

La Esquizofrenia y la Cultura Moderna

(Lección inaugural. Curso 2011-2012)

Marino Pérez Álvarez

Catedrático de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

La esquizofrenia es probablemente el trastorno mental más desafiante, tanto para la comprensión humana, como para la explicación científica.

La propia palabra esquizofrenia, ya impresiona.

- Sugiere de inmediato **mente dividida** y así la existencia de una parte de uno indómita o desmedida.
- Por extensión sugiere **división de un todo** que debiera permanecer unido o bifurcación de un enfoque.

Asimismo, la esquizofrenia guarda asociación con la **locura**, que también tiene su **ambivalencia**, entre algo **admirable**, por grande y grandioso, y **temible**, por lo que suponga de pérdida de la razón y desatino.

De todos modos, entre las locuras que más se suelen lamentar están aquellas que no se cometieron o acometieron a su debido tiempo.

No es fácil dirimir entre la **locura** y la **cordura**. Si una persona parece cuerda, quizá sea porque sus locuras son proporcionadas a su edad y condición. Por su parte, demasiada cordura, puede meter a uno en la más insulsa sensatez.

Se ha contrapuesto la **locura** a la **razón**. ¿Y si la locura fuera la razón presentada de otra manera?

La locura de don Quijote estaba entreverada de razón, y animada de buenas razones para enderezar estos nuestros detestables siglos.

Nadie se vuelve loco, sin alguna razón.

Todas estas connotaciones forman parte de la esquizofrenia y sus dificultades de comprensión y explicación.

El propio estudio de la esquizofrenia es él mismo esquizofrénico, entre dos enfoques disociados.

Uno es el **enfoque neurobiológico** y el otro el **psicológico**, según se conciba la esquizofrenia respectivamente como **trastorno del cerebro o trastorno del yo**.

No se trata de una polémica entre **Psiquiatría** y **Psicología**, toda vez que esos dos enfoques forman parte de la Historia de la Psiquiatría.

Ambos enfoques cuentan con eminentes fundadores, representado

- el enfoque neurobiológico por el psiquiatra alemán **Emil Kraepelin** quien habló de *demencia precoz* y
- el enfoque psicológico por el psiquiatra suizo **Eugene Bleuler**, el introductor del término *esquizofrenia* en 1911.

Es éste de 2011 un buen año para revisar los 100 que llevamos de esquizofrenia.

Ambos enfoques se han dado en **paralelo y pendularmente** en todo este tiempo y, sin duda, se han de integrar, pero no es lo mismo cómo se haga, si empazando por el cerebro o por la persona.

En estos **últimos 30 años** el péndulo está del lado del enfoque neurobiológico.

¿Cuál es el **estado del arte del enfoque neurobiológico** sobre la esquizofrenia?

Las revisiones presentan numerosos hechos conocidos, pero **reconocen** que **no se sabe qué es la esquizofrenia** De manera que ni se sabe si los hechos son relevantes.

El enfoque neurobiológico **falla en saber qué es la esquizofrenia porque carece de un concepto a la altura del fenómeno**,

al reducirla a unos cuantos síntomas,

de pretendido origen genético y

supuesta base neuroquímica,

como si fuera una enfermedad neurodegenerativa más.

Y **carece de un concepto adecuado** porque **deja fuera a la persona**, al desconsiderar el sentido personal, más biográfico que biológico, que sin duda tienen los síntomas.

Los síntomas **no son brotes aleatorios del cerebro, ni una lotería genética**, sino que tienen su razón de ser y sentido en el contexto biográfico.

Y es que, **incluso los paranoicos pueden tener enemigos**, como le dijo Golda Meir a Henri Kissinger, en 1973, cuando éste la acusó de paranoica, por su desconfianza sobre las intenciones de los árabes.

Cuanto más se conoce de la persona y sus circunstancias, más inteligibles resultan sus síntomas y paranoias.

Y, por contra, cuanto menos se sabe de ella, más parece que brotaran de un supuesto cerebro averiado.

Por lo que aquí respecta, se propone reenfocar la esquizofrenia desde el yo o la persona. Para ello se van a ofrecer **7 razones**, más que hechos, sobre las que considerar la esquizofrenia *antes* un trastorno de la persona que del cerebro.

La **primera razón** empieza por considerar la esquizofrenia como un **trastorno** del yo, es decir, **de la experiencia de sí mismo y del mundo**.

La **alteración de la experiencia de sí mismo** se caracteriza por una desconcertante oscilación entre la alienación y la omnipotencia, entre sentirse uno dominado por extraños poderes y, a la vez, sentirse grandioso como si uno controlara el mundo.

James Tilly Matthews, el primer caso descrito conocido de esquizofrenia, en 1810, se siente como un autómatas influido por la acción de unos rayos magnéticos manejados por espías y, a la vez, como un Emperador del mundo entero que arroja de sus tronos a quienes los usurpan.

Daniel Schreber, el caso más célebre de la historia de la psiquiatría, gracias a sus *Memorias de un enfermo de los nervios*, de 1903, se sentía influido por rayos cósmicos que transformaban su propio cuerpo en un cuerpo de mujer y, a la vez, creía que sus pensamientos movían las nubes y cambiaban el curso del tiempo.

Por su parte, la **alteración de la experiencia del mundo** se caracteriza por la desrealización. Un tal sentimiento de irrealidad lo cuenta Renée en su *Diario de una esquizofrénica*:

“En la clase, a mi alrededor las compañeras me parecían robots o maniqués, accionados por un mecanismo invisible; sobre el estrado, el profesor que hablaba, gesticulaba, se levantaba para escribir en la pizarra, parecía también un títere grotesco”.

La tentación es preguntarse si será así como nos perciben las nuevas generaciones de estudiantes.

El **mundo esquizofrénico es bien distinto** del mundo del que que no ha experimentado semejante alteración.

No es por tanto fácil de comprender, ni de explicar.

Apenas existen experiencias comunes que pudieran aproximarse.

Cuando estás expectante por si te llaman, terminas oyendo el teléfono o tu nombre, sin que nada suene, pero supóngase que esto ocurre a todas horas y en todos los sitios y lo que oyes son frases que te insultan, comentan sobre ti o te piden hacer algo impropio.

Así son las alucianciones.

Vas conduciendo y divisas por el retrovisor allá lejos un coche de la policía. Bueno, no pasa nada.

Un poco después, está más cerca. Te mantienes en tu línea y ajustas la velocidad. Ya adelantarás más adelante.

Está más cerca; tú te mantienes.

Está detrás de ti. Vigilas y controlas que todo esté en orden.

Allí siguen. ¿Por qué no adelantan? ¿Qué quieren? ¿Qué hacen mirando el ordenador y con papeles? ¿Por qué se rien?

Por fin adelantan, pero por qué se mantienen ahí.

Algo así debe ser el mundo paranoide, pero en todo momento y en todo lugar.

No se trata de meros errores de juicio o, como se dice, de procesamiento de información.

Se trata de toda una alteración del modo de ser y estar en el mundo.

Cuando a **John Forbes Nash**, paciente de esquizofrenia, matemático y premio Nobel de Economía, objeto de la película *Una mente maravillosa*, le preguntaron

- ¿cómo es posible que usted, un matemático, un hombre consagrado a la razón y a la demostración lógica... cómo es posible que haya creído que los extraterrestres le estaban enviando mensajes?”
- “Porque las ideas que concebí —responde el propio Nash— sobre seres sobrenaturales acudieron a mí del mismo modo en que lo hicieron mis ideas matemáticas, y por esa razón las tomé en serio.”

El caso Nash puede ser un aviso para las mentes lógicas y prodigiosas que sin duda hay entre los asistentes a este acto.

Explicar cómo se llega a semejante alteración, ese es el desafío para toda psiquiatría y psicología que se precien.

Los casos de Matthews, Schreber, Renée y Nash resultan comprensibles y hasta explicables en la medida en que se conocen, como se conocen, sus historias.

Es en la historia personal donde la esquizofrenia tiene su **razón de ser**, de acuerdo con el contexto cultural.

Y aquí entra la segunda razón.

La **segunda razón** es el **origen moderno** de la esquizofrenia.

Los **datos muestran su marcada incidencia a lo largo del siglo XIX**, sin clara evidencia de su existencia anterior.

¿Por qué en la época moderna y no antes o en cualquier otra cultura?

- Por la particular **configuración del yo moderno**.

Se trata de un yo que a partir del Renacimiento sigue la **tendencia individualista e interiorizante que campea en nuestros días**.

- Mientras que la **tendencia individualista** consiste básicamente en una **separación** creciente **entre el individuo y la sociedad**,
- la **tendencia interiorizante** consiste en la separación dentro del individuo entre el interior y el exterior.

El **yo de Descartes** (*Pienso, luego existo*) dibuja el yo moderno, con su primacía del yo sobre el mundo y del yo pensante sobre el yo corporal, prefiguración del yo-dividido.

El **yo de Kant** acabaría por rematar esta peculiar dualidad del yo moderno: entre un yo trascendental, fundamento de todo conocimiento, y un yo empírico, él mismo objeto de conocimiento. Por un lado, un yo omnipotente, grandioso, y, por otro, un yo-objeto, como una cosa más.

Esta hipertrofiada dualidad del yo lleva pareja la desrealización del mundo, según después de Kant no podemos decir si lo que conocemos es el mundo real o es sólo lo que nos parece.

De acuerdo con este yo-moderno, el pensamiento puede llegar a tomarse por más real que la realidad y ésta, a su vez, por una ilusión.

La esquizofrenia viene a ser la apoteosis de esta particular configuración del yo.

Naturalmente, para volverse loco no es necesario ser filósofo, aunque no sería un mal comienzo.

Este **yo moderno** refleja y, a la vez, se traduce en **cambios culturales** y **nuevas formas de vida**, entre ellas,

- la **gran transformación de la comunidad tradicional en la sociedad de los individuos**, debida
- al **proceso de urbanización e industrialización**, enteramente coincidente con el surgimiento de la esquizofrenia a lo largo del siglo XIX.

La **tercera razón** es el **comienzo juvenil** de la esquizofrenia.

El **pico de su incidencia se sitúa en torno a los 20 años**, con comienzos entre los 15 y 17.

La buena noticia para muchos es que ya no están en edades de enloquecer.

El caso es que adolescentes y jóvenes los ha habido siempre, pero como edad y condición de vida problemáticas, no lo serían sino a partir del siglo XIX.

Antes, entre la infancia y la vida adulta había un paso, habitualmente un rito de paso, y de pronto surgía el joven-adulto, que ya había vivido entre adultos desde pequeño.

Pero ahora, se abre un espacio nunca visto entre la infancia y la vida adulta. Surge así la adolescencia como una edad *crítica*, en la que *ya* no se es un niño pero *todavía* no se es un adulto.

*Dejaremos de lado la **adultescencia**, característica de nuestro tiempo.*

Sin los tradicionales ritos de paso, el adolescente en la sociedad moderna queda expuesto a una crisis, la **crisis de identidad** por antonomasia.

Esta situación crítica de la adolescencia, como decía, se empezó a dar en el siglo XIX, en relación con la disolución de la comunidad tradicional en favor de la sociedad de los individuos, precisamente, con el proceso de industrialización y urbanización.

Por lo demás, es bien conocida la afinidad entre ciertas características de la adolescencia y la esquizofrenia.

Se refieren a características normales del adolescente, como sentirse especial y único y su conciencia de sí mismo intensificada.

Igualmente, son frecuentes **experiencias cuasi-psicóticas** en la adolescencia, similares a las que se dan en la esquizofrenia.

Ejemplos de estas experiencias encontradas en **adolescentes asturianos**, en un estudio llevado por los profesores José Muñiz y Serafín Lemos, son, por ejemplo,

- creer que las cosas que salen en la TV tienen un significado especial para uno,
- creer que la gente puede leer la mente de los demás, etc., etc.

Si bien la inmensa mayoría de los adolescentes no *alcanza* la esquizofrenia, lo cierto es también que la mayoría de los casos de esquizofrenia tiene su comienzo en la adolescencia.

La **cuarta razón** se refiere al **mejor pronóstico de la esquizofrenia en los países menos desarrollados** que en los más desarrollados.

Da la impresión de que los países menos desarrollados tienen una esquizofrenia igualmente menos desarrollada.

Aunque las multinacionales farmacéuticas podrían decir que todo se andará.

Ciertas características de las sociedades tradicionales como el apoyo social, el medio familiar, la pertenencia al grupo, la normal aceptación y tolerancia de la persona enferma, parecen ser factores preventivos y curativos, más eficaces que la propia medicación.

No estaría de más una globalización a la inversa, en estos aspectos.

La **quinta razón** es la **alta incidencia de esquizofrenia entre emigrantes** de sociedades tradicionales en ciudades europeas.

Todo empezó con una llamativa incidencia observada hace unos 20 años entre los inmigrantes afro-caribeños en Londres. Después, esta mayor incidencia se observó también en emigrantes de otras procedencias y en otras ciudades europeas.

Esta alta tasa de incidencia de esquizofrenia en emigrantes, **implica un desafío para la psiquiatría**, concierne a la naturaleza de la esquizofrenia, su etiología, tratamiento y estatus científico.

El fenómeno **desborda la socorrida explicación genética y neurobiológica y requiere de una en términos sociales.**

Así, se ha propuesto una explicación que integra, **por este orden, causas sociales, psicológicas y neurobiológicas.**

Se trata de un modelo *socioevolutivo*, alternativo al *neuroevolutivo* al uso.

De **acuerdo con el modelo socioevolutivo**, las alteraciones cerebrales asociadas a la esquizofrenia se pueden entender al hilo de las experiencias personales, como consecuencia de ellas y no, necesariamente, como su presunta causa.

Un ejemplo que no tiene que ver con la esquizofrenia, permite ilustrar este argumento. El **hipocampo**, una estructura cerebral relacionada con la memoria espacial, presenta un **volumen aumentado** en los **taxistas de Londres**. Las exigentes condiciones para ser taxista en Londres hacen que se active esta área cerebral. El hipocampo aumentado no es, por tanto, la causa, sino la consecuencia, de ser taxista.

Algo similar puede estar ocurriendo en relación con los avatares de la vida que llevan a la esquizofrenia, tanto en emigrantes como en personas sometidas a otras condiciones.

En esta perspectiva, las posibles alteraciones del cerebro están más bien para ser explicadas que para tomarlas como explicación, como he tenido ocasión de discutir, si es que no de demostrar, en mi libro **El mito del cerebro creador**. Me refiero a mí, porque a este respecto, como diría Unamuno, soy el hombre que tengo más a mano.

De ahí que no sea lo mismo empezar por el cerebro o por la persona, para entender lo que le pasa a la gente.

Empezar por el cerebro, suele terminar por dejar de lado las verdaderas condiciones de las que dependen las experiencias humanas, como la esquizofrenia.

Al priorizar el cerebro, se podría pensar erróneamente que el hipocampo aumentado es la causa de ser taxista.

Este error, que no se da en el caso de los taxistas, se puede estar cometiendo, sin embargo, en relación con la esquizofrenia.

La cuestión es combinar el alma de la ciudad como nos enseñaba Santiago González Escudero, con la plasticidad epigenética y cerebral que ahora nos enseña su hijo Héctor González, en nuestra Facultad.

La **sexta razón** concierne a la **leyenda genética** de la esquizofrenia que, en realidad, viene a mostrar el **papel decisivo del ambiente**.

Lo cierto es que los genes, lejos de suponer una programación lineal, unidireccional, están modulados y reconstruidos continuamente, a lo largo de toda la vida, por las experiencias de los organismos de acuerdo con las condiciones ambientales.

Quiere decir que la esquizofrenia no está pre-concebida en los genes, cual pecado original.

Así, más que de genética, habría que hablar de **epigenética**. La **epigenética estudia, en esencia, la regulación ambiental de las funciones moleculares genéticas y genómicas**.

La epigenética en los últimos 5 años viene mostrando cómo el ambiente social, por ejemplo, cuidados maternos en estudios con animales, influye la actividad de regiones específicas del genoma, uno de cuyos mecanismos es la metilación del ADN.

La epigenética viene a confirmar lo que ya se sabía en psicología, desde Freud a Skinner, y es la importancia decisiva en el desarrollo de los individuos de las experiencias tempranas y de la historia del aprendizaje, que por lo visto, conllevan alteraciones genéticas, genómicas y cerebrales.

La **séptima y última razón** para la consideración de la esquizofrenia *antes* un trastorno de la persona que del cerebro, es la **importancia de la química interpersonal** en su tratamiento.

Como dijo un paciente de esquizofrenia, se habla mucho de química, pero la *química* que más me ha ayudado a mí fue la que tuve con mi psicoterapeuta.

Sin embargo, como es sabido, el **tratamiento de elección** para la esquizofrenia, primero en ser aplicado, es la medicación llamada antipsicótica.

El tratamiento psicológico está plenamente reconocido, pero como adjunto a la medicación.

Dentro de que difícilmente se puede prescindir de ella, la medicación antipsicótica presenta **tres problemas para ser el tratamiento de elección:**

- 1) Es **meramente sintomática**, de manera que deja fuera las causas que han llevado a la crisis.

Recuérdese que se trata, por lo común, de un adolescente.

La experiencia que tienen los pacientes de la medicación es de **sentir indiferencia** ante los síntomas, y ante todo lo demás. No precisamente una experiencia de recuperación del sentido del yo y del normal contacto con la realidad.

- 2) El comienzo por **la medicación puede “marcar” el destino** de enfermo crónico.

La medicación se convierte en el tema de las siguientes visitas, para mantenerla, subirla, bajarla, cambiarla, etc., lo que se llama **“escuchar al fármaco”**, en vez de propiamente a la persona.

Acaso esto tenga que ver con el peor pronóstico en los países más desarrollados, donde la medicación nunca falta.

- 3) La **medicación impide llevar una auténtica terapia psicológica.**

El estado de indiferencia ante los síntomas impide terapias psicológicas que tratan de explorar, confrontar y entender las experiencias psicóticas.

Asimismo, el **objetivo de la psicoterapia no es necesariamente eliminar** los síntomas, sino cambiar la relación con ellos y desarrollar una comprensión de su sentido.

El **“caso Nash”** sirve de ejemplo. Al final de la película vemos que sigue “oyendo voces”, pero éstas no le impiden seguir su camino.

La **terapia psicológica de la esquizofrenia se centra** en la persona, en la relación interpersonal, en el entedimiento de las experiencias en el contexto biográfico, en la recuperación del sentido del yo y en devolver a la persona al horizonte de la vida, **sin prometer “un jardín de rosas”**.

Es de esperar una **nueva vida para la psicoterapia de la esquizofrenia en la perspectiva fenomenológica y psicológica** que se ha propuesto aquí, dicho así, por reutilizar el título de uno de nuestros últimos trabajos.

Si dentro de 14 años, quien imparta esta Lección Inaugural de la Facultad de Psicología se ocupara de este tema, probablemente podría confirmar lo que digo.

Lo dicho no parece que sea una locura, y si lo pareciera, se reconocerá, al menos que es una locura razonada.

De todos modos, cierta locura seguramente es necesaria para *enderezar estas nuestras detestables décadas* de incomprensión de la esquizofrenia.

Por el momento, no me queda más que agradecer a mi Decano y colegas de la Facultad que me hayan confiado la Lección Inaugural del presente Curso y a ustedes su presencia.

Muchas gracias.