el cual sabemos que activa procesos inflamatorios. Posiblemente el mayor descubrimiento de los últimos años haya sido el hecho de que no hay un factor, un gen, una vía neural o una anomalía cerebral que pueda explicar el trastorno por sí mismo; la respuesta vendrá desde una perspectiva integradora de estos fenómenos en la patogenia del trastorno.

La profundización del estudio de estas complejas interacciones y su integración con las diversas manifestaciones clínicas del trastorno permitirán descifrar este rompecabezas y desarrollar nuevas terapéuticas. En todo caso es importante no perder de vista que el modelo neurobiológico vigente para explicar los trastornos mentales se abre al entorno y requiere el estudio minucioso de la interacción entre estos factores biológicos y los factores socioambientales que contribuyen en forma indiscutida. Esto no significa abonar la idea de que el trastorno es una mera consecuencia de variables ambientales, sino que la consideración de los mismos es fundamental para una explicación integral que permitirá más y mejores tratamientos.

La idea de que la creatividad tiene algún tipo de asociación con las enfermedades mentales es un tema que ha preocupado a los pensadores desde la Antigüedad. El arquetipo del *genio loco* lo presenta el mismo Aristóteles quien afirmó “no hubo ningún genio que no tuviera una mezcla de locura”.

En la historia hay muchos ejemplos de grandes creadores que padecieron algún tipo de condición mental. Los investigadores Dennis Kinney y Ruth Richards propusieron que el estereotipo de creatividad y locura brinda una impresión confusa sobre las verdaderas relaciones entre esta cualidad y la psicopatología. Ellos sugieren, con buen criterio, que los síntomas psicóticos tienden a impedir la creatividad y que es la presencia de otras

características psicológicas asociadas con la predisposición genética o la susceptibilidad a diversos trastornos mentales, lo que realmente colabora con ello. Datos biográficos de genios creativos individuales han identificado muchos casos notables en las artes, que parecían padecer trastornos mentales mayores y, particularmente, depresión mayor y trastorno bipolar. Conocemos los casos de Ernest Hemingway, Virginia Woolf, Edgar Allan Poe y Lord Byron, entre otros. (6) En el caso de la esquizofrenia, la asociación no parece ser tan frecuente y ya destacamos los casos del matemático Nash y del poeta alemán Hölderlin.

En 1996, el psiquiatra Arnold Ludwig condujo un estudio sistemático sobre las relaciones entre la creatividad y las enfermedades mentales. Basándose en datos biográficos de más de mil personas eminentes de 18 profesiones diferentes, que habían sido reseñados en el *New York Times*. Sus datos mostraron una llamativa asociación entre creatividad y los trastornos afectivos. Otros investigadores han realizado trabajos similares que llegaron a las mismas conclusiones: una cierta asociación entre los trastornos del ánimo, particularmente el trastorno bipolar y la creatividad. Las explicaciones para esta aparente asociación son complejas y es difícil distinguir factores ambientales de factores de índole genético. Los familiares sanos de personas con trastorno bipolar suelen mostrar mayor tendencia a la creatividad y suelen estar sobrerrepresentados en profesiones creativas. Pero esto no brinda una explicación causal de tipo genético. Por ejemplo, un entorno de crianza altamente desestructurado podría contribuir tanto a la creatividad como al riesgo para desarrollar el trastorno.

El investigador Craig Powell y sus colaboradores, en un trabajo publicado en la revista *Nature Neuroscience* en 2015, se preguntaron si la creatividad y los trastornos psiquiátricos podrían estar asociados a través de alguna variación común en el genoma. Para eso utilizaron una gran muestra de material genético proveniente de 86.000 personas adultas de Islandia, 27.000 adultos de Suecia y de Países Bajos. De todos ellos se disponía de material genético, así como información sobre sus profesiones. Ninguno padecía ninguna enfermedad mental. Cerca del 1% eran artistas, incluyendo actores, bailarines, músicos y escritores. Utilizando datos genéticos previos sobre marcadores de riesgo para el desarrollo de trastornos esquizofrénicos y trastorno bipolar, establecieron un patrón para el desarrollo de estas enfermedades. Aplicando estos datos a la muestra de Islandia, Suecia y Países Bajos pudieron establecer que las personas con mayor riesgo de padecer alguna de las enfermedades mentales tenían también una alta probabilidad de estar empleados como artistas o pertenecer a sindicatos de artistas. Más allá del hecho de que estos hallazgos generan muchas preguntas, los autores se plantean por qué un factor genético o varios factores genéticos confieren a la vez mayor riesgo para padecer enfermedades que son muy debilitantes del funcionamiento y condiciones de personalidad positivas como la creatividad. Desde el punto de vista de la teoría de evolución genética, esta situación ha sido denominada “pleiotropía antagonista”, que ocurre cuando los alelos aumentan el beneficio adaptativo de un rasgo y, al mismo tiempo, lo reducen para otro.

Otra hipótesis explicativa podría ir de la mano del desarrollo de la reactividad

ambiental y la sensibilidad diferencial. Un mismo rasgo confiere vulnerabilidad en un contexto y mayor adaptabilidad en otro. En todo caso es evidente que la bipolaridad ha contribuido para proveer a nuestra cultura de grandes creadores.

1. Un estudio local reciente mostró que hasta un 3,5% de los habitantes de la Argentina podrían padecer este trastorno a lo largo de su vida. Hace poco hicimos el ejercicio de buscar en redes sociales el término “bipolar” y encontramos muchos usuarios que decían sufrir el trastorno, y asociaciones de concientización sobre la importancia de esta enfermedad, tanto lideradas por profesionales de la salud como por personas que lo padecen. Para nuestro asombro, junto a ellos encontramos una gran cantidad de personas que utilizan el término como un adjetivo, a veces descalificante. Esta incomprensión estigmatizante de la enfermedad y el sufrimiento que genera en quienes la padecen, pone en evidencia, una vez más, el desconocimiento y la incomprensión que tienen que padecer las personas afectadas.
2. Hagop Akiskal es hoy un prócer de la bipolaridad y, hace algunos años, nos hizo el honor de acompañarnos en la edición de un manual sobre el tema (Akiskal, Cerkovitch-Bakmas, García-Bonetto, Strejilevich, Vázquez. *Trastornos Bipolares. Conceptos Clínicos, Neurobiológicos y Terapéuticos*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 2006). Destaco estas líneas que allí escribió: “El arte del manejo clínico de estos pacientes va mucho más allá de los anticonvulsivantes o antipsicóticos atípicos. Necesita del arte de cuidar a los temperamentamente inquietos –aunque encantadores– individuos con vidas problemáticas. El clínico involucrado en cuidarlos a largo plazo es, por lo general, la única antorcha estable para ellos y, por lo tanto, puede considerarse un regulador del ánimo interpersonal”.
3. Un estudio de metaanálisis dirigido por el profesor Leonardo Tondo, de la Universidad de Harvard, con la colaboración con el doctor Gustavo Vázquez, confirma un dato de gran utilidad en el manejo clínico del trastorno bipolar: los antidepresivos, sobre todo los de cierta familia, tienen tendencia a producir viraje y esto tiene un efecto desestabilizante en el largo plazo en el tratamiento, es decir, el antidepresivo ayuda a superar el episodio actual, pero aumenta la posibilidad de tener episodios en el futuro, tanto euforias como depresiones.
4. Un paciente que padece trastorno bipolar, joven brillante y exitoso, saliendo de un estado mixto me dijo una vez: “tomar el estabilizante es como sacarse los zapatos después de una fiesta”.
5. Una de las principales compañías de teléfonos inteligentes promociona una aplicación dirigida a monitorear los latidos de los bebés en el útero de la madre. Luego de registrarlos, la información es enviada al médico, quien está al tanto de la salud de sus dos pacientes, sin que estos salgan de su casa. Hace poco una prestigiosa colega cardióloga me pidió que extendiera mis manos con la palma hacia arriba, depositó su teléfono inteligente, provisto con un pequeño accesorio sobre las mismas y, ante mi asombro, el registro de un electrocardiograma –el mío, para ser más exactos– apareció ante mis ojos. “Esto lo guardo o lo mando a tu historia clínica archivada en mi computadora, a través de la nube”. Para este tipo de medicina, cuya característica es estar centrada en el paciente y no en el médico, tenemos que prepararnos.
6. El profesor Hagop Akiskal ha dedicado su vida al estudio y tratamiento del trastorno bipolar. Él insta a tratar a las personas afectadas mediante intervenciones compasivas, no deben ser empujadas hacia la mediocridad. Para Akiskal, mientras que la mayoría de las personas con trastorno bipolar grave con síntomas psicóticos no son líderes ni creadores, constituyen el reservorio de los genes que, en una forma diluida, podrían ser las semillas de la genialidad.

Capítulo 7

El corazón como víctima de las emociones

Desde tiempos inmemoriales los poetas han determinado que el corazón era el asiento de las emociones. En la *Divina Comedia*, en el infierno, Dante utiliza la palabra “corazón” varias veces y, en por lo menos cinco de ellas, asociada a distintas emociones: terror, valor, ansiedad, pena y amor. Este vínculo comienza a ser un poco mejor comprendido a partir del siglo XIX, momento de gran importancia para la consolidación de las bases científicas de la medicina y en particular para las neurociencias. Gran parte de los hallazgos que formaron los cimientos de esta disciplina se hicieron en esta época. El cerebro comenzó a ser estudiado de forma sistemática y se desarrollaron las primeras técnicas que permitieron observar su estructura microscópica detalladamente. Estos trabajosos métodos que coloreaban los diversos componentes del sistema nervioso y permitían observar las neuronas con gran precisión se desarrollaron entonces. Cerca de un siglo pasó para que fuera posible abandonar el estudio anatómico *post mortem* para observar el sistema nervioso de personas vivas mediante la tomografía y la resonancia magnética nuclear. La descripción anatómica macroscópica y microscópica del cerebro era el primer paso necesario para comprender su funcionamiento. Las complejas técnicas de neuroimágenes funcionales, que se utilizan hoy en día, no tendrían sentido –tal vez ni existirían– si, por ejemplo, el neurólogo ucraniano Vladimir Alekseyevich Betz no hubiera observado, por primera vez en 1874, las células piramidales gigantes del área 4 de la corteza cerebral, a las cuales vinculó con el sistema motor.

La mayoría de los problemas y las grandes preguntas sobre la mente y el cerebro se plantearon en esta etapa histórica de la medicina con la expectativa de que la investigación científica las iba a ir respondiendo de a poco. Paul Flechsig, neurólogo que estudió la maduración cerebral y descubrió que la mielina, el aislamiento de las fibras nerviosas, se va desarrollando en nuestro cerebro según un orden preciso que refleja la evolución filogenética de las especies, tituló su discurso de asunción del rectorado de la Universidad de Leipzig en 1892, *Gehirn und Seele* (Cerebro y alma). En el mismo, insiste en que las respuestas para comprender la mente humana hay que buscarlas en el cerebro.

Para quienes piensan que el camino ha sido demasiado largo y que ya deberíamos tener respuestas contundentes, es bueno tener presente que cuando se hace referencia al cerebro y sus padecimientos, se está ante un desafío intelectual y técnico de una enorme magnitud, solamente comparable al otro gran desafío del conocimiento humano: el universo. Las dificultades para encontrar respuestas definitivas para los padecimientos psíquicos radican en la extrema complejidad del cerebro y de los mismos padecimientos en estudio. Como hemos visto, la investigación brinda de manera gradual explicaciones acerca de pequeñas porciones del rompecabezas que comienza a armarse lenta y

progresivamente.

Ya mencionamos en otro capítulo que en 1884 el psicólogo norteamericano William James postuló por primera vez que, lo que llamamos “emociones”, no son más que los cambios en la actividad de nuestro sistema nervioso autónomo correlacionados con nuestra actividad mental. Por eso *sentimos* miedo, amor, ira, ansiedad, porque las emociones son los cambios que ocurren en nuestro cuerpo ante los estímulos que las producen. También hemos visto los complejos programas neurales que se activan en cada emoción y que están dirigidos a optimizar nuestra capacidad de supervivencia. El compromiso del aparato cardiovascular en los procesos emocionales ha sido responsable de que, durante tanto tiempo, el corazón fuera identificado como el origen de las emociones.

En los últimos años se ha abierto un campo totalmente nuevo en la investigación del sistema nervioso, los padecimientos psíquicos y la salud cardiovascular, a tal punto que ha recibido un nombre singular: medicina corazón-cerebro.

*

Desde los experimentos de Otto Loewi en la década de 1920 sabemos que el corazón, si bien funciona en forma automática, es regulado por influencias directas del sistema nervioso autónomo, el simpático y el parasimpático. Un ejemplo de los extraordinarios vínculos entre las emociones y el cerebro lo encontramos en el *síndrome del corazón roto*: una condición descrita hace pocos años, que se presenta con la clínica y algunas características del infarto agudo de miocardio, pero es totalmente reversible. La ventriculografía muestra una imagen particular del corazón, que se ve deformado debido a que su ventrículo izquierdo no se contrae adecuadamente. Originariamente observado en Japón, este fenómeno clínico recibió el nombre de “*takotsubo*”, por la semejanza de esa imagen con la vasija utilizada en ese país para pescar pulpos. El rasgo clínico más destacable es que afecta a mujeres adultas, preferentemente postmenopáusicas, luego de una emoción intensa. Pese a presentarse como un infarto, las arterias coronarias están intactas. El cuadro se debería a una liberación masiva de catecolaminas que afectan la dinámica del músculo cardíaco.

En años recientes hemos aprendido aspectos muy interesantes sobre las relaciones entre las enfermedades mentales y las cardiovasculares; particularmente la enfermedad coronaria, el taponamiento progresivo de las arterias del corazón que se manifiesta, en su grado máximo, a través del denominado “infarto agudo de miocardio”.

Varios estudios de largo aliento fueron muy importantes para confirmar que factores psicosociales y de personalidad influyen en la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares. El estudio normativo del envejecimiento fue iniciado por la Administración de Veteranos de Estados Unidos con el objeto de establecer las variables que afectan este proceso. En 1963 comenzaron a evaluarse a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea: 2280 personas fueron seleccionadas para ser

examinadas en forma periódica con el objeto de determinar los factores asociados al envejecimiento normal y patológico y focalizando, sobre todo, sobre su salud cardiovascular. Con muy buen criterio se buscó la forma de incluir variables psicológicas y conductuales en el estudio, para lo que se utilizó *el test de Minnesota*. Se trata de un cuestionario de cerca de quinientas preguntas que brinda un perfil bastante preciso sobre los principales rasgos de personalidad. Sus resultados permitieron tener acceso a evidencia que posibilitó relacionar, en el largo plazo, los rasgos de la personalidad con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Dentro de sus hallazgos, uno de los más potentes fue la confirmación de que la ira es un factor predictivo negativo en la salud cardiovascular y que, en personas con enfermedad coronaria, una crisis de ira puede duplicar la posibilidad de tener un ataque agudo.

Todos conocemos algún caso de personas que, luego de discusiones, tuvieron un ataque cardíaco. En la historia de la medicina hay un ejemplo paradigmático, el de Sir John Hunter, un gran cirujano escocés del siglo XVIII. Tuvo su primer infarto luego de una discusión callejera y allí pronunció una frase que encierra una gran verdad clínica: “mi vida está en las manos de cualquier bribón que decide alterarme”. Hunter sabía que su corazón podía sucumbir ante una nueva discusión, y así fue, falleció a los 65 años luego de una acalorada discusión profesional. Sus biógrafos han recabado información que lo describe como una persona francamente irascible.

Cada crisis de ira es una tormenta de catecolaminas que afecta al corazón. Cuando nos enojamos mucho, el sistema nervioso simpático que nos prepara para la lucha o la huida libera grandes cantidades de catecolaminas, que producen que aumente la frecuencia cardíaca, la fuerza con la que el corazón se contrae y también la presión arterial. Esta situación representa la *tormenta autonómica perfecta* para que una arteria coronaria un poco tapada falle porque no da abasto para brindar oxígeno al territorio que le toca o que, por otro lado, se produzca el temido accidente de placa (la placa de ateroma se rompe liberando trozos de la misma, que terminan obturando el extremo de la arteria y cortando el suministro de oxígeno al territorio que oxigena, lo que produce el infarto). Todo esto se desencadena por una crisis de ira.

Otros factores psicosociales y de personalidad que se agregan a los conocidos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria son la depresión, la ansiedad y el estrés. La palabra “angustia”, que utilizamos para referirnos a un malestar intenso en la zona del pecho vinculada a sentimientos dolorosos, es muy cercana a “angor”, el término clínico para el dolor precordial en la enfermedad coronaria.

*

Las relaciones entre la depresión y la enfermedad coronaria comenzaron a hacerse claras en 1988. El grupo liderado por Robert Carney estudió a 52 pacientes que se sometían a un cateterismo cardíaco y a los que, además, se les llevó a cabo una evaluación psiquiátrica completa. Nueve de los 52 pacientes cumplían criterios clínicos de depresión

mayor. Al año, los pacientes fueron reevaluados para ver si habían tenido algún evento cardíaco mayor como un infarto, cirugía de revascularización o angioplastia o si habían sobrevivido. El mayor predictor de que alguna de estas cosas había ocurrido al año fue la presencia de depresión en el momento de la evaluación inicial. La depresión al inicio predijo quiénes iban a tener una evolución menos favorable.

A partir de allí comenzaron a efectuarse estudios sistemáticos. Un grupo de investigadores de Montreal, liderados por Nancy Frasure Smith, estudió durante varios años a un grupo de pacientes con enfermedad coronaria, evaluando si tenían o no síntomas de depresión. Para establecer la severidad de la depresión utilizaron un cuestionario muy difundido, el inventario de la depresión de Beck, que comprende cerca de veinte preguntas y arroja un valor que permite apreciar la severidad del cuadro. Luego de cinco años de seguimiento el grupo de Frasure Smith pudo demostrar que, a mayor puntaje en el cuestionario de depresión en el momento de ser admitidos en el estudio, aumentaba en forma proporcional la posibilidad de desarrollar nuevos eventos cardiovasculares, incluso el fallecimiento. Por eso concluyeron que la depresión tenía un *efecto de dosis* sobre la morbimortalidad cardiovascular.

Otro estudio muy interesante se llevó a cabo en California, el denominado “*Heart and Soul Study*” (Estudio corazón y alma). En 2002 se evaluaron en forma sistemática, 1054 pacientes que ingresaban con enfermedad coronaria y se determinó la presencia de factores psicosociales acompañantes: depresión, ansiedad, entre otros. Los pacientes que sufrían depresión tenían una performance peor que los pacientes sin depresión cuando se los sometía a la ergometría para ver el estado funcional de su músculo cardíaco. Esto no era atribuible a que sus corazones estaban más enfermos, sino que era un efecto directo de la depresión.

Todas estas investigaciones han permitido llegar a la conclusión de que la depresión es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad coronaria. Esto implica que las personas con depresión tienen más probabilidades de desarrollar problemas cardíacos. El efecto de la depresión va más allá del hecho de que las personas deprimidas suelen hacer poco ejercicio, no llevan una dieta sana y tienen tendencia al sobrepeso –factores que de forma lamentable algunas veces agravan los tratamientos farmacológicos– y fuman más. Los investigadores sostienen que hay algo más *dentro* de la depresión que aumenta este riesgo. Sin embargo, el principal factor, según refieren algunos expertos, es la falta de actividad física. Existe un enorme caudal de literatura científica que demuestra vínculos biológicos estrechos entre ambos procesos. En primer lugar, se da el efecto del estrés sobre la salud de las arterias. En segundo lugar, sabemos que el sistema nervioso autónomo tiene un tono más elevado en la depresión, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo para el corazón. Además, se ha observado que la depresión y las enfermedades cardiovasculares comparten la activación del sistema inflamatorio. Mediadores de la reacción inflamatoria como el factor de necrosis tumoral (TNF) y las interleucinas 1 y 6 están *activados* en la depresión, por lo que se piensa que esta es un estado *proinflamatorio*. Se trata de factores que también están activados en la enfermedad coronaria. Los mecanismos señalados cierran un círculo en el cual es difícil

saber cuál es el punto de comienzo. De hecho, existen investigaciones que muestran que podría existir una predisposición genética compartida para ambos trastornos. Por todas estas razones es que Alexander Glassman, un estudioso de los vínculos entre la depresión y la enfermedad coronaria, afirmó que “el corazón, más que el asiento, es la víctima de las emociones”.

*

En el fragor de la batalla de una Unidad Coronaria, donde cada minuto vale oro y los profesionales están muy ocupados con muchos pacientes, es muy difícil que alguien tenga tiempo para sentarse a conversar detenidamente con un paciente para preguntarle cómo ha estado su ánimo en los últimos días. A su vez, es bastante excepcional que haya un psiquiatra o un psicólogo en esas unidades de emergencias. El reconocimiento de la importancia de la depresión en el pronóstico de la enfermedad coronaria motivó a que los cardiólogos comenzaran a plantearse una forma rápida de detectar los síntomas depresivos, sobre todo a partir de que en 2008 una comisión interdisciplinaria de médicos en Estados Unidos publicó una recomendación contundente para los cardiólogos: dada la evidencia que liga a la depresión con las enfermedades cardiovasculares, a partir de ese momento los cardiólogos tienen la obligación de detectar y ocuparse de que sus pacientes cardíacos con depresión reciban tratamiento. En este contexto se buscó desarrollar herramientas de detección que permitieran identificar de forma expeditiva a las personas que, además de su enfermedad coronaria, tienen depresión. Así surgió un método de dos pasos utilizando dos versiones del mismo cuestionario, el PHQ (cuestionario de la salud del paciente). El primer paso utiliza la versión de dos preguntas: “en las últimas semanas, 1) ¿ha experimentado usted una disminución del placer o deseo de hacer cosas? y 2) ¿se ha sentido usted decaído, deprimido o desesperanzado?”. Si la respuesta es positiva a alguna de las dos, el paciente recibe un cuestionario de nueve preguntas. En el *Heart & Soul Study*, una de las dos respuestas positivas permitió detectar a un 90% de las personas que padecían depresión. Por su parte, cuando las dos respuestas eran negativas, la depresión prácticamente podía descartarse. Este tipo de cuestionarios, muy utilizados en la actualidad en psiquiatría y en psicología, no pretenden reemplazar el proceso diagnóstico minucioso que requieren las condiciones mentales. Se trata de herramientas de cribado o detección que permite, de un modo sencillo y rápido, recabar información sobre manifestaciones psíquicas que podrían requerir una mayor atención. Con estos datos comienzan a desarrollarse protocolos de investigación que posibilitan responder a la pregunta sobre cuál es el mejor método para tratar la depresión asociada a la enfermedad coronaria.

Desde hace años sabemos que el uso de ciertos antidepresivos puede ser útil en casos moderados o graves. Durante mucho tiempo abordamos esto con reserva porque los antidepresivos de la vieja generación denominados “tricíclicos” se caracterizaban por tener potenciales efectos negativos sobre el funcionamiento cardíaco. Esto se producía

no tanto sobre la irrigación coronaria, sino sobre el ritmo y la transmisión del impulso a lo largo del corazón. Por tal razón eran utilizados con mucha cautela y solo en casos muy necesarios. Con el advenimiento de los nuevos antidepresivos, entre los cuales los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) se destacan, la historia comenzó a cambiar. Los primeros estudios de eficacia y seguridad mostraron que esta nueva generación de medicamentos, además de ser efectivos, eran mucho más seguros y con menores efectos colaterales. Esto es destacable a nivel cardiovascular.

El profesor Bruce Rollman, de la Universidad de Pittsburgh, desarrolló hace varios años un proyecto al que le dio el llamativo nombre de “*Bypassing the Blues*”, que literalmente significa “puenteando la tristeza”. Con el objeto de abordar la depresión en personas tras ser sometidas a cirugía de revascularización miocárdica, desarrolló todo un programa de asistencia en el cual gran parte del seguimiento es realizado a distancia de forma telefónica. Si bien los resultados fueron alentadores en cuanto a mejorar la calidad de vida, todavía no se ha observado que este tipo de intervenciones modifique el riesgo cardiovascular. Se necesitan más estudios y más prolongados aún. Estos datos no corroboran los resultados de un estudio precoz de 2002, el famoso estudio SADHART (estudio randomizado de la eficacia antidepresiva de la sertralina en el ataque cardíaco). El objetivo primario era evaluar la seguridad de la sertralina, perteneciente a la mencionada familia de los ISRS, en el tratamiento de la depresión en personas que sufrían infartos o angina de pecho. Los resultados fueron alentadores y el medicamento logró mejorar el ánimo depresivo de los pacientes, a la vez que fue bien tolerado sin afectar el funcionamiento cardíaco. Pero además fue posible detectar que los pacientes que estaban recibiendo el tratamiento activo en su evolución mostraron una ligera tendencia a tener menos repeticiones de eventos cardíacos y accidentes cerebrovasculares, comparados con los que recibían placebo. Si bien este no era el objetivo primario del estudio, resultó esperanzador. La explicación podría ser compleja, pero una posibilidad estaría relacionada con la facultad de los medicamentos de la familia a la que pertenece la sertralina, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, de inhibir la coagulación. Sin embargo, queda mucho por investigar aún.

*

Existe a la vez una preocupación creciente en referencia a la salud general de las personas que padecen trastornos mentales, particularmente los más severos, como la depresión del trastorno bipolar y la esquizofrenia. Hace algunos años se realizó una actividad educativa de la Asociación Mundial de Psiquiatría, cuyo objetivo fue estudiar problemas vinculados a la salud física de las personas con trastornos mentales severos. Especialistas de todo el mundo analizaron, durante varios meses, una enorme cantidad de evidencia científica, y luego de dos reuniones se redactaron dos artículos publicados en la revista *World Psychiatry*. Con el objeto de delimitar los alcances del estudio, se acordó revisar la información de los denominados “trastornos mentales severos”, es decir,

aquellos que tienen la posibilidad de afectar de manera más generalizada la vida de las personas (fueron incluidos la esquizofrenia y el trastorno bipolar). Las principales conclusiones del estudio mostraron que las personas con trastornos mentales severos tienen una mortalidad dos a tres veces mayor que la de la población general. Un 60% de este exceso se debe a enfermedades físicas, que son más frecuentes en su globalidad. Por su parte, su impacto en la calidad de vida de las personas es mayor. Entre los factores que se contabilizaron que contribuirían a la pobre salud física de las personas con estos trastornos se destacaron, en primer lugar, elecciones individuales en el estilo de vida. Este factor está directamente vinculado a las condiciones psiquiátricas padecidas. Las personas con trastornos del ánimo tienen, por su propia condición, tendencia a llevar una vida más sedentaria, su dieta es menos balanceada y se les hace difícil dejar el hábito de fumar. Lo mismo ocurre en las personas afectadas por la esquizofrenia. Un estudio llevado a cabo en Finlandia demostró que la expectativa de vida de quienes padecen este trastorno es hasta veinte años menor que la de la población general. Este dato surge después de controlar los efectos de los medicamentos sobre la misma, tema que abordaremos un poco más adelante.

Las enfermedades que afectan más a las personas con trastornos mentales severos son las relacionadas con el sobrepeso, el síndrome metabólico y la diabetes. Esta situación, a su vez, produce un aumento del riesgo cardiovascular, infartos agudos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

Este grupo de enfermedades es seguido por las virales, particularmente, la hepatitis; las respiratorias también son significativas. La tuberculosis, una condición que, si bien es transmisible, se ve ampliamente favorecida por factores sociales. Las personas con enfermedades mentales severas de menor nivel socioeconómico son las más afectadas por toda la carga de la enfermedad y eso incluye enfermedades transmisibles. También se revisaron minuciosamente los reportes de incidencia de distintas formas de cáncer en las personas con trastornos mentales severos y, definitivamente, no se observó una asociación. Se sopesaron distintas hipótesis que pudieran explicar esto; una posibilidad es que la mortalidad por otras causas, incluyendo el suicidio, podría enmascarar la incidencia de enfermedades oncológicas. Los datos sobre la frecuencia de cada tipo de enfermedad asociada a los trastornos mentales han sido replicados en multiplicidad de estudios.

Sorprendió a los miembros de este grupo una observación que se repetía en todos los países, independientemente del estatus socioeconómico de cada uno de ellos. Las personas con trastornos mentales sufren, además de mayor carga de las enfermedades, una disparidad en su posibilidad de acceso, utilización y provisión de cuidados sanitarios. Quiere decir que, además de su trastorno mental, el sistema tiende a olvidarse de sus cuidados médicos. Como resultado de esto la Asociación Psiquiátrica Mundial comenzó a hacer una serie de recomendaciones, tendientes a mejorar la calidad y el acceso de las personas con enfermedades mentales, a los cuidados médicos generales.

*

En el campo de la medicina psicosomática se han escrito en bibliotecas enteras los efectos de la personalidad y ciertas enfermedades mentales y un supuesto aumento del riesgo de padecer cáncer. Esto ha sido afirmado en forma insistente con la depresión mayor. Desde el punto de vista metodológico, demostrar tal asociación estadística no es suficiente para pensar que existe una relación de causa-efecto. En ciencia es muy fácil que la opinión del investigador, de alguna manera, distorsione su búsqueda; por tal razón una relación de este tipo solo podría ser demostrada en estudios prospectivos –se decide lo que se va a investigar y se definen los parámetros en forma previa–, dado que los estudios retrospectivos pierden potencia estadístico-matemática. Un metaanálisis (1) muy reciente revisó en forma minuciosa la evidencia al respecto y detectó, primero, que había muy pocos estudios de calidad, en el sentido de diseño científico riguroso, que investigan si la depresión es factor de riesgo para el cáncer. Las investigaciones que confirmaban una ligera asociación eran las que peor estaban diseñadas; mientras que los trabajos más rigurosos no eran tan concluyentes. El tema depresión/cáncer requiere más y mejores investigaciones. La relación inversa, es decir, cómo la depresión afecta en forma negativa la evolución y el pronóstico de las personas con distintos tipos de cáncer, está un poco más avanzada. Y avala la necesidad de abordar el tratamiento de la depresión en personas con enfermedades oncológicas en forma activa y decidida.

*

La relación entre un psiquiatra y las personas a las cuales les presta atención suele ser extensa, debido al carácter crónico y recurrente de la mayoría de los trastornos mentales, sobre todo, de los más severos. Con mucha frecuencia se discute con ellos cuestiones no directamente vinculadas al padecimiento que los trae al gabinete, sino vinculadas a su salud general. Ya hemos dicho que el sistema no facilita el acceso a los cuidados generales de salud a las personas con padecimientos psíquicos. En este escenario es una tendencia creciente que el psiquiatra se convierta en el médico de cabecera. Las personas con depresión, con trastorno bipolar o esquizofrenia tienden, por diversas razones, a ir poco al clínico. Entonces, sabiendo que la salud física de sus pacientes es fundamental, los psiquiatras suelen ocuparse de que los mismos hagan sus chequeos anuales. Cuando se detectan situaciones que exceden la posibilidad de manejo, se los acompaña para que puedan consultar con el especialista pertinente.

Un aspecto que es motivo de preocupación y que además refuerza esta conducta de los médicos psiquiatras que señalamos es el hecho de que muchos medicamentos que se emplean tienen tendencia a producir efectos colaterales indeseables a nivel metabólico, fundamentalmente, aumento de peso y desarrollo del denominado “síndrome metabólico”. Este se caracteriza por la elevación de los niveles de colesterol, la resistencia insulínica (un estado previo a la diabetes) y la hipertensión arterial. El nivel de

conciencia de los psiquiatras sobre este tema ha crecido mucho en los últimos años y se desarrollan esfuerzos significativos para evitarlo y controlarlo. En algunos casos de trastornos mentales muy graves, es difícil sustraerse a la posibilidad de utilizar estos medicamentos y, sin lugar a dudas, son peores las consecuencias de no utilizarlos que sus efectos colaterales. Sin embargo, el tema no deja de ser preocupante. Como siempre en medicina, ante un abordaje terapéutico se sopesan los riesgos y los beneficios de un tratamiento.

Las personas bajo tratamiento por trastornos mentales no son ajenas a otro tipo de factores que inciden en su metabolismo. Es sabido que Occidente enfrenta una epidemia de obesidad, lo que favorece las enfermedades mencionadas. Según un documento publicado por el *National Obesity Forum* del Reino Unido, las causas de la obesidad se encuentran en lo que denominan “nuestro entorno nutricional”. La sobreoferta de hidratos de carbono produce en la población un balance positivo de energía. Y nuestro organismo está diseñado para guardar lo que le sobra. Una dieta sana significa no solo incluir frutas, verduras y vegetales, sino también mejorar la calidad de la alimentación. El exceso de alimentos conservados agrava la situación. Cuanto más colores tiene el plato y más cruda está la comida, mejor. Hoy se ha extendido el hábito de discutir estas cuestiones en la consulta psiquiátrica, intentando mejorar la conciencia nutricional.

*

Estudios recientes llevados a cabo por el grupo de trabajo del trastorno bipolar de la Universidad de Pittsburgh demostraron que intervenciones bien programadas, dirigidas a evitar el desarrollo de la vida sedentaria y el sobrepeso en los pacientes, y llevadas a cabo en forma preventiva desde el inicio de los tratamientos, logra moderar el efecto de los mismos. Es importante recalcar que este efecto sobre el metabolismo es, además, influido por los propios trastornos; las personas con trastorno bipolar, con depresión o esquizofrenia tienen más tendencia al sobrepeso y el síndrome metabólico, independientemente de la medicación que reciben. (2)

Datos muy recientes indican que la frecuencia de los trastornos mentales en su conjunto es mucho mayor que lo que se calculaba hace pocos años. Si tenemos en cuenta la mortalidad aumentada por diversas causas, más la interferencia que los trastornos producen en la vida de las personas que las padecen, en términos laborales, académicos y familiares, se encuentran entre las tres primeras causas de discapacidad. Es un dato confirmado en todo el mundo que a menudo las personas con trastornos mentales no reciben ni los cuidados psiquiátricos ni médicos generales que requieren. Esto se debe al permanente recorte en los presupuestos de salud mental, fenómeno extendido a nivel mundial. Se gasta mucho más en investigación y asistencia en otras enfermedades menos frecuentes.

Si tenemos todo esto en cuenta, tomamos conciencia de que el sistema sanitario profundiza el estigma que portan las personas que padecen trastornos mentales mediante

el recurso más sencillo: abandonarlos a su suerte. Aquellos que, porque tienen trabajo o recursos económicos, tienen la posibilidad de acceder a seguros de salud que les cubran sus necesidades en salud mental, tienen más ventajas (aunque la calidad de los mismos no sea siempre la mejor). Pero aquellos que no tienen esas posibilidades y dependen de la salud pública encuentran las mayores dificultades y están desamparados por el sistema. Sistema que dice protegerlos con legislaciones altisonantes que muchas veces no hacen más que agravar su situación. Asumir, como un acto revolucionario, la idea *foucaultiana* que expresa que la solución es cerrar los hospitales especializados en vez de modernizarlos es un argumento que atrasa muchos años y que solo pueden sostener personas de muy poca o nula experiencia clínica.

La comunidad psiquiátrica es consciente de que, además de lidiar con trastornos que recién ahora se empiezan a comprender de forma cabal, se lidia con todo un sistema sanitario que pone a las personas con enfermedades mentales severas al final de la lista de prioridades. A esto se agrega la toma de conciencia de la necesidad de convertirse, en muchos casos, en el médico de cabecera de los pacientes tomando a su cargo el cuidado global de su salud.

-
1. El metaanálisis es un recurso de la estadística muy utilizado en la actualidad. Mediante parámetros muy estrictos, es posible comparar los resultados de distintas investigaciones que se plantearon las mismas preguntas. Esto permite averiguar qué tan *potente* es una asociación o el efecto de un medicamento.
 2. Hace un tiempo llevamos a cabo, junto con el doctor Pablo Richly, una encuesta a gran escala entre psiquiatras latinoamericanos. Nos interesaba conocer cuál era su actitud con respecto a la problemática de la alta frecuencia de otras enfermedades *médicas* en las personas que reciben cuidados psiquiátricos (las cursivas tienen que ver con el hecho de que consideramos que los trastornos mentales son también condiciones *médicas*, y no perdemos oportunidad de aclarar nuestra postura con respecto a la identidad *médica* del psiquiatra y el abordaje *médico* interdisciplinario del tratamiento de los trastornos mentales). El estudio, cuyos resultados se publicaron en la revista *World Psychiatry*, utilizó nuevamente una plataforma educativa por internet, para lo cual se contó con la participación del doctor Daniel Flichtentrei. Diversas preguntas apuntaban a detectar si los profesionales eran conscientes de la prevalencia de enfermedades cardiometabólicas entre sus pacientes y cuál era su actitud. La mayoría de los especialistas mostraron estar interiorizados de esta necesidad, pero se observó que frecuentemente los psiquiatras no toman acciones directas sobre el tema, como pesar a los pacientes, tomarles la presión o medirles el perímetro abdominal. La tendencia era derivar esas responsabilidades al clínico u otros especialistas.

Capítulo 8

Apostillas sobre la psiquiatría y la neurología

En 1808, un neurólogo alemán, Johann Christian Reil (1), escribió un artículo en el cual utiliza, por primera vez, la palabra “psiquiatería”, que más tarde daría lugar a “psiquiatría”. En su escrito de 118 páginas, consideró que era necesaria y urgente la creación de una especialidad médica dedicada al tratamiento de los trastornos mentales. Las razones para la formación de esta disciplina habían sido establecidas en un escrito anterior suyo, cuyo sugestivo nombre era “Rapsodia sobre la aplicación de los métodos de tratamiento psíquico a los disturbios mentales”. Por ello, Reil fue considerado el creador de la medicina psíquica en Alemania, comparándose su trabajo con el de Pinel y Esquirol en Francia. Consideraba que la psiquiatría era una de las tres principales ramas de la medicina, junto con la cirugía y la farmacia. Agregó el sufijo “-iatro” (del griego *iatros*, médico) para destacar que se trataba de una disciplina médica central y no de un asunto de filósofos o teólogos, quienes hasta ese momento se habían dedicado al estudio de la mente y sus trastornos.

Reil estableció los aspectos fundamentales de la psiquiatría, reclamando por los derechos de los pacientes con trastornos mentales. Concebía el *tratamiento psíquico* como fundamental tanto para las enfermedades mentales como las somáticas y lo equiparaba a los tratamientos médicos y quirúrgicos. También se ocupó de temas vinculados al estigma y la forma de combatirlo. En este sentido, pedía hospitales mentales humanos y mayor responsabilidad de la sociedad y del gobierno para con los ciudadanos con trastornos mentales.

Algunos aspectos centrales del trabajo del Reil se destacan por su vigencia. Uno de ellos es entender que las enfermedades mentales son universales. O sea, cualquiera puede padecerlas. Además, consideraba necesario examinar si la responsabilidad criminal de las personas con trastornos mentales está disminuida o incluso no existe durante la enfermedad. Como podemos observar, se adelantó a cuestiones de índole médico legal que serían puestas de manifiesto mucho tiempo después. Y, por último, advertía que se requería de una campaña contra el estigma y que el humanismo debía ser primario en el tratamiento de los enfermos mentales. La vigencia del pensamiento de Reil en lo que se refiere al estigma y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales abrumba, porque en doscientos años no se ha logrado una comprensión cabal del significado de los trastornos mentales y el sufrimiento que acarrear.

Con respecto a los tratamientos, pensaba que el enfoque humanitario de las cuestiones mentales debía estar en la base de un cuidado de alta calidad. Los, entonces, *asilos de lunáticos* deberían cambiarse por hospitales mentales. Debemos recordar que Reil escribió esto en un momento en el cual hacía muy poco tiempo que un grupo muy selecto de médicos había llegado a la conclusión de que los padecimientos mentales eran

verdaderas enfermedades. La mayoría de las personas seguía pensando que se trataba de algún tipo desvío causado por razones espirituales, religiosas o, incluso, mágicas.

Reil proponía espacios libres y cuidados para las personas afectadas y la evitación de *emociones altamente expresadas* como de la sobreestimulación. Refería que la terapia psíquica es un método terapéutico equivalente y adecuado tanto para las enfermedades psíquicas, como para las somáticas. También refirió que los trastornos mentales podían causar enfermedades físicas. Con respecto a la psiquiatría, creía que era una especialidad médica pura, que no debería ser invadida por filósofos. Para Reil, solo los mejores médicos podrían ser psiquiatras (algo bastante alejado de los vigentes estereotipos vinculados al estigma, como ya mencionamos).

Hoy seguimos pensando que la psiquiatría es una rama de la medicina interna; pero dentro de la salud mental misma ha habido movimientos que pugnaron por la *desmedicalización* de la salud mental, basándose en un prejuicio que ignora los avances de la ciencia. Estas corrientes, junto a otros factores, han sido determinantes para que la psiquiatría se haya alejado de la medicina y, particularmente, de la neurología. Generaciones de psiquiatras han complementado su formación médica con el entrenamiento en abordajes psicoterapéuticos basados en doctrinas atractivas por su capacidad de explicar, en forma metafórica, todos los fenómenos psíquicos normales y patológicos. Estas se caracterizan por el elevado nivel especulativo y el rechazo sistemático de la necesidad ética de someter sus postulados y pretendida eficacia terapéutica al arbitrio de la ciencia. Enormes cantidades de dinero han sido erogadas por personas con diversos trastornos mentales o, incluso, sanas, en prolongados tratamientos de eficacia nunca probada. Las críticas a la industria farmacéutica y sus negocios y la supuesta complicidad de la psiquiatría es el conjuro con el cual se deshacen de esta deuda ética que desconocen.

Durante gran parte del siglo XIX, la psiquiatría y la neurología estuvieron muy unidas. En países como Alemania se mantenía la tradición del *nervenarzt*, cuya traducción sería *médico de los nervios*, muy parecido al concepto actual de la neuropsiquiatría. Por aquellos tiempos, en la naciente psiquiatría, se describieron por primera vez con claridad los cuadros clínicos psiquiátricos más llamativos, como hemos mencionado en otros apartados. Un hito es el hallazgo del médico francés Antoine Bayle, en 1850. En aquel entonces los hospitales psiquiátricos estaban colmados de pacientes con una enfermedad que hoy desconocemos, la “parálisis general progresiva” (PGP), una forma cerebral tardía de la sífilis. Esta enfermedad era producida por una bacteria móvil, el treponema pálido. Luego de años de evolución, la sífilis afecta el sistema nervioso, produciendo una inflamación de las meninges, las cubiertas del cerebro. El cuadro clínico que caracteriza a la PGP comienza con manifestaciones delirantes megalómanas muy llamativas, para luego progresar lentamente hacia el deterioro de la demencia. Faltaba mucho para el descubrimiento de la penicilina. Bayle fue la persona que se dio cuenta de que la sífilis era la causa de esta particular forma de psicosis. Así, por primera vez se daba una explicación para un trastorno mental. Esto produjo un estado de euforia en la psiquiatría, porque se pensaba que el resto de las enfermedades podrían ser explicadas de

forma rápida. Por tal razón, se comenzaron a llevar a cabo estudios anatómicos *post mortem* sobre los cerebros de las personas que fallecían en los hospitales. El resto de la historia es conocida: no se producirían grandes avances, con la excepción del hallazgo de Alzheimer sobre la demencia. Pero él estaba buscando las causas de la esquizofrenia, y literalmente se tropezó con la enfermedad que hoy lleva su nombre.

La historia de la PGP tuvo una derivación interesante, que implicó el primer premio Nobel de Medicina para un psiquiatra, Julius Wagner-Jauregg. Este médico austriaco trabajaba en un gran hospital y observó que si los pacientes con PGP presentaban picos de fiebre intensa por alguna razón, su cuadro mejoraba. Se le ocurrió que provocar picos febriles de alguna manera podría ser útil. La malaria es una enfermedad caracterizada por picos de fiebre periódicos, las famosas “fiebres cuartanas”. Una enfermedad molesta, pero menos grave que la PGP, cuya evolución era hacia el deceso. Inoculó a algunos pacientes con el *plasmidium malariae* y registró que conforme repetían los picos febriles, mejoraban de su cuadro neuropsiquiátrico. Al parecer, los picos de fiebre de alguna forma afectan la vitalidad del treponema. Este tratamiento se llamó “piretoterapia” o “malarioterapia”. En 1927 Wagner-Jauregg recibió el premio Nobel de Medicina. Pasarían más de setenta años hasta que otro psiquiatra recibiera este premio: Eric Kandel, aunque sus aportes no están vinculados de forma directa con la psiquiatría.

*

La primera correlación entre una lesión anatómica del cerebro y la pérdida de una función la hizo el neurólogo francés Paul Broca en 1864. Al fallecer su famoso paciente Leborgne pudo identificar que la consecuencia del derrame que, en vida, lo había privado de la posibilidad de articular el lenguaje se encontraba en la base del lóbulo frontal izquierdo. Desde entonces se denomina “afasia motora de Broca” a ese síndrome. Pocos años más tarde, el neuropsiquiatra alemán Karl Wernicke, haría lo propio con la “afasia sensorial”. En este caso la lesión fue ubicada en la porción posterior de la primera circunvolución del lóbulo temporal izquierdo.

En 1892 el neurólogo Arnold Pick publicó, en la semana médica de Praga, la descripción de la enfermedad que durante mucho tiempo llevó su nombre y que hoy conocemos como “demencia frontotemporal”. Esta forma de demencia se diferencia de la enfermedad de Alzheimer en que, mucho antes de manifestar alteraciones cognitivas en la memoria y la orientación, las personas afectadas muestran cambios en su conducta. Estos cambios conductuales son variados: algunos pacientes presentan una desinhibición, parecida a la que tienen las personas que cursan episodios maníacos. Se ponen indiscretas y no pueden evitar decir lo que piensan, aunque esté fuera de lugar. Pierden el tacto social. Esta desinhibición puede ser verbal, física o sexual, no siendo raro que cometan actos de indiscreción muy embarazosos para sus familiares; estos ven azorados como una persona que siempre había exhibido una conducta adecuada comienza a perder las formas. A veces ríen y hablan sin parar. Otros pacientes se presentan con una

marcada apatía y desinterés por sus actividades habituales. En algunos casos, pueden aparecer síntomas psicóticos francos, como alucinaciones y delirios. No es raro que las familias de estas personas deambulen por varios psiquiatras, antes de que se tome conciencia de que se trata de una enfermedad neurodegenerativa. En general, aunque no siempre, una resonancia magnética nuclear de cerebro permite hacer el diagnóstico. Para Pick, quien no contaba con resonadores y solo podía hacer el diagnóstico anatómico cuando los pacientes fallecían, estas características de la FTD eran una demostración de las estrechas conexiones entre la psiquiatría y la neurología. (2)

A medida que nos internamos en el siglo XX y, al hacerse evidente que la búsqueda de las bases neurales de los trastornos mentales no iba a producir hallazgos tan rápidos y resonantes, la neurología y la psiquiatría comenzaron a separarse. En forma salomónica una se dedicó a las enfermedades con una base biológica o anatómica demostrada, la neurología, quedando para la psiquiatría los trastornos con una base biológica aún por demostrar.

Existen muchos casos que unen la neurología y la psiquiatría, a través de cuadros que, siendo de base neurológica demostrada, tienen marcadas manifestaciones psíquicas. De forma inversa son muchas las enfermedades psiquiátricas en las cuales es indiscutible la participación de procesos neurales complejos.

El profesor Andres Kanner, reconocido experto en epilepsia de la Universidad de Miami, publicó en 2003 un interesante artículo cuyo título es elocuente: “¿Cuándo dejaron los neurólogos y los psiquiatras de conversar entre ellos?”. En este artículo Kanner revisa minuciosamente todas las condiciones neurológicas que, por sus manifestaciones conductuales y psicológicas, deberían ser evaluadas en forma sistemática por un psiquiatra. Pero según sus reportes, esto no ocurre la mayoría de las veces en Estados Unidos, donde trabaja. Algo semejante ocurre en muchos otros lugares del planeta.

*

La prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en trastornos neurológicos es relativamente alta, según Andrés Kanner. Por ejemplo, las personas que padecen esclerosis múltiple tienen un riesgo de desarrollar depresión mayor que va del 10% al 60%. Por lo menos un 46% de las personas que padecen enfermedad de Parkinson presentan sintomatología depresiva. El estudio longitudinal de la evolución de la enfermedad de Parkinson realizado hace muchos años demostró la existencia de diversos *estadios* en la enfermedad. En un porcentaje muy elevado de los pacientes, la depresión es un síntoma precoz, que precede por años la aparición de los síntomas motores.

En el caso del accidente cerebrovascular, la presencia de la depresión posterior tiene un marcado impacto en la calidad de vida de las personas, interfiriendo con la recuperación cognitiva, con la recuperación de las actividades en la vida diaria y aumentando el riesgo general de padecer complicaciones. Por su parte, diversos estudios

han demostrado que el tratamiento de la depresión posterior al ACV modifica sustancialmente su pronóstico. Las personas que reciben tratamiento farmacológico y psicoterapéutico presentan menos riesgos y complicaciones en el mediano y largo plazo. En la Argentina, Sergio Starkstein demostró hace años que accidentes cerebrovasculares ubicados en el lóbulo frontal podían producir, por un lado, síntomas depresivos con mayor déficit cognitivo. También demostró, en varios estudios en colaboración con Facundo Manes, que las lesiones en el lóbulo frontal derecho podían producir cuadros hipomaniacos muy semejantes a los que vemos en el trastorno bipolar. Y además, dichos estudios confirmaron que las lesiones en la cara medial del lóbulo frontal producían apatía.

El caso de las manifestaciones psiquiátricas en la epilepsia es, sin lugar a dudas, muy trascendente. Por razones vinculadas al estigma, durante mucho tiempo los neurólogos evitaron el diagnóstico de trastornos psiquiátricos asociados a esta enfermedad. En un lapso largo de tiempo, entre fines del siglo XIX y principios del XX, cuando todavía no existían tratamientos médicos, la epilepsia o *enfermedad de caerse* era estudiada y tratada por los psiquiatras. En este contexto se describieron una serie de manifestaciones psíquicas propias de esta enfermedad. Trastornos del ánimo, síntomas psicóticos, ansiedad, entre otros, en su conjunto recibieron el nombre de “equivalentes epilépticos”. Un fenómeno clínico muy particular descubierto en la década de 1950 llamó la atención de los neurólogos y los psiquiatras. Al estudiar el electroencefalograma de pacientes con epilepsia que presentaban síntomas psicóticos, el neurólogo alemán Markus Landolt observó que había un grupo de ellos que mostraban la aparición de síntomas psicóticos, mientras el trazado electroencefalográfico se mostraba normal. Los registros previos y posteriores a las psicosis eran los típicos de los cuadros epilépticos. Por esta razón, el fenómeno fue denominado “normalización forzada”. En muchos casos los síntomas psicóticos desaparecen cuando el paciente vuelve a manifestar síntomas epilépticos. Pero, como mencionamos antes, la manifestación psíquica más significativa y con mayor impacto en la calidad de vida de las personas con epilepsia es la depresión. Por tal razón, su detección y tratamiento se ha convertido en uno de los factores que está colaborando a que psiquiatras y neurólogos vuelvan a trabajar en forma coordinada.

*

El entrenamiento de los neurólogos suele incluir muy poco o ningún entrenamiento psiquiátrico. Los residentes de neurología tampoco suelen rotar por servicios de psiquiatría. En forma inversa, el entrenamiento de los psiquiatras contempla un entrenamiento neurológico que podríamos calificar como deficitario: los residentes de psiquiatría hacen breves rotaciones por servicios de neurología; el pasaje por unidades de neuroimágenes depende del interés de residente ya que no es obligatorio.

Es llamativo que la formación neurológica no sea obligatoria en la currícula de los psiquiatras, si tomamos en cuenta el rumbo que la investigación en las bases neurales de

los trastornos mentales ha tomado en los últimos años. Hemos visto a lo largo de este libro que muchas líneas de investigación sobre los trastornos mentales se basan, por ejemplo, en estudios de neuroimágenes.

Es evidente que la psiquiatría y la neurología están convergiendo en diversas áreas. Un capítulo en el que esto es determinante es en el de las demencias. La enfermedad de Alzheimer es una condición con una base neural claramente establecida, pero que presenta manifestaciones clínicas que requieren la mayor atención, sobre todo, en el inicio de la misma, que son de orden psíquico o conductual. Los principales desafíos que plantea el acompañamiento de las personas con enfermedad de Alzheimer y sus familiares deviene de los trastornos psiquiátricos que las mismas suelen desarrollar, además de los déficits cognitivos.

En el futuro, el trabajo interdisciplinario entre psiquiatras y neurólogos será, seguramente, cada vez más estrecho. La verdadera interdisciplina en la cual los trastornos psiquiátricos y neurológicos implica el trabajo conjunto de neurólogos, psiquiatras, psicólogos, neurospicólogos, terapeutas ocupacionales y terapeutas familiares. El tratamiento de las complejas enfermedades que abordan ambas disciplinas no termina con el proceso de diagnóstico y selección de la terapéutica adecuada. En la gran mayoría de los casos estamos hablando de condiciones que modifican, en forma persistente, la vida de las personas que las padecen y sus familias. Es necesario un dispositivo que acompañe a la persona afectada y a su familia en el proceso de adaptarse a la nueva realidad. Allí es donde el equipo interdisciplinario se convierte en una necesidad insoslayable.

En un artículo de reciente publicación, Facundo Manes y Agustín Ibáñez proponen el camino que permitirá rehacer el puente entre la psiquiatría y la neurología. Las modernas neurociencias sociales cumplirán un rol fundamental, dado que estudian procesos afectados por condiciones abordadas por ambas disciplinas. El reconocimiento facial de emociones, la teoría de la mente, la cognición moral y la evaluación del contexto social, entre otras, son objeto de escrutinio en estudios multidimensionales neurocognitivos, de neuroimágenes, conductuales y genéticos y permitirán allanar el camino para una nueva neuropsiquiatría.

Psiquiatría y neurología son ramas de un mismo tronco: las neurociencias clínicas. Y, como tales, deben ir unidas en el trabajo cotidiano con el único objeto de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos y neurológicos.

1. La mayoría de los médicos y neurólogos conocen a Reil por sus descripciones anatómicas de la vía sensitiva que corre por la médula y el lóbulo de la ínsula que, escondido detrás de la cisura de Silvio, hoy es reconocida como una estructura fundamental en los circuitos emocionales vinculados a la interocepción, es decir, la percepción de nuestro propio cuerpo.

2. En la Argentina, la euforia por estos hallazgos se plasmó en la fundación de los primeros laboratorios de investigaciones en neurociencias. A fines del siglo XIX, el gran sanitarista Domingo Cabred fue comisionado para

viajar a Europa y contratar un experto para que viniera al país a estudiar el cerebro humano. Luego de tentar a varios neurólogos reconocidos de la época, contactó al profesor Cristofredo Jakob, quien llegó a Buenos Aires en 1899. En forma inmediata creó dos laboratorios ubicados en los actuales hospitales Borda y Moyano. Allí dedicó décadas al estudio de la anatomía cerebral normal y patológica. Su obra se desglosa en el análisis sistemático de la anatomía cerebral comparada de los vertebrados. En esos laboratorios hice mis primeros estudios de neurociencias, cuando estaban dirigidos por Diego Luis Outes. A este grupo de visionarios se los reconoce como “La Escuela Neurobiológica Argentina”, herederos de Jakob, cuyo único *error* fue trabajar lejos del primer mundo y cuyos aportes no lograron la difusión que hubieran merecido. En sus investigaciones de anatomía comparada Jakob se adelantó dos décadas al descubrimiento del neurólogo estadounidense Paul MacLean sobre la función de estructuras del cerebro olfatorio como el hipocampo en la regulación emocional. Además, en una aproximación evolucionista darwiniana, explicó cómo fue el desarrollo del sistema nervioso a lo largo de la evolución, y cómo se fueron adquiriendo diversas funciones. José T. Borda fue su discípulo y estudió la enfermedad de Alzheimer. Un trabajo totalmente desconocido de Borda demostró, hace más de 50 años que, conforme avanzaba la edad, la posibilidad de que las personas muestren lesiones propias de esta enfermedad crece. Braulio Aurelio Moyano fue también discípulo de Jakob y tuvo oportunidad de llevar a cabo estudios en Alemania. A su regreso se dedicó al estudio de la enfermedad de Pick. Observando a estos pacientes, en la era previa a la existencia de la resonancia magnética o la tomografía, se dio cuenta de que algunos de ellos mostraban una particular desestructuración de las funciones del lenguaje, lo que le permitió señalar que, en ellos, la enfermedad afectaba en forma primaria estructuras del lóbulo temporal. Muchos años después, desconociendo estos trabajos que nunca vieron la luz en ningún idioma distinto del español, el neurólogo Marek Marsel Mesulam describió la “afasia progresiva primaria”. Lo mismo que Moyano había observado. Otro descubrimiento de Moyano fue la base neuropatológica de un síntoma muy particular de la sífilis cerebral. El *signo de Argyll Robertson* es una parálisis de los músculos de la pupila ante la estimulación lumínica. Moyano descubrió que esto se debía a la pérdida de la vaina de mielina de los nervios ciliares cortos que inervan estos músculos y hacen que nuestra pupila se cierre ante la luz.

Comentario final

El futuro de la psiquiatría ya llegó

La psiquiatría ha recorrido un largo camino, no desprovisto de escollos y malentendidos. La mayoría de esas dificultades tiene que ver con el carácter esquivo, multicausal y polifacético de los trastornos a los cuales dedica su quehacer. Si lo pensamos en perspectiva histórica, solo han pasado poco más de sesenta años desde que tuvimos disponible el primer fármaco efectivo para atenuar los síntomas de algunas de las formas más graves de trastornos mentales, y algo más de cien desde que el concepto de psicoterapia individual se instalara de la mano del psicoanálisis.

Hemos visto que el enorme desafío que significa el conocimiento de la intimidad de los trastornos mentales radica en la complejidad del órgano en estudio, el cerebro, y su capacidad de procesar información, asignarle valencia y determinar nuestra conducta y la modalidad de vínculo con el entorno socioambiental. Aquellos que pretenden estudiar la mente y sus trastornos prescindiendo de este con el argumento del supuesto reduccionismo biológico caen, en su ignorancia, en un reduccionismo más grave: pretender explicar los fenómenos mentales a través del relato subjetivo o la mera observación, haciendo caso omiso del órgano que los produce. Todavía no hemos encontrado alguien que pueda dar una explicación científica del funcionamiento mental que no incluya el cerebro.

Los avances de la psiquiatría moderna comenzaron con la precisión de los diagnósticos. Se trató de un largo proceso que se inició en el siglo XIX cuando la clínica psiquiátrica empezó a ordenarse y se describieron los síndromes que luego adquirirían la condición de enfermedades o trastornos. Durante todo el siglo XX, la clínica se fue depurando hasta que se redactaron los manuales diagnósticos. Con todos los errores y críticas que podemos hacerles, significaron un enorme avance para que los psiquiatras de entonces pudieran ponerse de acuerdo con respecto a qué se referían exactamente cuando hacían un diagnóstico. El uso de la idea de *la depresión según tal o cual* era bastante frecuente antes de eso. Y esto, por supuesto, generaba confusión. Cada uno seguía su escuela clínica. La discusión entre grupos era difícil. Al comenzar a acordar los diagnósticos, la investigación comenzó a consolidarse.

La euforia de fines del siglo XIX cuando las neurociencias dieron sus primeros pasos y se describieron los grandes síndromes neurológicos y neuropsiquiátricos decayó rápidamente cuando no se lograron encontrar las respuestas para las grandes preguntas de la psiquiatría: la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. El espacio fue rápidamente ocupado por la euforia del descubrimiento del inconsciente y los postulados del psicoanálisis, que prometían una rápida solución a los secretos de la mente sana y enferma. Si bien muchos consideran sus avances fundamentales e insoslayables, un grupo creciente de expertos no comparte esa visión, entre otras razones, porque las

complejas explicaciones que su marco teórico brinda para dar cuenta de los fenómenos mentales más severos no se han traducido en verdaderas respuestas para las personas afectadas.

En la década de 1950 aparecieron los primeros psicofármacos; entonces sí, comenzaron a producirse lentamente los cambios esperados durante años. La neuropsicofarmacología se erigió en uno de los pilares de la psiquiatría moderna. Por un lado, porque brindó contundentes respuestas terapéuticas donde antes no existía nada. Así, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizantes del ánimo, utilizados en forma avezada por especialistas entrenados han revolucionado la perspectiva de las personas afectadas de las formas más graves de padecimiento psíquico. Constituyeron una verdadera revolución que permitió las reformas ulteriores en la modalidad de su abordaje. Es cierto que el uso abusivo de los mismos en situaciones que solo implicaban crisis vitales ocurrieron con cierta frecuencia, pero no creemos que esto sea suficiente para descartar su enorme valor terapéutico. Basta con preguntarle a una persona aquejada con depresión o trastorno bipolar o alguno de los diversos cuadros de ansiedad para saber cómo la medicación cambió su calidad de vida.

Para tener una noción de la verdadera revolución que significó la incorporación de los primeros antipsicóticos en la práctica clínica, bien vale la pena recordar el relato de uno de sus protagonistas, el profesor Heinz Lehmann, que introdujo casi sin pensarlo el concepto de antipsicótico:

Recuerdo muy bien un grupo de estudiantes haciendo la recorrida conmigo en 1952 en el Hospital Protestante de Verdún (actual Douglas Hospital) en Montreal. Estábamos viendo a dos jóvenes pacientes esquizofrénicos que gesticulaban en forma excitada hacia el techo desde el cual escuchaban voces atemorizantes. Uno de los estudiantes suavemente pregunta: “¿tendremos alguna vez una píldora para ayudar a esta gente?”. Sonreí con aire protector y repliqué, desafortunadamente, que nunca sería tan simple como “solo una píldora”. Un año después comenzábamos nuestro primer ensayo clínico con clorpromazina en 75 pacientes esquizofrénicos. En pocos días, algunos de los pacientes habían detenido sus alucinaciones y en dos semanas, algunos habían remitido y estaban listos para dejar el hospital. Asumí que estábamos viendo una serie de eventos casuales –tal vez resultantes de una extraña selección casual de la muestra–. Era tan improbable como ganarse un millón en la lotería.

Lehmann también recuerda los escasos recursos con los que contaban y que todos los hospitales mentales estaban superpoblados así como que las condiciones de vida de los pacientes eran vergonzosas. Entre el 60% y el 70% de los pacientes que se internaban con un diagnóstico de esquizofrenia permanecían internados en forma indefinida.

La irrupción de los psicofármacos en la vida de las personas afectadas de trastornos mentales severos como la depresión, la enfermedad maníaco depresiva o la esquizofrenia realmente fue un hálito esperanzador en el ambiente nihilista y paternal de la psiquiatría de la década de 1950. Solo a partir de allí las reformas pudieron comenzar a pensarse. Antes de eso el alta de un paciente con psicosis era una alternativa poco frecuente. Esto no se debía a la malicia de los médicos, sino a la cruel consecuencia de enfermedades que, hasta ese momento, no tenían ninguna posibilidad terapéutica duradera.

En forma paradójal las reformas antipsiquiátricas de la década de 1970, abriendo las

puertas y cerrando hospitales públicos, fueron posibles gracias a los avances de la medicina execrada por esos movimientos.

Al mismo tiempo la neuropsicofarmacología se convirtió en una ciencia fundamental para la comprensión de las bases biológicas del funcionamiento sano del sistema nervioso y también de sus disfunciones. Los modelos experimentales en los cuales un fármaco es utilizado para modificar la respuesta de un circuito neural se han convertido en moneda corriente. Hemos visto cómo estudiando el mecanismo de acción de los antidepresivos aprendimos sobre las bases neurobiológicas de la depresión. En el mismo sentido los antipsicóticos abrieron la puerta para desentrañar el complejo mecanismo molecular que subyace a una idea delirante.

Por su parte, los fármacos modernos se caracterizan por un perfil optimizado, en el que los beneficios terapéuticos sobrepasan los efectos colaterales. Al mismo tiempo, el desarrollo de guías de tratamiento es un verdadero avance tecnológico de la psiquiatría moderna. La revisión crítica periódica de las herramientas terapéuticas disponibles por parte de un grupo de expertos pone en manos del clínico un instrumento extraordinario que le ahorra horas de estudio y pruebas innecesarias a las personas afectadas.

Cada nuevo estudio controlado provee datos sobre la eficacia de medicamentos o combinaciones de los mismos en situaciones particulares de cada condición. Asimismo, hemos aprendido cuándo utilizar ciertos fármacos y cuándo no utilizarlos. La psicofarmacología, salvo casos excepcionales, no es más ese *tanteo a ciegas* buscando el medicamento que beneficie a una persona. Hoy en día el abordaje farmacológico se realiza con muchas más precisiones sobre la posibilidad de respuestas. Comienzan a estar disponibles estudios farmacogenéticos que, con la acumulación de evidencia, nos permitirán predecir cuál es el medicamento ideal para cada persona. Dado que hemos descubierto que las enzimas hepáticas que metabolizan los medicamentos tienen una serie de variantes que pueden influir en la posibilidad de respuesta y tolerancia a los mismos, tales estudios farmacogenéticos se postulan como la clave para la optimización de los tratamientos en lo que ha sido dado en llamar “medicina personalizada”.

Los avances en los estudios de neuroimágenes también están revolucionando la investigación de las bases neurobiológicas de los trastornos mentales. Se va acumulando una masa crítica de información que comienza a brindar claves sobre algunas cuestiones. Luego de décadas de ignorancia, descubrimos sutiles alteraciones estructurales en las personas que padecen esquizofrenia, lo cual reorientó la investigación y permitió construir el edificio de la hipótesis del neurodesarrollo de esta enfermedad. Es esta hipótesis la que puso en marcha el verdadero movimiento de reforma psiquiátrica que representan los protocolos de intervenciones precoces en primeros episodios o estados de riesgo de psicosis. Abordamos la evaluación de adolescentes con problemas desde una visión diferente y con muchas más herramientas para comprender el significado de sus padecimientos y comenzamos a poder actuar mediante intervenciones tempranas, lo que nos acerca al resto de la medicina donde el diagnóstico precoz es la norma. Patrick McGorry, un investigador australiano líder en el campo, llamó a esto “una reforma basada en la evidencia”, en contraposición a las de la década de 1970, basadas en el

prejuicio.

Las intervenciones interdisciplinarias en el campo de los estados de riesgo comienzan a demostrar que la colaboración de todos los miembros del equipo de salud mental es la verdadera respuesta, alejada de discusiones epistemológicas que no producen ningún resultado positivo para las personas afectadas. Hoy en día abordamos el tratamiento de un estado depresivo o un trastorno bipolar, sabiendo que tras la estabilización anímica sobrevendrá una etapa de rehabilitación en la cual la psicoterapia individual optimizará sus resultados si va acompañada de rehabilitación cognitiva y funcional junto con la psicoeducación del paciente y su familia.

La psicoeducación de las personas afectadas y sus familias es un avance de los últimos lustros. Este verdadero entrenamiento brinda herramientas que logran que el núcleo familiar afectado no solo pueda lidiar mejor con el problema, sino que se convierte en un actor central del tratamiento al actuar como amortiguador y detector de signos incipientes de recaídas, disminuyendo los daños ulteriores. A su vez, la propia persona afectada deja de tener un rol pasivo en el tratamiento, por lo cual se utiliza cada vez menos la palabra “paciente”. Ellos son el eje sobre el que se construye el equipo interdisciplinario. Los pormenores del tratamiento son discutidos en forma minuciosa, lo que permite que las personas inicien sus tratamientos con pleno conocimiento de los beneficios, así como de sus potenciales efectos indeseados.

En el campo de la investigación, la combinación de datos provenientes del examen clínico se une a los estudios de neuroimágenes y la genética para comenzar a formular nuevas hipótesis de comprensión de los trastornos. Se han acumulado datos genéticos de varios cientos de miles de personas afectadas por los distintos trastornos. Se inicia el estudio matemático de esta enorme cantidad de información en el campo de análisis de *Big Data* y minería de datos, lo que está comenzando a dar luz de formas impensables hasta hace pocos años. Los estudios longitudinales de grandes grupos de pacientes muestran factores predictivos de la evolución y respuesta a los tratamientos absolutamente novedosos. Esto permitió saber, por ejemplo, que vivir en una gran ciudad genera factores que aumentan el riesgo de padecer ciertas enfermedades como la esquizofrenia. Investigadores de países con sistemas de salud centralizados pueden correlacionar variables en poblaciones enteras, lo que permitió confirmar vínculos insospechados entre los trastornos mentales y las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo. Esto se traduce en nuevas tendencias en el cuidado de las personas afectadas.

La tecnología comienza a meterse en los consultorios de los profesionales a través de aplicaciones telefónicas inteligentes que estrechan el contacto con las personas bajo tratamiento. No se trata de reemplazar al profesional, sino de proveer con información sensible en tiempo real, optimizando el cuidado al detectar signos precoces de alarma.

La gran asignatura pendiente de la psiquiatría es el estigma de las personas afectadas. Pese a todos los esfuerzos educativos que se realizan, los avances en este campo son tímidos. Ningún esfuerzo es demasiado a la hora de lograr hacer comprender a la población que padecer un trastorno mental no es una decisión personal, ni tiene que ver con la debilidad del ánimo. Comparten muchas dificultades con el resto de las

enfermedades, pero se diferencian de las mismas en que en los trastornos mentales siempre se desliza la idea de que la fuerza de voluntad sería la solución para todo. Algunos cultores de medicinas alternativas favorecen esta visión.

Padecer un trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión o trastorno obsesivo compulsivo no es ni una elección ni una estrategia para evitar enfrentar los avatares de la vida. Solo quienes están cerca de las personas afectadas, sus familiares, sus médicos y psicólogos saben lo lacerante que es cada nueva alternativa de la enfermedad en la cual los sueños de la persona afectada se hacen trizas contra la pared de un nuevo episodio. Cada sueño, cada anhelo, cada iniciativa se ve frágil frente al embate de la enfermedad que amenaza como una verdadera tormenta.

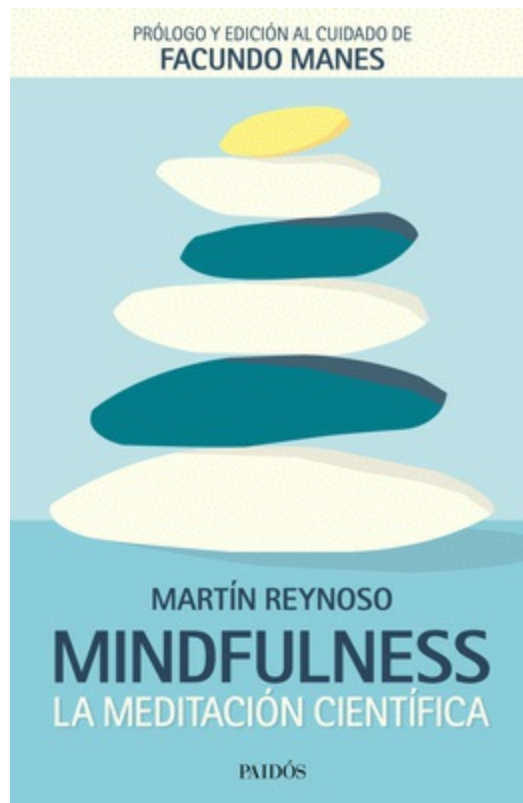
Las personas con trastornos mentales solo ocupan la primera plana de los diarios cuando son protagonistas de algún evento dramático. En forma silenciosa y persistente, la psiquiatría ha realizado enormes hallazgos que no salen en los diarios, pero que se han traducido en una mejora incalculable con respecto a la posibilidad de las personas afectadas de planificar y proyectarse como seres humanos. Falta mucho por recorrer, pero el camino atravesado por psiquiatras, psicólogos, pacientes y familias nos permite ver el futuro con un optimismo que la salud mental no tenía desde hace muchos años.

Grupo Planeta

¡Seguinos!



¿Te gustó este libro? Te recomendamos...



Índice

Portadilla	3
Prólogo, por Facundo Manes	7
Nota del autor	9
Introducción: La psiquiatría no es glamorosa	10
1. Darwin y la evolución de las emociones	27
2. La ansiedad ataca	43
3. El estigma de la psicosis	55
4. Nosotros ante las fuerzas de la naturaleza: el estrés y los traumas	72
5. La depresión no es igual a la tristeza	90
6. El trastorno bipolar	112
7. El corazón como víctima de las emociones	126
8. Apostillas sobre la psiquiatría y la neurología	137
Comentario final: El futuro de la psiquiatría ya llegó	145