



SALUD MENTAL: UNA REALIDAD COMPLEJA

Después de unos meses alejado de las conversaciones con científicos, reanudo la sección con una entrevista sobre salud mental. Un tema delicado, injustamente tratado en muchos ámbitos de nuestra sociedad. Para resolver mis dudas y conocer mejor este campo de investigación, entrevisto al grupo de científicos dirigido por el profesor Rafael Tabarés-Seisdedos, catedrático de Psiquiatría de la Universitat de València. Uno de los dos grupos de investigación que la universidad tiene en el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Su grupo investiga trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Me gustaría saber si hay unos patrones cerebrales claros para detectar estas enfermedades.

RAFAEL TABARÉS-SEISDEDOS: Quiero ser muy claro al respecto. No se puede hacer un diagnóstico con una máquina a un paciente con esquizofrenia o trastorno bipolar. La respuesta a la pregunta que tú haces es: no, no hay unos patrones cerebrales específicos. A pesar de los esfuerzos de muchas compañías e investigadores en salud mental y neurociencias, no hay biomarcadores que puedan diagnosticar determinada enfermedad mental o indicar estados iniciales o incipientes de esta. La esperanza es que algún día seamos capaces de hacer diagnósticos válidos y detectar estas perturbaciones antes de la aparición de los síntomas clínicos clásicos. Esto nos adentra en un terreno complicado: ¿en qué medida hay que tratar a alguien que aún no tiene un diagnóstico de esquizofrenia pero tiene un riesgo muy alto de tenerlo?

GABRIEL SELVA: Nosotros estudiamos cómo afecta la enfermedad a nuestros pacientes, qué alteraciones sufren en su memoria, en la capacidad de atención, en su día a día. Todos estos aspectos son los que llamamos cognición, y están relacionados con el funcionamiento cerebral.

Por tanto ¿la evaluación se basa más en una observación del comportamiento que en un análisis clínico cerebral?

VICENT BALANZÁ: En cierta medida, la observación de que algo no va bien significa de manera indirecta cómo está funcionando el cerebro de estas personas. Más allá de las pruebas hechas con máquinas, se trata de observar su conducta haciendo un diagnóstico clínico basado en los síntomas que presenta el paciente.

R. TABARÉS-SEISDEDOS: Hay que tener cierta perspectiva histórica. Los trastornos mentales son enfermedades



© Alexandre Martínez Orts

Grupo de investigación dirigido por el profesor Rafael Tabarés-Seisdedos. De izquierda a derecha, José Salazar, Gabriel Selva, Inma Fuentes, Patricia Correa, Vicent Balanzá, Cristina Amézcuca, Manuel Gómez, Rafael Tabarés-Seisdedos y Alexis Lescaylle.

que durante mucho tiempo no se han considerado enfermedades, sino rarezas que sufrían individuos poseídos por el diablo o, más recientemente, víctimas de una sociedad alienante y explotadora. ¿Qué sentido tenía, entonces, buscar algo en el cuerpo o el cerebro de estos pacientes...? Esta visión se mantuvo hasta hace cuatro décadas y aún persiste con fuerza. Durante los últimos treinta años, el hecho de que muchos nos dediquemos a estudiar a los pacientes con problemas mentales con los mismos métodos de investigación biomédica, aplicables a otras enfermedades no psiquiátricas, ha hecho que los pacientes sean reconocidos como personas enfermas que requieren atención médica y tratamiento psicoterapéutico, así como asistencia especializada a las familias, que serán determinantes en el desarrollo, para bien o para mal, de la enfermedad. Esto ha supuesto un alivio para una gran parte de familiares que se sentían culpables, y también ha determinado una manera más científica de tratar a estos pacientes. Sin embargo, algo no va bien. ¿Qué ocurre? Que estamos sobrevalorando la visión biomédica. Hemos generado la ilusión en los pacientes, familiares y la sociedad en general de que con un análisis de sangre o una resonancia magnética haremos un diagnóstico de las enfermedades mentales como ocurre con otras afecciones, como la diabetes.

Intentando racionalizar el estudio para alejarse de la visión inexacta de hace unas décadas se ha olvidado la parte social de la enfermedad...

R. TABARÉS-SEISDEDOS: Tenemos que saber utilizar el método biomédico pero sin perder de vista algunos aspectos que nos ofrece la psicoterapia, la rehabilitación, para entender cómo tratar a estos pacientes y a sus familiares adecuadamente. La investigación es tan especializada que hace que quien se dedica a la biomedicina no tenga en cuenta otros aspectos que hay que integrar y que se tienen que saber coordinar, para entender realidades tan complejas como esta. La realidad de los pacientes esquizofrénicos, bipolares o depresivos es mucho más compleja que un patrón cerebral claro.

De acuerdo, la realidad es muy compleja. Pero hay diferencias entre el cerebro de un esquizofrénico y el mío, ¿no?

R. TABARÉS-SEISDEDOS: Sí, se observan diferencias entre los cerebros... ¡Pero estos síntomas que observas en pacientes esquizofrénicos también los observas en otros pacientes con trastornos mentales menos graves!

G. SELVA: Y también hay esquizofrénicos que no los tienen...

R. TABARÉS-SEISDEDOS: ¡Exacto! Resultaría extraordinario utilizar un biomarcador, como es el caso de la glucosa con los diabéticos. Eso es tan extraordinario que uno espera poder hacer lo mismo con otras enfermedades, como las mentales.

Pero no es el caso...

R. TABARÉS-SEISDEDOS: Ahora mismo no lo es, aunque algunos tengan la ilusión de que así sea. Eso no quiere decir que en un futuro podamos acercarnos a una situación que nos permita hacer diagnósticos, valorar la mejor respuesta a los tratamientos o determinar el curso de las enfermedades con la ayuda de biomarcadores. Pero queda mucho trabajo por hacer.

PATRICIA CORREA: A pesar de que también utilizamos herramientas genéticas, nuestro estudio empieza cuando el paciente ya está diagnosticado. Nuestro trabajo consiste en ver qué alteraciones sufre a nivel neurocognitivo, en su memoria, atención, concentración... y cómo estas capacidades se ven alteradas por la enfermedad.

R. TABARÉS-SEISDEDOS: Los síntomas más evidentes en los trastornos psicóticos como la esquizofrenia son los delirios y las alucinaciones. Es lo que conocemos como síntomas positivos. Pero aparte de estos síntomas, también hay otros aspectos a los que no se ha dado especial importancia y que están incluso debajo de los síntomas clínicos de la enfermedad. Es lo que nosotros llamamos

una visión endofenotípica. El endofenotipo podría explicar lo que se observa aparentemente.

¿Pueden concretar este concepto de endofenotipo?

V. BALANZÀ: Un endofenotipo es un aspecto de la enfermedad que, por definición, no es identificable sin la ayuda de un test o una exploración complementaria. Es un aspecto invisible al ojo clínico, un aspecto que subyace y que es compartido por los familiares sanos de los pacientes, es decir que de alguna manera está ligado a la genética, a la familia, y que se puede manifestar también en familiares incluso cuando estos no manifiestan la enfermedad. De alguna manera, está ligado al trastorno pero no se manifiesta.

Es decir: el familiar sano puede compartir endofenotipo con el familiar esquizofrénico.

V. BALANZÀ: De hecho eso es lo que estudiamos nosotros.

Estudiamos familiares sanos de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, para identificar endofenotipos de tipo cognitivo, problemas en la memoria verbal o en las funciones ejecutivas, que manifiestan también estos familiares sanos en mayor proporción que personas sanas que no tienen familiares esquizofrénicos.

Aparte de esta línea, ¿cuál es el aspecto más innovador que investigan sobre estas enfermedades?

ALEXIS LESCAYLLE: También estudiamos la relación que tienen estas enfermedades con el cáncer. Estamos demostrando que los pacientes con esquizofrenia tienen un bajo índice a la hora de sufrir cáncer de próstata o de pulmones. Para hacer este estudio empleamos procedimientos estadísticos informatizados, que nos facilitan la manipulación de datos.

R. TABARÉS-SEISDEDOS: Como bien dice Alexis, estudiamos las comorbilidades inversas. Intuitivamente uno piensa que por el hecho de tener una enfermedad grave se le asociarán otras enfermedades. De hecho, una persona mayor puede tener tres, cuatro o cinco condiciones médicas al mismo tiempo: hipertensión, obesidad, problemas cardíacos... Eso es habitual. Pero nosotros, junto a otros investigadores, hemos abierto la idea de que puede existir una comorbilidad negativa, una asociación inversa, de tal manera que alguien, al sufrir una enfermedad, puede estar protegido de otras.

ALEXANDRE MARTÍNEZ ORTS
Licenciado en Periodismo (Valencia)

**«LA REALIDAD DE
LOS PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS,
BIPOLARES O DEPRESIVOS
ES MUCHO MÁS COMPLEJA
QUE UN PATRÓN CEREBRAL
CLARO»**

RAFAEL TABARÉS-SEISDEDOS