

Valoración de la neuropsiquiatría

Dr. Julio Borges Iturriza

Individuo de Número

jriturriza@gmail.com

Tradicionalmente se considera la neurología y la psiquiatría como especialidades separadas pero actualmente, cuando en el terreno de las neurociencias se intenta delimitar los campos correspondientes a cada una de ellas, se advierte que la línea fronteriza que las separa es difícil de trazar y algunos autores llegan a señalar que no hay razones valederas que justifique esta separación. Cuando se trata de precisar linderos, parece conveniente recordar, aunque sea brevemente, los inicios y el desarrollo de estas especialidades y al hacer un poco de historia estaríamos más capacitados para entender lo que las une y lo que las separa.

En sus etapas iniciales, cuando la medicina interna comenzaba a disgregarse, la neurología y la psiquiatría constituían una sola especialidad y por mucho tiempo se aceptaba la neuropsiquiatría como una unidad. Puede afirmarse que la neuropsiquiatría se inició con Franz Josef Gall (1758-1828) cuando a comienzos del siglo XIX, sugirió una posible relación entre las estructuras cerebrales y las manifestaciones conductuales complejas. Gall, fundador de la frenología, sostenía la idea que las variaciones de las funciones psicológicas se debían a un desarrollo desigual de los distintos “centros” cerebrales y que la conducta del individuo podía ser relacionada con diferencias en la configuración cerebral lo cual podía evidenciarse palpando la superficie craneana (1).

La frenología se desacreditó rápidamente y hasta 1860, cuando Broca demostró que lesiones en determinadas regiones del lóbulo frontal producían alteraciones del lenguaje se aceptaba, como hipótesis dominante, que la corteza cerebral estaba constituida por células que actuaban conjuntamente y se concebía al cerebro como un todo amorfo (2).

Los hallazgos de Broca unidos a los de Wernicke

que se produjeron pocos años después, afianzaron la idea que debían existir otras áreas corticales relacionables con diferentes funciones cognitivas y que las lesiones de diferentes áreas corticales podían originar alteraciones cognitivas cuyas características clínicas dependían de la localización y extensión de las lesiones.

A lo largo del siglo XIX se mantuvo una permanente controversia entre los defensores de la teoría localizacionista que apoyaban las ideas de Gall y sus opositores que defendían el concepto según el cual el cerebro funcionaba como una entidad única. Es oportuno recordar que Charcot, gran defensor de la teoría localizacionista, afirmaba en una de sus célebres conferencias “El cerebro no es un órgano homogéneo indivisible, sino más bien un grupo o si Uds. prefieren una confederación compuesta por cierto número de diferentes órganos, cada uno con diferentes propiedades o funciones” (3).

Para la época, segunda mitad del siglo XIX, relevantes figuras en el campo de la medicina, interesadas en el estudio de las funciones mentales superiores, tales como Pick, Charcot, Korsakoff, Babinski, Janet, Freud, Jackson, Kraepelin eran considerados como neuropsiquiatras estudiosos tanto de la neurología como de la psiquiatría. Un ejemplo de esta actitud dual fue el propio Charcot quien a pesar de ser considerado como el pionero de la neurología francesa convirtió el estudio de la histeria en tema de su mayor interés. Sin embargo, progresivamente, especialmente durante la primera mitad del siglo XX la neurología y la psiquiatría se fueron separando.

Se aceptaba una situación en la cual la psiquiatría se reservaba los trastornos de la “mente” es decir, las enfermedades mentales “funcionales” en las

cuales no era posible identificar una patología orgánica, mientras que la neurología se ocupaba de las enfermedades del sistema nervioso en las cuales podía demostrarse lesiones orgánicas en muchas de las cuales podía establecerse una etiología. Imperaba el antagonismo entre los trastornos funcionales y los trastornos orgánicos: los psiquiatras aseguraban que los neurólogos tenían conocimiento del cerebro pero no de la mente; los neurólogos aseguraban que los psiquiatras tenían conocimiento de la mente pero no del cerebro. La dicotomía mente/cerebro se formalizaba con la separación de la neuropsiquiatría en dos especialidades.

Podríamos afirmar, sin temor a equivocarnos, que la relación mente/cerebro ha sido y continúa siendo uno de los problemas más importantes, probablemente el más importante, de los que enfrenta el hombre. El problema básico en palabras de Eccles puede plantearse así: ¿Cómo es que ciertos patrones de actividad neuronal de la corteza cerebral puedan producir una experiencia consciente? (4).

Es erróneo pensar que cuando se afirma que “los mecanismos mentales dependen de la actividad de nuestras neuronas” se está asumiendo una posición materialista. Debe recalarse, en este sentido, que no existen objeciones de tipo religioso que interfieran con la investigación científica. Homologar alma y mente ha sido un error tradicional. El catecismo de la Iglesia católica establece “...en el hombre, el espíritu y la materia no son dos naturalezas unidas sino que su unión constituye una única naturaleza. (5)

Múltiples investigaciones han demostrado que la relación entre mente y cerebro es mutua; si la actividad cerebral normal o patológica, influye sobre los estados de conciencia, debe reconocerse igualmente que la actividad mental influye y puede modificar la fisiología cerebral.

A este respecto vale la pena recordar la valiosa investigación realizada por Castro-Caldas y col. publicada bajo el título “El cerebro iletrado. Aprender a leer durante la niñez influye en la organización funcional del cerebro adulto” (6). Para realizar la investigación se seleccionaron dos grupos de mujeres: unas analfabetas sin ninguna escolaridad; las otras alfabetizadas con un mínimo de 4 años de escolaridad. A todas, se les practicó tomografía por emisión de positrones o por sus siglas en inglés “*positron emission tomography*” PET mientras repetían dos series de palabras: una serie formada por palabras usuales, es decir, palabras con significado conocido y la otra serie formada por palabras carentes de sentido.

Cuando trataban de repetir palabras con sentido, los dos grupos se comportaban iguales y se activaban las mismas áreas cerebrales; cuando trataban de repetir palabras sin sentido las analfabetas cometían errores en un número significativamente mayor que las mujeres alfabetizadas y además las áreas cerebrales activadas eran diferentes. Se demostraba que el aprendizaje del lenguaje escrito en la niñez cambiaba la anatomía funcional del cerebro y sugería que en general, la adquisición de una habilidad cognitiva puede modificar otras funciones cognitivas.

Esta elegante investigación puso en evidencia lo que distintos investigadores han demostrado: que las alteraciones de los genes no explican todas las alteraciones cognitivas y que los factores externos, sociales y ambientales, modifican la expresión de los genes y por lo tanto el funcionamiento de las células nerviosas.

Otra investigación tendiente a poner en evidencia la mutua relación entre mente y cerebro fue la realizada por Baxter y col. (7) quienes estudiaron dos grupos de pacientes, todos ellos con el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo: un grupo recibió terapia conductual (sin medicamentos) y el otro grupo fue tratado con medicamentos antidepresivos; a todos los pacientes se les practicó una PET antes y después del tratamiento.

Se evidenció que aproximadamente el 70 % de cada grupo respondió al tratamiento. La PET previa al tratamiento mostró un aumento de la actividad metabólica en el núcleo caudado derecho.

Después del tratamiento, en ambos grupos, en todos los pacientes que mostraron mejoría clínica, se evidenció una disminución de la actividad en el núcleo caudado derecho. En resumen, se puso en evidencia que el solo tratamiento psicológico podía modificar favorablemente la neuroanatomía funcional del paciente.

Tomando en cuenta estas y otras investigaciones similares parece válido reconocer, que la conducta y la actividad cognitiva en general solo pueden comprenderse como una interrelación compleja entre las estructuras neuronales y los factores externos.

Sin embargo, esta situación no siempre fue reconocida y puede decirse que durante buena parte de la primera mitad del siglo XX la psiquiatría se mantuvo en cierta forma alejada de la medicina, minimizando los factores biológicos en la génesis de las alteraciones psicológicas, posición que se vio reforzada cuando la teoría psicoanalítica adquirió especial relevancia. Los

escasos avances de la neurología, especialmente en el área de la neuropatología, no permitía en esa época poner en evidencia las modificaciones estructurales que se demostraron posteriormente en enfermedades tales como la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva, los trastornos obsesivos, etc. considerados entonces del dominio exclusivo de la psiquiatría.

Es importante señalar que la escuela conductista popularizada ampliamente en Estados Unidos no promovió ningún acercamiento entre ambas especialidades. La escuela conductista concebía el cerebro como “una caja negra” sin preocuparse mayormente de su funcionamiento íntimo. Una vez impugnada y superada la dogmática postura conductista se produjo un cambio importante en aquellas ciencias que tenían como objetivo principal el estudio de los procesos mentales: la psicología cognitiva se desarrolló y consolidó, el conocimiento de la fisiología cerebral avanzó a pasos agigantados y surgió la neurología de la conducta destinada a investigar las relaciones entre las lesiones cerebrales y las alteraciones mentales. Progresivamente, a partir de la década de los años 60, la psiquiatría comenzó a considerar con mayor interés los factores orgánicos.

Las investigaciones realizadas en el campo de la neuropsicología y de la neurología del comportamiento contribuyeron a poner en evidencia que un porcentaje alto de lesiones cerebrales, variables en su localización y extensión, se expresaban, desde el punto de vista clínico, en forma de alteraciones cognitivas y/o emocionales; y viceversa, que en enfermedades consideradas como puramente psicógenas existía un correlato neurológico.

Los avances que se produjeron en el área de la genética contribuyeron significativamente a un mejor conocimiento de los trastornos mentales; en este sentido cabe destacar las investigaciones en gemelos que revelaron una clara influencia genética en enfermedades consideradas como propias del campo psiquiátrico tales como la depresión, el autismo y la esquizofrenia. Se ha demostrado que la concordancia de la esquizofrenia en gemelos monocigóticos alcanza 28 % aproximadamente mientras que en los gemelos dicigóticos no pasa del 6 %. En la depresión se ha observado que el porcentaje de depresivos es significativamente mayor en los parientes biológicos del gemelo enfermo que en los miembros de la familia adoptiva; igualmente el porcentaje de suicidios es 6 a 10 veces mayor en los parientes biológicos (8).

Es conveniente señalar nuevamente que no debe exagerarse la importancia del denominado

“determinante neurogenético” ya que, como es bien conocido, los factores no genéticos, extrínsecos o ambientales, juegan un papel decisivo para que las enfermedades mentales alcancen su expresión clínica.

En este punto cabe preguntarse si todavía tiene sentido clasificar las enfermedades en neurológicas o psiquiátricas conociendo las modificaciones que en la estructura cerebral se observan en enfermedades tales como la esquizofrenia y la depresión ubicadas tradicionalmente en el campo psiquiátrico.

La demencia tipo Alzheimer se presta a algunos comentarios que apuntan en el mismo sentido. Es bien conocido que esta enfermedad tiene, como síntomas cardinales: las alteraciones de las funciones cognitivas, especialmente de la memoria, y las alteraciones conductuales de características variables. El término de “manifestaciones psiquiátricas” de la enfermedad de Alzheimer, usado con frecuencia, sugiere de cierta manera, que los síntomas englobados por este término fueran de naturaleza distinta a las otras manifestaciones “neurológicas” de la enfermedad. A este respecto, debe insistirse que el mal uso del lenguaje constituye una de las barreras que tiende a separar la neurología de la psiquiatría; lo verdaderamente útil sería utilizar un lenguaje común para evitar, en lo posible, que cada quien utilice términos con el sesgo propio de su especialidad. En este sentido puede afirmarse que el interrogante planteado por Brunback en 1993 ¿Es la depresión una enfermedad neurológica? representa un enfoque ya superado (9).

A partir de todas estas consideraciones es posible concluir que al analizar la actividad mental se hace evidente que el factor biológico y lo que podríamos denominar el factor “psicógeno”, se entrelazan en tal forma que es imposible delimitar campos. A este respecto, en un editorial de *Archives of Neurology* del año 94, Starr y Sporty, hacen los siguientes comentarios: “...llegamos a la conclusión que los campos de la neurología y de la psiquiatría a menudo están separados artificialmente por diferencias de lenguajes y prejuicios... recomendamos que se hagan esfuerzos para tender el puente que permita unir a ambas especialidades pensando que puede alcanzarse el punto que ambas puedan convertirse en una. Nosotros preferimos no profundizar en lo que separa ambas disciplinas sino más bien considerar los mecanismos y el tratamiento de las alteraciones cerebrales que reflejan el origen común de la neurología y de la psiquiatría”.

La validación de estos planteamientos trae como consecuencia obligada la modificación de los criterios

nosológicos utilizados en la clasificación de las enfermedades psiquiátricas y neurológicas. El hecho de considerar que ambas especialidades ocupan un área común en el dominio de las neurociencias implica idear nuevos criterios diagnósticos a utilizar en la clasificación y diagnóstico de las enfermedades “mentales” lo cual deberá ser tenido en cuenta al redactar el DSM-V actualmente en preparación (10).

Si nos alejamos de los planteamientos puramente teóricos y enfocamos los aspectos más concretos de la práctica clínica es preciso reconocer, como tarea imposible, la de formar especialistas que puedan considerarse “expertos” en las dos disciplinas y es inevitable aceptar que en la práctica clínica seguirán existiendo neurólogos y psiquiatras. Motivaciones individuales y una serie de factores difíciles de precisar determinarán la orientación vocacional: los neurólogos tendrán como interés central el cerebro, su estructura, su fisiología y sus alteraciones patológicas. Los psiquiatras se ocuparán preferentemente de los factores externos como determinantes de los trastornos emocionales y conductuales. Posiblemente en la práctica serán las técnicas utilizadas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes lo que mejor diferenciará estos especialistas. En este sentido cabe señalar que la psicoterapia es una herramienta importante que requiere una rigurosa preparación y es, indudablemente, el psiquiatra el llamado a practicarla.

Podríamos predecir que se formarán especialistas con un enfoque distinto de su actividad clínica. Con seguridad estos cambios redundarán en beneficio de los pacientes. Un ejemplo de ello es lo que con cierta frecuencia ocurre en la consulta del neurólogo: un buen número de personas cuando presentan manifestaciones que hagan pensar en un “trastorno intelectual o mental”, por prejuicios o por temor a que sea mal interpretada su enfermedad en su medio social o laboral, acuden primero al neurólogo antes que al psiquiatra; una mejor preparación del neurólogo que le permita comprender mejor la problemática del paciente lo capacitaría para orientar al paciente en la forma más adecuada.

Considerando el acercamiento progresivo de la neurología y de la psiquiatría y aceptando el hecho de que ocupan un área común en el dominio de las neurociencias se ha propuesto configurar una nueva disciplina, la neuropsiquiatría, que represente la confluencia de las dos especialidades ocupando un área propia en el dominio de las neurociencias. Neuropsiquiatría, término de vieja data, tendría una acepción renovada y la tarea actual, motivo de

reflexión para diversos autores, es lograr una definición satisfactoria de acuerdo a los fines propuestos.

Al tratar de definir la neuropsiquiatría nos parece conveniente considerar tres aspectos. En primer lugar, en un plano teórico, cabría ubicarla dentro de las neurociencias, y sería el resultado de la fusión de la psiquiatría y de la neurología para conformar una sola especialidad.

Este enfoque, teóricamente aceptable, produciría un especialista dedicado especialmente a actividades de investigación en las cuales la investigación clínica tendría gran relevancia. Este enfoque se adaptaría a la definición propuesta por Mitchell (11), quien la considera como “una disciplina que trata los aspectos psiquiátricos de las enfermedades neurológicas y los aspectos neurológicos de las enfermedades psiquiátricas”. Este enfoque acercaría la psiquiatría biológica a la neurología del comportamiento.

Un segundo enfoque sería aquel que sostiene que lo más útil que pudiera lograrse es un cambio en la actitud tradicional del psiquiatra y del neurólogo. Tomando en cuenta los avances científicos y técnicos alcanzados en la actualidad no es posible, como ya lo anotamos, que una persona llegue a ser “experto” en ambas especialidades. Lo que si es posible es que se produzca un mayor acercamiento, que cada especialista al mejorar su formación comprenda mejor los fundamentos de la otra especialidad, perfeccionando así su actuación clínica pudiéndose lograr una comunicación más fluida entre los diversos especialistas.

Por último y quizás este es el aspecto de mayor importancia práctica, la neuropsiquiatría se ha catalogado como una subespecialidad de la psiquiatría, lo que se corresponde con la proposición de Berrios, quien la define como “una disciplina que se ocupa de las complicaciones psiquiátricas de las enfermedades neurológicas” (12). Este enfoque implica que deben ser precisados su campo de acción, sus objetivos y los programas de formación docente, teniendo especial relevancia lo que se refiere al conocimiento de las anomalías neurofisiológicas y bioquímicas relacionables con los trastornos cognitivos y emocionales.

Es obvio que los tres enfoques propuestos no son excluyentes y que al tratar de definir los objetivos de la neuropsiquiatría, cada uno de ellos deberá ser tomado en cuenta. En diversos países es una disciplina científica establecida. En nuestro país estamos en la etapa de planificación y este trabajo que presentamos ante la Academia Nacional de Medicina debe tomarse

como una invitación a reflexionar sobre esta materia ya que la estrecha colaboración entre la Academia y la universidad es la vía más segura para que esta nueva disciplina logre, en nuestro medio, un adecuado desarrollo.

REFERENCIAS

1. Guthrie D. Historia de I Medicina. Barcelona: Salvat Editores, S.A. 1953.
2. Feinberg TE, Farah Mj. Behavioral Neurology and Neuropsychology. Nueva York: McGraw-Hill; 1997.
3. Goetz CG. Battle of the titans: Charcot and Brown-Sequard on cerebral localization. Neurology. 2000;54:1840-1847.
4. Eccles JC. Facing Reality. Nueva York-Berlin: Springer-Verlag; 1970.
5. Catecismo de la Iglesia Católica pág. 87. Santa Fe de Bogotá: Librería Juan Pablo II. 1992.
6. Castro-Caldas A, Petersson KM, Reis A, Stone-Elander S, Ingvar M. The illiterate brain learning to read and write during Childhood influences the functional organization of the brain. Brain. 1998;121:1053-1063.
7. Price BH, Adams RD, Coyle JT. Neurology and Psychiatry. Closing the great divide. Neurology. 2000;54:8-14.
8. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry. 1998;155:157-469.
9. Brumback RA ¿Es la depresión una enfermedad neurológica? Neurologic Clinics. 1993;11:79-104.
10. Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA. On the Road to DSM-V and ICD-11. European Archives of Psychiatric and <Clinical Neuroscience. 2008;258(Suppl):2-6. DOI: 10.1007/500406-008 5002-6
11. Alvarado L, Muñoz-Neira C, Orellana G, Slachevsky A. Formación en neuropsiquiatría: ¿Una necesidad de país? Rev Med Chile. 2011;139:406-407.
12. Berrios GE, Markova IS. The concept of neuropsychiatry: A historical overview. J of Psychosomatic Research. 2002;53:629-638.

TRABAJOS ORIGINALES

Gac Méd Caracas 2012;120(3):187-197

Utilidad de la adenosina deaminasa (ADA), interferón gamma y biopsia pleural para el diagnóstico de tuberculosis pleural

Dras. Liliana Elizabeth Suárez Blandenier*, Ana Rabucha Dubin **, Maria Fernanda Correa de Adjounian ***, Claudia B de Suarez *****

e-mail: lilianabland@gmail.com

* Médico Internista. Adjunto al servicio de medicina interna del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" el Llanito, Caracas.

** Médico Neumólogo Jefe del servicio de neumonología del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" el Llanito, Caracas.

*** Profesor Asociado. Instituto de Medicina Experimental "Dr. José Gregorio Hernández". Universidad Central de Venezuela.

***** Profesor Titular. Facultad de Medicina. UCV. Unidad de Miocardiopatía" Dr. Juan José Puigbó". Cátedra de Cardiología. Facultad de Medicina UCV y Hospital Universitario de Caracas.