

Diferentes propuestas para entender la esquizofrenia

Ana Cecilia Rodríguez de Romo

RESUMEN

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía los psiquiatras adoptan una postura biologicista para explicar la esquizofrenia. Es decir, buscan alteraciones anatómicas, fisiológicas o bioquímicas, que expliquen este padecimiento y la patología mental en general. Además, al estilo del médico francés Jean Martin Charcot, el paciente es interrogado públicamente. Esa posición tan singular merece ser señalada y motivo de esta reflexión que además, propone tres abordajes para entender la esquizofrenia: **1.** La historia del concepto de enfermedad, **2.** La historia de las ideas y **3.** El cambio de los paradigmas en psiquiatría.

Palabras clave: locura, esquizofrenia, enfermedad, paradigma.

Different propositions to understand schizophrenia

ABSTRACT

At the National Institut ofNeurology and Neurosurgery, The psychiatrists adopt a biologic posture to explain schizophrenia. Indeed, they search for anatomic, physiologic and biochemical abnormalities in order to explain mental pathology. Also, the patient is interrogated in public as did the French Physician Jean Martin Charcot. This particular practice deserves to be mentioned and gives way to the following reflections in order to understand schizophrenia: **1.** The history of the concept of disease, **2.** The history of ideas and **3.** The paradigm shifts in psychiatry.

Key words: madness, schizophrenia, disease, paradigm.

Este trabajo es producto de mi estancia, como historiadora de la medicina y médico de formación, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, INNN. Aunque suene paradójico, mis jornadas vividas en el Instituto, me han permitido hacer historia de la medicina con la medicina. Algunos artículos han surgido de esta experiencia, pero este proviene de mi asistencia a las sesiones de psiquiatría encabezadas por el doctor Jesús Ramírez Bermúdez, jefe de la Unidad de Psiquiatría Emile Kraepelin del mismo Instituto. Durante varios meses he presenciado la sesión, realizando investigaciones y diversas lecturas, pero aquí sólo se presentan resultados parciales, ya que la idea inicial se ha modificado en vista de la complejidad y riqueza que esas reuniones ofrecen.

La sesión de psiquiatría se realiza todos los viernes. Está programada de diez de la mañana a doce del día, pero si no hay una actividad posterior a la que los médicos deban acudir, en algunos casos se prolonga hasta media hora más.

En general, en ella se discuten casos de pacientes

Recibido: 15 junio 2012. Aceptado: 26 junio 2012.

Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina UNAM y Laboratorio de Historia de la Medicina, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Correspondencia: Ana Cecilia Rodríguez de Romo. Laboratorio de Historia de la Medicina, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, Tlalpan, México D.F. 14269. E-mail: ceciliar@servidor.unam.mx

internados en la Unidad de Psiquiatría, cuyo diagnóstico es complejo. En principio, el caso es presentado por un residente de la especialidad. Después intervienen según sea necesario, diferentes profesionales de la salud que tuvieron contacto con el caso y que exponen sus conclusiones de acuerdo al ámbito de su experiencia; trabajo social, psicología, imagenología, electrofisiología u otras especialidades de la medicina. El clímax de la sesión ocurre cuando el paciente se presenta ante el auditorio. Muy al estilo de Jean Martin Charcot (1825-1893) en el siglo XIX, éste es interrogado por un médico frente a todos los asistentes, quienes al final, también hacen preguntas. Cuando ya no hay más que cuestionarle el paciente se retira, entonces los médicos discuten los posibles diagnósticos, tratamientos si se le dará de alta y cuando.

Muchos detalles me llaman la atención de la sesión de psiquiatría, algunos inherentes al conocimiento de la especialidad y sus principios, otros tocan la relación médico paciente, comportamiento del mismo médico, actitud del paciente o estructura del diagnóstico psiquiátrico; pero el que más me ha impresionado, es el enfoque biologicista que los psiquiatras del Instituto adoptan para explicar la patología mental. Es decir, buscan alteraciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas, que expliquen la sintomatología del paciente psiquiátrico. Los casos de esquizofrenia me han parecido en particular representativos de esta posición, este es el padecimiento que he seleccionado para mi estudio. Al respecto, debo mencionar que parto de la base que el *loco* de épocas pasadas, correspondería al paciente esquizofrénico de nuestros días. He tenido la precaución de consultar esta suposición con los psiquiatras del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ellos me comentan que es aceptable. El primer caso de esquizofrenia que escuché en las sesiones, era una mujer a quién el demonio le pedía ayuda para realizar sus fechorías y además era novia de Michel Jackson, pero éste prefería guardarlo en secreto para protegerla de los periodistas. ¿De qué otro modo sino loca, puede calificarse a una mujer que está convencida de lo que les acabo de contar?

La esquizofrenia se define como un trastorno crónico, caracterizado por síntomas psicóticos, deterioro cognoscitivo, apatía y aislamiento. Su causa todavía se desconoce, pero se postula que podría tratarse de una enfermedad de origen multifactorial, producto de la susceptibilidad genética y de diversos factores ambientales¹.

Este ensayo aborda los diferentes abordajes con los que se ha pretendido entender este padecimiento, que han dependido del progreso del conocimiento médico, mismo que ahora acepta que la mente es parte de nuestro cuerpo y en consecuencia también puede enfermar.

Asimismo, considero las ideas que la sociedad y los mismos médicos han manejado para explicarla, recién cambio en los paradigmas de la psiquiatría. Mi posición es justamente, producto del abordaje biologicista que adoptan los psiquiatras del Instituto, para tratar a sus pacientes.

Establecido lo anterior, propongo entender la esquizofrenia con las siguientes tres propuestas: **1.** Historia del concepto de enfermedad, **2.** Historia de las ideas; **3.** El cambio de los paradigmas en psiquiatría.

El concepto de enfermedad. Algunos historiadores de la medicina, consideran que la noción de enfermedad es una construcción social. En principio es cierto, pero también su comprensión ha sido muy importante el avance del conocimiento. Los griegos tenían una visión integral de la enfermedad, es decir, ésta era la consecuencia del desequilibrio entre factores inherentes al propio organismo y el medio que lo rodeaba. Conforme fue progresando el conocimiento del cuerpo humano, la explicación de enfermedad transitó de la interpretación sistémica, al modelo orgánico, tisular, celular y bioquímico; el punto es que ahora hemos llegado hasta el nivel mitocondrial, es decir, un planteamiento reduccionista, que para el caso de la esquizofrenia, ha funcionado muy bien, pues la causa química es parte de su etiología.

En 1830, el médico inglés John Elliotson acuñó el término de enfermedad química² para caracterizar el escorbuto, alteración que según él, dependía de la carencia de una sustancia química proporcionada por los alimentos, en este caso, la etiología era externa al organismo humano y se debía a una molécula.

Después los procesos fisiológicos se transformaron en procesos químicos, mismos que definieron una patología fisiológica. Así surgió el concepto de *lesión química local*, afirmación fuera de toda especulación y que necesitaba de la prueba experimental. La idea significó el inicio en la comprensión de lo normal y lo patológico, respecto a las reacciones moleculares y sus receptores específicos³.

Entonces los fenómenos reales de la naturaleza se empiezan a interpretar con otra estrategia. Paulatinamente se consolidaría la vertiente clínica de la química fisiológica, bioquímica y biología molecular, en el camino hacia el entendimiento de la *química de la enfermedad*⁴.

Claro que en un principio se describió por separado el fenómeno químico y patológico. La comprensión de la relación vino después, la etiología bioquímica de la esquizofrenia es un buen ejemplo de esta afirmación, hasta recientemente podemos hablar de los *signos químicos* de esta enfermedad⁵.

En esta vía del modelo bioquímico-reduccionista como explicación de la enfermedad, el factor hereditario

ocupó un lugar importante. El antecedente que obviamente no tuvo que ver con la psiquiatría, fue la propuesta de *error congénito del metabolismo*⁶. En 1908, Edward Garrod descubrió que la alcaptonuria es la incapacidad heredada para degradar el anillo bencénico. Los niños con este padecimiento orinaban negro. El hecho que en la definición se incluyera la palabra *error*, introduce la noción de enfermedad como consecuencia de un defecto en el programa biológico.

En 1949, Linus Pauling propone el concepto de *enfermedad molecular*. En la anemia de células falciformes la porción globina de la hemoglobina, tiene diferencias moleculares con la globina de los individuos sanos.

Para la década de los sesenta, se empezaron a observar acúmulos musculares de mitocondrias en pacientes con intolerancia al ejercicio⁷. Esta circunstancia pronto se convirtió en la característica de las miopatías mitocondriales que también involucran al sistema nervioso central, lo que dio lugar al término encefalomiopatía mitocondrial.

Esta compleja cadena de circunstancias de la ciencia básica que se han reflejado en la medicina, se manifiesta en la etiología bioquímica que en la actualidad se le atribuye a la esquizofrenia, es decir un desorden en la actividad dopaminérgica del sistema nervioso⁸.

Historia de las Ideas. La esquizofrenia se podría conceptualizar con base a la evolución de la idea o las ideas que se ha tenido de ella a lo largo de la historia. Si partimos de que una idea es un producto mental, sería posible entenderla como expresión de las creencias, como reflejo del razonamiento, como algo que determina los esquemas mentales de clasificación del mundo. Además, se puede asumir a la historia de las ideas con un enfoque interdisciplinar, que estudie el pensamiento humano en todos los sentidos, desde el intelectual, hasta el emotivo. Así pues, la historia de las ideas estudia la historia del pensamiento humano, no sólo en el sentido científico, también emotivo, expresivo, práctico y estético⁹. En otras palabras, primero la esquizofrenia se entendió como un proceso mágico religioso y después como otro filosófico científico.

Médicamente, el loco y la locura se han conceptualizado de acuerdo a las ideas hegemónicas de cada época. La teoría humoral no hizo una distinción real entre enfermedad física y mental. Sin embargo, los médicos griegos reconocieron los síntomas de la enfermedad mental, considerando a la *locura* como principal enfermedad de la mente y crearon una nosología psiquiátrica básica que sólo empezó a modificarse a partir del siglo XVI¹⁰. Los médicos cristianos equipararon la idea de *mente* con la idea de *alma*; siendo ésta un principio fundamental, la idea de enfermedad mental resultaba

sumamente perturbadora, por lo que, desde la antigüedad y casi hasta la edad media, su etiología basculó de lo divino, hasta la posesión del demonio o el control del mismo Dios sobre el cuerpo del hombre. Era la manifestación del castigo, manipulación, venganza de la divinidad o malignidad sobre lo humano. Se tenía la idea de que los locos eran víctimas inocentes o culpables de fuerzas y motivaciones ajenas, sobre las que no tenían control.

Casi al finalizar el siglo XVI, se duda de las causas sobrenaturales, se empieza a sospechar que la locura tiene origen físico y no en el alma. Entre los siglos XVII y XVIII se atribuye el origen de la locura a alteraciones que se deben tratar como enfermedades del cuerpo, a tipologías heredadas (somatotipos y arquetipos) o a factores como el ocio, soledad, pasiones o debilidad de carácter. Descartes vio a la locura como un problema originado en la mente, ya que en ésta misma también se originaba la irracionalidad. Combinó los principios cartesianos con localizaciones cerebrales y con cuidadosas descripciones de los procesos básicos del pensamiento. Esta idea pudo haber sido un primer antecedente de la etiología psicológica de la locura¹¹. Para el siglo XIX, Pinel, transformó el *loco insensato* en un “ser alienado” al que había que atender para poder comprender su padecimiento. El principio de su *terapia moral*, radicaba en la idea de enfermedad mental primaria, porque aunque aceptó que la etiología de la locura podía ser heredada o por alteraciones orgánicas, también asumió la idea de que podía ser adquirida por tener *defectos morales*.

Los alienistas del siglo XIX adoptaron las ideas de la *teoría refleja* que por ejemplo, atribuía la inflamación del cerebro a las sustancias tóxicas como alcohol, o a la degeneración causada por la sífilis.

Ya entrado el siglo XX, Thomas Szasz, lanzó la idea de que todas las enfermedades, incluyendo las psiquiátricas, tienen un asiento físico¹².

Aunque podría sonar incongruente, en general, las ideas populares y científicas se entrecruzan y respecto a la esquizofrenia, no ha perdido vigencia el papel que se atribuye a las pasiones, voluntad, religión y magia, en la génesis y en el desarrollo de esa enfermedad.

Por último me referiré al paradigma psiquiátrico. Hoy, existe la investigación psiquiátrica que otorga importancia fundamental a la neurobiología en la génesis de la esquizofrenia. La psiquiatría contemporánea avanza de la mano de las neurociencias y, alteraciones que antes se consideraban exclusivamente mentales, ahora se ha comprobado que son la consecuencia de problemas neurobiológicos.

Sin embargo, ignoro que tanto esta nueva posición ha permeado en la práctica clínica psiquiátrica, de hecho, me pregunto si la tendencia biologicista que observo en el Instituto es única o también existe en otros

centros psiquiátricos. En todo caso, creo que el paradigma psiquiátrico ha cambiado.

Si recordamos la propuesta de Thomas Khun, respecto a que un paradigma es el conjunto de representaciones coherentes y correlacionadas entre sí, que rigen temporalmente de forma racional, eficaz y económica la disciplina que constituyen¹³, podemos decir que la conceptualización de la esquizofrenia ha dependido de formas de consenso que en su momento dominan de modo hegemónico la ciencia médica¹⁴. La enfermedad se ha entendido desde el paradigma mágico-religioso, alienación mental, psicopatología o alteración bioquímica, hasta la propuesta integral de nuestros días, donde además, parece que la semiología debe ir de la mano del sustento biológico.

Aunque el paradigma ontológico decimonónico de la enfermedad y el paradigma reduccionista contemporáneo hacen del paciente un ser pasivo, que en el caso de la esquizofrenia sufre la presencia de otro en su cuerpo, el primero no es útil para la psiquiatría, pero el segundo sí. A pesar de que suene fantasioso, quizás aceptar que en este padecimiento, existe la observación clínica de una alteración bioquímica, pero no de una anatómica. Ya Esquirol, muy al estilo del paradigma clínico francés, abandonó el campo de la especulación y se apegó a la observación y a la clínica, elaborando tablas de lo que él consideraba las principales formas de locura¹⁵.

Las cosas no cambian radicalmente hasta bien entrado el siglo 20. A partir de entonces, la comprensión de la esquizofrenia, están íntimamente asociada con la historia de las drogas antipsicóticas. La investigación en este campo empezó después de la Segunda Guerra Mundial, con el estudio de las antihistaminas para producir analgesia. En 1952 se observó que los pacientes que las recibían, caían en un estado de quietud, calma y somnolencia. El mismo año, se publicó un trabajo en Francia, donde se reportaba que la administración de clorpromacina en esquizofrénicos, reducía alucinaciones y voces internas desaparecían¹⁶. En los sesentas e inicio de los setentas, se descubrieron el metabolismo de la dopamina y diversos neurotransmisores, receptores dopaminérgicos, algunos modos de acción de drogas antipsicóticas y otros factores involucrados con el entendimiento neurobiológico de la esquizofrenia¹⁶. Al finalizar los setentas, se conformó la llamada *hipótesis original* según la cual, en los pacientes esquizofrénicos, existe un exceso de la actividad dopaminérgica en el SNC¹⁷.

Sin embargo, el asunto no es tan fácil, y si bien se acepta que la dopamina es uno de los responsables de la génesis de la enfermedad, también están involucrados la serotonina, el glutamato o el GABA. Además respecto a la misma dopamina, en los últimos años la

hipótesis original ha mostrado no ser definitiva, pues se ha visto que en la esquizofrenia existe un estado hipodopaminérgico en la corteza de predominio frontal y un estado hiperdopaminérgico en las regiones subcorticales¹⁸.

La tecnología ha incidido en la mejor comprensión de la esquizofrenia, pues los estudios de neuroimagen como la resonancia magnética funcional y tomografía por emisión de positrones, examinan diferencias funcionales de la actividad cerebral y han demostrado que el cambio que tradicionalmente se había asociado al déficit neurocognitivo característico de la esquizofrenia, ocurre más comúnmente en los lóbulos frontales, hipocampo y lóbulos temporales¹⁹.

Ultimamente, se postula una tercera corriente etiológica, la posición integradora que como causa de la esquizofrenia, propone la conjunción de factores neuroquímicos, genéticos y ambientales de riesgo²⁰. El punto es que a mi entender, dos paradigmas basculan para el abordaje de los estados mentales patológicos que no comportan ninguna lesión orgánica primaria o concomitante, como es el caso de la esquizofrenia. Uno explica los desórdenes psíquicos con las alteraciones del sustrato físico-químico y el otro se basa en la autonomía del psiquismo y necesidad metodológica de definir las enfermedades mentales con criterios puramente psiquiátricos.

En este trabajo he perseguido conceptualizar a la esquizofrenia desde tres posiciones diferentes; la evolución científica de la noción de enfermedad, historia de ideas y concepto de paradigma. La reflexión se originó por la observación de la manera particular como se trata la patología mental en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Amarrando tanto su conceptualización como su abordaje, parece que la esquizofrenia, como la serpiente que se muerde la cola, ha regresado al inicio y los factores ambientales, como en el tiempo de los griegos, vuelven jugar un papel determinante en la comprensión médica de la enfermedad, aunque las sutilezas biológicas no estén totalmente aclaradas.

REFERENCIAS

1. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III- The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bull* 2009;35:549-62.
2. Grmek MD. Histoire de la Pensée Médicale en Occident. Paris : Ed. du Seuil, 1999.
3. Grmek MD. Raisonnement expérimental et recherches toxicologiques chez Claude Bernard. Paris: Librairie Doz, 1973.
4. Buttner J. From chemistry of life to chemistry of disease. *Clinical Biochemistry* 1980; 13 :232-5.
5. Rodríguez de Romo AC. Una nueva forma de entender la enfermedad en el siglo XIX. *LAB-Acta* 2001;13:61-67.
6. Grmek MD. Histoire de la Pensée Médicale en Occident. Vol.

- 3, Paris: Ed. du Seuil, 1999;164.
7. Pauling L. Sickle Cell Anemia. A molecular disease. *Science* 1949; 110:543-8.
 8. Seeman P. Historical overview: introduction in the dopamine receptors. En: Neve KA, ed. *The dopamine receptors*, 2nd Edition. USA: *Humana Press, Springer* 2010;4-5.
 9. Sánchez Meca D. Historia de la Filosofía, Historia de las Ideas, Historia de las mentalidades. *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, 1996; (1):418.
 10. Dictionary of the history of science. Bynum WF, Browne EJ, Porter R, eds. USA: Princeton University Press, 1985; 260.
 11. Porter R. Breve historia de la locura. México: *Fondo de Cultura Económica* 2002; 63-64.
 12. Dictionary of the history...,261. Szasz T. *La fabricación de la locura*. 4ª edición. España: Ed. Kairós, 2006, 4ª edición.
 13. Kuhn, TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: *Fondo de Cultura Económica*, 1971.
 14. Lantéri-Laura G. Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris: Editions du temps, 1998.
 15. Porter R. Breve Historia de...133.
 16. Seeman P. Historical Overview...2, 4-5.
 17. Graff-Guerrero A, Apiquian R, Fresán A, García-Anaya M. Perspectiva neurobiológica de la esquizofrenia. *Salud Mental* 2001; 24(6):37.
 18. Graff-Guerrero A, Apiquian R, Fresán A y García-Anaya, M. Perspectiva neurobiológica de la esquizofrenia. *Sal Ment* 2001;24(6):37.
 19. De la fuente-Sandoval C, Favila R, Alvarado P, León-Ortiz P, Díaz-Galvis L, Amezcua C, *et al.* Incremento del glutamato en el estriado de asociación en esquizofrenia. Resultados preliminares de un estudio longitudinal con espectroscopia con resonancia magnética. *Gac Méd Mex* 2009;146(2):109-13.
 20. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III-The final common pathway. *Schizophrenia Bull* 2009;35 (3):552-3.