

# Entrevista con el Dr. Robert Paul Liberman

El Dr. Robert Paul Liberman es Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) y director del Programa de Rehabilitación Psicosocial de UCLA.

Entrevista realizada por el Dr. Ramón Blasi, director de *Rehabilitación Psicosocial*.

Traducción de la entrevista original en inglés: Mariona Solé. Asociación ARAPDIS.

**El Dr. Liberman opina sobre nuestra revista: *Rehabilitación Psicosocial* llega a España**

Dado que el campo de la rehabilitación psicosocial está todavía en su infancia, cuando aparece una nueva revista siempre es una ocasión para celebrarlo. Esta revista contribuirá al desarrollo de la rehabilitación psicosocial en muchas formas modernas de progreso. Esto:

1. Avanzará la práctica científica y basada en la evidencia de la rehabilitación en España a través de la publicación de investigaciones originales e informes de estudios empíricos llevados a cabo a lo largo y ancho del mundo.

2. Proporcionará un ámbito para unir la salud mental que se expresa en castellano y los profesionales de la rehabilitación, los encargados o responsables de las familias y los consumidores, para presentar sus experiencias clínicas, personales, sociales y vitales desde sus propios puntos de vista estratégicos. Su contribución colectiva a la revista enriquecerá la base de conocimientos y agudizará la sensibilidad de cada grupo hacia los otros, capacitando a profesionales de la salud mental de diferentes países hispánicos o latinos en Europa, el Caribe, Méjico, América Central y del Sur para comunicarse los unos con los otros a través de las páginas de la revista. Esto también abrirá oportunidades para experiencias clínicas y de investigación procedentes del gran número de latinos de los Estados Unidos y de Puerto Rico para compartir con colegas de otros países.

3. Alentar a los profesionales de la salud mental de diferentes países hispanos y latinos para llegar a tener más competencia cultural a medida que las diferencias en normas, valores y estilos de vida son vistos como elementos influyentes en la psicopatología, rehabilitación y recuperación.

4. Prestar energía e ímpetu a la construcción de un ámbito más sólido de la rehabilitación psicosocial, capacitando este joven y vigoroso campo para penetrar en las prácticas generales de la psiquiatría, la psicología clínica y el trabajo de la asistencia social psiquiátrica y la enfermería psiquiátrica.

A pesar de todo la revista debería ser cuidadosa en no separar la rehabilitación como un área diferente de especialización del tratamiento en psiquiatría. La rehabilitación y el tratamiento son uno y el mismo; están inextricablemente ligados y deben ser vistos como inseparables por los que

proporcionan servicios de salud mental de todas las disciplinas. No precisan estar «integrados»; es más, se integran en un acercamiento unificado al asesoramiento mental y a la acción a tomar en cada caso. El cardiólogo y el cirujano cardíaco trabajan juntos en los mismos problemas y pacientes con coordinación y continuidad. Esta colaboración también tiene que llegar a ser la norma para la rehabilitación psiquiátrica y el tratamiento psiquiátrico. Por ejemplo, los responsables del empleo subvencionado y la formación en habilidades sociales deben estar interconectados y en el mismo equipo con sus colegas expertos en realizar diagnósticos, llevar a cabo divisiones funcionales prescribiendo y monitorizando la farmacoterapia e instaurando terapias cognitivas y de conducta.

Justo al principio del tratamiento de una persona con una psicosis aguda y clara, la educación del paciente y de la familia sobre la naturaleza del problema, su pronóstico y los servicios y recursos disponibles para facilitar la mejora y la recuperación deben ir conjuntamente con la farmacoterapia, cuyo fin es la reducción o mejora del síntoma. Si al paciente o a la familia no se les da inmediatamente la justificación de cualquier diagnóstico, aunque se planifique o den diagnóstico y tratamiento, aparecerán luego muchos problemas inadvertidamente causados por aquellos responsables del tratamiento y la evaluación inicial. Es probable que aparezcan malentendidos, el estigma será un obstáculo, la falta de cumplimiento del tratamiento pondrá en entredicho la mejora, y el paciente y la familia serán excluidos del «trabajo en equipo» que debe tener lugar si se esperan obtener buenos resultados. Sólo cuando las ayudas psicosociales y biológicas están totalmente integradas a través de todas las fases de los trastornos mentales serios y discapacitantes, se realizará la promesa del tratamiento moderno. Ello requiere tratamiento de amplio espectro, continuado, coordinado, coherente, con empatía y orientado hacia el enfermo. Esta nueva revista puede crear diferencias favorables en la vida de nuestros pacientes, clientes, consumidores, familias y en la calidad e impacto de nuestro tratamiento.

—¿Dónde, cuándo, cómo y por qué empezó su implicación en el mundo de la rehabilitación psicosocial?

Mi trabajo en la rehabilitación y el tratamiento psicosocial empezó hace 40 años, cuando era un residente interno de psiquiatría en la Escuela de Medicina de Harvard y el Centro de Salud Mental de Massachusetts, en Boston. En aquel entonces en los Estados Unidos las primeras y sistemáticas traducciones de la teoría del aprendizaje humano y el condicionamiento operante se estaban aplicando a los trastornos psiquiátricos y de desarrollo, además de en el campo de la educación especial. Los primeros estudiantes

del famoso psicólogo conductista BF Skinner empezaban a publicar algunos resultados sorprendentes usando el modelo social y de refuerzo para beneficiar a personas muy crónicas y refractarias al tratamiento, con esquizofrenia y otros desórdenes del cerebro. Mostraron en estudios experimentales llevados a cabo en hospitales psiquiátricos que las mejoras en los síntomas y en el funcionamiento se podían obtener incluso en los individuos más complicados mediante el refuerzo o fortalecimiento del habla y los comportamientos de adaptación al centro de internamiento, mientras se ignoraban los comportamientos anormales o psicopatológicos.

Yo pude inmediatamente hacer uso de los principios del aprendizaje conductista para producir mejorías clínicas sustanciales en mis pacientes, muchos de los cuales habían llegado a toques con la medicación psicotrópica o que habían mejorado en sus síntomas, pero continuaban funcionando de manera pobre. Recuerdo un paciente ingresado con esquizofrenia que no había mostrado ninguna mejoría después de dos años de psicoterapia psicodinámica casi diaria por parte de los más cualificados y experimentados psicoanalistas de la Sociedad Psicoanalítica de Boston. Hablaba con una mezcla de palabras, «una ensalada de palabras», un comportamiento psicótico que su psicoanalista había reforzado sin darse cuenta tratando de llevar a cabo interpretaciones de la jerga en referencia a la infancia del paciente.

Cuando pusieron al paciente bajo mi cuidado le dije: «Señor T, de verdad quiero ayudarle para que deje el hospital, pero si yo no entiendo lo que usted me dice no le puedo ayudar; cuando usted hable de una forma más razonable, volveré mi sillón giratorio hacia usted y prestaré mucha atención a lo que me está usted diciendo. Pero cuando hable de manera que yo no le entienda, giraré mi sillón y miraré por la ventana». En una semana el señor T empezaba a hablar de una manera más coherente. Tras unas pocas semanas de ir aumentando gradualmente su habla comprensible en sus sesiones conmigo, enseñé al personal de enfermería y a los terapeutas ocupacionales a hacer lo mismo. Su habla racional y coherente se generalizó rápidamente a todos aquellos que se encontraban en el ala y pudimos darle de alta en dos meses.

Poco después de descubrir el valor terapéutico de los principios de aprendizaje social con pacientes ingresados, me di cuenta de la gran importancia de los miembros de la familia en mantener iguales o mejorar los síntomas y los déficits funcionales de su familiar mentalmente enfermo. Empecé a usar técnicas de refuerzo y a presentar modelos en terapia familiar o de pareja y vi resultados positivos en meses. Cuando publiqué una serie de estudios de casos usando estas técnicas, la serie fue recibida con entusiasmo por médicos que previamente habían evitado la terapia familiar, dado que los enfoques tradicionales y no directivos («Dígame más sobre sus problemas en la familia») a menudo lle-

vaban a recriminaciones, ponerse a la defensiva y a la acidez. Mi publicación se tradujo al castellano y otras lenguas, y se imprimió y reimprimió en muchos libros de texto. Recibí cientos de peticiones para reimprimirse, mucho más que la mayoría de mis otros artículos en revistas. Lo que es más, yo me «enganché» a lo que más tarde se reveló validado y probado empíricamente y en procedimientos de tratamiento psicosocial basado en las pruebas.

—¿Cuáles encuentra que son las principales diferencias entre los modelos europeo y americano de rehabilitación psicosocial?

Las principales diferencias residen en la importancia puesta por los médicos punteros de los Estados Unidos en los servicios basados en las pruebas empíricas o evidencia empírica. En Europa la teoría y los enfoques humanísticos son mucho más populares. Mientras la rehabilitación orientada al consumidor es también de rigor en los Estados Unidos, se aprecian y se valoran mucho los tratamientos que han sido documentados con la experimentación en su efectividad, tales como el entrenamiento y formación en las habilidades sociales y en el empleo subvencionado. En Europa «el proceso» es más importante que «los resultados», mientras que lo opuesto es el caso en los Estados Unidos por lo que respecta a los que proponen tratamientos psicosociales punteros. Alrededor de hace 30 años, cuando di una conferencia en el famoso Hospital de Santa Ana en París sobre el muy efectivo uso del tratamiento conductista y la rehabilitación en un centro típico de salud mental comunitaria en California, el Profesor Pierre Pichot se levantó cuando concluí mi discurso y dijo: «Los datos del Doctor Liberman son muy convincentes y está claro que ha desarrollado y aplicado algunos tratamientos muy potentes; a pesar de todo, aquí en Francia, nosotros estamos interesados en ‘terapias elegantes’». Esto continúa plagando la Psiquiatría europea. Los europeos son menos prácticos y operativos y están embelesados por teorías e ideas abstractas. ¿Intentaremos unir estas dos culturas?, o diremos «Vive la difference».

—¿Cuáles son las líneas futuras de la rehabilitación psicosocial?

En las próximas décadas veremos la consolidación de tratamientos y sistemas de cuidado efectivos, ya de hoy o futuros, que si se combinan permitirían a la mayoría de personas con esquizofrenia y otros desórdenes mentales discapacitantes recuperarse y tener unas vidas funcionales y razonablemente normales. El principal obstáculo a este fin es administrativo, de tipo organizativo, la falta de incentivos para que los médicos aprendan y usen métodos más efectivos, y el coste de montar servicios de conducta que sean amplios en su espectro, continuados, coherentes, empáticos, coordinados y orientados al consumidor.

También veremos que las técnicas de remedio cognitivo mejoran, de forma que podremos «entrenar el cere-

bro», aprovechándonos de su capacidad para la plasticidad con vistas a obtener un funcionamiento mucho mejor en nuestros pacientes, que por el momento están discapacitados. En mi programa de rehabilitación psicosocial en UCLA hemos mostrado que incluso pacientes con esquizofrenia pueden aprender a convertirse en los gestores de sus propios casos, adquiriendo una autonomía mucho mayor de sus cuidadores de lo que antes se consideraba posible.

—¿Qué se puede hacer para mejorar el estatus del tratamiento psicosocial y de la rehabilitación psicosocial?

La psiquiatría en general, de la misma forma que la rehabilitación psicosocial, están devaluadas por nuestros colegas en otras especialidades médicas y por el público en general. Por ejemplo, las investigaciones a gran escala en los Estados Unidos han mostrado que, mientras el 68% de aquellos que han participado ven a los «médicos» como merecedores del máximo respeto, sólo un 38% respondió de similar forma cuando se les pidió que puntuasen a los «psiquiatras». La psiquiatría y las intervenciones psicosociales siempre han estado estigmatizadas y respetados al mínimo sus profesionales y sus trabajadores. Esto no cambiará hasta que, en primer lugar se desarrollen métodos y éstos sean de uso general, que reduzcan o eliminen el miedo a la violencia por parte de nuestra clientela con su visión psicosocial, y en segundo lugar que se pueda documentar que el tratamiento y la rehabilitación son eficaces y efectivos, lo que ocurrió también en el campo del cáncer a medida que adquirieron tratamientos nuevos y más efectivos.

Se dará mayor prestigio y valor a los tratamientos psicosociales por parte de nuestros colegas en psiquiatría cuando los programas de formación de los psiquiatras residentes o internos en hospitales incorporen una enseñanza basada en la competencia de los servicios o ayudas psicosociales basados en la evidencia o las pruebas empíricas. Tendremos que esperar a que toda una generación de psiquiatras, más mayores en edad y formados de manera más tradicional en las facultades de las escuelas médicas, se retire o muera y asegure que las generaciones venideras adquieran competencia, confianza y comodidad en el uso de nuestra tecnología.

El elemento clave que distingue las otras especialidades médicas de la psiquiatría (incluyendo la rehabilitación psicosocial) es la cuantificación y el hacer operables medidas de progreso hacia los resultados y la reducción en los síntomas. El pequeño número de psiquiatras que utilizan modos de evaluación y de monitorización del cambio en sus pacientes, de tal modo que éstos sean simples, rápidos y fiables, es muy pequeño, a pesar de la disponibilidad de muchos modos de medición observacionales, diarios y naturalísticos. La psiquiatría es la única ciencia médica que todavía se apoya totalmente sobre informes de progreso anecdóticos y narrativos.

—¿Hay una cualificación académica reconocida para esta especialidad en los Estados Unidos?

La única cualificación es para no profesionales, trabajadores sociales y otros que no son médicos. Se da a trabajadores de salud mental que usan los principios y las técnicas del «club» psicosocial. Este certificado se da a las personas relacionadas o que dan servicios psicológicos y pasan la prueba de la Asociación Internacional para los Servicios de Rehabilitación Psicosocial (IAPRS). A pesar de ello, puede que sea una suerte disfrazada rehusar invitaciones para desarrollar una subespecialidad separada en la rehabilitación psicosocial. Esta técnica podría destruir la integración entre los servicios psicosociales y los biológicos.

—¿Cómo combina algo tan complejo como la rehabilitación psicosocial con su vida personal?

No hay un solo modo de hacerlo. De hecho, hay tantas maneras de hacer justicia a ambas vidas, la profesional y la personal o familiar, como médicos científicos hay para cumplir con ambas. Por mi parte, echo a un lado rituales y rutinas para mí mismo y mi familia y rehúso permitir interrupciones por parte de mis actividades profesionales. He tenido el extraordinario placer de ver crecer a mis cinco hijos y convertirse en excelentes adultos, cada uno de ellos haciendo contribuciones a la sociedad. Por ejemplo, cuando mis tres hijos más jóvenes participaban en atletismo juvenil, yo iba a casi todas sus carreras. Me gustaba el descanso y estaba orgulloso de sus esfuerzos y logros en las pistas. Mi hija del medio fue una jugadora estrella de fútbol y se clasificó para el equipo de formación olímpica de mujeres de los Estados Unidos. Jugó en el equipo de un club muy exitoso a nivel nacional mientras estudiaba en la escuela secundaria y fue capitana de su equipo de fútbol de mujeres de la Universidad de UCLA. Mi hijo era un brillante jugador de béisbol y mi hija menor, que trabajó durante un mes mientras estaba en la universidad como interna de marketing en Barcelona, que es su ciudad favorita en el mundo, era una brillante saltadora de altura.

Ahora mi hijo mayor es profesor de Ciencia Política en el *Queens College* en Nueva York, donde se ha especializado en relaciones internacionales y estudios sobre la guerra y la resolución de conflictos. Mi hija mayor es una magnífica cantante que dirige un coro en una famosa iglesia de Nueva York. Ambos están casados y cada uno tiene dos de mis cuatro nietos. Mi hija estrella del fútbol está terminando su residencia en Pediatría en Washington DC. Mi hijo, el jugador de béisbol, es ejecutivo de un equipo de béisbol. Mi hija pequeña tiene ahora 24 años y trabaja para una agencia de publicidad internacional.

Mi mujer y yo hemos salido a correr o hemos paseado cada mañana durante 32 años y hemos jugado con nuestros perros. Nos hemos tomado religiosamente unas largas vacaciones cada año como pareja, incluso cuando nuestros hijos eran pequeños; por ejemplo, en años recientes, hemos

hecho rutas a pie por el oeste de Creta, las islas y los altos de Escocia, Eslovaquia desde Budapest a Cracovia, y en Perú y Venezuela, Italia, Alemania, Holanda y Suecia. El año pasado estuvimos de caminata por los Andes ecuatorianos, que se continuó con una ruta a pie por las Islas Galápagos. En el verano de 2006 haremos una ruta a pie por Islandia y, seis meses después, una exploración de la Patagonia en Argentina. La vida personal y familiar ha de ser tan «sagrada» como el servicio profesional.

—¿Cuáles son las tres ciudades en todo el mundo que usted más quiere? ¿Qué países han sido más entusiastas y efectivos en llevar a la práctica la rehabilitación psicosocial?

Mis tres ciudades favoritas son Barcelona, Toledo y Venecia. Pero Londres tiene un atractivo especial porque tiene una cultura y una historia maravillosas para aquellos de nosotros que usamos la lengua inglesa y nos beneficiamos de las normas de la ley y libertad de expresión. Los países que de una forma más ávida han adoptado la formación en habilidades sociales y otros servicios psicosociales son Japón —donde hay una Asociación Japonesa de Formación en Habilidades Sociales a nivel nacional—, los Países Bajos y Suecia.

—¿En su vida profesional dentro de la rehabilitación psicosocial, qué experiencias le han impresionado más o han sido más gratificantes para usted a nivel emocional?

Mis mayores satisfacciones y experiencias emocionales positivas han sido ver cómo las técnicas de rehabilitación psicosocial han humanizado a los médicos y al resto del personal, y dado más capacidad a pacientes con esquizofrenia a través del mundo, ya en Beijing, Sofía, Barcelona, Ginebra, Estocolmo, Copenhague, Montreal, Argelia o Lima, en Perú. Las experiencias emocionalmente más poderosas vienen de mi trabajo con familias, dado que nada es tan importante como ver a familias desarrollar cohesión, aceptación de la enfermedad mental, mejora de la comunicación de habilidades y sentido de la defensa frente al estigma y a la desazón de vivir toda la vida con un miembro de la familia que tiene esquizofrenia.

—¿Cuáles son algunos de los elementos satisfactorios en su vida personal y que le gustaría todavía hacer en el futuro para mejorar su calidad de vida?

Me encanta leer; de hecho es una de las pasiones de mi vida. Leo todo lo que merece leerse, desde el *New York Times* a la gran literatura, historias de misterio interesantes o novelas de espías. Justo ahora estoy leyendo por placer una biografía de John Adams (uno de los padres fundadores de nuestra nación), *The Heart is a Hungry Hunter* de Carson McCullers y *Red Star* de Allen Furst. También me encanta escribir cartas, artículos o libros. Justo ahora estoy escribiendo un libro: «De la discapacidad a la recuperación: manual de rehabilitación psiquiátri-

ca». Se publicará a finales de este año o en 2007 por la Compañía Americana de Publicaciones de Psiquiatría, la rama de publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Asistir al teatro o al cine es un estímulo constante en mi vida. Películas recientes que son especialmente interesantes o emocionalmente catárticas son *Mystic River*, *In America*, *Station Agent*, *Master and Commander*, *Monster* y *Whale Rider*. Mi mujer y yo tenemos entradas para un teatro de repertorio de Los Ángeles donde vimos recientemente la obra *The Crucible* de Arthur Miller, *La Ópera de Tres Peniques* de Bertold Brecht, *Like Jazz* y la obra shakespeariana de *As you like it*. También me relajo tocando sonatas y música barroca con mi violín.

A mi mujer y a mí nos gustaría coger un tren que siguiera la antigua Ruta de la Seda, desde China al Uzbequistán y a través de los otros países del Asia Central. Teníamos los billetes para este estupendo viaje en septiembre del 2001, pero el ataque terrorista en Nueva York y Washington nos lo impidieron. También queremos tomar la ruta del tren transiberiano a lo largo de Rusia. Ésta es una aventura que esperamos llevar a cabo en los años próximos. Será de una gran emoción para mí, puesto que mis padres escaparon de la tiranía del zar de Rusia hace 100 años para encontrar la paz, la seguridad y las oportunidades en Estados Unidos. He visitado la diminuta población granjera donde nació mi madre cerca de Bialystok, Polonia, y me da cuenta de que nada a cambiado allí en 150 años. Nunca me he sentido tan liberado y agradecido como cuando me percaté de que mi madre, huérfana, fue llevada a Nueva York por un pariente, pasada la estatua de la Libertad, para unirse a los millones de inmigrantes empobrecidos llegados desde Europa a los Estados Unidos. Si ello no hubiese ocurrido mi hermano, mi madre y yo habríamos sido llevados a las cámaras de gas y luego incinerados en los hornos de Auschwitz.

Mi padre nació cerca de Minsk y llegó a los Estados Unidos cuando tenía 3 años. Mi abuelo fue llamado a filas en el ejército ruso para luchar en la Guerra ruso-japonesa pero, cuando se le pidió que volviese a luchar de nuevo en la segunda fase de la guerra, sobornó a los guardias de frontera y navegó en un barco hasta Nueva York. Llevó a mi abuela y a sus 5 hijos a los Estados Unidos dos años más tarde. Yo fui la primera persona de mi familia educada en la universidad. Mi padre fue boxeador, jugador de baloncesto profesional, tratante de pieles y lampista, que perdió su negocio durante la Gran depresión. Pasó el resto de su vida trabajando para otros en los muelles como mano de obra para remolcadores de barcos y en proyectos de construcción para llevar comida a nuestra mesa, con la esperanza de que sus dos hijos pudieran usar sus cabezas en lugar de sus músculos. A causa de la determinación de mis padres de ver a sus hijos instruidos yo me convertí en médico y mi hermano en físico nuclear.

—¿Tiene usted manía u obsesión con su trabajo? ¿Cuánto trabaja usted?

Me encanta mi trabajo, especialmente la investigación, la enseñanza y el trabajo clínico con la mayoría de mis pacientes discapacitados. Nunca he tratado a un paciente con esquizofrenia o un serio desorden del carácter que no haya mejorado o se haya recuperado para vivir una vida razonablemente normal. Los resultados favorables no siempre son fáciles de obtener, pero tengo la fortuna de tener la habilidad de organizar servicios, colaborar con colegas y organizaciones y ayudar a otros a usar procedimientos más efectivos. También paso horas incontables escribiendo, planificando y analizando proyectos de investigación. Por ello, adivino que usted puede decir que soy un maníaco del trabajo, dado que el mismo para mí es altamente satisfactorio. Yo trabajo un promedio de 80 horas a la semana, pero no es trabajo, es algo refrescante y lleno de retos para mí. Desde luego también reservo mi tiempo en que no trabajo en absoluto, como cuando viajo o estoy con mi familia.

Soy verdaderamente hipomaniaco, dado que tengo un trastorno bipolar II, he sufrido episodios de depresión desde la edad de 16 años y he podido mantenerme bien sin ninguna recaída durante los 10 últimos años tomando un estabilizador del ánimo y un antidepresivo cada día. A menos que los líderes en nuestra profesión puedan hablar de una forma directa sobre su éxito al superar sus desórdenes cerebrales (por ejemplo esquizofrenia, depresión, pánico,

ansiedad social, etc.) con los beneficios de los tratamientos modernos continuaremos acarreado un estigma precisamente a nuestros pacientes. ¿Porqué pueden los internistas hablar abiertamente sobre sus luchas con el cáncer o las enfermedades cardíacas mientras los psiquiatras no podemos o somos reacios a descubrir nuestros éxitos en nuestro tratamiento con los problemas mentales?

—¿Cuál es su prioridad más importante para mejorar el futuro de la rehabilitación psicosocial?

Los resultados de la investigación y los miles de libros y revistas en nuestro campo simplemente cosechan polvo en las bibliotecas. Por lo tanto, debemos dedicar prioridad máxima a dar publicidad a las innovaciones en el tratamiento psiquiátrico y en la rehabilitación, y procurar que aquellos que adoptan las innovaciones lo hagan con fidelidad, juicio clínico e individualización de las necesidades de los pacientes. Un solo traje no va bien a todo el mundo; por ello, la tarea supone reajustar la técnica a la persona. Nuestros pacientes no son esquizofrénicos, sino que las personas a las que atendemos sufren de signos y síntomas de esquizofrenia. Nuestra tarea es ayudarles a vivir una vida mejor.

Si queremos cruzar océanos para descubrir nuevas tierras debemos tener el coraje de perder de vista la orilla. Si deseamos crear nuevo conocimiento y nuevas técnicas de tratamiento para ayudar en la recuperación de nuestros pacientes, debemos renunciar a la seguridad y familiaridad de las tradiciones profesionales.