

## ¿Vamos hacia una psiquiatría neurológica?

**L.M. Gonzalo**

Universidad de Navarra

Correspondencia:

Luis M<sup>º</sup> Gonzalo Sanz

Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Campus Universitario. 31080 Pamplona

(lgonzalo@unav.es)

Hasta que la neurología adquirió un considerable desarrollo, tanto en el campo clínico como en el anatomofisiológico, los psiquiatras eran también neurólogos. Después, la neurología no sólo ha constituido una especialidad propia sino que se ha dividido en subespecialidades. A primera vista, parece que la división o, si se quiere, la línea de separación entre ambas especialidades es clara: la neurología se ocupa del sistema nervioso y sus alteraciones y la psiquiatría de la psique y sus trastornos. Pero hete aquí que el cerebro es el instrumento del que se vale la psique para todas sus actividades, por tanto, cuando el cerebro enferma se pueden disputar su cuidado neurólogos y psiquiatras.

Hay, indudablemente, alteraciones cerebrales cuyo diagnóstico y tratamiento corresponde al neurólogo, por ejemplo, infecciones, tumores, alteraciones vasculares. Pero hay otras afecciones en que la competencia no es tan clara, por ejemplo, en el caso de las demencias seniles. Las demencias, en principio, corresponden a los psiquiatras, pero en el caso de las demencias seniles, por el tipo de lesiones, su curso y el tratamiento que se debe instaurar, parece que caen en el terreno del neurólogo, y no sólo las demencias multiinfarto sino también las de Alzheimer. En otras ocasiones, los primeros síntomas de un tumor cerebral son psiquiátricos, por lo que se acude al psiquiatra y, después, se descubre que la causa responsable de la disfunción psíquica era la compresión producida por una neoplasia. Incluso los trastornos psiquiátricos que parecían afectar solamente a la psique se ve que afectan a la bioquímica cerebral e incluso a su estructura.

Ante esta estrecha relación cerebro-psique en las enfermedades mentales cabe preguntarse ¿es la mente o es el cerebro lo primero que se altera? Pues las alteraciones psíquicas producen modificaciones bioquímicas y estructurales en el cerebro y, viceversa, las alteraciones cerebrales dan lugar a trastorno psíquicos.

En la actualidad la tendencia, incluso entre los psiquiatras, es conceder el papel primario a las alteraciones cerebrales y considerar las mentales como secundarias a aquellas. Basta asomarse a la amplia bibliografía que existe sobre los principales enfermedades mentales para convencerse de ello. Así, en la génesis de la esquizofrenia se habla de la importancia del factor neurológico<sup>1</sup>, del bioquímico<sup>2</sup> y del genético<sup>3</sup>. En el caso de la depresión se atribuye, como en la esquizofrenia, un importante papel al factor neurológico<sup>4</sup> y, en menor medida al bioquímico<sup>5</sup>. En la ansiedad sucede algo parecido. Aquí es la colecistoquinina la que parece tener una gran importancia<sup>6</sup>, pero también se habla del factor neurológico<sup>7</sup>, del genético<sup>8</sup> y ambiental<sup>9</sup>.

Contrasta esta marcada tendencia "neurologista" con la "mentalista" de los psiquiatras del la primera mitad del siglo XX, que atribuían las neurosis y las alteraciones de la personalidad a causas psíquicas, desde la represión de los impulsos del "ello"<sup>10</sup>, hasta factores ético-religiosos<sup>11-13</sup>. Se puede argüir que los conocimientos neurológicos en la época de esos psiquiatras no permitían sospechar en la etiología cerebral, y es cierto. Pero tampoco se puede negar que sus hipótesis, basadas en observaciones cuidadosas de sus pacientes y en el resultado de la psicoterapia, carecieran de fundamento. Que en los enfermos mentales se dan alteraciones cerebrales no hay duda, pero ¿esas alteraciones son la causa o el efecto de la alteración mental?

### ¿Es lo primario la alteración neurológica?

Como decía más arriba, la tendencia actual es atribuir las alteraciones mentales a las neurológicas, sin embargo, hay datos suficientes para pensar que en bastantes casos la alteración primaria es mental y que los otros factores como el neurológico, genético y bioquímico, preparan el terreno o son desencadenantes, nada más.

El auge de la tendencia somaticista viene favorecido por la mayor facilidad con que se puede estudiar el cerebro y sus alteraciones, especialmente ahora en que se llegan a detectar hasta trastornos moleculares de su estructura. La mente, en cambio, no es *res extensa* por lo que no la podemos medir, ni manejar como la materia. Pero tampoco se la puede considerar como inasequible. Incluso es accesible -de forma indirecta- a los métodos de investigación neurológica. Sólo depende del ángulo desde que observemos los fenómenos. Véamoslo con unos ejemplos. En la esquizofrenia se ha observado que hay una disminución de la neurotensina<sup>14</sup> y que, con el tratamiento antipsicótico, se normaliza su nivel, en cambio, en el sistema límbico hay una hiperactividad aminérgica<sup>15</sup>. En la depresión mayor la principal alteración bioquímica es la deplección monoaminérgica. La interpretación más directa de estos hechos es que tales cambios en los neurotransmisores son los que determinan la aparición de las correspondientes psicosis. Ahora bien, si partimos de una posición "mentalista" se puede razonar así: la actividad mental alterada utiliza circuitos nerviosos diferentes y, en consecuencia el patrón normal de los neurotransmisores utilizados en esos circuitos es distinto al normal. Sucedería algo parecido a lo que ocurre en las emociones. Un acontecimiento que provoca en nosotros una reacción de ira, tiene como resultado la

activación de unos determinados centros hipotalámicos que provocan una descarga adrenalínica. Interpretar este fenómeno diciendo que el hipotálamo posterior fue el responsable del movimiento de ira que hemos experimentado sería ingenuo y falso. Lo primero fue la toma de conciencia del hecho, después la reacción personal y, secundariamente, los eventos neuroendocrinos.

A favor de la interpretación mentalista está un hecho tantas veces observado por los psiquiatras y por los que conviven con personas distímicas: un determinado acontecimiento puede hacerles pasar en un instante de un estado de tristeza a otro de alegría, o, en otros casos, de la alegría a la tristeza. El responsable de ese cambio súbito no es el cambio neuroendocrino sino la reacción mental que el hecho o la noticia ha provocado en el distímico. Entre los hechos que abonan esta hipótesis están: 1. los centros nerviosos que se afectan en la esquizofrenia y depresión no son siempre los mismos, ni tampoco la intensidad<sup>16</sup>, 2. en la esquizofrenia las alteraciones cerebrales van progresando con el tiempo<sup>17</sup>, lo cual puede ser interpretado en el sentido de que el trastorno mental va deteriorándose, 3. provocando en sujetos normales situaciones que producen reacciones de ansiedad, temor, o tristeza se han observado cambios neurohumorales semejantes a los que aparecen en la ansiedad o depresión<sup>18</sup>.

### Unidad en la diversidad

Muchas disciplinas médicas, al aumentar sus contenidos, merced sobre todo a los avances técnicos, se han tenido que dividir y subdividir. Sucedió con la anatomía de la que primero se desprendió la fisiología, después la histología y, por último, la embriología. Otro tanto ha ocurrido con la patología médica de la que han nacido tantas especialidades como aparatos y sistemas componen nuestro organismo. Pero, curiosamente, al seguir avanzando nuestros conocimientos y aportar las técnicas muchos más datos, disciplinas antes separadas se van reagrupando, si bien lo hacen en unidades diferentes de las iniciales. Piénsese, por ejemplo, en la neurociencia en la que se han agrupado la neuroanatomía, neurofisiología, neurofarmacología, neurología y psicología. Otro tanto ocurre con la biología molecular en la que confluyen con los bioquímicos histólogos, genetistas y oncólogos.

Entonces ¿tiene sentido plantearse la pregunta que encaja este editorial?

Sí y no. No, en cuanto que es artificioso establecer límites entre lo que corresponde al neurólogo y lo que corresponde al psiquiatra. Sí, respecto a la génesis de las alteraciones de la personalidad. Frente al parecer mayoritario, incluidos los psiquiatras, de que las alteraciones neurológicas son las causantes de los trastornos psiquiátricos, es conveniente llamar la atención de que el ambiente familiar y social y la propia persona juegan un papel importante en la aparición de psicosis y neurosis.

### Bibliografía

- Joyal Ch, Laakso M, Hoetala H, *et al.* A volumetric MRI study of the entorrinal cortex in first episode neuroleptic-naive schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002;51:1005-08
- Kapur S, Remington G. Dopamine D2 and their role in atypical antipsychotic action. *Biol Psychiatry* 2001;50:873-83.
- Ohtsuki T, Ichiki R, Toru M, Airmani T. Mutational analysis of the synaptin III gene on chromosome 22q12- q13, in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2000;94:1-7.
- Bremmer D, Vythiligam M, Charney S, *et al.* Reduced volumen of orbitofrontal cortex in major depression. *Biol Psychiatry* 2002; 51:273-9.
- Berman R, Sanacora G, Charney D, *et al.* Monoamine depletion in unmedicated depressed subjects. *Biol Psychiatry* 2002;54: 469-73.
- Singh L, Lewis AS, Field MJ. Evidence for an involvement of the brain cholecystokinin B receptor in anxiety. *Proc Natl Acad Sci USA* 1991;88:1130-3.
- Bremmer D, Charney D. Neural circuits in fear and anxiety. En: Stein D y Hollander E eds.: *Textbook of anxiety disorders*. *Am Psych Public Washington*, 2002;43-56.
- Coryell W, Noyes R, Reich J. The prognostic significance of HPA-axis disturbance in panic disorders. *Biol Psychiatry* 1991; 29:96-102.
- Fyer AJ, Manuzza S, Klein DF. Familial transmission of simple phobias and fears. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:522-7
- Freud S. The anxiety neurosis. En: *Collected papers*. Londres: Hogarth press, 1953;76-106.
- Gebattel, von VE. *Antropología de la angustia*. En: *Antropología médica*. Madrid: Rialp, 1966;468-82
- Lersh Ph. *Estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia, 1971.
- Tillich P. *El coraje de existir*. Barcelona: Laia, 1973.
- Binder G, Kinhead B, Naameroff Ch, *et al.* The role of neurotensin in the pathophysiology of schizophrenia and the mechanism of action of antipsychotic drugs. *Biol Psychiatry* 2001;50:856-72.
- Kasper S, Remington G. Dopamine D2 receptors and their role in the atypical antipsychotic action. *Biol Psychiatry* 2001; 50:873-83.
- Lieberman J, Perkins D, Gilmore J, *et al.* The early stages of schizophrenia: speculations on the pathogenesis, pathophysiology and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry* 2001;50:884-97.
- Gur RE, Cowel P, Bilker S, *et al.* A follow up magnetic resonance imaging study of schizophrenia. Relationship of neuroanatomical changes to clinical and neurobehavioral measures. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:145-52
- Konradi Ch, Hackers S. Antipsychotic drugs and neuroplasticity: insights into the treatment and neurobiology of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;50:729-42