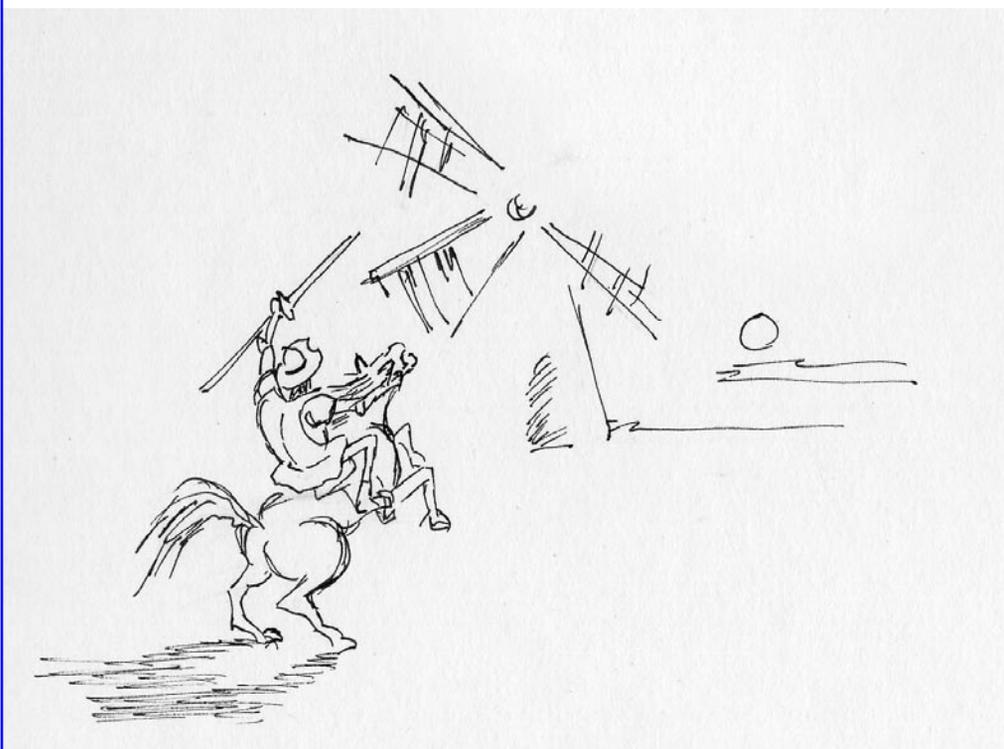


capítulo 18

alucinaciones



En este capítulo tratamos de profundizar en la naturaleza de un «estado alterado de conciencia»: La alucinación. El término alucinación viene del latín, *alucinari* «maravilla en la mente». ¿Qué pasa en el cerebro de la persona que experimenta la alucinación? Aunque una persona no debe estar loca ni bajo el efecto de drogas para alucinar –es suficiente soñar, la privación de sueño o sensorial, la sordera o padecer epilepsia...-, hemos elegido la esquizofrenia para ilustrar el mecanismo complejo de las alucinaciones. Las ilusiones son percepciones erróneas o impresiones falsas de objetos reales, y aunque forman un continuo en las alteraciones de la percepción, difieren de las alucinaciones (una ilusión visual obedece a fallos del contraste de hipótesis en el sistema visual comunes a todos). A lo largo del texto explicamos las piezas cerebrales que conducen a la experiencia alucinatoria, desde la pérdida de cualías (del sentimiento de esfuerzo que nos permite atribuir la fuente de la acción, del sentimiento de familiaridad o del sentimiento de premonición), pasando por el papel del flujo de la información de arriba-abajo (desde la memoria y la imaginación) y de la información de abajo-arriba (desde los sentidos), y su fuerza relativa para construir la percepción del mundo; hasta detenernos en el funcionamiento de la memoria de trabajo y sus sistemas esclavos, del mecanismo comparador o de contraste de hipótesis; pero, sobre todo, en el funcionamiento de la atención,

De cómo Don Quijote vislumbró a los gigantes

Llenósele la fantasía de todo aquello que leía en los libros, así de encantamientos como de pependencias, batallas, desafíos, heridas, requiebros, amores y disparates imposibles; y asentósele de tal modo en la imaginación que era verdad toda aquella máquina de aquellas soñadas invenciones que leía, que para él no había otra historia más cierta en el mundo.

La ventura va guiando nuestras vidas mejor de lo que acertáramos a desear; porque ves allí, amigo Sancho Panza, donde se descubren treinta, o pocos más desaforados gigantes, con quien pienso hacer batalla y quitarles a todos las vidas, con cuyos despojos comenzaremos a enriquecer, que ésta es buena guerra, y es gran servicio de Dios quitar tan mala simiente de sobre la faz de la tierra.

Don Quijote de la Mancha de Miguel de Cervantes

 estas alturas de nuestro interesante libro no nos sorprenderá toparnos con personajes que quieren luchar con gigantes para «desfacer entuertos por estos mundos de Dios». El singular Don Quijote va a tener mucho que decirnos sobre lo que es la alucinación, o lo que Esquirol llamó percepción sin objeto (Reed, 1998), pues sus tan nítidos gigantes sospecho que no serán más que eso.

La andadura que llevamos por aspectos de la conciencia, en cierto modo más terrenales que el que nos toca abordar, como por ejemplo cómo evolucionó, su anatomía o la opinión que tienen de ella Baars y Dennett, da fruto cuando hablamos de algo que está por completo fuera del espectro de la experiencia cotidiana (Frith, 1995). Aquí va a

tratarse la alucinación, incluyendo todo lo que la hace misteriosa, y en particular, cómo la padecen las personas con esquizofrenia.

De las líneas que introducen este capítulo, extraeré las ideas que están relacionadas con la alucinación. La primera es la ventura, que yo llamaré fortuna, y que está muy ligada a una de las características de las alucinaciones que es su impredecibilidad, su aparición como espontánea para quien las tiene. Lo segundo de lo que se va a hablar es de cómo es una alucinación, en este caso cómo los gigantes llegan a ser desaforados. Otra de las cosas más importantes viene a ser el contenido, es decir, por qué Don Quijote ve gigantes y no enanos, y además por qué son peligrosos y hay que luchar contra ellos. Por último intentaré que imaginemos por qué Don Quijote tiene alucinaciones, si es quizá

Las alucinaciones

Tradicionalmente, se ha hablado de las alucinaciones en términos parecidos a la percepción, intentando distinguirlas de las imágenes. La percepción hace referencia a una realidad objetiva y se presenta en el espacio externo a la persona que percibe. Consta de elementos sensoriales vívidos llenos de detalle y se caracterizan por su constancia. Son involuntarias y pueden modificarse. Las imágenes sin embargo poseen una cualidad subjetiva que hacen que aparezcan en el espacio interno del perceptor. Sus manifestaciones son difusas e incompletas, y se disipan con facilidad. Por último está su carácter voluntario, es decir, pueden modificarse y ser evocadas, implican una actividad deliberada.

La alucinación posee características de la percepción pero con la diferencia de la ausencia de objeto externo que las desencadena. El aspecto crucial de una alucinación verdadera es que el sujeto siente que su experiencia se refiere a la realidad externa, aunque objetivamente no sea así.

La clasificación habitual de las alucinaciones puede hacerse de varias formas. Una de ellas es el contenido, aunque no

es de mucha utilidad ya que este es ilimitado, pues depende de las necesidades, creencias, preocupaciones, etcétera del individuo. Otra forma es la causa de la alucinación, entre las que se encuentran la enfermedad, el abuso de sustancias, las situaciones críticas, la privación sensorial...pero sin duda la más acertada es la clasificación según la modalidad sensorial en la que se presenta. Pueden ser:

Alucinaciones visuales: se refiere a la visión más o menos clara de imágenes, que puede abarcar desde destellos, parpadeos hasta escenas y apariciones organizadas. Después de las auditivas, son las más frecuentes y se dan particularmente en los estados agudos orgánicos con obnubilación de conciencia.

Alucinaciones auditivas: comprenden toda clase de estímulos, de silbidos o golpes hasta palabras e incluso órdenes o instrucciones. El aspecto más curioso es la procedencia de la voz, pues los alucinadores pueden precisar exactamente en muchos casos cual es el lugar físico desde el que se les habla. El contenido si que es variopinto, incluso puede tratarse de personajes históricos o ficticios que les hablan. Son características

porque padecía algún tipo de esquizofrenia o si porque estaba destinado a vivir en un mundo desagradecido que no valorase sus hazañas.

¿Qué es una alucinación?

En líneas muy generales, una alucinación es una percepción falsa que aparece con carácter novedoso y en las mismas circuns-

tancias que una percepción normal. Las alucinaciones más comunes son las visuales y las auditivas, aunque también pueden experimentarse con los otros sentidos. Para las personas con esquizofrenia es bastante común oír voces que se refieren a ellos dándoles órdenes, cuchicheando e incluso oír su propio pensamiento que «se les escapa sonando hacia fuera», de forma que todos lo pueden oír.

Respecto a las alucinaciones visuales,

de la esquizofrenia y los estados orgánicos crónicos. El ejemplo más clásico, es el de la persona con esquizofrenia que oye las conspiraciones que ejercen contra el sus compañeros del trabajo, y que suele desencadenar serios altercados en la oficina. Se pueden dar una amplia gama de variedades en la alucinación auditiva como el eco de pensamiento, en el que el paciente oye sus propios pensamientos o los imperativos, que empujan a la persona a desarrollar acciones de todo tipo.

Alucinaciones olfativas: tienen que ver con lo que olfatean e incluso con un olor que ellos pueden desprender. Es curioso el caso de los esquizofrénicos de mediana edad que aseguran oler un gas venenoso que es bombardeado por sus enemigos. Suele darse en personas epilépticas, depresivas y por supuesto en la esquizofrenia.

Alucinaciones táctiles: los pacientes sienten en su piel vientos fríos, vibraciones, shocks eléctricos o sensaciones sexuales. El ejemplo más común es el del síndrome de abstinencia de la cocaína: sensación de que un insecto se arrastra por encima o por debajo de la piel del paciente. También hay pacientes que, probablemente por una mala relación con el sexo, sientan como alguien

pueden confundirse con otros eventos perceptuales parecidos a ellas más fácilmente que las auditivas, así que intentaré que las distingan proponiendo un juego. Imaginen que caminan por un desierto, llevan horas andando y no les queda agua en el zurrón. Su boca está seca, sopla el viento como si fuese fuego que quema los ojos y cada vez cuesta más respirar. Aunque el calor es denso y los pies pesan como el plomo, lo más importante para usted es conseguir agua.

les acaricia, gustosamente o no los genitales. Se da sobretodo en estados orgánicos agudos.

Alucinaciones gustativas: suele ir asociada a la creencia delirante de que están siendo envenenados. Cuando se padecen, son comunes las sensaciones de que la comida tiene un sabor especial. Es muy propio de la esquizofrenia y la epilepsia.

Alucinaciones somáticas: abarcan sensaciones propioceptivas, de dolor o de dentro del cuerpo o la cabeza. Suceden solamente en la esquizofrenia y algunos estados orgánicos. Las personas con esquizofrenia aguda se quejan de estirones dolorosos o sensaciones de enroscarse o desgarrarse. Una variante no muy común, es el delirio zoopático, en el que aseguran que su cuerpo ha sido invadido por un animal. No pueden ver el animal, simplemente lo sienten, lo saben.

Aunque como pueden comprobar puede ser muy variopinta la experiencia alucinatoria hay que decir que el porcentaje mayor de alucinadores ocurre en la versión auditiva, en imperativos o conspiraciones.

Sin ella va a ser imposible que sobreviva y los refuerzos no llegarán a tiempo para socorrerle. De repente, como por arte de magia, el cielo parece estar más cerca del suelo, de forma que una especie de laguna refleja los destellos que el sol emite sobre el desierto. Los ojos cansados distinguen el oasis, su salvador...

La explicación más común que casi siempre se ofrece en las historias de desiertos y oasis, es la que dice que esos oasis son

espejismos. Aunque haya casos en los que sea certera su existencia, lo más plausible es que los viajeros sean víctimas de un fenómeno físico de refracción de la luz. Este fenómeno consiste en que los rayos procedentes de un objeto distante se desvían, a causa de la diferencia de densidad que hay entre dos capas atmosféricas, algo que suele pasar en el desierto.

Para que este espejismo fuese una alucinación y no una ilusión, tendría que pasar que no hubiera oasis en otro lugar, y que el simple deseo de agua provocase una alteración de conciencia capaz de generar una imagen de algo que no existe. Si por el contrario lo que vemos es una imagen que sabemos que está dentro de nuestra cabeza, estaremos imaginando.

Hablemos, ahora que está más claro qué es una alucinación, de lo que Don Quijote vislumbraba. La obra maestra de Cervantes cuenta que de repente aparecieron ante el hidalgo y su escudero molinos de viento agitando sus aspas. Según lo explicado acerca de las alucinaciones, parece ser que para que los gigantes sean una alucinación tienen que aparecerse de repente, como por casualidad, y curiosamente así lo interpreta nuestro guerrero. Les remito para más señas a la lectura de *El Quijote*.

Además de que los gigantes movían sus brazos para atrapar al hidalgo (como buenos molinos que mueven sus aspas), para éste, los enemigos tenían malas intenciones. ¿Cómo es posible que un molino pueda tener malas intenciones? ¿No será acaso que el caballero está ansioso de guerrear y atribuye por tanto maldad a los inertes molinos?

Yo sé que tú sabes que yo lo sabía...

La intención, es algo que todos poseemos, incluso como hemos visto, es posible que hasta los animales hagan uso de ella. Gracias a ésta, podemos predecir la conduc-

ta de los demás, de forma que nos ayude a relacionarnos. ¿Pero cómo de importante es la intención?

Pensemos por ejemplo es dos niños que están jugando a atrapar una pelota que nosotros tenemos. Si llevamos la pelota a la izquierda, la mirada de los niños se dirigirá a ese lugar, pero si al tirarla lo hacemos hacia la derecha, encontraremos que les ha pillado por sorpresa. Evidentemente, en su esquema de juego no nos atribuían la intención de tirar la pelota hacia el lado contrario al que miramos, puesto que no es lo común. Sin embargo, si en varias ocasiones seguidas repetimos la misma operación, los niños llegan a aprenderse la estrategia y no fallarán al coger la pelota. Ya son capaces de atribuirnos una intención para despistarnos. Desde este inocente ejemplo hasta las complicadas tácticas de guerra, todos pasan por la atribución de intenciones. Pero ¿qué pasa si no podemos atribuir a los demás lo que hacen, es decir, si no somos capaces de averiguar lo que el otro sabe, ni distinguir si ese pensamiento es suyo o nuestro?

Hay personas que no son capaces de hacer esto, por ejemplo, los autistas. Todos hemos oído hablar de la soledad del autista, que les caracteriza como ajenos a los demás, excluidos de la sociedad, inmersos en su interior, sin parecer importarles lo que suceda a su alrededor. La teoría más reciente que explica por qué les sucede esto, tiene que ver con lo que hemos hablado de la intención. Al parecer, el autista es incapaz de atribuir intención a los demás, de adivinar lo que piensan e incluso de ser dueños de sus propias ideas. A esto se le llama no tener «teoría de la mente» (Frith, 1995) A diferencia de los autistas, que nunca tuvieron teoría de la mente, los esquizofrénicos la tuvieron y la perdieron. No es igual ser ciego de nacimiento que adquirir la ceguera. De manera que los esquizofrénicos hacen atribuciones de intenciones, pero equivocadas. En ambos, autistas y esquizofrénicos, existen alteraciones de la mirada mental, esto es, en la manera

La esquizofrenia

Es la enfermedad mental más grave que existe. La padece un 1% de la población, y hay una probabilidad de padecerla de un 3% si la padecen los abuelos, y del 40% si la padecen ambos padres.

Se manifiesta entre los 16 y los 40 años de edad. Su diagnóstico es difícil, por la amplia variedad de síntomas que puede abarcar; puede estar causado por múltiples factores: genéticos, familiares, de personalidad, bioquímicos, sociales...

La experiencia subjetiva de un esquizofrénico, pasa por creer que hay un complot contra él, que lo vigilan, espían, hablan de él, le roban el pensamiento, oyen voces, le dan órdenes... suelen tener problemas para expresar sus sentimientos. Su conducta, para los demás «extraña», altera su vida familiar, social y laboral. Carece de interés por las cosas, de proyecto de vida y tiende a aislarse. La mayoría de ellos no creen estar enfermos y se niega a ir al médico y a tomar medicamentos. Los síntomas más comunes, suelen dividirse en positivos y negativos.

Positivos (se manifiestan, hace o experimenta):

Alucinaciones (ver lo que no hay).

Delirios (de grandeza, de persecución, religioso...).

Trastornos del pensamiento (fuga de ideas, pasividad, tangencialidad, ilógicos...).

Conducta extravagante (agresividad, agitación, conducta repetitiva, movimientos absurdos, distractibilidad...).

Negativos (por su ausencia, dejan de hacer):

Embotamiento afectivo (cara helada, no contacto visual, inmóvil, risa tonta, falta de énfasis...).

Pobreza del lenguaje (respuestas breves, lenguaje repetitivo, interrupciones del habla, silencios, olvidos...).

Falta de motivación (apatía, abulia, falta de impulso, de higiene, de perseverancia laboral, cansancio, lentitud...).

Falta de placer (falta de interés, pérdida de placeres previos, sin relaciones, sin hobbies, sin deseo sexual...).

El síndrome de la esquizofrenia también se clasifica por tipos: paranoide (delirios y alucinaciones), catatónica (inmovilidad e inexpressión), hebefrénica (conductas absurdas e infantiles), indiferenciada (mezcla de las anteriores) o residual (tras un episodio, sin síntomas psicóticos importantes).

Al hablar del curso de la enfermedad, se distinguen entre:

Fase prodrómica: cuando se produce un episodio esquizofrénico o crisis, detectable por la personalidad e indicios como insomnio, falta de apetito, tristeza, sentimiento de inutilidad...

Fase activa: brote o crisis, con síntomas positivos. Posee una duración variable.

Fase residual: predominio de síntomas negativos, problemas sociales.

Hay que decir que en una evaluación de 5 años tras el diagnóstico, el 43% de los pacientes evoluciona a mayor discapacidad y sin retorno a la normalidad. El 57% restante muestra una discapacidad mínima o nula. Es decir, tiene curación en la mitad de los casos, que no es poco.

de comunicar intenciones con los ojos, de explorar una escena visual (los autistas no establecen contacto ocular, y los esquizofrénicos hacen malas búsquedas visuales)

Retomando las andanzas de nuestro caballero, se me ocurre pensar que le haya pasado a él como a los autistas, es decir, que se haya quedado sin la capacidad de atribuir a los demás una intención, o mejor dicho, que ha dado una intención a lo que no puede tenerla, es decir, a un molino. ¿Pero por qué le ha sucedido esto? ¿Qué tiene que ver con las alucinaciones? ¿Y con la esquizofrenia?

La singular esquizofrenia

Para poder dar con la clave, en la medida de lo posible, de los interrogantes que se nos van planteando, voy a adentrarme ahora en el mundo de la esquizofrenia. Para empezar es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas psicóticos que incluye lo que se llaman síntomas positivos y síntomas negativos y que en general se refieren a creencias y experiencias «raras» (Frith, 1995). Los síntomas negativos se refieren a la disminución de la conducta espontánea de la persona, es decir, lo que sería hablar poco y perder sus dotes de expresión o sus contactos sociales, el interés por divertirse o la falta de energía. Los síntomas positivos son más escandalosos, por así decirlo, y de ellos forman parte los delirios (pensamientos acerca de las intenciones de los demás), las alucinaciones y en general aquello relacionado con las creencias del paciente en manifestaciones como oír voces.

La esquizofrenia cursa por brotes, de forma que se puede decir que quien tiene esquizofrenia no es esquizofrénico siempre. Esto es una verdad a medias porque en realidad depende del tipo de síntomas que tenga; por lo general los negativos son más persistentes, mientras que los positivos van más por etapas. No todos los esquizofrén-

nicos tienen los dos tipos de síntomas. En particular, los que nos interesan para explicar la alucinación son los que tienen síntomas positivos; pero como veremos más adelante, hay quien postula que ambos tipos de síntomas están regidos por el mismo mecanismo cognitivo.

Cómo se llega a «ver visiones» y a «oír voces»

Siguiendo de la mano de Don Quijote, y también con la ayuda de la escritora Nuria Amat, voy a explicar por qué se llega a alucinar. Para poder hablar de forma concreta sobre la alucinación, nada mejor que leer un pedacito del libro de Amat *La intimidad*:

«Las preguntas sin respuesta se alargaban durante las semanas. Buscaba las repuestas en los libros y ellos me explicaban las distintas disposiciones del abandono. Sólo en los libros podía encontrar las razones de la muerte.

Un libro es como una tumba-decía la voz-Una tumba es tan inagotable como un libro (...) Yo era otra, quería morirme; por eso aparecía la voz (...) Pero la voz no respondía a preguntas. Se presentaba de improviso y, por lo general, se dedicaba a hacer constataciones».

Esto que se acaba de citar, bien puede ser la descripción verbal de una alucinación auditiva, mucho más frecuente entre las personas con esquizofrenia que los gigantes de Don Quijote.

Como en casi todo, en la alucinación también hay teorías, en concreto dos, sobre las que divagar acerca del origen de una alucinación. La primera de ellas explicaría la descripción de Amat de la siguiente forma: Por un lado, hay que contar con que la persona que oye la voz está continuamente pendiente de los sonidos de su alrededor, y como se refugia en los libros, las palabras son algo constante dentro de su cerebro. Supongamos que esa persona, que por otro lado está tan

confundida ante la muerte y tan inmersa en estos pensamientos, vive en un lugar donde es habitual que haya ruido continuamente, porque hay mucha gente, porque quizá está al lado de una fábrica... el ruido constante haría que la persona estuviese todo el rato centrada en lo que oye, y aparecería la voz,

como para tranquilizarla. En resumen viene a ser como si algo de fuera, todo el ruido exterior resonara en su cabeza, haciendo que las palabras fluyeran en un concierto nada armonioso.

Las teorizaciones también sufren el peso de la crítica; es el eterno devenir de la cien-

El estigma de la esquizofrenia

La creencia más arraigada en nuestra sociedad sobre la esquizofrenia es que los que la poseen son personas violentas. Esta violencia se asocia a los delirios. Los esquizofrénicos son los lunáticos impredecibles, los locos de verdad. Pero la verdad es que es una idea falsa: es cierto que pueden existir factores de riesgo, pero que son comunes en la población sana: Ser hombre, el alcoholismo y/o tener antecedentes de conducta violenta. De hecho, la estadística indica que incluso hay más probabilidad de que sean víctimas que verdugos: Cometan delitos menores, pero más suicidios.

Otra confusión usual es hablar de psicótico en vez de psicópata. El primero es alguien que padece esquizofrenia, mientras que el segundo, sufre un trastorno de la personalidad que le lleva en casos extremos a ser un asesino en serie. Son trastornos muy distintos, y una población desinformada, llena de prejuicios y con una actitud discriminatoria no ayuda. Prueba de ello es que aceptar el estereotipo afecta al paciente y a su pronóstico, de modo negativo, pues se produce la profecía autocumplida.

Algunas de las creencias más extendidas, son que el paciente no puede casarse, tener hijos, estudiar, que la enfermedad es incurable, que es droga-

dicto, que los padres son los culpables, que deben permanecer hospitalizados, que son retrasados mentales o que tiene personalidad múltiple. Sin embargo, la esquizofrenia es más una mente rota que dividida, no supone violencia sin sentido a pesar del efecto secundario indeseado de la sedación de los neurolépticos, cuyo objetivo no es calmarlos para evitar su agresividad; se da en personas con todo tipo de cociente intelectual y se conoce que lo que se hereda es un factor de predisposición.

Sobre la familia también tiene efectos muy negativos del estereotipo, pues la negación de la enfermedad llega a producir aislamiento. Se producen sentimientos de culpa por la mala educación, no se desea que se sepa que en la familia hay un loco de atar, hay una implicación excesiva, falta de respiro, que impulsa a reducir el contacto familia-paciente por el psiquiatra...

La situación del paciente también se puede ver influida por la falta de recursos económicos, la falta de iniciativas legislativas y políticas que cubran a estas personas, las reducidas oportunidades de empleo e integración social, la baja probabilidad de alquilar un piso, su mala prensa...

cia que por otro lado se hace tan necesario cuando se trata de llegar a la verdad¹. En este caso, los tiros contra esta teoría han dado de lleno, destruyéndola con una evidencia: cuando a una persona, alucinadora o no, se le colocan unos auriculares para oír ruido neutro, que no signifique nada, no alucina. La interpretación en contra de la teoría explica que nada tiene entonces que ver oír voces con el ruido ambiental, ya que ninguno alucinamos por vivir cerca de un sitio con ruido, ni los que alucinan lo hacen por eso. Parece que en principio, la voz no aparece porque haya ruido. Incluso parece que las personas normales sordas, sufren más alucinaciones que los normales oyentes. Parece que se alucina más cuanto más confusos son los datos sensoriales. En un mundo de sombras y de susurros hay más invento de la mente que información de los sentidos.

La otra explicación de la alucinación, que es más convincente e incluso tiene más posibilidades de resistir el bombardeo de los incrédulos, dice que el «quid» de la cuestión es la atribución de la intención. En este caso, la protagonista de Amat se habla a sí misma constantemente, como refleja el texto. El problema es que hay un momento en el que cree que no es ella misma la que se habla, sino que es una voz exterior. ¿Cómo llega a creerse eso?

Para explicarlo, es necesario explorar un poquito cómo funciona el cerebro, en concreto, como logramos hablarnos a nosotros mismos. Un conocido psicólogo, Alan Baddeley (1983), postuló en su modelo de la memoria de trabajo, que nuestro lenguaje depende en gran medida de un sistema repetidor de oraciones que hace que cuando pensamos una frase al hablar, se mantenga en nuestra memoria el tiempo necesario hasta que llegue su turno de salir y que los demás la oigan (y nosotros mismos gracias al eco interno). A este repetidor le llamé Lazo Articulatorio. Tanto si hablamos con un amigo como si nos decimos algo a nosotros

mismos, el Lazo Articulatorio mantiene lo que vamos a decir/nos hasta el momento oportuno. Además posee la cualidad de no requerir nuestra atención cuando se realiza, por lo cual diremos que la función que cumple el Lazo está automatizada.

En la alucinación, que es la artista invitada de este capítulo, el lazo articulador parece que hace de las suyas, llegando a perder el hilo del guión de lo que hay que decir, como el apuntador constante de una obra de teatro que olvida que está apuntando. Esto es, la voz interna se atribuye a alguien externo.

Para mostrar «cómo se pierde el Lazo» voy a sugerir un sencillo juego: anote en un papel su firma, y después intente volver a escribirla empleando el doble de tiempo que ha tardado en hacer la primera. A continuación vuelva a hacerlo, esta vez empleando el doble de tiempo que la última ocasión. Quizá a estas alturas ya no pueda firmar. Lo que le ha ocurrido es que algo tan automatizado como firmar, es decir, realizado como si fuese una máquina, no se puede hacer cuando prestamos atención a esa tarea. Digamos que podría ser como si alguien espiese a nuestras áreas del cerebro encargadas de firmar y se pusiesen nerviosas, llegando a no hacer la tarea. Si es diestro, pruebe a firmar con la mano izquierda. Su firma es un programa motor que está en su cerebro, usted puede hacerla hasta con el pie, y mostrará rasgos que permiten reconocerla. Pero al cambiar de mano, tiene un problema con la torpeza del efector, que no le permite ejecutar el programa en bucle abierto, esto es, rápido y de un tirón, generando interferencias. Esto le obliga a hacer algo que nunca hace, a atender a su firma. La atención sobre una acción propia y automática produce un control intrusivo, esto es, genera errores y bloquea la ejecución. Uno pierde el sentido de lo que está haciendo. Si no intente hacer algo en lo que es experto, por ejemplo sacar al tenis, si es un buen tenista, prestando atención a cada paso, a como coloca los pies, y la raqueta y como lanza la pelota hacia arriba. ¿Cómo

Causa y tratamiento de la esquizofrenia

El modelo más comúnmente aceptado sobre la esquizofrenia se denomina de vulnerabilidad- estrés, y plantea que existe una vulnerabilidad psíquica debida a factores hereditarios que predispone a padecer esquizofrenia, pero que la enfermedad es desencadenada por un acontecimiento vital emocional: servicio militar, acoso laboral, boda, muerte, divorcio, nacimiento, en definitiva, algo que presenta una exigencia excesiva.

El tratamiento más común comienza por el consumo de fármacos, que en la actualidad se denominan neurolepticos de 1ª y 2ª generación; se encargan de bloquear los receptores de dopamina, de forma que se controla la cantidad de este neurotransmisor, pues en la esquizofrenia hay un exceso de dopamina. Tiene enormes beneficios, como son el eliminar las visiones y las voces, reducir las creencias falsas, disminuir la agitación, ayudar a la concentración, reducir los miedos, ayudar al habla coherente, ayudar a sentirse más feliz y a tener emociones apropiadas al contexto. Sobretodo, ayuda al paciente porque puede prevenir o retrasar recaídas, si se toma de forma correcta y evita la hospitalización, acontecimiento frecuente en estos enfermos.

También puede tener efectos secundarios que van desde la somnolencia a

la zombificación, los efectos parkinsonianos, la visión borrosa, el estreñimiento, la hipotensión, la irregularidad cardiaca, las dificultades sexuales y la inquietud constante.

Los tratamientos psicológicos que están haciendo visibles sus resultados conforman lo que se llama rehabilitación psicosocial. Un buen clima familiar, disminuir el estrés social y la convicción de un futuro esperanzador son cruciales para un buen pronóstico.

La mayoría de los tratamientos incluyen una serie de programas, como son: Entrenamiento en habilidades de la vida diaria (higiene, cuidado de su habitación, uso del dinero, de los transportes...), entrenamiento en competencia social (conversar, expresar, recibir críticas, negociar...), rehabilitación psicomotriz (sensaciones corporales, actividad postural, ritmo, coordinación sensorio motriz...), programa psicoeducativo (conocer la medicación, reconocer los síntomas, comunicación con los profesionales...), rehabilitación cognitiva (trabajar la memoria, la concentración, el aprendizaje de estrategias compensatorias...), programa psicoeducativo para familiares (información sobre la enfermedad, los fármacos y la vida diaria con el enfermo, creación de asociaciones de familiares...).

le ha salido el saque? Trate también de leer este texto boca abajo. Otro ejemplo para entender el control intrusivo sería el de la propia firma. Su firma original (la de cuando era pequeño) contenía todas las letras de su nombre. Por ejemplo, la mía era EMILIO. Sin

embargo, tras años de firmar, sólo es reconocible la E inicial; el resto es un garabato. En la firma original se podían distinguir los componentes. Si busco componentes en mi firma actual, y trato de separarlos con líneas verticales, no los encuentro. Encuentro, por

Neuropsicología de la esquizofrenia

La neuropsicología se encarga de desvelar a través del estudio de la conducta de pacientes con lesiones cerebrales, cual es la relación cerebro-conducta o cognición. En la esquizofrenia, se han empleado técnicas como los tests de habilidad atencional o las pruebas de atención selectiva para determinar los déficits, pero con un carácter práctico: Hallar predictores de curso, marcadores de subtipos o marcadores de diagnóstico diferencial o predisposición genética. En cualquier caso, parece claro que en la esquizofrenia hay déficits atencionales (Ruiz vargas, 1991; ver las direcciones de Internet sobre neuropsicología de la esquizofrenia).

1. La memoria de trabajo está dañada en la esquizofrenia. Resultados con múltiples tests de memoria de trabajo –LNS, DST, TMT-B, DRT, SOPT, DUAL, CPT, WCST– muestran déficits de ejecución en los pacientes.

2. La memoria de trabajo no es un sistema unitario, consta de dos sistemas esclavos –el lazo articulatorio y la agenda visuoespacial– y del sistema supervisor de atención ejecutiva. Todos los componentes parecen dañados.

En los estudios que abordan específicamente los problemas atencionales, se muestra que, teniendo en cuenta la división de la atención que hace M. Posner, en red de alerta, red de orientación espacial y red de control ejecutivo del pensamiento, las citadas redes se afectan en la esquizofrenia de la siguiente forma:

Red de alerta. Los esquizofrenicos muestran síntomas depresivos y un nivel de hiperactivación fijo con independencia del contexto o dificultad de la tarea.

Red de orientación: Problemas de mirada fija, de falta de muestreo sensorial o de búsqueda visual de arriba-abajo –es decir parecen carecer de hipótesis al percibir una escena o cuadro, no parecen distinguir las regiones informativas de las no informativas–, así como de desenganche de la atención una vez fijada en un objeto o punto del espacio, y de seguimiento de objetos en movimiento lento.

Red de control del pensamiento: Parece haber una deficiencia en los mecanismos de inhibición del pensamiento irrelevante o distractor y una hiperactivación tanto del ejecutivo como de la red semántica, que están muy conectados. Esto conduce a activación anormal de asociados semánticos remotos, esto es, a fuga del pensamiento y tal vez a una imaginación vívida y a las alucinaciones. Además el esfuerzo mental (el balance entre la memoria del evento y el esfuerzo cognitivo asociado) es una clave, «fuera de servicio» en la esquizofrenia, para discriminar la imaginación de la percepción. Los síntomas positivos se asocian con el exceso de Dopamina en el sistema mesolímbico: el fallo en el sistema comparador o de la descarga corolaria, que se traduce en hiperactivación de las áreas ejecutivas. Los síntomas negativos por el contrario se asocian con hipofrontalidad o un déficit de Dopamina en el cortex frontal. Las alteraciones semánticas suelen estar lateralizadas en el hemisferio izquierdo.

Otros déficits de corte neuropsicológico presentes en la esquizofrenia producen: Confabulaciones, comparador -o mecanismo de contraste de hipótesis- roto (asociado a los delirios), y como consecuencia, una teoría de la mente

ejemplo, un componente que puede ser la i mezclada con la m, pero que no se parece a ninguna de estas dos letras. Es decir, los fragmentos de la firma actual no sé que son ni de dónde vienen ni a dónde van. Están fundidos entre sí. Pues igual ocurre con el pensamiento automático al atenderlo, no encuentro una idea aislada, sino una mezcla de ideas que no se ni de dónde viene ni a dónde va.

En este exacto sentido, el de poner nervioso, es como actúa el lazo articulatorio cuando se alucina. El acto de hablar se ha interrumpido cuando la persona se ha focalizado en él, de forma que ha perdido el control y por ello parte de su significado, dando lugar a trozos de sonido que no llevan a ningún sitio. Recuerde usted usa el lazo para repetir un número de teléfono nuevo hasta llegar a la cabina, puede repetirlo muchas veces, si no usa un truco de recuerdo como su fecha de cumpleaños o algo así; en ocasiones, al hacerlo, ¿no ha sentido que repite algo sin sentido, y que el sentido vuelve al marcarlo? En el acto automático de la repetición usted lo que hace es repaso mental, esto es, dirigir su atención una y otra vez sobre el número para que no se pierda y se vaya de su cabeza. Tras N repeticiones usted no sabe si lo que repite son números, claves, letras o si reza. Parece que mantener ocupado el lazo articulatorio con tareas externas, como repetir un número de teléfono, disminuye las alucinaciones auditivas de los esquizofrénicos.

Unamos ahora lo que sabemos del lazo articulatorio a nuestro ejemplo. Si quien oye la voz piensa asiduamente en la muerte y se refugia en los libros para despejarse, las palabras pasean por su pensamiento constantemente, pero se pierden porque no saben bien hacia donde van. Su atención está tan dirigida a lo que se dice a ella misma, que su Lazo Articulatorio se encuentra de repente con trozos de pensamientos que no sabe cómo unir, y el resultado es que cree que se lo dice otra persona. Está alucinando que le

aconsejan, que le dan claves para responder a sus preguntas.

¿Cómo sé yo que mi pensamiento es mío?

La madre ciencia, como otras veces, nos ha dado la ocasión de encontrar pruebas tan parecidas unas a otras que nos dejen establecer similitudes y diferencias entre ellas, y nos ayuden a conocer un poco más sobre una materia, como va a ser el caso de las alteraciones de conciencia. A veces, estas alteraciones pueden ser tan sorprendentes que pudiera existir la tentación de atribuir las a causas extramundanas, aunque como veremos a continuación, los castillos en el aire sobre temas como por ejemplo estar poseídos, se derrumban, para desgracia de algunos, por culpa de los avances de psicología.

Estas pruebas las encontramos tanto en pacientes como en ocasionales sucesos que pueden pasarnos a todos. Comenzaré proponiendo un juego, que cumplirá en principio la misma función que el que se hizo anteriormente firmando. Prueben a repetirse a sí mismos una palabra muchas veces, cien veces, por ejemplo tomate. Comprobarán que al cabo de un rato, no concuerda muy bien lo que están diciendo con su significado, de forma que no suena lo mismo lo que decimos que lo que nuestra mente nos dice que significa. Parece que la palabra ha perdido el sentido, al igual que pasaba con la firma lenta, donde la imposibilidad de firmar obedecía a una especie de bloqueo del lazo articulatorio. Como dijimos, si usted trocea su firma, observará que tras firmar millones de veces, las partes se han perdido, ya no hay divisiones entre letras, sino que se han soldado en un garabato, imposible de descomponer, si usted introduce una demora de tiempo entre un componente y otro, le queda un «rayajo» que no sabe que es, ni de donde viene ni a dónde va. Juegue a decir

muchas veces monja seguido, observará el cambio de significado a jamón y las fluctuaciones del significado con las repeticiones producen bloqueos de pronunciación. En esta ocasión puede comprobar como nombrar una palabra trae su significado. La ambigüedad del mismo, evita que se produzca saciación, de manera que éste fluctúa, en lugar de desaparecer.

Respecto a lo que pueden ilustrar los pacientes, los que padecen agnosia o tienen el llamado síndrome de Capgras pueden servir para describir como sabemos que nuestro pensamiento es nuestro y no de otra persona. En el primer caso, los pacientes llegan a perder por una afectación orgánica el significado de las cosas, en concreto de los objetos, de forma que ven por ejemplo una regadera y son incapaces de decir para qué sirve, aunque de repente se acuerden de un jardín. Digamos, que han perdido el significado, pero conservan «el sentimiento cálido e íntimo de pertenencia» (James, 1890) al que llamamos emoción de familiaridad. Las personas con síndrome de Capgras sin embargo reconocen las cosas, especialmente las personas, pero no sienten emoción ante ellas, de tal manera que por ejemplo les pasaba como a un paciente del Dr. Ramachandran que veía a su padre pero decía que no era él, sino un impostor; no tenía el sentimiento de pertenencia que se supone debe existir ante un padre. En su caso, sí conserva el significado, pero no la emoción.

El síndrome de la mano ajena (Sacks, 1997) –o de la acción de cualquier otro efector–, se puede experimentar por ejemplo cuando se nos duerme un brazo. Si ante el hormigueo propio de esta sensación nos concentramos en la mano, podemos comprobar como de pronto nuestro brazo no parece nuestro, sino de otra persona. A esto se le llama perder la propiocepción (perder la percepción de una parte del cuerpo)

En la singular esquizofrenia, lo que sucede se parece más que a nada al síndrome de mano ajena, pero como ocurre con el

pensamiento, podríamos decir que se ha perdido el «pensamientocepción» (esta palabra no existe, pero describe exactamente el fenómeno) Recuerden la parte de este libro en la que se habla de los cualia. Pues bien, en la alucinación se pierde una de los cualia del pensamiento: Han perdido el sentido de pertenencia de su pensamiento, les es extraño. En el capítulo 7, hablamos de los delirios en la esquizofrenia, y de todos estos fenómenos de la despersonalización. Atribuimos la misma a un mal funcionamiento del mecanismo comparador o mecanismo de contraste de hipótesis. La rotura de este mecanismo también contribuye a las alucinaciones, pues hace que el esquizofrénico no verifique sus hipótesis, pero debemos añadir otras piezas defectuosas para tener una explicación completa de la alucinación.

Esquizofrenia y cualias

En la esquizofrenia, asociado a sus síntomas positivos, se da alteración de cualias. Es interesante destacar esta mayor frecuencia y viveza de cualias (intuiciones, déjà vu, desrealización...) y desaparición de otros (el sentido de ser agente).

En resumen, creemos que los esquizofrénicos con alucinaciones están en situación de incertidumbre continua, con cambio frecuente de hipótesis. Es interesante asociar la pérdida del sentido de la agencia al fallo del comparador, y el exceso de otros cualias, con el consiguiente dominio de la incertidumbre y la activación atencional que esta conlleva (sensaciones de extrañeza por el control intrusivo), que se traduce en imágenes mentales cambiantes, sin verificación de si se cumplen las condiciones para la acción (fallos en los sistemas esclavos de la memoria de trabajo), ni la verificación de metas tras la acción (de nuevo el comparador roto).

De mayor quiero ser..

Según lo visto hasta ahora, aparte del fallo en el comparador, el mecanismo por el cual se alucina es la alteración del Lazo, pero ¿por qué no pueden controlarse esos trozos de pensamientos? ¿Acaso hay un duendecito que se encarga de controlarlos dentro de su cabeza? ¿Por qué son consejos lo que oye, y no por ejemplo habladurías o críticas? ¿Qué tiene todo esto que ver con los gigantes de Don Quijote? ¿Y con la esquizofrenia?

Para ligar la conciencia con la alucinación, es necesario que tuvieran algún pariente lejano; pues bien, ese pariente existe y lo presentó Baars (1997) en otro capítulo de este libro (el 12); recordemos, que según este autor, nuestra conciencia se divide en varios apartados. Uno de ellos, es el que contiene todo lo referente a nuestros deseos, nuestras inquietudes, lo que nos preocupa, lo que queremos alcanzar... A esto lo llamó árbol de metas o expectativas a largo plazo. Recordemos también que para James, la conciencia es como un río, por el que va fluyendo lo que pensamos. Además el contenido de lo que circula por la conciencia para los esquizofrénicos es un tema muy concreto: lo que piensan los demás sobre ellos mismos. En su árbol de metas (concepto que engloba las creencias de cada uno sobre el mundo, sobre el futuro, sobre sí mismo y los otros), las expectativas del esquizofrénico son negativas, de forma que cree que todo lo malo le pasa a él, que el mundo está en su contra y que los demás lo consideran mal; a él, que merecería ser el protagonista, pero que fracasa en sus relaciones sociales y/o laborales, de modo injusto.

Además, no confirman sus hipótesis sino que las creen sin más. Este cambio continuo de hipótesis, que también ocurre durante el sueño en las personas normales, da lugar a un mundo onírico o de delirios, para dar coherencia al cambio continuo de hipótesis, aceptándolas, e integrándolas mediante las ideas recurrentes del árbol de metas o interpretador. Esto es, ocurren confabulaciones.

Se postula que los pensamientos coherentes con el árbol de metas son los que entran con mayor frecuencia en el río de conciencia, sus temas de preocupación, fluyendo de forma continua uno tras otro y solapándose en su inicio y final, lo que da un sentido de dónde viene el pensamiento y hacia dónde va. Al atender al pensamiento de manera continua, por las razones anteriores, se produce un control intrusivo del mismo, de modo que se aísla el pensamiento (b) en conciencia, perdiendo su procedencia y su destino respecto de otros pensamientos (con a y c). Así, si los pensamientos que tiene el esquizofrénico tienen contenido negativo y se refieren casi siempre a sí mismos, es fácil que si uno se detiene en uno de ellos sea capaz de generar alucinaciones de persecución, de referencia, de que le dan órdenes, sin saber quien ha sido, de dónde viene la idea, pero creyéndola a pies juntillas.

Supongamos que nuestra protagonista (pues en esto la hemos convertido fijándonos tanto en ella) está angustiada por la muerte, como cuenta Nuria Amat, es decir, que en su árbol de metas este tema ocupa una de sus inquietudes más importantes. De repente, su río de conciencia se interrumpe. Lo que se dice a sí misma sobre la muerte deja de tener sentido, y se encuentra con palabras desordenadas que no le dicen nada concreto. De alguna forma hay que dar sentido a esto: lo que la narradora piensa a nivel del umbral de la conciencia es parecido a: si tengo palabras como muerte, libro, sentido, yo... que son tan importantes para mí, que resuenan tanto en mi mente, y no sé de donde vienen, por el delirio de pasividad, será que alguien me las ha dicho. Conclusión: hay una voz que me habla, y no me dice cualquier cosa, sino siempre cosas sobre mí y negativas.

Volviendo a las andanzas

Hasta aquí ya se puede entender porqué

Las dos corrientes de la información cerebral

La forma de percibir, se conoce como algo dependiente de los sentidos, o al menos eso es lo que enseñan los libros escolares. Independientemente de esto, lo que realmente sucede es que el acto de la percepción depende de la interacción entre dos tipos de información. Una, es la que proviene de nuestros sentidos, lo que veo, oigo, lo que llega a los órganos receptores, y que aquí vamos a llamar información de abajo a arriba. La otra, es la información que proviene de la memoria, de la experiencia aprendida, de la mirada de la mente a lo que se está percibiendo, y que aquí llamaremos de arriba abajo. Toda percepción depende de la confluencia de estos dos tipos de información, y de cuál predomina. Durante la noche, si tengo miedo, el crujido de un mueble será en mi mente los pasos de un ladrón o un fantasma. ¿Esto es una alucinación?. Por ejemplo, si yo me encuentro en mi casa y oigo pasos, mi información de arriba,

influirá en la percepción, de forma que si la figura que se acerca es más bien pequeña y viste un abrigo gris, puedo suponer que se acerca mi abuela. Si por el contrario me encuentro de vacaciones en Mallorca, y veo un abrigo gris, y una estatura pequeña, ¿seré incapaz de ver que se trata de mi abuela aunque la tenga delante de las narices, pues ella nunca sale del salón de casa? Tendré que abrir muy bien los ojos para confirmar esta hipótesis (¿Es mi abuela?), la cual tardará tiempo en surgir en mi mente, dada su baja probabilidad. Sin hipótesis, no veo. Cuando la información de abajo a arriba es de mala calidad, manda la expectativa previa. En resumen, con frecuencia vemos lo que queremos ver, y nos hace falta muy poca información de los estímulos del exterior, en función de la familiaridad con el contexto. Como anécdota, en mi infancia me crié con J. Un niño cuyos padres reales resultaron ser adoptivos, y él hijo de una persona negra. Cuando en la adolescencia se descubrió todo

a Amat le hablan acerca de la muerte, pero no cómo surge el descontrol del lazo que da lugar a esto. Es el momento de que vuelva Don Quijote y nos explique cómo han aparecido sus gigantes.

Como se cita en párrafos atrás, Don Quijote atribuía a los molinos la capacidad de poder atacarle de forma que ya no eran molinos sino gigantes. En la comparación con los autistas, parece que al igual que ellos, tenía un déficit de atribución. Los autistas piensan que las personas son objetos sin mente. Don Quijote cree que un molino es un objeto con intenciones. Su representación de la realidad está alterada, quizá porque el

mecanismo encargado de esta labor en nuestro cerebro no le funcione demasiado bien.

Según otro gran psicólogo, Shallice (1990), hay una especie de jefecillo dentro de nuestro sistema hacedor de pensamientos que se encarga de dirigirlo. Se denomina SAS (sistema atencional supervisor o ejecutivo central) y es el encargado de la organización general de lo que pensamos (ver el capítulo 9). El SAS forma parte de la memoria de trabajo, y sirve para manipular la información contenida en los sistemas de memoria a corto plazo, auditivo y visual. Si tiene algún fallo, ¿podemos imaginar lo que sucede en nuestro río de conciencia?

resultaba evidente que era negro, pero jamás pensamos en ello antes.

El efecto Perky (1910) consiste en imaginar un objeto particular, como una banana, sobre un cristal ahumado. Al mismo tiempo, imágenes del objeto son proyectadas en la pantalla de manera difuminada y en torno al umbral perceptivo. Bajo estas condiciones, muchas personas creen imaginar el objeto y no verlo en realidad. Sin embargo, cambios en el punto de vista les hacen caer en la cuenta de que el objeto es real y no imaginado. Usar múltiples fuentes de evidencia sensorial, de los distintos sentidos, o aumentar el muestreo en un solo sentido, esto es, las oportunidades de recoger información, ayudan a la calidad de la información de abajo arriba y a su dominio sobre la información de arriba-abajo.

En la esquizofrenia, es bastante fácil que domine la información de arriba abajo. A los déficits del mecanismo comparador, que no permiten el contraste de hipótesis, debemos añadir una información de entrada sensorial

de baja calidad. No es que los esquizofrénicos sean sordos o ciegos, sino que sueñan despiertos y además no muestrean mucho el entorno sensorial. Como veremos tienen problemas de desenganche de la atención espacial, que producen la mirada fija, o que vague sin mucho sentido: Si a esto añadimos la fuerte preocupación por temas como la propia imagen, es fácil que vean cosas con alto contenido personal, que determinen la interpretación de la información de baja calidad de los sentidos. La consecuencia directa, de este tipo de dominio de la información de arriba-abajo, es, sin duda, las alucinaciones; aunque también puede encontrarse una gran ventaja: la creatividad, que facilita plasmar en objetos reales el lenguaje casi directo del intelecto. Un claro ejemplo de esta dualidad fue Vicent Van Gogh, que tanto fue un genio de la pintura por sus formas y colores, como se cortó una oreja en pleno delirio psicótico.

La protagonista del libro de Amat sí dispone de un SAS organizador, pero tiene varios problemillas. En principio, está claro que cuando asegura que oye voces, su atribución no es muy correcta (todavía no hay nada concluyente acerca de que existan fantasmas ni nada de esto), pues se trata de su voz interior. Su SAS, que funciona deficientemente, ha hecho pedacitos su río de conciencia, de forma que hay trozos inconexos en el trampolín de salida de los pensamientos, que tienen que unirse de alguna forma para salir. Este mal funcionamiento del SAS puede obedecer a un repaso mental excesivo o control intrusivo junto a una sensación

de esfuerzo mental continua. Una diferencia entre imaginar algo y ver algo, es que el esfuerzo mental es mayor en la imaginación. Por eso, este esfuerzo es una clave discriminativa entre realidad e imaginación. Pero si el esfuerzo mental es continuo y acompaña a toda percepción e imaginación pierde su papel de rasgo discriminativo. Otras diferencias entre imaginar y percibir son el papel del contexto espaciotemporal, mayor en el caso de la percepción, las especificaciones de la modalidad sensorial, la presencia de otros con los que cotejar la información... Los pensamientos automáticos, al ser atendidos, adquieren el carácter de «extraños» y ajenos.

Vemos de esta forma que la suma de un lazo articulatorio interrumpido, más un organizador que no organiza bien y una atribución incorrecta dan lugar a «las voces».

Volvamos por fin al caballero de la triste figura, que según iba la última vez que hablé de él puede que ya se haya enfrentado al mal y le encontremos maltrecho y necesitado. Lo que acontece a Don Quijote es semejante a lo de Amat pero en versión visual. Por un lado, cuenta con el contenido de su árbol de metas: los libros de caballerías, la fiel doctrina del hidalgo, hacen que para él sean importantes los gigantes, los castillos y las doncellas; sobre todo, como librar batalla con los primeros y deshacerse en elogios con estas últimas.

Por otro lado, su Agenda Visuoespacial (Shallice, 1990) que es la equivalente visual del Lazo Articulatorio –perteneciente también, junto al lazo y el ejecutivo a la memoria de trabajo- a falta de un controlador recio que le dicte su camino, hace trocitos la continuidad de su conciencia, dando lugar a gigantes donde hay molinos. Es entonces, cuando se tira hacia ellos en un intento por ser coherente con su atrevido árbol de metas. El siguiente cuadro es un esquema de porqué alucina Don Quijote, que incluye lo explicado hasta ahora.

¿Es entonces Don Quijote esquizofrénico?

Aunque la respuesta a esta pregunta la van a decidir ustedes mismos, voy a desglosar lo que tiene que pasar para que Don Quijote se caracterice como esquizofrénico. Está claro que al menos uno de los síntomas positivos lo tiene, que no es poco para endosarle esta etiqueta. Sin embargo, quien ha leído el final del manuscrito del manco de Lepanto, sabe que fue Sancho el que acabó pensando en gigantes y Don Quijote el que vio extravagante a su escudero. Pudiéramos hablar entonces, de que tuvo un brote Don Quijote. De los otros síntomas, como la reducción de la conducta espontánea o la pérdida de contacto social, parece que no

sufrió, pues dondequiera que acampaba iba dejando su rastro y nunca le faltó incentivo para llevar a cabo sus hazañas. Con todo lo que ya conocen de la esquizofrenia, les invito a que contesten por ustedes mismos a la pregunta que he formulado.

La esquizofrenia en primera persona

Supongo que, por suerte, yo también he tenido oportunidad de tratar con alguien que oía voces, en concreto que aseguraba un ataque nazi cuando se lo chivaba un espía. Aparte de la alerta general en la que nos ponía a todos, era la angustia lo que más recuerdo de Elvira, lo mal que podía llegar a pasarlo cuando le comunicaban el ataque.

Recuerdo que cuando la conocí, era alguien peculiar, especial, que guardaba como pocos esos trocitos de lógica que hoy parecen faltarle muchas veces a este mundo. Llegaba a pasar desapercibida, aunque por suerte se paró delante de mí y me calificó como alguien que da sentido a la palabra amistad. Después, como por arte de magia, un día aseguró que le hablaba un general, y su miedo se convertía en realidad cada vez que alucinaba.

Elvira ha aparecido aquí para ayudarme a describir una última característica de las personas con esquizofrenia. En general, ellos tienen movimientos repetitivos, que surgen de la imitación de los demás. Por ejemplo, cuando salíamos a bailar, de repente la encontraba bailando como yo, imitándome. A mí no era algo que me importara, incluso no caí en la cuenta hasta que me explicaron que podía ser un signo de su enfermedad; recordemos que en el árbol de metas de los esquizofrénicos hay un gran interés por su imagen ante los demás. Esto tiene que ver con la atribución, tan nombrada en este trabajo, pues responde a un intento por empatizar³ con el que tiene al lado, con usar su teoría de la mente para descifrar lo

que pueden pensar los otros. Además esta repetición es inconsciente, es decir, no es voluntario estar repitiendo un movimiento por ver cómo se siente otro.

Si Elvira de repente se encuentra moviéndose de esa forma, si como ya sabemos esto es algo que no atribuye a ella misma, si se encuentra pensando precisamente en eso, si su árbol de metas está preocupado porque la miran cuando baila... el resultado es un posible pensamiento que se inserta en ella intentando atribuir intención a otro de por qué se mueve así. Como me dijo una vez «aquel chico cree que bailo mal y me mira de forma rara».

Veamos con otro ejemplo como se produce de forma global el error atribucional de la esquizofrenia. Observamos por la ventana a un joven caminando por la calle, y una viejecita que camina tras él. De repente, la viejecita mira al joven con temor, de forma que agarra su bolso con fuerza, intentando asegurarse protección o tal vez lo haga disimuladamente. El joven en ese momento ha percibido el miedo de la viejecita. Si ese joven es esquizofrénico se produce una cascada de pensamientos inconscientes tal que: «tengo aspecto de ladrón, esa señora cree que soy un ladrón, me ha hecho pensar o sentir que soy un ladrón». Siguiendo en nuestra ventana veremos, sin saber por qué, cómo el joven increpa a la asustada anciana preguntándole por qué le ha llamado ladrón. Reflexionemos por un segundo sobre este ejemplo. ¿Ha ocurrido en la mente del joven un proceso deliberativo o ha sido un proceso automático empático tipo neuronas espejo? En el primer caso habría actuado un mecanismo «como si», en el segundo caso, sería una ruta directa entre su mente y la de la anciana. Sea cual sea la opción correcta, podría estar en la base del llamado «robo de pensamiento».

Quizá la más complicada aproximación a la esquizofrenia es ver el mundo con sus ojos, pues comprenderles (combinado siempre con las terapias tradicionales –fármaco-

lógica y psicosocial–) puede ayudarles a ellos y a nuestra convivencia con ellos. Recientemente se publican diarios de esquizofrénicos, que nos ayudan a describir una aproximación en primera persona. También existen casos de autistas que cuentan su vida en primera persona y consideran todo lo que se dice sobre los autistas y su falta de teoría de la mente una tontería. Es decir, el punto de vista en primera y en tercera persona no tienen porqué coincidir. Recuerdo un caso de un paciente esquizofrénico que insistía en dar todos los días un caramelo al terapeuta. Los primeros días el psicólogo se lo aceptó ante la insistencia del paciente. Pero llegó un momento en que pensó que era mejor enseñarle a aceptar un no por respuesta (entrenamiento en habilidades sociales). A pesar de ello el paciente seguía insistiendo, cada vez con mayor vehemencia, en que aceptase el caramelo. Al final, el psicólogo descubrió lo que ocurría cuando le preguntó al paciente las razones de su conducta. Éste le dijo que escuchaba la voz del demonio que le decía que si la psicóloga no aceptaba el caramelo le iba a ocurrir algo, y él tendría que volver a jugar (era ludópata). Con frecuencia el familiar cuidador del esquizofrénico se encuentra con varios problemas en su interacción social con él.

1º. Los esquizofrénicos, por regla general, no poseen habilidades sociales, como las reglas de la conversación. Por ejemplo, conversar sigue un patrón: saludo, desarrollo y despedida, y si te lo saltas te llaman anti-pático. Ellos pueden aprender esto con entrenamiento en inteligencia emocional (sobre todo en la fase residual), pero es necesario que alguien les enseñe.

2º Son autoobsesivos, hablan de ellos mismos todo el tiempo y negativamente sobre su éxito y fracaso. Si un familiar trata de quitarle estas ideas irracionales mas vale que sea muy bueno en terapia racional-emotiva, sino el esquizofrénico que lleva muchos años elaborando esas ideas, sabrá «ganar» la conversación. Por eso el familiar debe recibir

formación. No debe prestar atención excesiva o negativa a estas ideas de su árbol de metas, como hemos visto tan arraigadas y tan importantes. Uno debe dar su opinión y afirmarle que son equivocadas de modo asertivo sin excesivo esfuerzo por convencerles.

3º Durante un brote, con la manifestación de delirios, hay que escucharle. De manera que solo se derivará conducta agresiva si no lo oyes y no actúas en función de lo que dice. Normalmente te va a dar las condiciones de su acción (si entras otra vez en mi habitación esta noche te mato), luego es importante no cumplir esas condiciones (por si acaso) Es importante saber que su delirio para él es real, si cree que le persigues para él es real: imagina que alguien te siguiera a ti realmente, huirías y si no tienes huida te defenderías. Como vemos, la mejor arma para enfrentarse a esta enfermedad es la empatía, habilidad que nos permite ponernos en el lugar de los demás. Tanto si escuchamos a un amigo, como los reclamos de nuestra madre, como a un esquizofrénico delirante, lo mejor es ponernos en el lugar del que habla, al igual que la mejor manera de que nos comprendan es que sientan lo que nosotros sentimos, pero sólo por un ratito (esto es escuchar)

Para Elvira o la protagonista de Amat lo que pasa a su alrededor es el resultado de una influencia exterior que les dicta, les habla o les avisa. Su conciencia se ve gobernada a veces por un interés que ni ellas mismas conocen, fruto de su árbol de metas, su SAS despistado, su lazo que hace discontinua su conciencia, sus múltiples demonios incontrolados... Por cierto la autora de este capítulo se llama Elvira, ¿no les parece intrigante? ¿Será un relato en primera persona? Para el Quijote, los gigantes van a seguir moviendo los brazos mientras que, según su conciencia, hay que atacarles diciendo:

«Non fuyades, cobardes y viles criaturas; que un solo caballero es el que os acomete».

Aplicación práctica

Ver la película Spider, de David Croneberg, protagonizada por Ralph Fiennes en 2002, sobre un punto de vista en primera persona de la esquizofrenia. Contribuir a vencer el estigma de la esquizofrenia.

Pensamiento crítico

Pensar sobre la relacion entre esquizofrenia y cualias. Entre el sentido de la agencia o agente y el cualia de sensación de control, y la incertidumbre y cualias como jamais vu, déjà vu... Un autor que me gusta aquí es Shaun Gallagher. Es facil encontrar su pagina web.

Piense el lector que la creatividad tiene que ver con la flexibilidad cognitiva, la fluidez y la originalidad. Una cuestión interesante es si los esquizofrénicos son creativos. De un lado la investigación demuestra que no tienen flexibilidad cognitiva, pero por otra parte, su fuga de pensamiento los hace originales y fluidos en ocasiones. La terapia actual que trata de mantenerlos ajustados a la realidad iría contra el desarrollo de su creatividad (escuchar sus delirios).

Experimento mental

Fingir la esquizofrenia por un dia. Jugar a creer que te persiguen, practicar la fuga del pensamiento, aislarse socialmente, pensar que hablan de ti, sentir voces.

Lecturas recomendadas

Diario de un esquizofrenico. De Urbegi, A (2001). En Desclee de Brouwers. Tambien ha escrito La esquizofrenia: diario de un viaje.

Direcciones de Internet

Para concretar usar los terminos estigma de la esquizofrenia. Entiendo la esquizofrenia. Sobre la esquizofrenia y la neuropsicología, usad los terminos en ingles: arousal schizophrenia, spatial attention schizophrenia, central executive schizophrenia, working memory schizophrenia. Tambien the visuospatial

sketchpad and/or phonological loop schizophrenia. Semantic activation schizophrenia, inhibition schizophrenia (inhibition of return, negative priming).

Sobre su relacion con los cualias: Esquizofrenia y Dejavu. En ingles schizophrenia and qualia. Dejavu schizophrenia.

El recuerdo de un amigo

Por Emilio Gómez Milán

Hace muchos años, tuve un amigo de la infancia, con el que compartí también el primer año de facultad en Granada. Cañas era el más listo. Era además un epollon deportista. De nuestra promoción, solo estudiamos el y yo. No lo supe ayudar. A los catorce años murió su padre de cáncer, y la presión de ser el hombre de la casa fue grande. Eligió al egocéntrico y martirizado Brando de modelo masculino. Cuando lo reencontré en la facultad, le obsesionaba ligar y ser aceptado en el grupo de guays. Le dio por psicoanalizarse y por jugar a la autodestrucción. Se perdió en las profundidades de su mente. Hace muchos años que no lo veo. Se que hace talleres, que su madre lo cuida. Hace algún tiempo, a través de mi amigo Joaquín, conocí a un vagabundo que escribía folios compulsivamente en la puerta de un banco. Nos dio una historia real de cuando fue militar español en Bosnia. Es el mejor cuento que yo he leído en mucho tiempo, y me encanta leer. Sobre un francotirador

que mataba mujeres con burka en la cola del agua, para llenar los cantaros. Sobre como lo apresaron ellos tras varios días de persecución en las ruinas y como las mujeres lo lincharon como cuervos sobre la carroña. No todos los vagabundos son esquizofrénicos, pero si muchos esquizofrénicos son vagabundos. La mirada perdida, la soledad del banco, la experiencia traumática, el fracaso social. Una chica joven e inteligente, alumna de psicología, con la enfermedad, se suicidó arrojándose por la ventana. Sin embargo, más de la mitad se recuperan y hacen vida normal. Pero bajo mi punto de vista, ni el psicoanálisis ni el conductismo radical los salvan. Uno favorece su egocentrismo, el otro ignora su punto de vista. Los salva la integración social y saber que su daño es neurológico, además de psicológico (neuropsicológico), y algo más, una experiencia en primera persona.

Bibliografía

- Amat, N. (1997). La intimidad. Madrid: Al-faguara.
- Baars, B.J. (1997). In the theater of consciousness. Nueva York: Oxford University Press.
- Baddeley, A. (1983). La psicología de la memoria. Madrid: Ed. Debate.
- Cervantes, M. (1605). Don Quijote de la Mancha. Madrid: Espasa Calpe, 1996.
- Dennet, D. (1995). La conciencia explicada. Barcelona: Paidós Básica.
- Frith, C.D. (1995). La esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo. Barcelona: Ariel psicología.
- James, W. (1890). Principles of psychology. London.
- Milan, E.G., Sanabria, D., Tornay, F and Gonzalez, A. (2005). Exploring task set reconfiguration in random task sequences. *Acta psychologica*.
- Ramachandran, V. S. (1999) Fantasma en el cerebro. Madrid: Debate Pensamiento.
- Reed, G. (1998). La psicología de la experiencia anómala. Valencia: Promolibro.
- Ruiz Vargas, J. M (1991). Psicología cognitiva y esquizofrenia. Una aproximación teórica. En Castilla del pino y Ruiz Vargas (Eds.), aspectos cognitivos de la esquizofrenia. Madrid: Trotta.
- Sacks, O. (1987). El hombre que confundió a su mujer con un zapato. Barcelona: Muchnik editores.
- Shallice, T. (1990). Neuropsychological impairments of short term memory. New York: Cambridge University Press.
- Tornay, F and Milan, E.G. (2001). A more complete task set reconfiguration in random than in predictable task switch. *Quarterly Journal of experimental psychology, A*, 54A, 785-803.

¹ Sin ánimo de hacer ostentaciones sobre este tema, por supuesto no me refiero a la verdad como algo absoluto, sino al esfuerzo por desvelar conocimiento que teóricamente se perfecciona con cada nuevo hallazgo.