

*Tampoco fue fácil  
el regreso a los estudios.*



Nombre: CARMELO VÁZQUEZ

Puesto que desempeña: CATEDRÁTICO DE PSICOPATOLOGÍA

Lugar de trabajo: FACULTAD DE PSICOLOGÍA (UNIV. COMPLUTENSE)

Podría describir que son los “procesos cognitivos”, y cómo afectan al desempeño y funcionamiento general de las personas aquejadas por enfermedades mentales graves.

Los “procesos cognitivos” son las operaciones que realiza nuestro sistema mental para mantenernos en contacto con el mundo exterior e interior: estar atentos a lo que nos dicen, acordarnos de lo que hicimos ayer, percibir los colores de un paisaje, o comprender una conversación. Es decir, son las operaciones de atención, memoria, aprendizaje, entre muchas otras, que nos permiten estar en el mundo, comprenderlo e intervenir en él.

A veces esos procesos no son sencillos pues incluyen, por ejemplo, los mecanismos por los que creemos adivinar las intenciones de los demás. Por ejemplo, interpretar si una mirada es de “enfado” o “persecutoria” es algo bastante complejo y requiere muchos tipos de operaciones diferentes (ej.: análisis de la mirada, comprensión de la situación, empleo de expectativas y aprendizajes previos, etc.) que, en algunas personas pueden estar alterados. Así pues, el espectro de problemas cognitivos que pueden estar presentes en personas con trastornos mentales puede ser bastante variado. Puede haber problemas relacionados con operaciones mentales sencillas pero también otros con operaciones tan complejas como comprender bien la naturaleza de los actos de otras personas.

En definitiva, algunos procesos cognitivos pueden estar alterados en personas con trastornos mentales graves (TMG), y creo que aún más cuando han de trabajar con información que tiene que ver con asuntos de alto contenido emocional y de elevada relevancia personal. Particularmente me interesa más la investigación de cómo la gente con problemas mentales (graves o no) opera con asuntos emocionalmente relevantes que el análisis del desempeño en frías tareas neuropsicológicas de memoria, atención, etc.

Aunque no podemos hablar de un perfil neuropsicológico característico, presente de forma consistente, en todos los pacientes con esquizofrenia, ¿cómo pueden repercutir en su funcionamiento social y laboral las posibles dificultades cognitivas?

Seguramente hay muchos tipos de esquizofrenia que tienen diferentes características neuropsicológicas, psicológicas, y biológicas diferentes. Parte de las razones por las que no hay resultados enteramente concluyentes y satisfactorios en la investigación general sobre “la esquizofrenia” es que el punto de partida (v.g., “esquizofrenia”) es una categoría relativamente vaga y difusa que incluye una gran heterogeneidad de personas con problemas psicológicos y neurobiológicos probablemente muy diferentes. Pero, si nos permitimos dejar momentáneamente a un lado este problema previo, parece claro que los problemas para mantener la atención y para retener en la memoria elementos de información durante poco tiempo y trabajar con ellos (lo que llamamos memoria de trabajo) parecen dos problemas presentes de un modo más consistente que



*Tampoco fue fácil  
el regreso a los estudios.*

otros (aunque hay que advertir, y esto es muy importante, que no son problemas específicos o exclusivos de esto que denominamos “esquizofrenia”). En cualquier caso, esos problemas básicos pueden obstaculizar un desempeño en actividades cotidianas que requieran algún esfuerzo mental especial.

En cierto sentido, el delirio es una “explicación de la realidad”, pero ¿de qué manera los procesos cognitivos y emocionales están implicados en la formación y mantenimiento de las ideas delirantes?

No conocemos aún bien cómo se gesta y se mantiene una idea delirante. Una visión puramente psiquiátrica del delirio lo contempla como un “síntoma” más de una enfermedad y, como tal, hay que eliminarlo de un modo, digamos, “quirúrgico”. El delirio sería simplemente un “accidente” indeseable de una enfermedad subyacente. Desde la Psicología creemos que el delirio puede analizarse con el mismo tipo de marco explicativo con el que intentamos comprender la génesis de las creencias humanas, llamémoslas “normales”. El delirio, esa creencia tan extraordinaria, puede que no sea más que un caso extremo de cómo nos formamos ideas políticas, religiosas, o morales. Y en todos estos casos, delirios o creencias normales, las emociones, los deseos de preservar nuestra autoestima, nuestro deseo de “comprender” el mundo están presentes en su formación y mantenimiento. El delirio no es una excepción que requiera métodos de análisis y comprensión diferentes a los de la investigación sobre las creencias normales. En muchos casos puede verse que el contenido del delirio está asociado a profundos miedos, experiencias traumáticas previas, o experiencias psicológicas extrañas (ej.: oír voces y no saber por qué).

La investigación actual está mostrando que el delirio puede ser un resultado final de un cúmulo de anomalías cognitivas y emocionales pero, y esta es la novedad, muy próximas en su naturaleza a los procesos que están presentes en la gente “normal”.

Algunos estudios demuestran que entrenando directamente los procesos atencionales en pacientes con esquizofrenia se podría mejorar su rendimiento, ¿qué tipo de tareas y entrenamientos serían los adecuados? ¿Puede ser la atención una función dependiente del tipo de tarea? ¿Y quién puede beneficiarse de la rehabilitación cognitiva?

Nuestra experiencia con el intento de mejorar procesos atencionales mediante procedimientos controlados es que su entrenamiento directo (mediante pruebas repetitivas, de tipo neuropsicológico estándar) apenas reporta beneficios tangibles. En general, los estudios metanalíticos y de síntesis revelan que este tipo de entrenamiento tiene, en el mejor de los casos, un efecto pequeño sobre la mejora en los propios procesos y aún menos en cuanto a su generalización. Aún es muy pronto y hace falta mucha más investigación básica para trasladar recomendaciones directas útiles a los clínicos sobre la viabilidad del entrenamiento cognitivo. Tenemos que aprender más sobre quiénes podrían beneficiarse de tratamientos o subtipos de tratamiento, y saber más sobre “dosis terapéuticas” y transferencia de ganancias al funcionamiento en la vida real (en general, bastante escasos con los entrenamientos estándar). Aunque hay muchos profesionales interesados en la rehabilitación cognitiva directa (como si fuera un músculo entrenable), es aún pronto para hacer recomendaciones fuertes. En definitiva, hay que ser cauteloso porque puede haber promesas



*Tampoco fue fácil  
el regreso a los estudios.*

infundadas sobre la eficacia de este tipo de entrenamientos por muy atractiva que pueda parecer la idea.

Creo que una de las vías más prometedoras puede ser la del entrenamiento cognitivo insertado de un modo estructurado en tareas de rehabilitación cotidianas (algo aún no bien desarrollado y estructurado). Igualmente, el entrenamiento metacognitivo (es decir, ayudar a las personas con dificultades cognitivas concretas a ser conscientes de esa limitación y ayudar a que se dote de elementos compensatorios) puede ser otra vía de gran interés en el desarrollo de la rehabilitación cognitiva.

Se estima que alrededor del 30% de las personas diagnosticadas de esquizofrenia no presentan alteraciones neuropsicológicas; ¿Qué factores determinan la presencia o ausencia de déficit cognitivo?

Creo que no hay una buena respuesta a esto. Aquí confluyen varios problemas: 1) el uso de una misma etiqueta diagnóstica a lo que quizás sean problemas diferentes; 2) La especificidad de los hallazgos (por ejemplo, en pruebas atencionales, el rendimiento de los pacientes diagnosticados de “esquizofrenia” no es significativamente diferente al de los pacientes diagnosticados de “trastorno bipolar”).

Ha sido elegido Representante Nacional del European Network de la Psicología Positiva, donde habla de la felicidad en términos de “bienestar subjetivo”, y afirma que podemos controlar entre el 40 y el 50 % de nuestro bienestar. ¿Nos podría indicar cómo se propicia en la práctica clínica ese “auto-control?” ¿Es susceptible de ser aprendido, o es una cuestión genética?

Nuestro bienestar, la capacidad de disfrute con las cosas que nos ofrece la vida, o nuestra satisfacción general con la vida, dependen (quizás hasta un 50%) de elementos poco transformables (ej.: estilos de personalidad, capacidad de nuestro sistema nervioso para responder al placer o al dolor, etc.). Por otro lado, las condiciones materiales (dinero, estatus social, etc.) parece tener un impacto relativamente pequeño sobre el bienestar (quizás menos de un 10%). Parece pues indiscutible que hay otros factores, que tienen que ver más con elementos más bajo nuestro control, que tienen un peso también grande para vivir una vida dichosa. Son elementos que tienen que ver con una actitud más positiva ante la vida, con cambiar conductas perniciosas y promover cambios saludables en nuestro entorno, con tener más y mejores relaciones sociales, con intentar ser más amable con los demás y con, entre otras cosas, reconocer que, a pesar de todo hay cosas buenas en nuestras vidas. Cada uno tiene que componer su propia fórmula pero es una tarea que seguro que tiene su recompensa.

Desde la Psicología positiva se nos muestra la existencia de estrategias dirigidas a aumentar el bienestar; ¿De qué manera se puede traducir esta aportación a la rehabilitación psicosocial y laboral de las personas aquejadas por enfermedades mentales?

La Psicología, pero también la Medicina, en general, se han ocupado hasta ahora de reducir el malestar, controlar síntomas, o aliviar enfermedades. Eso es necesario, pero no suficiente para tener una buena salud psicológica, física o incluso social. Una de las aportaciones cruciales de la



*Tampoco fue fácil  
el regreso a los estudios.*

rehabilitación es que, desde sus inicios, y podríamos remontarnos incluso al Siglo XIX, se ha centrado en el intento de recuperar el funcionamiento integral de los pacientes. En ese sentido se puede considerar que ha abierto caminos y horizontes insospechados. La llamada Psicología Positiva hace justo énfasis en la necesidad de centrarnos en aquello que contribuye al bienestar y salud integral de los ciudadanos, sin olvidarnos obviamente del alivio del dolor y el sufrimiento. El interés de la Psicología Positiva en las capacidades, las fortalezas, y el bienestar, converge perfectamente en el horizonte de la rehabilitación psicosocial. En el camino, tendremos que descubrir cómo identificar y potenciar aquellas capacidades que están conservadas, cómo mejorar las instituciones para que sean herramientas eficaces generadoras de salud y bienestar (no sólo eficaces en reducir la desdicha) y en propiciar caminos que permitan el crecimiento de las personas. Claramente hay puntos de convergencia entre este modelo de capacidades y lo que tradicionalmente ha sido la epistemología subyacente de la rehabilitación. Creo que puede haber caminos de encuentro de gran fertilidad mutua.

En su libro “Optimismo Inteligente” escribe que hay datos que apoyan la tesis de que las personas más optimistas gozan de mayor salud y viven más. ¿Cómo afrontaría un “optimista inteligente” una enfermedad mental, bien como afectado o como familiar?

El optimismo no es una creencia irracional o banal de que la vida es sencilla o de que no está llena de obstáculos. Habría que distinguir un optimismo ingenuo y superficial de una actitud frente a la vida en la que intentamos no venarnos abajo frente a dificultades, intentamos sortear esas barreras que nos impone la vida y, en último término, cuando estamos frente a una situación irreparable, afrontarla como un reto e incluso, por qué no, como una posibilidad de sacar lo mejor de nosotros mismos. Eso es el optimismo constructivo: poner en marcha recursos adaptativos que, en cada momento, nos permitan reducir riesgos y tomar acciones para mejorar nuestras vidas. Eso requiere un análisis de la realidad que no sea falso ni ilusorio.

¿Desde su campo de actuación, qué medidas se podrían desarrollar para reducir el estigma que recae sobre estos pacientes? ¿Cuáles cree que serían necesarias?

El estigma es un problema de primer orden que opera a nivel social y cultural pero que, en último término, revierte sobre el individuo que lo sufre. No creo que haya fórmulas automáticas que permitan fácilmente su erradicación porque el estigma tiene que ver con prácticas que los grupos humanos han hecho para protegerse y defenderse de lo extraño. Para identificar y señalar lo incomprensible o lo temido. En ese sentido, los mecanismos psicológicos que sostienen el estigma son muy poderosos porque combinan elementos de juicio y autoprotección con elementos emocionales.

Creo que un modo eficaz de desestigmatización sería el de proveernos de un vocabulario más benigno y, por cierto, más científico que el que utilizamos en la actualidad. Por ejemplo, hay diversos estudios que indican que el modelo de enfermedad imperante en sí mismo es más estigmatizante que los modelos psicosociales. Curiosamente apelamos continuamente al término de enfermedad mental que más que realidad es una metáfora (¡aún no existe ni un solo criterio diagnóstico de las “enfermedades mentales” que sea biológico!). Pero las metáforas pueden tener un precio para sus destinatarios (aunque obviamente también algunas ventajas). Resulta curioso que algunas iniciativas nacionales e internacionales sobre la desestigmatización provengan del ámbito

Tampoco fue fácil  
el regreso a los estudios.



psiquiátrico más tradicional y tengan básicamente el objetivo explícito de que el ciudadano común y los pacientes y sus familias acepten que los trastornos mentales son “enfermedades como otra cualquiera”. Creo que este mensaje, bien sea como consecuencia de una simplificación o de una estrategia calculada, no es necesariamente positivo. Se olvida, por ejemplo, que las personas calificadas como “enfermas mentales graves” han sufrido en su vida sucesos estresantes desproporcionadamente elevados. Pensar en los TMG en términos de “enfermedad” creo que puede tener efectos más indeseables de lo que pueda pensarse. Este es un asunto importante y delicado pero la visión de los TMG ha sido colonizada importando modelos explicativos, a mi modo de ver insuficientes y poco científicos (a pesar de su apariencia) a los que no hay que necesariamente arrogarse.

En otro orden de cosas, las políticas de empleo que permitan normalizar las vidas de las persona afectadas, la formación de educadores, responsables de medios de comunicación, etc. deberían contribuir a reducir la desinformación y el temor infundado. El trabajo de los profesionales de la rehabilitación es, en sí mismo, un instrumento crucial de este proceso de desarticulación de prejuicios.

Podría indicarnos libros, enlaces, Web, artículos de interés.

En dos libros recientes, dentro del área de la Psicología positiva, aportamos información tanto sobre aspectos teóricos relacionados con el bienestar como con aspectos más aplicados.

Especialmente interesantes son los libros:

- J. Read et al. (2006). *Modelos de locura: aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Madrid: Herder.

- Bentall, R. (2005). *Madness explained*. Londres: Penguin.

En ellos se presenta una postura crítica (a veces algo panfletaria, pero basada en datos e intencionalmente sesgada) sobre la medicalización de los problemas mentales. El libro de Bentall es especialmente importante por ser un intento casi quijotesco de explicar las psicosis apelando a modelos y datos psicosociales.

Sobre la normalización de experiencias psicóticas (como oír voces) un buen enlace es el creado por las doctoras Marius Romme y Sandra Escher <http://www.hearing-voices.org/lins.htm> en donde la gente que ha vivido estas experiencias habla sobre ellas, comenta el impacto en sus vidas, y cómo han manejado esa situación.