

Presentación libro ¿Tratar la Mente o Tratar el Cerebro?

*Julio Sanjuan Arias**

Profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de Valencia
Académico Correspondiente de la R. Acad. Med. de la Comunidad Valenciana

EXCEMAS. E ILMAS. AUTORIDADES;
EXCMOS. E ILMOS. SEÑORAS Y SEÑORES;
SEÑORAS Y SEÑORES:

Antes de nada, mi sincero agradecimiento a La Real Academia de Medicina de Valencia la amabilidad para alojar la presentación de este libro y a la Profesora Carmen Leal por sus palabras que reflejan, sobre todo, la buena amistad que nos une. También agradeceremos vuestra presencia a todos los compañeros y amigos que estáis hoy aquí.

Este libro salió de un encargo de la Editorial Desclee de Brouwer a través de mi amigo Manuel Gomez-Beneyto.

¿Por qué acepte este encargo?

Dos son los motivos fundamentales que me han llevado a escribir este libro: la denuncia de una situación, en mi opinión lamentable, que vivimos en la atención a los enfermos mentales y en segundo lugar presentar algunas propuestas para intentar mejorar el estado de las cosas.

Empecemos por la Denuncia

Este libro me ha permitido revisar y reflexionar en voz alta, sobre un tema que me ha tenido casi obsesionado desde que empecé a formarme en Psiquiatría. Me refiero a la dualidad mente-cerebro. ¿Cuándo tratamos un paciente debemos pensar que tiene un problema cerebral, aunque sea muy sutil, o debemos intentar entenderlo desde un modelo psicológico, familiar o social? La dualidad mente-cerebro es quizás uno de los temas más fascinantes de la filosofía y de la ciencia, pero en este libro no pretendía una discusión científico-filosófica. Lo que he intentado en estas páginas es resaltar las consecuencias negativas y las contradicciones que surgen de esta dualidad en la práctica clínica.

La consecuencia más clara es que vivimos, desde hace ya muchos años, una batalla entre dos posiciones doctrinales contrapuestas. Los que defienden que todas las enfermedades mentales se deben entender como enfermedades del cerebro, esto es lo que solemos llamar modelo Medico-Farmacológico; y los que plantean que los problemas de salud mental son consecuencia de problemas interpersonales, familiares o sociales a lo que denominamos modelo Psico-Social

Aunque muchos me diréis que lo sensato es buscar la integración de ambas posturas, lo humanos no solemos hacer mucho uso de la sensatez y, en mi opinión, estas posturas, en vez de integrarse, están cada vez más radicalizadas en posicionamientos extremos. (Esta situación se parece desgraciadamente a lo que está ocurriendo con los políticos en este país).

Pongo dos ejemplos de estos planteamientos radicales:

F. Paris en un reciente libro de psicofarmacología afirmaba que para que la administración de estos fármacos sea eficaz, nos tenemos que olvidar de los síntomas y que lo único importante es pensar en términos de neurotransmisión cerebral. La clave, para este autor, es saber acertar con los fármacos que eliminen la disfunción neuroquímica que sufre el paciente.

En los ya 35 años que llevo orientado a la investigación, la mayor parte de la misma la he realizado buscando las bases biológicas de los trastornos mentales graves. En este ya largo recorrido he conocido a muchos brillantes investigadores que han mantenido y siguen manteniendo una actitud optimista. Están convencidos de que la investigación cerebral es la que iluminará finalmente el misterio de la locura o de la depresión. Pero yo tengo una enfermedad congénita: Sufro de un Agnosticismo Generalizado. Es verdad que tenemos medicamentos razonablemente eficaces pero, el problema que tiene el planteamiento Medico-Farmacológico, en su versión reduccionista, es que no quieren oír las malas noticias y las malas noticias dicen que después de décadas de investigación, no hemos sido capaces de encontrar ni un solo marcador biológico que sea útil para el diagnóstico en la práctica clínica.

En el otro extremo, como ejemplo de la Postura Pico-Social radical tenemos la entrevista que hace dos semanas se realizó en el periódico el País a Peter Gøtzsche médico danés especialista de la Cochrane, que lleva desde hace tiempo una campaña en contra de los psicofármacos, en esta entrevista afirma: “Los antipsicóticos matan, sería mucho mejor para los pacientes no dar ningún anti-psicótico y hacer más psicoterapia”. Con esta afirmación Gøtzsche comete, a mi entender, dos equivocaciones. En primer lugar tiene un sesgo científico enorme. Aunque muchas de las afirmaciones que hace sobre los riesgos y limitaciones de los psicofármacos tienen una base relativa en la literatura científica, debería utilizar el mismo rigor para

analizar los problemas y las limitaciones de la psicoterapia o las intervenciones psicosociales. Si revisamos los datos empíricos de la eficacia de la psicoterapia en la psicosis, la realidad es que estos datos no invitan al optimismo del Dr. Gøtzsche. (Para empezar una gran parte de los pacientes psicóticos no quieren realizar ninguna tipo de psicoterapia, y todos sabemos que sin la voluntad del paciente es imposible aplicar este tratamiento). En segundo lugar, el autor se defiende cuando le critican que no es psiquiatra y no ve pacientes, diciendo que no necesita ser psiquiatra ya que le basta con leer artículos científicos para saber que los antipsicóticos son malos. Pero, los que si trabajamos viendo pacientes psicóticos, no nos enfrentamos a números, ni a meta-análisis, nos enfrentamos a personas reales, con familiares desesperados porque su hijo no sale de la habitación desde hace dos años o porque está en un estado de agitación enfrentándose violentamente a los vecinos que le acosan con voces amenazantes que solo el oye.

Estos dos ejemplos muestran dos graves pecados de los enfoques doctrinales fundamentalistas: el dogmatismo y la falta de humildad. Este libro está escrito, a golpe de indignación en contra de este dogmatismo de uno y otro bando. En esta lucha contra el dogmatismo me apoyo tanto en datos empíricos como en experiencias personales que muestran el riesgo de estas actitudes radicalizadas.

Este dualismo no es una discusión teórica sino que afecta directamente la formación de residentes en Psiquiatría y Psicología Clínica. Es un clásico en la especialización en nuestro país que para alcanzar el título de especialista, no precisas pasar ningún examen teórico. Al revés de lo que ocurre durante la carrera, durante la residencia toda la formación se basa en la práctica. Aunque hay que recordar que la Medicina, nos guste o no, no es una ciencia es solo un oficio empírico que se aprende practicando, la falta de una formación teórica reglada supone un peligro que puede alcanzar tintes dramáticos en el campo de la Psiquiatría y Psicología Clínica. ¿Con que grado de profundidad se debe estudiar Psicofarmacología? De las 500 técnicas psicoterapéuticas oficiales ¿Cómo decidir en cual formarse o cuales son imprescindibles conocer?

La impresión que tengo es que además de intentar sobrevivir a la presión asistencial, cada residente se forma en lo que emocionalmente le resulta más afín con su personalidad o sus propios intereses. Así, hay quien abraza el psicoanálisis desde el primer año y no quiere oír nada de cualquier otro enfoque. O quien desarrolla una fe incombustible, desde el principio, en los psicofármacos y dice no creer en la psicoterapia.

Pues bien, este libro está dirigido, de forma especial, a los Psicólogos Clínicos y Psiquiatras en formación, que todavía no han sido abducidos por el dogmatismo de escuela. A los que todavía tienen curiosidad y saben mirar hacia los lados. A los que

son capaces de ir más allá buscando la mejor solución para su paciente. Para ellos el libro proporciona un buen número de tablas que de forma simplificada resumen la evidencia empírica del tipo de ayuda, farmacológica o psicoterapéutica, más eficaz para cada trastorno. El ingente trabajo que me supuso revisar toda esta evidencia fue la principal causa de que tardara cinco años en escribir el libro y no uno, como estaba inicialmente previsto.

Hasta aquí la denuncia.

Así, lo que defiendo, el objetivo esencial de este libro, es la necesidad urgente de tener un enfoque integrador. Hay muy buenos libros de psicoterapia y de psicofarmacología, pero hay muy pocos de cómo integrar ambas cosas y en los que se intenta, hasta donde yo sé, hablan solo de combinar, no de integrar.

¿Cómo podemos integrar lo Biológico con lo Psico-Social?

Mi propuesta, se resume en tres puntos esenciales:

En primer lugar hay que insistir en que necesitamos técnicas terapéuticas que tengan una sólida evidencia empírica. Puede haber psicoterapias o modelos animales o neuroquímicos muy atractivos en sus planteamientos teóricos pero necesitan demostrar que son eficaces en la práctica. Es verdad que puede haber problemas para los que no tenemos ningún tratamiento de eficacia demostrada. Pero el punto de partida siempre debe ser la aplicación de terapias con eficacia reconocida empíricamente. Esto os puede parecer una perogrullada pero no lo es.

Os pongo dos ejemplos: la polifarmacia, recetar de entrada más de un psicofármaco es una práctica muy habitual (alrededor del 50%) en nuestro entorno, sin embargo no goza de la más mínima evidencia de que sea más útil que la monoterapia y si entraña as riesgos de efectos secundarios.

Algunas técnicas psicoterapéuticas como la terapia Gestáltica que causaron furor entre muchos psicólogos nunca no se han molestado en realizar ni un solo ensayo clínico para demostrar su eficacia

En segundo lugar necesitamos de un marco teórico integrador. ¿Cómo encontrarlo? ¿De que tratan en realidad la Psiquiatría y la Psicología Clínica? Tanto la Psiquiatría como la Psicología Clínica tienen por objeto el estudio y tratamiento de los problemas emocionales del ser humano global dentro de su contexto social. Bueno, pues hay una disciplina ya muy reconocida, que estudia la naturaleza humana tanto en su vertiente Biológica como Social. Dicha disciplina se llama Antropología. Lo que vengo defendiendo desde hace años y sostengo también en este libro, es que la Antropología, enmarcada a su vez en la Teoría de la Evolución, es el mejor marco que

conozco para superar las batallas doctrinales. Es el mejor marco porque hay una Antropología Biológica que analiza las características genéticas y cerebrales que diferencian al ser humano del resto de los animales y hay otra Antropología Cultural que analiza y explica la importancia de las normas familiares y sociales. La Teoría de la Evolución permite además, dar un significado adaptativo a los síntomas. Un significado que, como trato de explicar en el libro, puede ser muy útil para realizar un plan diagnóstico y terapéutico personalizado e integrador.

En tercer lugar, pero no último en importancia, mi propuesta incluye un compromiso ético. Este compromiso empieza, por el respeto a los derechos humanos del paciente. Pero además toda terapia implica necesariamente un vínculo terapéutico, este vínculo ya no puede basarse en un modelo paternalista. Debemos escuchar e implicar a los pacientes en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Para explicar y reforzar este punto me gustaría terminar esta breve presentación leyendo el resumen de un caso clínico que presento en el libro. Se trata de uno de los pacientes de los que más he aprendido en todos estos años.

En 1989, Paco acudió por primera vez a mi consulta, acompañado por su familia. Tenía 26 años, había sido diagnosticado hace 6 años de esquizofrenia hebefrénica que después paso a residual. Por algunos de sus comportamientos al inicio de su trastorno, se podía deducir que inicialmente tuvo ideas paranoides, pero en realidad el nunca habló de sus ideas ni de sus percepciones. Cuando le vi por primera vez, solo hablaba con monosílabos o frases muy cortas, sus movimientos eran los de un robot, su semblante no reflejaba ningún gesto, ninguna emoción. Su mirada era fija y perdida. Nada más verle me recordó los pacientes psicóticos que había visto, hace años, en la sala de crónicos de un psiquiátrico de Madrid. Cuando ves un paciente así no se te olvida. Su familia lo traía por recomendaciones, pero ya estaba muy resignada con la situación. Reconocían que había sido un niño estudioso que no había dado problemas, pero muy aislado socialmente desde su infancia. Paco había abandonado los estudios al comienzo de la enfermedad, no salía de casa, no se relacionaba con nadie, permanecía como un mueble en el salón de casa, comía, dormía, se tomaba la medicación y solo se aseaba por insistencia de sus padres. Comprobé que parte de esa rigidez motora podía deberse al efecto tipo Parkinson inducido por la medicación (estaba tomando Haloperidol). Decidí cambiarla por un antipsicótico que tuviera menos efectos extrapiramidales (Tioridacina). A las pocas semanas la rigidez de Paco había disminuido y su semblante dejaba vislumbrar algún gesto que semejava una emoción. Pero a lo largo de los meses siguientes el cuadro general de Paco no cambio. Continuo aislado, apenas se comunicaba y no mostraba interés por nada. Era el caso más dramático que yo había tratado de lo que denominamos “síntomas negativos” o “esquizofrenia deficitaria”. Los intentos de que realizara alguna actividad, incluyendo intervención familiar y terapia de grupo, fueron un completo fracaso. Tenía todos los

criterios de mal pronóstico. Continué viendo a Paco durante 2 años sin poder ser más que un testigo impotente de su estancamiento personal y social. Un día, su familia me informó que se trasladaban a vivir Málaga y me pidieron que les aconsejara un psiquiatra que les pudiera seguir atendiendo en esta ciudad. Les recomendé a mi buen amigo y gran profesional Fermín Mayoral.

En el año 2005, 16 años después, recibí una llamada por teléfono. A pesar del tiempo transcurrido, y como excepción de mi habitual despiste, identifiqué su voz, era Paco. Había vuelto a Valencia hacia 3 años y necesitaba comentarme algo urgente. Al verle me quede pasmado. Desde luego era el, pero ya no era la misma persona. Hablaba de forma fluida, desde hace dos años vivía en pareja, se mantenía económicamente independiente gracias a la pensión que tenía por la incapacidad y haciendo pequeños encargos de carpintería. No solo había recuperado el semblante y las emociones, sino que su vida se había transformado de forma radical hasta llevar un funcionamiento prácticamente normal. Le pregunte, muy intrigado, si en Málaga había seguido algún nuevo tratamiento (pensé que Fermín, además de un buen amigo, era un mago de la terapia). Pero Paco me dijo que no. Que no había acudido a ningún otro psiquiatra o psicólogo desde que yo le vi hace 16 años. En todos los años que estuvo en Málaga solo acudía regularmente al médico de cabecera para que le siguiera recetando la Tioridacina. El motivo de la llamada telefónica era porque habían retirado dicha medicación de las farmacias y necesitaba urgentemente una alternativa.

EL caso de Paco es excepcional, pero como todas las excepciones nos puede dar luz de algunos aspectos clave.

Paco nos da una lección de humildad respecto a nuestros conocimientos diagnósticos y terapéuticos tanto en farmacología como en terapias psico-sociales. Paco, era consciente que precisaba de la Tioridacina pero, todo lo demás, lo había hecho el solo sin ayuda de ningún profesional y sin sabernos explicar muy bien cómo. Es un claro ejemplo de Recuperación conducida por el propio paciente.

El caso de Paco también nos sugiere que no somos ni los Psiquiatras ni los Psicólogos Clínicos, con nuestras batallas entre modelos terapéuticos, los que tenemos las claves de cómo resolver los casos más graves, son los propios pacientes los que más nos pueden enseñar a encontrar nuevos caminos.

Son los pacientes que he atendido a lo largo de estos años la fuente principal de mi saber. Sería para mí la mayor satisfacción, que la lectura de este libro pudiera llevar a algún terapeuta a una reflexión y que esta reflexión le permitiera superar diferencias doctrinales y empezara a trabajar en enfoques terapéuticos más integradores.

Porque da igual que nos dediquemos a la investigación de modelos animales o a la aplicación de nuevas técnicas psicoterapéuticas, lo que no podemos olvidar nunca es que son ellos, los pacientes, los únicos que dan sentido a nuestro trabajo