

**Asociación de Psicopatología
y Psicoanálisis de Sevilla**

JOSÉ MANUEL GARCÍA ARROYO

PSICOLOGÍA PARA ODONTÓLOGOS

PARTES I y II: GENERALIDADES



El presente libro ha recibido la MENCIÓN DE HONOR
del Grupo de Investigación para la Salud en Ciencias Humana (IPSUM)

Psicología para Odontólogos. Partes I y II: Generalidades

José Manuel García Arroyo

Editado por la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla

Luis Montoto, 83 – 3º C

41018 Sevilla (España)

luysa.dl@gmail.com

ISBN: 978-84-09-30227-7

Depósito Legal: SE-298-21

Diseño, maquetación e impresión: Gabella Artes Gráficas.

Impreso en España. Printed in Spain.

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

La Psicología, a diferencia de la Química, el Álgebra o la Literatura, es un manual para tu propia mente. Es una guía para la vida.

D. GOLDSTEIN

Dedicado a mi hermano Juan Luis, por haber desarrollado el valor de la generosidad y la entrega desinteresada

INDICE.

Presentación.

PRIMERA PARTE. Introducción a la Psicología.

Capítulo 1º. Concepto de Psicología. Orígenes. Objetivos y metas de la Psicología en las Ciencias de la Salud.

- 1.1. Orígenes de la Psicología: etapa precientífica.
- 1.2. Orígenes de la Psicología: etapa científica.
- 1.3. Concepto de Psicología.
 - 1.3.1. Aparición del término.
 - 1.3.2. Características de los fenómenos psíquicos.
 - 1.3.3. El objeto de estudio de la Psicología.
 - A) La conducta o comportamiento.
 - B) Los fenómenos mentales subjetivos.
- 1.4. Objetivos y metas de la Psicología.

Capítulo 2º. Los métodos en Psicología. Introspección y extrospección. Análisis, comprensión, explicación e interpretación.

- 2.1. Concepto de método.
- 2.2. Los métodos primitivos.
 - 2.2.1. La introspección.
 - 2.2.2. La extrospección.
- 2.3. El método clínico.
 - 2.3.1. Análisis.
 - 2.3.2. Comprensión.
 - 2.3.3. Explicación.
 - 2.3.4. Interpretación.

Capítulo 3º. Teorías del aprendizaje. Condicionamiento clásico y operante.

- 3.1. Introducción a los modelos en Psicología.
- 3.2. El aprendizaje.
- 3.3. Condicionamiento clásico.
 - 3.3.1. El experimento de Pavlov.
 - 3.3.2. Fenómenos tras el condicionamiento.
- 3.4. El conductismo.
- 3.5. Condicionamiento operante.
 - 3.5.1. La “caja de Skinner”.
 - 3.5.2. Elementos básicos del condicionamiento operante.
 - A) Reforzamiento.
 - B) Castigo.
 - 3.5.3. Programas de reforzamiento.

Capítulo 4º. El cognitivismo. La indefensión aprendida.

- 4.1. Características del modelo cognitivo.
- 4.2. Teoría de la atribución.
- 4.3. La indefensión aprendida.
- 4.4. Derivaciones del modelo cognitivo.
 - 4.4.1. Teoría del aprendizaje social.
 - 4.4.2. Teoría de Beck.

Capítulo 5º. Principios básicos de la teoría psicoanalítica.

- 5.1. Introducción histórica.
 - 5.1.1. El principio del psicoanálisis: el caso Anna O.
 - 5.1.2. El dispositivo psicoanalítico.
- 5.2. Postulados fundamentales del psicoanálisis.

- 5.3. Principios que rigen el funcionamiento psíquico.
- 5.4. Concepción estructural del aparato psíquico: perspectiva tópica.
 - 5.4.1. Consciente.
 - 5.4.2. Preconsciente.
 - 5.4.3. Inconsciente.
- 5.5. La represión.

SEGUNDA PARTE. Objetivos de la Psicología en Odontología.

Capítulo 6º. Psicología y Odontología. Manifestaciones afectivas de la boca. Patología bucodental y manifestaciones subjetivas. Repercusiones de los aspectos psicológicos en la patología bucodental.

- 6.1. Manifestaciones afectivas de la boca.
 - 6.1.1. La boca como superficie externa.
 - 6.1.2. La boca como espacio interno.
- 6.2. Patología bucodental y manifestaciones subjetivas.
- 6.3. Alteraciones mentales y repercusión bucodental.
 - 6.3.1. Patologías psíquicas que producen efectos dentales.
 - 6.3.2. Pautas de actuación en pacientes psíquicos.
- 6.4. Desarrollo de comportamientos de higiene dental.
 - 6.4.1. Transmisión de la información.
 - 6.4.2. La modificación de la conducta.
 - A) Implantar una conducta faltante.
 - B) Eliminar una conducta anormal.

PRESENTACIÓN

Aunque la Psicología y la Odontología son disciplinas científicas independientes y tienen sus propios objetivos y métodos, existen intereses confluyentes ya que, en nuestro caso, la segunda de ellas puede verse influida positivamente por la primera. Efectivamente, la práctica del odontólogo, en tanto profesional sanitario que es, requiere de ciertos conocimientos básicos de Psicología que le permitan la práctica clínica diaria.

Antiguamente, tan solo se tenían en cuenta los aspectos biológicos de los pacientes, pero eso ha cambiado de modo sustancial debido al proceso de concienciación que ha tenido lugar en la práctica profesional de cualquier sanitario la cual, inevitablemente, se encuentra plagada de problemas humanos. La Odontología no podía ser menos y tan solo basta con entender que, quién acude a tratarse, es una persona que sufre y que, en numerosas ocasiones, realiza una consulta forzada por las circunstancias e, incluso, puede intentar escapar del contacto con la clínica dental por tensión, intranquilidad, temor o miedo, cuando no por falta de una economía solvente con la que costear el proceso; la consecuencia es que retrasa el encuentro con un tratamiento que puede ser efectivo y que procura evitar futuras complicaciones.

Del mismo modo, el comportamiento de las personas afecta directamente a la salud dental, como sucede en la ingesta de sustancias, drogas o medicamentos no prescritos y, también, debido a la ejecución de hábitos insalubres. Aquí se halla un terreno abonado en el que descubrir ciertas actuaciones que los pacientes realizan en su medio privado y que no suelen contar de manera habitual; si el odontólogo desarrolla las habilidades necesarias para que las relaten, podrá detectar cómo son capaces de provocar afecciones bucodentales. En los capítulos que siguen pondremos numerosos ejemplos de ello.

Ni que decir tiene que la relación odontólogo-paciente requiere de conocimientos especiales para manejarla adecuadamente, sobre todo teniendo en cuenta que no todos los pacientes son fáciles de tratar y se sientan a gusto en el sillón para ser intervenidos. Antes al contrario, el odontólogo se las ha de ver con individuos muy diversos entre los que se encuentran aquellos que presentan trastornos de la personalidad y aún alteraciones mentales.

Cualquiera de estas circunstancias hace necesaria la presencia de conocimientos sólidos de Psicología y de Comunicación con los que el estudiante de Odontología tiene que contar en su formación, para que pueda utilizarlos exitosamente en su práctica futura; así lo recogen las principales guías de estudios universitarios del Grado en Odontología. En España existe, desde el año 2002, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), organismo autónomo dependiente del Ministerio de Universidades cuya función consiste en velar por la calidad del Sistema de Educación Superior y, para ello,

informa, orienta, evalúa y certifica las actividades académicas. Realiza la misma función con todos los estudios superiores y con los profesionales que contribuyen a impartirlos. Pues bien, este estamento en colaboración con una red de universidades españolas, ha elaborado un conjunto de documentos, conocidos como "Libros Blancos", que definen los diferentes estudios universitarios adaptados al Espacio Europeo Superior (EES), permitiendo la reflexión sobre los mismos. Contamos con un Libro Blanco que define los objetivos y competencias del Grado en Odontología (conviene buscarlo en internet y leerlo); en él se muestran numerosos componentes de la formación entre los que se consideran algunos relacionados con la Psicología y con la relación odontólogo-paciente.

Dado que redactar unos Fundamentos de Psicología es una tarea complicada de realizar, tenemos que dividir el material en apartados los cuáles van a publicarse en pequeños libros y, cada uno de ellos, dará cuenta de una parte del contenido global. Así se cumplen dos objetivos básicos: 1º) los diferentes grupos de capítulos producen la sensación de ligereza a la hora de ser trabajados y asimilarlos (un efecto psicológico conveniente) y 2º) permiten un manejo práctico fácil, cosa que no podría jamás asociarse a los antiguos textos con los que contábamos en nuestra época de estudiante, algunos de los cuáles tenían más de 900 páginas y ¡eran imposibles de manipular! En consecuencia, no se transportaban, no se leían y, en realidad, nadie conocía su contenido y los estudiantes se veían obligados a remitirse para aprobar la asignatura a los apuntes tomados en clase. Resulta imposible olvidar la cantidad de errores que estos tenían y que, más tarde, se reproducían en los exámenes.

La responsabilidad como docentes impulsa a crear un material psicológico que contenga lo justo que debe conocer el odontólogo en formación, un contenido que no sea exhaustivo, que cuente con una lectura sencilla y amena, que huya de lo excesivamente teórico y, sobre todo, que no contenga los fallos que hemos mencionado. Téngase presente que si se transmiten errores en la docencia, estos se perpetúan, sobre todo si consideramos que esta asignatura no tiene continuación en el Grado en Odontología al impartirse en un solo curso; por lo tanto, no existe la posibilidad de una corrección posterior.

La división de la materia a tratar es la se muestra a continuación y tiene la particularidad de responder fielmente al temario desarrollado de la asignatura de Psicología y Comunicación, tal como se viene impartiendo desde hace varios años:

1º) La Primera Parte pretende definir qué es la Psicología, cuál es su objeto de estudio y los métodos que emplea; también se presentan los modelos psicológicos más importantes en la actualidad. El alumno debe conocer cuáles son estos para entender qué formas de intervención práctica van a derivarse de cada uno de ellos y qué procedimientos puede él mismo utilizar en sus actuaciones futuras y cuáles no. Además, permite saber cuándo tiene que derivar

a un paciente a otro profesional para que trate los problemas del paciente (p. ej. la ansiedad dental grave).

2º) La Segunda Parte versa sobre las relaciones entre Psicología y Odontología, lo que supone aplicar a la futura práctica profesional los conocimientos obtenidos en el bloque anterior. Aquí se conocerán las relaciones entre los aspectos psicológicos y la patología bucodental, en un doble sentido: cómo puede afectarse la cavidad oral en algunos trastornos psicopatológicos y como las alteraciones dentales producen ciertos efectos psicológicos en las personas.

3º) Lo mismo que el cuerpo humano se ha dividido en funciones (hepática, renal, endocrina, digestiva, reproductora, nerviosa, etc.), en la mente humana (hoy en día conocida como “subjetividad”) también se han separado funciones. Son estas las que estudiaremos en la Tercera Parte y, a partir de su abordaje, se realizará una pequeña incursión en la Psicopatología, es decir que, al estudiar cada una de las funciones, se irán detallando las alteraciones más comunes (p. ej. las obsesiones, los delirios o las alucinaciones).

4º) La Cuarta Parte aborda la personalidad en cuanto organización psíquica que define a cada individuo; una pretensión justificada en tanto permite al estudiante (aún realizando sus prácticas) reconocer distintas maneras de responder a la situación odontológica. Del mismo modo, este apartado aborda el desarrollo evolutivo del humano, posibilitando la identificación de características básicas de cada etapa (niñez, adolescencia, adultez, ...), lo cual se hace necesario dado que el odontólogo tiene que tratar a personas de distintas edades; conocer las particularidades de cada una de ellas permite saber cómo abordarlas psicológicamente y qué puede esperar de ellas. Esta Parte termina con el estudio de la psicobiografía y de cómo los distintos “sucesos vitales” (*life events*, de los americanos) influyen en la conformación del carácter y en la forma de actuar en diferentes situaciones.

5º) Aquello que le ocurre, desde el punto de vista subjetivo, a un sujeto humano cuando está enfermo es de lo que trata la Quinta Parte. En efecto, el paciente reacciona ante la enfermedad de distintas maneras y, en el mejor de los casos, realiza lo que modernamente se llama “conducta de enfermedad”. Pero no solo trataremos esto, sino que se verán las “conductas de salud” y de “riesgo” y cómo estas últimas suelen ser secretas, de manera que quién consulta suele mantenerlas ocultas en el contacto que mantiene con el profesional de la salud; ya se dijo antes que, de las estrategias comunicativas que este último emplee, dependerá que las exponga o no. El apartado acaba con un capítulo dedicado al dolor, el síntoma más frecuente por el que consultan los enfermos al sistema sanitario y que, obviamente, en Odontología resulta ser un radical básico; añádase a lo anterior, que la expresión y el manejo del dolor se encuentran directamente relacionados con la personalidad.

6º) En la Sexta Parte se abordarán problemas afectivos que fácilmente pueden interferir en la práctica del profesional y que conviene saber manejar. Entre ellos se encuentran la ansiedad y la fobia; estas se tratarán desde una perspectiva general para, en un segundo tiempo, ubicarlas en el plano odontológico. Se termina esta Parte con un estudio de la patología psicosomática, intentando descifrar cómo pueden producirse distintas alteraciones físicas a partir de las reacciones emocionales. En este contexto, va a resultar de gran utilidad la aproximación que se hace en estos capítulos a los llamados “enfermos-problema”, personas que dan vueltas por el sistema sanitario sin obtener respuestas claras y, mucho menos, un tratamiento eficaz, llegando a incomodar, cuando no a molestar, a los profesionales de la salud. Los americanos han acuñado para ellos el término de *doctor shopping* (1). El odontólogo, aunque no lo crea, no se encuentra a salvo de tener que recibirlos en su gabinete y aún de diagnosticarlos y de tratarlos.

7º) Se acaba el contenido de estos capítulos con la última Parte que aborda los aspectos aplicativos de la Psicología, o de cómo utilizar el saber adquirido hasta este momento a la práctica clínica. Son temas enriquecedores de la actividad diaria de un profesional de la salud porque versan sobre asuntos que van desde la relación clínica (odontólogo-paciente) y la comunicación en la misma, hasta la entrevista que, bien realizada, permite obtener una notable información sobre quién consulta. Los movimientos afectivos durante la relación terapéutica, que durante mucho tiempo fueron despreciados, van a ser también objeto de estudio, respondiéndose a cuestiones como: ¿por qué me siento tan mal con este enfermo? o ¿por qué no tolero a este otro y quiero acabar la consulta cuanto antes? Las respuestas tienen que ver directamente con la personalidad del terapeuta y, muchas veces, requiere que este se (auto)analice o, al menos que revise qué aspectos emocionales suyos se encuentran en juego cuando se encuentra con un paciente. Para terminar con la materia, queda pendiente un último tema dedicado a las formas de intervención que posibilita escoger, dependiendo del caso y de las circunstancias, como actuar; dar un consejo, orientar, aportar información, educar, etc., son posibles maneras de proceder, pero conviene conocerlas bien antes de emplearlas. Además, se abordarán unos fundamentos elementales de psicoterapia de gran utilidad en la práctica.

Para poder enseñar Psicología hay que tener presente que es imposible hacer juicios y razonamientos, si no existe un buen bagaje de conceptos; estos últimos definen una realidad que puede constatarse en la clínica. Teniendo presente que muchos de los conceptos que aquí van a utilizarse son completamente nuevos para el lector, habrá que mostrarlos teniendo en cuenta estas dos condiciones:

-la presentación tendrá un carácter progresivo, de manera que nunca se hablará de algo que no haya sido definido antes, sobre todo porque cada

concepto asienta sobre otros anteriores (p. ej. no se puede saber cómo gestionar una emoción, si no se conoce qué son los sistemas de representación y, por lo tanto, qué es el pensamiento racional) y

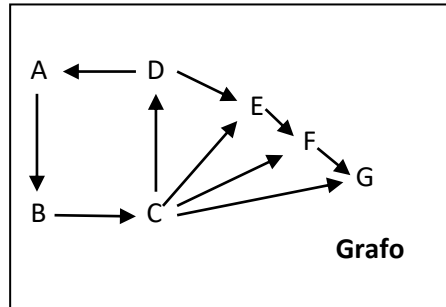
-para adquirir nuevos conceptos resulta fundamental sacudirse aquellos otros que circulan por la calle y que suelen utilizarse de manera automática. Asistimos frecuentemente a denominaciones inadecuadas para diferentes aspectos subjetivos, como es el caso de confusiones entre “emociones”, “sentimientos” o “estados de ánimo”. Este fenómeno llega a ser alarmante en ciertos casos; por citar uno de ellos: habitualmente se habla de “manía” para referirse a una persona que realiza actos repetitivos, como pueden ser mirar si ha apagado el gas o si ha cerrado la puerta antes de salir y, en el peor de los casos, se dedica a limpiar y limpiar sin parar (“maniático/a de la limpieza”). Nada más lejos de la realidad, pues se en Psicopatología se nombra así a una forma de locura en la que el paciente presenta un ánimo muy elevado, con una alegría patológica y desbordante y, por si fuera poco, suele presentar un delirio magalómano; entonces, el paciente cree tener grandes poderes, habilidades o bienes, es una celebridad o se encuentra implicado en una misión especial (p. ej. es el dueño de la banca universal o es un cantante famoso) (2). Véase la diferencia tan gran que existe entre lo que el vulgo cree y lo que la Psicología reconoce.

Con idea de que el contenido resulte asimilable, la manera de exponer los diferentes capítulos de estos librillos, será doble:

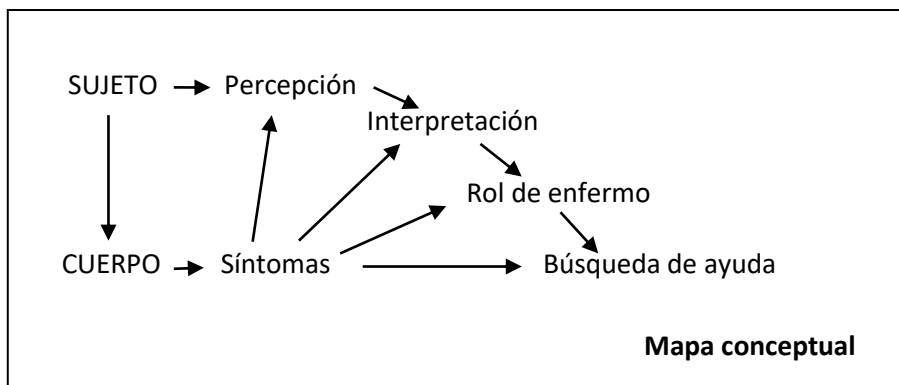
-Por un lado, se emplearán “recortes clínicos”, que son pequeños trocitos de historias clínicas. Estos tienen una grandísima utilidad ya que aportan un contenido real a la teoría, permitiendo que la enseñanza tenga una versión práctica imprescindible. Del mismo modo, quién realiza la lectura puede asociar automáticamente un “referente” a un “concepto”, no quedando este último desnudo y, al evocarlo, puede acordarse del caso expuesto y la definición queda totalmente asegurada. Recuerdo encuentros con alumnos de años anteriores que me comentaron cómo, al hablar con tal o cuál enfermo, identificaron un mecanismo a partir de acordarse de un ejemplo que yo conté en clase; ¡ese es precisamente el objetivo!

-Por otro, los llamados “mapas conceptuales”. Estos tienen como punto de partida la “teoría de grafos” del gran matemático Euler (3), que fue aplicada con éxito a diferentes campos (recorridos turísticos, circuitos eléctricos, líneas de metro, migraciones de animales, etc.). Los “mapas conceptuales” se utilizan en Psicología para representar el conocimiento en forma de grafos, en los que los vértices están ocupados por conceptos mientras que las aristas muestran las relaciones existentes entre ellos formando una tupida red (4,5). Permiten de un “golpe de vista” contemplar la complejidad del asunto tratado y establecer relaciones significativas entre sus componentes, facilitando la comprensión de los

puntos fundamentales del tema y que puedan surgir preguntas. Veamos un ejemplo:



Este grafo puede emplearse perfectamente para explicar los componentes de la “conducta de enfermedad”, basta tan solo con sustituir cada uno de los vértices (representados por las letras A, B, C, D, E, F y G) por palabras, del siguiente modo:



Véase como se ha obtenido un “mapa conceptual”, con el que puede explicarse el asunto sometido a análisis. Las letras (de A a G) se cambian por conceptos (sujeto, cuerpo, síntomas, percepción del síntoma, interpretación, rol de enfermo, etc.) y las aristas (flechas) ponen de relieve las conexiones entre ellos (p. ej. puede observarse que cada una de las etapas tiene como antecedente a la anterior, sin la cual no puede producirse; así, no se puede adoptar el “rol de enfermo”, si no se interpreta correctamente el síntoma).

Una vez que hemos presentado el contenido de los bloques temáticos y la forma de tratarlos, estamos ya en condiciones de comenzar la exposición. Solo resta desear al lector que no se tome este texto como una mera obligación de aprendérselo, sino que sea capaz de disfrutar con el material que se muestra en él y así, como decía Horacio, pueda reunir “lo útil con lo agradable”.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría (vol. 2). Barcelona: Ars Médica, 2000.
2. García Arroyo JM. Guías docentes (3): evaluación en pensamiento. Sevilla: APPS, 2016.
3. Alsina C. Mapas de metro y redes neuronales. La teoría de grafos. Madrid: RBA, 2010.
4. Novak JD, Musonda D. A twelve-year longitudinal study of science concept learning. Am Educ Research Jourr 1991; 20(1): 117-153.
5. Novak JD, Gowin DB. Learning how to learn. New York: Cambrid Univesity Press, 1984.

PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA

Capítulo 1º. Concepto de Psicología. Orígenes. Objetivos y Metas de la psicología en las Ciencias de la Salud.

1.1. Orígenes de Psicología: etapa precientífica.

En los comienzos de la Psicología como disciplina se consideran dos etapas: una “precientífica” y otra “científica”. La separación entre ambas, se produce de una manera tajante cuando empieza a utilizarse el método científico (de ahí el nombre que adoptan), que se supone es común a todas las ramas del conocimiento que aspiran a ser serias en su proceder y a la obtención de un saber fundamentado. De todas formas, en capítulos próximos se verá cómo la Psicología presenta algunas salvedades metodológicas dignas de destacarse.

El ser humano se encuentra instalado en el mundo de un modo indefenso, ya que no tiene las armas propias del resto de los animales: no posee las garras del león, los cuernos del toro, el veneno de la serpiente o los dientes afilados de la pantera. De ahí que haya tenido que desarrollar un arma poderosa, que le distingue de las fieras: la capacidad de conocer y reflexionar, que le ha permitido descubrir el mundo que le rodea para defenderse y sortear los peligros.

En un principio el conocimiento se dirigió hacia el mundo exterior, dado que el medio que le rodeaba se presentaba hostil, era una amenaza al estar mediocrementemente dotado (1). A partir de esta acción surgen disciplinas como: la química (primeramente era alquimia), la física, la astronomía (al principio era astrología), biología, etc. Una vez que el humano logra dominar el ambiente y consigue cierta seguridad, dirige su mirada hacia sí mismo y se descubre como un verdadero desconocido. Aparece entonces una nueva disciplina, llamada Antropología (de *antropos*, que significa “hombre”). Pero, este intento de autoconocimiento no se lleva a cabo de un plumazo, sino que van a sucederse varias etapas:

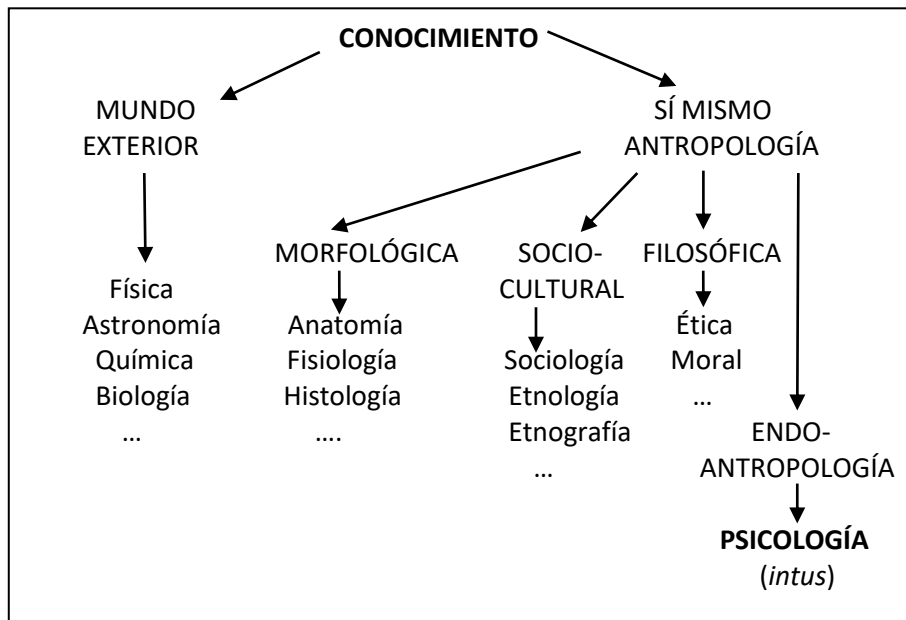
a) Primero conoce su propio cuerpo, apareciendo la llamada Antropología Morfológica. Esto ocurre en el Renacimiento cuando empiezan a realizarse las primeras disecciones de cadáveres; antes estaban prohibidas debido a la fuerte influencia de la religión (la Edad Media era un momento de la historia teocéntrico). Surgen ahora figuras como Leonardo da Vinci o Andrea Vesalio y empiezan a desgajarse distintas ramas: la Anatomía, la Fisiología, la Histología, etc.

b) Una vez que se posee un saber sobre su propio cuerpo, el hombre se da cuenta de que existen otros pueblos, cuyas costumbres son distintas a las nuestras; hace su aparición entonces la Antropología Sociocultural. Estamos ya en el s. XVIII y tienen lugar numerosos viajes de exploración alrededor del mundo. Se observa que, paradójicamente, lo que está prescrito en nuestra sociedad, se halla proscrito en otros grupos humanos y viceversa. Para realizar estudios convincentes de otras colectividades resulta necesario desprenderse del “etnocentrismo” o creencia de que nosotros estamos en “posesión de la verdad” y

que los demás grupos “están equivocados”. Cada uno de ellos tiene su propia idiosincrasia y sus propias costumbres (leyes y valores que regulan el funcionamiento de cada individuo). Se desgajan entonces del tronco de la Antropología: la Etnología, la Etnografía, la Sociología, etc.

c) Pero aún queda indagar más, dado que el ser humano empieza a cuestionarse sobre los problemas últimos de la existencia, en un principio indescifrables (la muerte, la el más allá, el sufrimiento, el dolor, ...) y aparecen las “tres grandes preguntas” (¿qué soy? ¿de dónde vengo? y ¿a dónde voy?). La Antropología Filosófica intenta hallar las respuestas pero, evidentemente, no existe ninguna que sea universal y en la que todos estemos de acuerdo, surgiendo entonces diferentes sistemas filosóficos, a veces en pugna unos con otros. No obstante, esta recién nacida Antropología va a dar lugar al desarrollo de la Ética y la Moral, que procuran centrarse en los valores que regulan los comportamientos de los miembros de una comunidad.

d) Finalmente, el ser humano se da cuenta de que posee una intimidad (o interioridad), en la que tienen lugar diferentes sucesos (sentimientos, deseos, pensamientos, ideas, emociones, opiniones, creencias, etc.). Es el momento en el que surge la Psicología, pero inicialmente fue llamada Endoantropología (Wukmir) (2) o “rama de la Antropología que se ocupa del *intus*”; este último es el nombre con el que se empieza a conocer la mente.



Este grafo demuestra, a las claras, todo el tiempo que el conocimiento humano ha tardado en abordar su propio mundo interno. Ello se debe a que siempre ha sido mucho más fácil conocer lo que de “fuera” que aquello que se tiene “dentro” (aún en los tiempos que modernos).

Al mismo tiempo, la evolución aquí expuesta indica que la aparición de los conocimientos psicológicos, ha posibilitado la creación de un marco adecuado en el que las personas pueden expresar su sufrimiento. Antes, los depositarios de este dolor eran los moralistas, los filósofos, los clérigos y los curas y eso ha cambiado por completo; pensemos que el mismísimo Kant indicaba que los problemas mentales debían ser atendidos en las Facultades de Filosofía (3). Ahora, somos los profesionales sanitarios (médicos, odontólogos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.) los que hemos ocupado ese sitio y es a nosotros a quienes traen sus dificultades; en efecto, en las consultas (médicas, de enfermería, odontológicas, especializadas, etc.) no solo se cuentan problemas físicos, sino también psicológicos o psicopatológicos.

1.2. Orígenes de la Psicología: etapa científica.

Seguidamente, la Psicología adopta el método científico como un intento de ingresar en el campo de la ciencia; se trata del modo de operar común de cualquier disciplina que aspire a pertenecer a ese terreno. El método científico consta de una serie de pasos que conviene conocer:

a) Selección de los hechos que van a estudiarse, pueden ser físicos, químicos, sociales, cósmicos, etc., según la disciplina de la que se trate.

b) Observación de los mismos.

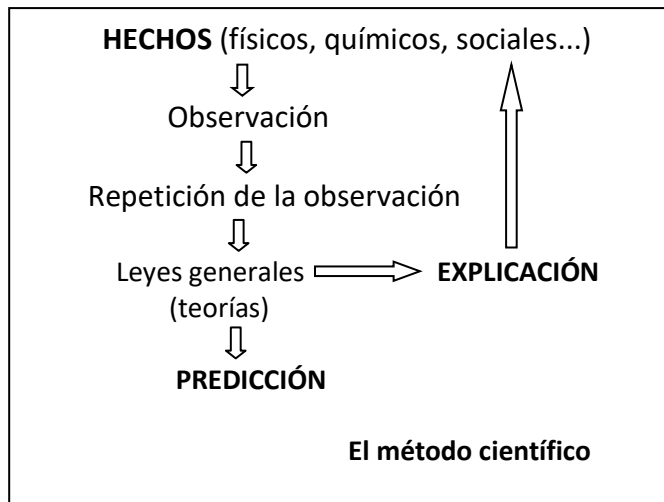
c) Repetición de la observación. Evidentemente, con una sola no es suficiente para obtener resultados concluyentes.

d) A partir de ahí se sacan leyes generales, que van a conformar las correspondientes teorías. Una teoría consiste en un saber estructurado capaz de explicar los hechos sometidos a análisis y, además, permite predecir cómo se van a comportar los nuevos sucesos que se producirán en el futuro. Luego, la ciencia procura ser predictiva, ya que se adelanta a los acontecimientos venideros (p. ej. gracias a eso podemos saber cómo va a cambiar el clima en los próximos días).

Un fisiólogo francés, llamado Claude Bernard tuvo el mérito de haber introducido el método experimental en Medicina; a él se le atribuye la brillante frase de “no hay enfermedades, sino enfermos”.

Hacia la mitad del s. XIX surge la Psicología como ciencia de la mano de Wilhelm Wundt, un médico fisiólogo alemán. Fundó en Leipzig (en 1879) el primer laboratorio de Psicología Experimental; concretamente, en su universidad se le asignó un cuarto para que almacenara el equipo que poseía pero este, más tarde, fue aumentando en extensión hasta llegar a ocupar todo un edificio. Allí se dedica a estudiar los fenómenos conscientes a través de la introspección, un método consistente en que la persona tiene que mirar en su interior y describir su experiencia tras una serie de variaciones del ambiente (p. ej. se le aplican ciertos estímulos y cuenta como ha vivido la experiencia).

Como veremos en el Capítulo 2, los hechos que se dan en Psicología presentan la característica de ser irrepetibles (p. ej. la muerte de un padre ocurre solo una vez en la vida), de ahí que haya que modificar en algunos aspectos relativos a la metodología.



1.3. Concepto de Psicología.

1.3.1. Aparición del término. La palabra “psicología” fue empleada por primera vez en 1594 por un profesor de Filosofía de la Universidad de Marburgo, llamado Rodolfo Goclenius; el término proviene del griego: *psyché* (alma) y *logos* (tratado) y significa “estudio del alma”. Se trataba de una época en la que esta primitiva psicología se encontraba aún incluida en la Filosofía y su objeto de estudio era el alma inmortal y sus facultades; una forma de enfoque que partía de la tradición aristotélica.

Un poco más tarde, en 1730, el filósofo Christian Wolf hablaba ya de “ciencia de lo psíquico” en vez de alma, intentado desligar esta nueva disciplina de los contenidos sobrenaturales. Con Wundt la Psicología se desliga definitivamente del terreno filosófico.

1.3.2. Características de los fenómenos psíquicos. La Psicología tiene como objeto de estudio los “fenómenos psíquicos”, que presentan una serie de características que los contraponen a los “fenómenos físicos” (1):

a) No son repetibles. Ya hemos se ha dicho algo sobre este punto. Los fenómenos físicos pueden repetirse cuantas veces queramos (p. ej. siempre que suelte una piedra cae al suelo y no existe ninguna ocasión en la que suba para arriba y se quede pegada al techo) o se repiten por sí mismos de manera regular (p. ej. un eclipse). En cambio, los fenómenos psíquicos son irrepetibles, quiere decir que no pueden producirse las veces que queramos (p. ej. una mujer que ha perdido a su marido, aunque vuelva a casarse en segundas nupcias y de nuevo se produzca la pérdida ya no es igual).

b) Son mutables. Los fenómenos físicos no cambian jamás aunque vuelvan a darse (p. ej. si pongo agua a hervir siempre pasa lo mismo: acaba evaporándose cuando se consiguen los 100°). En cambio, si un suceso psíquico se produce de nuevo, se muestra de una forma distinta (p. ej. si una mujer se queda embarazada por segunda vez, la forma de experimentarlo ya no es la misma).

c) No se pueden medir. Los sucesos del mundo pueden medirse y a tal efecto se han diseñado aparatos y unidades (p. ej. el grado para la temperatura, el voltio para la diferencia de potencial, el gramo para el peso, el julio para la energía, etc.). En cambio, los fenómenos psíquicos no son cuantificables, no tienen medida (p. ej. resulta ridículo pensar que a mi mujer la quiero “9”, mientras que el cariño hacia mi hermano puntúa “7”, dado que son dos sentimientos completamente distintos).

Hoy en día este punto se encuentra sometido a discusión, pues existe una tendencia (promovida por la psicología procedente del mundo anglosajón) que intenta desarrollar escalas de medida para cualquier aspecto del psiquismo de la persona (p. ej. ansiedad, depresión, obsesiones, conflictos de pareja, etc.). Más tarde, discutiremos esta cuestión, cuando en el Capítulo 2º cuando se aborde la “metodología”.

d) Coordinadas espacio-temporales propias. Cualquier suceso externo se encuentra siempre sometido al mismo registro espacio-tiempo, de manera que no puede escapar o salirse de esas coordenadas (p. ej. si observo la aceleración de un automóvil, se produce en un lugar y con una duración determinada). En cambio, los hechos que estudia la Psicología se encuentran ubicados en un espacio particular, que es el espacio mental de carácter virtual que, evidentemente, no es un lugar físico. Veamos un ejemplo:

Un amigo es un objeto físico que se encuentra ubicado en el mundo (se desplaza, puede caer por la acción de la gravedad, puede romperse un hueso, etc.), pero también existe como “objeto mental”, en tanto en cuanto lo tengo en mi mundo interior, como representación (lo identifico cuando lo veo, me da alegría encontrarme con él, etc.), y es esta última la que me permite vincularme afectivamente con él. Pero, no ocupa ningún espacio físico.

En relación al tiempo, sucede lo mismo porque el “tiempo vivido” es diferente al que mide el reloj (p. ej. cuando acaba una película divertida se tiene la impresión de que ha durado 10 ó 15 minutos; sin embargo, si esta es aburrida parece que han pasado 5 horas). Lo mismo ocurre con los sueños: la duración real es de segundos o, si acaso, minutos, sin embargo la impresión subjetiva es de haber durado muchísimo más tiempo (horas).

1.3.3. El objeto de estudio de la Psicología. Debido a la complejidad de las producciones humanas, la aplicación del método científico ha dado lugar a dos planteamientos opuestos sobre el “objeto” de estudio de la Psicología y su correspondiente definición:

-Para algunos autores se trata de la “ciencia de la conducta”. Es Watson quién (en 1913) la define de esta manera, intentando centrar su atención en la parte observable; la conducta, como acto que es, puede verse, registrarse, etc. En su intento de llevar el espíritu científico más allá de lo posible, intenta crear una psicología objetiva.

-Para otros, es la “ciencia de la vida mental”. William James, psicólogo norteamericano (en 1890), había realizado esta conceptualización poniendo el acento en la parte inobservable, ya que la “vida mental” de una persona no puede ser contemplada (vista, detectada, registrada, etc.) directamente.

Actualmente, se prefiere hablar de la Psicología como el estudio del ser humano en su doble vertiente: el comportamiento (observable) y los estados de conciencia (inobservables) (4). Por lo tanto, surge una pregunta básica: ¿qué estudia la psicología? o ¿cuál es el objeto de estudio de esta disciplina? La respuesta es: por un lado, el comportamiento y, por el otro, los estados mentales subjetivos. La misma Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10), aborda este doble objeto referido al ser humano, cuando en un apartado específico se refiere a los “trastornos mentales y del comportamiento” (5). A continuación se trata de abordar con detenimiento cada uno de estos elementos:

A) La conducta o comportamiento. Una conducta consiste en una acción que tiene un sentido, significado o propósito (6). El resto de las acciones humanas no se consideran conducta, sino meros actos fisiológicos (p. ej. parpadear, toser, convulsionar, bostezar, tragar, etc.), pudiendo explicarse sobre la base de los procesos que tienen lugar en el organismo. En cambio, la conducta requiere como condición necesaria a estos últimos, pero no son suficientes para explicarla, ya que en el acto conductual interviene la persona. Veamos un caso que lo clarifica:

Levantar la mano para amenazar a alguien implica que un impulso nervioso ha partido de la corteza cerebral y que ha llegado a ciertos grupos musculares, realizando el movimiento correspondiente. Está bien, pero al tratarse de una conducta, no basta con dar una explicación fisiológica; se necesita saber cuál es la intención del sujeto y en qué circunstancias se ha producido (p. ej. ¿amenazó a un conocido después de que le faltara el respeto?). Si se tratase tan solo de un mero espasmo muscular (p. ej. en un epiléptico), no haría falta explicar el sentido del acto, bastaría solo con tener en cuenta las condiciones físicas.

Ahora bien, cualquier acto fisiológico puede convertirse en una conducta; basta con añadirle la correspondiente intencionalidad. Los siguientes ejemplos son bastante demostrativos:

El bostezo hemos dicho que es un fenómeno fisiológico, pero si simulo un bostezo para hacer que “el pesado de mi primo” se vaya porque ya no aguanto más, entonces se trata de una conducta.

Un parpadeo tiene una función fisiológica: humedecer la córnea y mantenerla limpia, pero si el parpadeo se convierte en un guiño, entonces transmite un sentido claro a mi interlocutor/a.

La “gran crisis” que se da en la histérica (ver capítulo 5º), que lleva a la persona a convulsionar, imita una epilepsia, pero no existe ninguna alteración (demostrable) en el cerebro. Con ella, intenta movilizar el ambiente que la rodea en un sentido determinado (p. ej. que le den cariño, llamar la atención, hacer que su pareja esté más tiempo en casa o que el hijo apruebe los exámenes.).

Por otra parte, predecir el sentido de una conducta es algo muy complicado, sobre todo si tenemos pocos datos de la persona, es decir si no ha comunicado qué quiere decir con eso que ha realizado (p. ej. se puede llorar de rabia, de pena, de impotencia o simulando para conseguir algo); se habla de que la conducta es “multívoca” porque se le pueden atribuir numerosos sentidos o significados y podemos equivocarnos al calibrarla. Un caso puede ilustrarlo de una manera clara:

Por la calle Luis Montoto pasaba un señor de mediana edad que siempre llevaba un brazo en alto. Era la comidilla del barrio y se hicieron numerosas interpretaciones por otras tantas personas: 1ª) que jugaba al tenis y tenía un “codo de tenista” que le provocaba gran dolor, 2º) que tenía un “golondrino” (inflamación del ganglio) en la axila y no podía mover el brazo, 3º) que era un hombre muy amigable y siempre saludaba a alguien, 4º) que habitualmente se trasladaba en taxi y llamaba en ese momento a uno. En algunos casos, quiénes realizaron estas conjeturas, aportaron alguna prueba a favor de sus argumentos (“yo lo vi jugando”, “llamó a un taxi en mi presencia”, “habló con una chica joven”, etc.). Yo sabía perfectamente que todos estos comentarios eran falsos, ya que conocía al individuo en cuestión: era un esquizofrénico residente en un piso protegido y deliraba con la figura de Franco y tenía el brazo levantado porque cantaba el “Cara al Sol”.

De ahí se deduce que, hay que ser muy cauto a la hora de interpretar un comportamiento porque es muy posible que nos equivoquemos y que, para acertar con el sentido que tiene una conducta, haya que contar con las

expresiones verbales del sujeto que la explican y aún así puede engañarnos. Un ejemplo histórico así lo demuestra:

En la época del Siglo de Oro español había mucha miseria en nuestro país por distintas razones (debilidad de los últimos monarcas de la Casa de Austria, guerras, asalto a los barcos españoles cargados de oro por parte de los piratas ingleses, etc.). Este efecto inquietante llegó incluso a las clases acomodadas, que apenas tenían con qué comer. Pues bien, cuando los nobles se reunían en lugares públicos (iglesia, tertulias, negocios, etc.), previamente al encuentro, se echaban migajas de pan en el traje para aparentar delante de los demás que habían comido. Muchos incautos llegaban a creérselo.

B) Los procesos mentales subjetivos. Este apartado intenta responder a una pregunta clave: ¿qué tenemos dentro de nuestra cabeza? La respuesta es que el contenido está formado por “representaciones”. Antes se puso el ejemplo de un amigo y consideramos entonces que es, al mismo tiempo, un “objeto externo” y también una “representación mental”; en efecto, una representación es la copia que hacemos de algo que existe en el mundo (tengo una representación de mi madre, de mi abuelita, de mi amigo Felipe, del lugar donde estudio, etc.). Dada la complejidad de la vida mental, las representaciones pueden ser variopintas: ideas, pensamientos, fantasías, creencias, recuerdos, imágenes, etc.

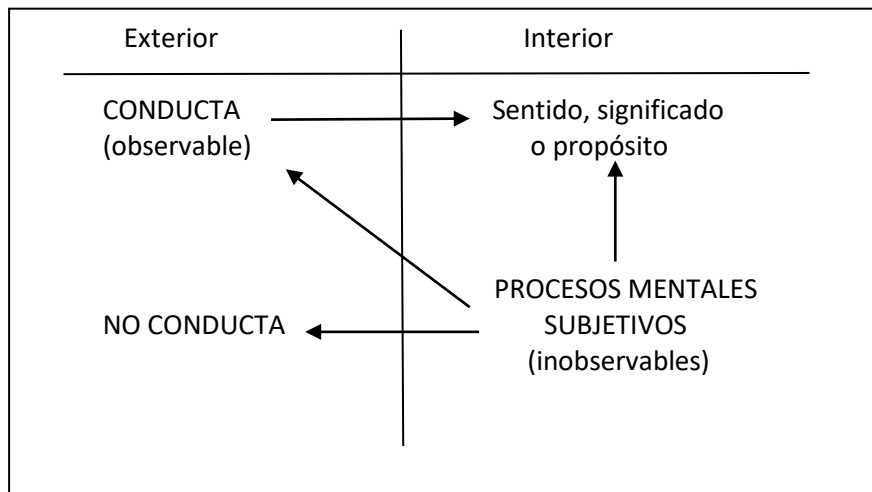
Estas se encuentran contenidas en lo que modernamente se llama “mente” o “subjetividad”, un espacio interior en el que se van sucediendo las múltiples representaciones que poseemos. Véase como la aproximación a este objeto llamado “mente” ha ido cambiando, según la época histórica y conforme se ha ido transformando el objeto de estudio de la Psicología (primero era el “alma”, después el “intus” o “interioridad”, luego la “mente” y ahora, la “subjetividad”).

Pues bien, las representaciones (contenidas en el espacio subjetivo) aportan el sentido a la conducta, del que ya hemos hablado, y también hacen original a una persona y la diferencia de las demás (singularidad). Evidentemente, cada uno de nosotros tenemos una vida particular, donde nos relacionamos con una serie de individuos concretos, tenemos una historia que es nuestra, etc.; todo eso hace que mis representaciones mentales sean distintas por completo a las tuyas o a las de mi vecino. Esto provoca que seamos sujetos únicos e irrepetibles, aunque la Psicología (como ya veremos) ha intentado establecer tipologías de humanos (ver capítulo 11º).

Algo que no se puede escapar es que ciertos contenidos subjetivos no se exteriorizan, dado que conforman el lado privado de cada persona. Se trata de elementos pertenecientes al plano de la subjetividad y que no pasan a convertirse en conductas y, por consiguiente, no pueden ser observados por los demás. Este fenómeno tiene dos caras:

-por una parte, gracias a eso podemos sobrevivir en la sociedad, ya que no se comunica al interlocutor la intención propia o lo que pensamos o sentimos realmente hacia ella y así nos protegemos (p. ej. un empleado se calla lo que piensa de su jefe ya que, si es negativo y lo cuenta, es probable que sea despedido). Además, existen fantasías, pensamientos o experiencias muy personales que conforma “lo íntimo” o “lo que no se cuenta” (p. ej. imágenes sexuales, fantasías agresivas y/o violentas).

-Por otra, cuando se exagera este mecanismo, tenemos individuos demasiado secretos, que crean un mundo interior demasiado protegido y suele provocar desconfianza en el interlocutor ya que este último, tarde o temprano, se apercibe del fenómeno. La base se encuentra, sobre todo, en el miedo (a ser descubierto, a la crítica ajena, a perder el cariño, etc.) o en el intento de manipulación ajena (“si me callo y no cuento nada de mí y sé todo del otro, lo tengo en mis manos”), aunque también puede ser por otras razones (desconfianza, timidez, inseguridad, etc.).



Habría que añadir que el medio social es muy explícito en relación a lo que se puede o no decir, de acuerdo también con el contexto en el que el sujeto se halle (p. ej. no es lo mismo la comunicación que se realiza en una cena de un congreso, que lo que se habla con los amigos de confianza en una comida informal). Sin embargo, los profesionales sanitarios, como ya se dijo en el apartado 1.1, somos los depositarios de un material psicológico no explícito fuera de la consulta, ya que en esta los pacientes pueden contar lo que quieran, de manera que este contexto se constituye en el lugar idóneo para narrar aquello que en el medio social no suele permitir. Al mismo tiempo, suele ocurrir que el paciente considera al profesional sanitario que posee una discreción absoluta; no obstante, esta apertura puede alterarse en el sistema público de salud, sobre todo cuando el paciente se encuentra ante varias personas dentro de la consulta (el médico, el residente, el estudiante de medicina, la enfermera, etc.).

Este asunto tan interesante, además, puede relacionarse con el problema de la libertad. Mucha gente cree que la libertad es “externa” (que te dejen hacer lo que quieras), pero en realidad la libertad es “interna”, ya que en tu espacio subjetivo puedes creer, pensar o sentir lo que te dé la gana; esa es la verdadera libertad. Sabemos que esta se pierde en la enfermedad mental y autores, como el psiquiatra francés Henry Ey (7), han definido muy certeramente la patología psíquica como la “pérdida de la libertad”. En este sentido, sabemos que el esquizofrénico carece de ella, al creer (firmemente) que los demás pueden influir sobre su mente (p. ej. meterle ideas o la cabeza o sustraérselas) e, incluso, los demás conocen lo que piensa.

Un esquizofrénico joven que acudió a la consulta, al preguntarle en qué se podía ayudar, respondió: “no me lo pregunte, porque usted ya lo sabe”. El paciente decía convencido de que: “todo puede leer mi mente”.

1.4. Objetivos y metas de la psicología.

Si se observa atentamente el esquema propuesto antes, fácilmente puede deducirse que la Psicología pretende conseguir una serie de objetivos generales, que son los siguientes:

1º) Describir la conducta. Dado que esta puede relacionarse con circunstancias “externas” o “internas”, habrá que considerar:

a) las relaciones entre la situación que está viviendo la persona y la conducta, sobre todo si esta asociación es coherente o no (p. ej. es adecuado que un paciente al llegar a la consulta de un odontólogo salude cortésmente pero no lo es si, al intentar explorarle la boca, muerde la mano de este profesional) y

b) los procesos internos de la conducta o qué es lo que motiva esta última (p. ej. en el caso anterior, se puede averiguar por qué ha hecho eso).

2º) Describir las vivencias de los sujetos. Con este apartado se vuelve a la parte interna del esquema, ya que el individuo experimenta a su manera las circunstancias que vive (p. ej. acudir a la primera cita médica o someterse a una punción lumbar) y, además, posee una historia que es el producto de aquellas otras por las que pasó antes.

3º) Estudiar las motivaciones de los actos. Aquí se trata de acercarse a los aspectos irracionales de la conducta. Muchos comportamientos se explican por deseos conscientes (p. ej. comprarse un coche porque el que tenemos está ya muy viejo), pero la mayoría los actos contienen motivaciones inconscientes (p. ej. ¿por qué escojo siempre como amigos a las personas menos indicadas, que incluso llegan a humillarme?).

4º) Intervenir mejorando la adaptación del individuo a su entorno. Cualquier profesional sanitario (incluido el odontólogo, por supuesto) puede (y debe)

intervenir psicológicamente con sus pacientes, sobre todo si su comportamiento no es adecuado al contexto. Esta acción se llama “psicoterapia” y la referencia, en este caso, no es un tratamiento profundo, sino ciertas intervenciones tácticas capaces de mejorar algunas actitudes de la persona que consulta, sobre todo aquellas que le permitan adaptarse a las medidas exploratorias y/o terapéuticas (se estudiará en el Cap. 23º).

En las Ciencias de la Salud, la Psicología se propone:

1º) Aportar conocimientos de Psicología General para aplicarlos a la práctica. En este sentido, se estudiarán las llamadas “funciones psicológicas”; aunque ya se habló del asunto en la Presentación, intentaremos aportar algo nuevo: lo mismo que el organismo es uno e indivisible y en él se separan funciones, el aparato mental puede ser dividido en funciones psicológicas (percepción, pensamiento, lenguaje, afectividad, impulsos, etc.). El antecedente de esta división se encuentra en Aristóteles, quién habló de las “potencias del alma”, concretamente de tres: memoria, entendimiento y voluntad.

2º) Conocer y detectar los problemas psicopatológicos. A cada una de las funciones tratadas, se irán añadiendo sus correspondientes alteraciones, un conocimiento que no está de más, pues servirá para detectar problemas en la consulta (ansiedad, anorexia, depresión, trastornos del comportamiento, etc.). Cualquier profesional sanitario está obligado a percatarse de los trastornos más evidentes de sus pacientes y de darles (a ellos o a sus allegados) las orientaciones pertinentes, tanto para prevenirlos, como para lograr que estos no vayan a más o surjan complicaciones.

3º) Formación en aspectos psicológicos del enfermar. Se trata de conocer cuáles son las respuestas psicológicas de las personas cuando padecen una enfermedad. Esta se convierte, para la mayoría de las personas, en un estado indeseable, como lo es el hecho de tener que acudir en busca de ayuda, de ahí que aparezcan reacciones emocionales de distinta envergadura. Su estudio parece preceptivo, dado que va a permitir comprender mejor al enfermo.

4º) Producir cambios de actitud en el profesional sanitario. Se supone que la materia que a impartir no solo pretende que el alumno obtenga las claves teóricas imprescindibles sobre la Psicología, sino que modifique ciertas actitudes y, en particular, que adquiera una mayor sensibilidad hacia los problemas humanos. Ello implica que no basta solo con la teoría, sino que esta tiene que asimilarse; esta es, justamente, la diferencia que existe entre “información” y “conocimiento”. En la primera de ellas, se conoce un conjunto de problemas pero solo racionalmente y, tan pronto como se desembuchan (p. ej. en un examen), se olvidan; por el contrario, el “conocimiento” implica una subjetivación de la información, de manera que forma parte de las creencias de una persona. Así, los conocimientos de Psicología, como ya veremos, van a servir para vivir mejor y, en

el campo de la salud, para conocer a los pacientes y realizar intervenciones más satisfactorias, tanto para estos como para el profesional sanitario.

Un problema que se desprende de este objetivo es el siguiente: ¿qué ocurre con aquellos profesionales a quienes no les gustan los aspectos psicológicos de las personas y solo quieren ser técnicos? ¿se trata de una postura corregible? Volveremos más adelante sobre el asunto, cuando tengamos más contenidos (psicológicos) con los que trabajar.

5º) Aportar las herramientas para comunicarse e intervenir psicológicamente con los pacientes. Veremos que la comunicación va a ser fundamental para exista un entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente y para que se produzcan los acuerdos necesarios de cara al tratamiento. Pero, como antes se dijo, el odontólogo tiene que adquirir ciertas habilidades para poder actuar con sus pacientes, para conseguir que estos mejoren en su actitud hacia la consulta o hacia las propuestas terapéuticas (p. ej. que disminuyan sus temores, que no retrasen las citas programadas, etc.). Los capítulos 20º a 23º están dedicados a estas cuestiones.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rojo Sierra M. Fundamentos doctrinales para una Psicología Médica. Barcelona: Toray, 1978.
2. Wukmir VJ. Psicología de orientación vital. Barcelona: Miracle, 1960.
3. Alonso Fernández F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual (vol. 1). Madrid: Paz-Montalvo, 1979.
4. Delay J, Pichot P. Manual de Psicología (6ª ed.). Barcelona: Toray-Masson, 1979.
5. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión): Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
6. Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría. Problemas generales. Psico(pato)logía . Madrid: Alianza Universidad, 1993.
7. Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de Psiquiatría (8ª ed.). Barcelona: Toray-Masson, 1978.

Capítulo 2º. Los métodos en Psicología. Introspección y extrospección. Análisis, comprensión, explicación e interpretación.

2.1. Concepto de método.

Cualquier ciencia se define por: a) un objeto de estudio y b) por un método capaz de proporcionar el conocimiento sobre dicho objeto; ya se ha hablado bastante del primero de ellos, ahora es el momento de abordar el método. Esta última palabra procede de *methodos*, que se traduce como “camino”, un significado bastante afortunado porque de lo que se trata, precisamente, es de describir los distintos caminos que existen para acceder al conocimiento y es justamente eso que se va a desarrollar en este segundo Capítulo.

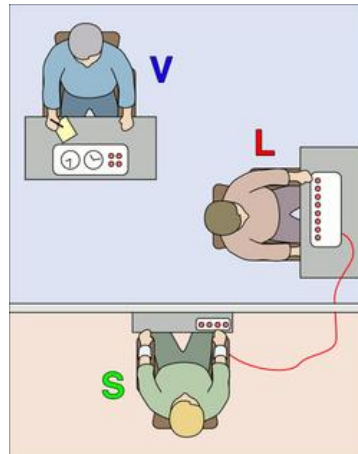
Antes que nada, conviene indicar que los métodos que se han propuesto en otras disciplinas, en el terreno de la Psicología encuentran bastante limitaciones, debido a las características tan particulares que tienen los fenómenos psíquicos (irrepetibles, mutables, no cuantificables, etc.). Así las cosas, la experimentación, que en las ciencias naturales ha tomado un protagonismo impresionante, aquí no tiene tantas posibilidades; esto se debe a que, o no pueden ser aplicados por cuestiones éticas o los resultados que muestran no tienen demasiada aplicación práctica, sobre todo en el campo de la salud. Para que este asunto quede lo más claro posible, se presentan a continuación dos ejemplos de aplicaciones experimentales que han sido muy sonadas:

El experimento de Milgrann (1963). Los resultados de este experimento realizado en la Universidad de Yale sorprendieron a toda la comunidad científica y consistían en lo siguiente: se propuso una convocatoria pública para quién quisiera participar en una actividad por la que se pagaba cierta cantidad. Se separaron dos habitaciones (ver imagen); en una de ellas, había un actor sentado en una silla al que se le habían colocado unos electrodos (S, en la imagen) y, en la otra, se encontraba el investigador (V) y el participante (L). Evidentemente, este último no sabía que se trataba de un actor, sino que tenía que creer que la experiencia era real. El participante (L) tiene que hacerle una serie de preguntas al actor (S) y si falla le da descargas eléctricas. El investigador (V) le explica al participante (L) que están irán aumentando la intensidad y el riesgo vital que corre el sujeto que al recibir las descargas. La prueba comienza y el participante va dando descargas, mientras el actor (S) grita de dolor y, ya con intensidades mayores, profiere expresiones como: “no puedo más”, “por favor, quiero salir”, “no resisto más, que me saquen de aquí”, etc.

Milgrann y su equipo creían que nadie llegaría a dar descargas altas y que an solo algunos sádicos serían capaces de tal acción. Sin embargo, a pesar de las quejas del actor, el 65 % de los participantes aplicaron la

descarga máxima (unos 450 voltios). La mayoría presentaban dudas que dirigían al investigador (¿cree que lo que estoy haciendo le dejará secuelas? ¿qué finalidad tiene este experimento, porque yo no lo sé? ¿qué se pretende conseguir haciendo este daño?, etc.). A todas estas cuestiones el investigador (V) respondía lacónicamente: “tiene que seguir”, “no puede echarse para atrás ahora”, “continúe por favor”, etc. Para alivio del participante, solo cuando terminaba la prueba, al dar la máxima descarga, le decían que se trataba solo de una representación.

Años después del experimento, Milgrann recibió cartas de los participantes; transcribimos lo que uno de ellos dijo: “Aunque creía que estaba lastimando a otra persona no sabía en absoluto por qué lo estaba haciendo. Pocas personas se percatan de cuándo actúa de acuerdo a sus propias creencias y cuando están sometidos a la autoridad. Permitir sentirme con el entendimiento de que me sujetaba a las demandas de la autoridad para hacer algo malo me habría asustado de mí mismo”.



Un tiempo después (en 1971) se realizó una investigación semejante, que fue denominada: **el experimento de la de la cárcel de Stanford**, realizado por Ph. Zimbardo. En este caso se solicitó la participación voluntaria entre los alumnos de la Universidad, escogiéndose a 24 individuos que destacaban por ser más estables psicológica y emocionalmente. A continuación, se formaron dos grupos: uno de guardias y otro de prisioneros y a ambos se les vistió con la ropa apropiada para el papel que tenían que desempeñar. A los “presos” se les trataba como tales: ingresaban en prisión y se les duchaba, se les tomaban las huellas y se les ponía un uniforme.

A medida que la experiencia se iba desarrollando, los guardias incrementaron el sadismo, que llegaron a ejercer de una forma sorprendente; incluso, estos actos los hacían de manera más continuada de noche, cuando las cámaras no estaban conectadas. Zimbardo tuvo que interrumpir el experimento prematuramente porque se le estaba yendo de

las manos, lo que produjo un enfado terrible en aquellos que actuaban como guardias. Se constató que ninguno de ellos presentaba un trastorno mental que justificara sus comportamientos (1).

El experimento de Masters y Johnson (1966). *William Master, ginecólogo de profesión, y Virginia Johnson, trabajadora social, se dedicaron en la década de los 60 a investigar la sexualidad humana. Para ello, crearon un laboratorio en el que iban a realizar el acto sexual distintas parejas bajo numerosos controles fisiológicos, capaces de registrar diferentes parámetros de esta naturaleza (tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, etc.). Tomaron una muestra de 600 personas de ambos sexos, entre los 18 y los 89 años y realizaron la correspondiente actividad bajo la atenta observación de los investigadores, con sus correspondientes electrodos colocados. Los participantes se combinaron entre sí de distintas maneras (p. ej. una joven y un anciano, un hombre de mediana edad y una anciana, dos jóvenes, etc.). Llegaron a registrar 2500 ciclos de actividad sexual y hablaron de la RSH (Respuesta Sexual Humana). Finalmente, ambos investigadores terminaron interviniendo en su propio experimento, se casaron y publicaron numerosos libros (2).*

Como se puede intuir, hoy en día estas experiencias tendrían numerosas cortapisas, pero también se dijo antes que muchos de las propuestas experimentales que se han realizado en Psicología, no aportan nada y, mucho menos, a los clínicos. Con un ejemplo bastará:

Uno de los más sonados, en este sentido, fue el intento de descubrir quiénes eran “más intelectuales”, si aquellos que tenían como mascota a un gato o un perro. El resultado no se dejó esperar: eran los primeros, dado que los gatos suelen ir a su aire y requieren menos atención de sus dueños, mientras los perros tienen un comportamiento más apegado y, por lo tanto, necesitan mayor atención.

2.2. Los métodos primitivos.

Dado que la experimentación produce resultados bastante limitados, resulta necesario buscar otras formas de obtener el conocimiento, que este sea fiable y que, obviamente, resulte útil a los sanitarios. Los métodos primitivos de trabajo eran la introspección y la extrospección.

2.2.1. La introspección. Ya se ha hablado de ella, a propósito de Wunt, pero ahora intentaremos conocerla un poco más a fondo, para conocer sus ventajas e inconvenientes. Consiste esta en “mirar hacia adentro” o “hacer una observación interna” y, cuando se realiza esta acción, lo que se obtiene es un relato de lo algo que se ha experimentado o vivido (p. ej. el sujeto cuenta como le ha ido en su primer día de trabajo o cómo pasó el examen de Psicología y Comunicación).

El problema de este esfuerzo es que el material producido no es fiel, ya que los recuerdos se deforman, al producirse exageraciones de los mismos, y autoengaños (creerse que algo fue de una manera, para que todo cuadre). Por si fuera poco, cuando se narra algo a un interlocutor, se intentan hacer las cosas más bonitas de lo que son para causar buena impresión o agradar al otro (“efecto de presencia”).

Se añade que la introspección tiene un límite y es el que establecen los mecanismos defensivos que, promocionados por el yo, impiden el autoconocimiento (se estudiarán en el capítulo 11º). Así, si intento conocerme a mí mismo, existen aspectos míos que no me gustan y que, cada vez que aparecen, intento hacerlos a un lado; esa es la defensa. El siguiente caso aclara un poco el asunto:

Un estudiante de Farmacia consume porros de manera habitual y confiesa (cuando lo hace) que estos le sirven para relajarse, pero está comprobando que, desde que realiza este comportamiento, está perdiendo concentración en su carrera y ha bajado de forma alarmante las calificaciones. Es un aspecto de sí mismo que no le agrada lo más mínimo y que le hacen parecer (ante sí mismo) como un “descerebrado” e indica: “yo antes no era así”. Cada vez que ha salido en la consulta el asunto, cambia de tema o niega rotundamente que realice estas conductas adictivas. Al parecer, tiene separados de su yo, esos momentos (impulsivos) en los que consume, como si en esos instantes fuera “otra persona”.

Los mecanismos defensivos intentan que el individuo no se contemple a sí mismo de “mala manera” o de “forma despreciable”, lo impide que el autoconocimiento (mediante el concurso de la introspección) pueda realizarse. El único que fue capaz de autoanalizarse y llegar más lejos en el autoconocimiento fue Sigmund Freud quién, después de una etapa crítica en su vida (tras la muerte de su padre) se aisló para poder reconocer los aspectos inconscientes de su comportamiento, un periodo al que llamo *splendid isolation* (espléndido aislamiento). A sus 40 años, se tomó a sí mismo como objeto de investigación, un momento clave que culminó con la publicación de su obra más conocida *La interpretación de los sueños* (4); esto sucedió en el año 1900 y en el texto expone (valientemente) muchas de las producciones oníricas que tuvo en este (angustioso) periodo. Como consecuencia, inventa las reglas del autoanálisis.

2.2.2. La extrospección. Consiste en la observación directa de los comportamientos de otra persona (mímica, gestos, postura corporal, movimientos de manos, llanto, etc.). El problema que presenta es el que ya se vio: cómo poder interpretar correctamente una conducta, cosa que tiene sus dificultades pues, a veces, el sentido de esta puede resultar sorprendente. Un caso puede ilustrarlo:

Un paciente politoxicómano de 52 años se encuentra ingresado en la sala de Psiquiatría y, de repente se tira al suelo, hace gestos inconexos en el aire, manoteando a diestra y a siniestra. Nadie puede dar crédito a los aspavientos que realiza, pues no se corresponden con ningún comportamiento anterior que esta persona haya realizado. Una vez se ha calmado, se le pregunta por su conducta extravagante y responde que observó, con toda claridad (“como lo veo a usted ahora mismo”), una gran serpiente de aspecto amenazante y que iba a meterse en una habitación. Su misión entonces era capturar al reptil para que no atacase a nadie, mientras tanto mantuvo una lucha a muerte con tan temible animal.

Incluso hay pacientes que engañan deliberadamente a los profesionales sanitarios, no contando sus problemas e inventando historias con distintas finalidades (p. ej. conseguir una paga, la baja laboral, quedarse con la custodia de sus hijos, eludir la justicia, etc.) o, incluso, presentan un trastorno de la personalidad que les hace mentir sistemáticamente con tal de salirse con la suya (p. ej. psicópatas). En ambos casos, la conducta manifiesta resulta francamente engañosa.

De todas formas, a los defensores a ultranza de la extrospección les ha importado bien poco lo que signifiquen los comportamientos, pues se han dedicado en exclusiva a matizarlos y a modificarlos.

2.3. El método clínico.

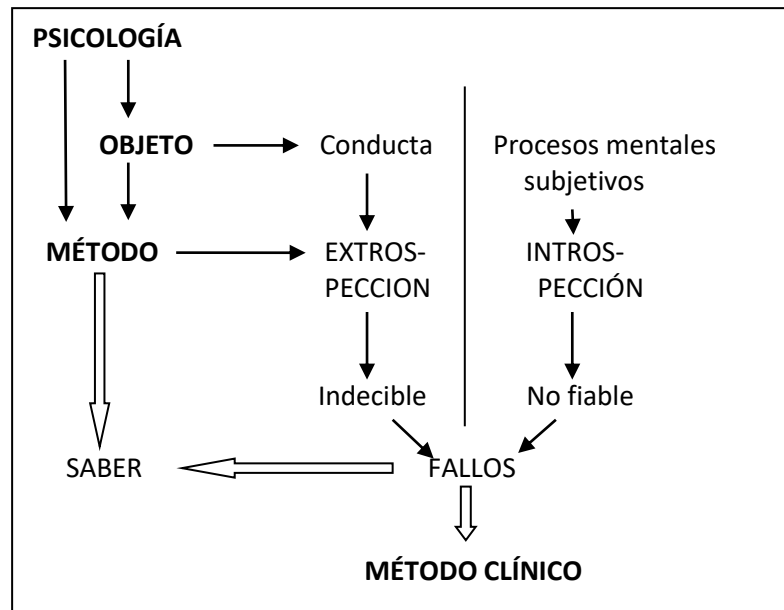
A continuación se estudia el método que utilizamos en la clínica, una derivación respecto a lo planteado anteriormente que se sostiene en los siguientes argumentos:

1º) La experimentación con los pacientes tiene bastantes limitaciones, ya que insiste en provocar fenómenos y no es posible hacerlo,

2º) la introspección resulta no fiable y

3º) la extrospección es indecible.

La introspección y la extrospección se desarrollaron en Psicología de manera independiente, no existiendo colaboración alguna entre los diferentes autores que promocionaron cada una de estas formas de trabajar. Tales dificultades han llevado a la creación de una forma nueva de abordaje más segura: el método clínico, cuya su finalidad es obtener información de la persona estudiada y procesarla adecuadamente. Se añade que cumple totalmente con las normas éticas pues no perturba al paciente, ni lo somete a ningún riesgo innecesario.



El método clínico tiene cierta dificultad, presentando cuatro vertientes que pasamos a tratar de manera progresiva:

2.3.1. Análisis. Parte de Karl Jaspers, un psiquiatra y filósofo alemán, considerado como el padre de la Psicopatología (3); su forma de abordar los casos se sostiene en la Fenomenología, un planteamiento metodológico original que parte del filósofo E. Husserl (4).

El análisis pretende realizar una observación espontánea de los datos que provienen de una persona obtenidos, al mismo tiempo, por introspección y extrospección. Véase cómo estas dos líneas metodológicas se desarrollaron de manera independiente, pero Jaspers (3) tiene la feliz idea de utilizarlas juntas, consiguiendo redoblar el potencial aportado por cada una de ellas separadamente. Así las cosas, se obtiene un relato proporcionado por el paciente junto con la observación directa de sus comportamientos (movimientos, vestimenta, abalorios, mímica, gestos, etc.). El resultado final es una descripción lo más fiel posible del material sometido a análisis, lo que permite obtener las correspondientes interpretaciones de la persona sobre sus propias conductas y, a la vez, conocer sus aspectos más íntimos, aquellos que habitualmente no se verbalizan fuera de la consulta.

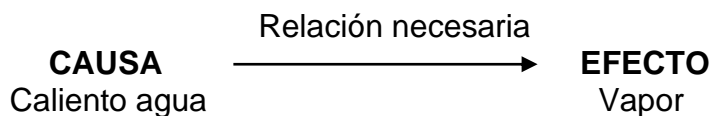
DESCRIPCIÓN = introspección + extrospección
 (Análisis) (relato) (observación directa)

La enseñanza que Jaspers (3) aporta es la siguiente: antes de pasar a interpretar o comprender al sujeto, hay que describirlo con el máximo rigor posible. Presentamos a continuación un ejemplo con el que irán quedando claros cada uno de los pasos del método clínico y así facilitar su estudio:

Se trata de una mujer de 48 años, que se presenta en la consulta cabizbaja, llorando, moviendo la cabeza de un lado para otro, retorciendo el pañuelo y afirmando: “yo soy una desgraciada, la más desgraciada del mundo”. Tras un tiempo exponiendo sus circunstancias y, una vez que se ha calmado, estamos ya en condiciones de realizar la descripción del caso (análisis): se trata de una mujer de mediana edad, que acude espontáneamente a la consulta buscando ayuda psicoterapéutica (demanda), mostrándose: triste, ansiosa, con inquietud interior y física, insomne, irritable, desganada, desilusionada y no presenta riesgo de autolisis. El malestar aumenta por las tardes y, en principio, ella no identifica ningún motivo que lo justifique. Esta apreciación, como cabe entender, es previa a cualquier formulación, como: “tiene una depresión”, “tiene una depresión-ansiosa”, “no sabe lo que quiere”, “se encuentra perdida”, etc.

2.3.2. Comprensión. La “comprensión” parte de un autor llamado Wilhelm Dilthey (5), filósofo, psicólogo y sociólogo alemán, considerado el padre de la “psicología comprensiva”. Tuvo el gran acierto de separar dos campos bien diferenciados entre las distintas disciplinas científicas:

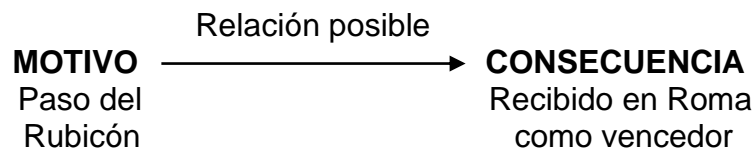
a) Las ciencias naturales. Entre ellas se encuentran: la astronomía, la física, la química, la anatomía, la microbiología, la botánica, la zoología, etc. Se ocupan de hechos repetibles (p. ej. amanece todos los días, existe un ciclo lunar) a los que es posible aplicarle la experimentación. Además, estas disciplinas responden a la relación causa-efecto, tratándose siempre de una relación necesaria, quiere decir que, una vez que aparece la causa, se sigue del efecto obligatoriamente. Esto hace que los fenómenos que estudian siempre van a producirse de la misma manera (p. ej. cada vez que caliente agua, se convierte en vapor y no existe ninguna vez que ocurra otra cosa diferente).



La metodología que emplean las ciencias naturales es la “explicación”.

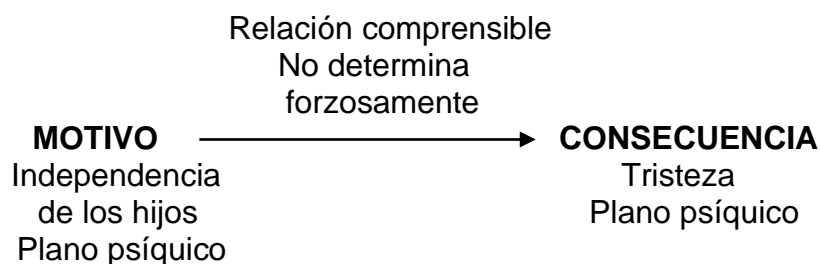
b) las ciencias histórico-culturales (llamadas en la actualidad “ciencias humanas”). Entre ellas se encuentran: el derecho, la pedagogía, la antropología, la arqueología, la sociología, la historia, etc. Se ocupan de fenómenos que no son repetibles (p. ej. la Revolución Francesa o la Revolución Rusa) y no se les puede aplicar la experimentación (p. ej. si quisiéramos reproducir la Revolución Rusa en Moscú sería imposible, nos disfrazaríamos y probablemente terminaríamos almorzando un delicioso filete Strogonoff). Aquí no existen las causas, sino los motivos y la relación que se establece es motivo-consecuencia (no causa-efecto); la relación que se produce entre ellos no es “necesaria”, sino “posible”. Veamos un ejemplo histórico:

Julio César, tras conquistar la Galia, colocó su campamento cerca de Roma. En el Senado las opiniones estaban divididas entre sus partidarios (querían que entrase en la ciudad como vencedor) y sus oponentes (si entraba era declarado traidor y juzgado). Después de un periodo de reflexión, César decidió entrar en Roma y, para eso, tenía que atravesar el río Rubicón que era el límite de la ciudad. Decidió arriesgadamente pasar el río y pronunció aquella famosa frase: alea jacta est (“la suerte está echada”). Finalmente, fue recibido en Roma con honores, aunque todos conocemos como terminó esta historia. Es un hecho claramente irrepetible y, una vez que se produjo, podía haber pasado cualquier cosa pues nadie garantizaba a César que su gesto iba a ser aceptado por el Senado.



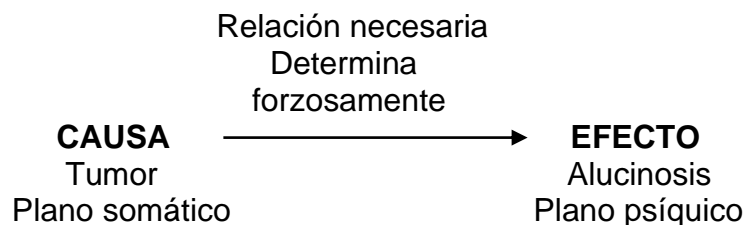
La comprensión intenta hallar “conexiones de sentido” en una historia y se limita al plano psicológico. Al mismo tiempo, los hechos que ocurren en la vida de las personas no determinan forzosamente (p. ej. la pérdida del no se sigue siempre de malestar psicológico, puede ocurrir que, una vez despedido un sujeto, se ponga contentísimo por no tener que levantarse tan temprano, cobrar el paro, no aguantar al jeve, etc.).

Siguiendo con el ejemplo de la paciente anteriormente expuesto, la comprensión intenta buscar con qué pueden conectarse esos síntomas que presenta. La entrevista con ella aportó la clave: se trata de una mujer educada en un medio rural, donde el valor fundamental de ella como mujer era “ser madre” (más que ser “esposa”). Puede entenderse que se encuentre así, dado que sus hijos se han independizado y, para ella, ha cesado el papel maternal; es lo que conocemos como “nido vacío”. La aparición de los síntomas coincide plenamente con la marcha de casa del último de sus vástagos. A lo mejor otra mujer con estas mismas circunstancias se hubiera alegrado de quedarse sola, al tener menos responsabilidad y más libertad.



2.3.3. Explicación. Recordemos que es este el procedimiento de las ciencias naturales y que indaga relaciones de causalidad en el plano psicológico, de manera que intenta averiguar qué puede determinar la aparición de cierto malestar psíquico, de una manera forzosa. Cuando se aplica la explicación, se intentan establecer correspondencias entre el plano somático (causa) y psíquico (consecuencia). Esto tiene lugar cuando existe alguna lesión del tejido nervioso (infarto cerebral, tumor, degeneración, traumatismo cráneo-encefálico, etc.), se producen alteraciones funcionales del organismo capaces de modificar el metabolismo cerebral (aumento de la urea en sangre en pacientes en diálisis, hipo o hiperglucemia en diabéticos, etc.) o bien, existen sustancias tóxicas en la sangre (alcohol, cocaína, anfetaminas, marihuana, etc.). Un nuevo caso puede ilustrarlo:

Se trata de un varón de 60 años, profesor de secundaria. Estando un día en su despacho corrigiendo exámenes comenzó a escuchar unas risas que provenían de la lámpara, eran voces “como las de los pitufos”. Al asomarse, en el filamento incandescente pudo distinguir a una pareja de dos seres pequeñitos haciendo el amor. No se lo podía creer, pues nunca había tenido una experiencia tan alocada como esta; no creía ella, pensaba que algo malo le estaba pasando en ese momento. Una vez recibido al paciente, inmediatamente lo envié a hacerse un escáner cerebral; el resultado fue la aparición de una masa tumoral en las meninges, que estaba comprimiendo la masa cerebral. Fue intervenido con un resultado satisfactorio y posterior desaparición de la sintomatología psíquica.



En el caso de la paciente que venimos estudiando, la “comprensión” sí que tiene objeto pues ha descubierto parte del problema, pero no la explicación ya que no se encuentra en ella ningún problema físico capaz de relacionarse con su sintomatología (por lo tanto, no existen causas). Más bien, es su situación la que le provoca esa consecuencia (si que puede identificarse un motivo claro).

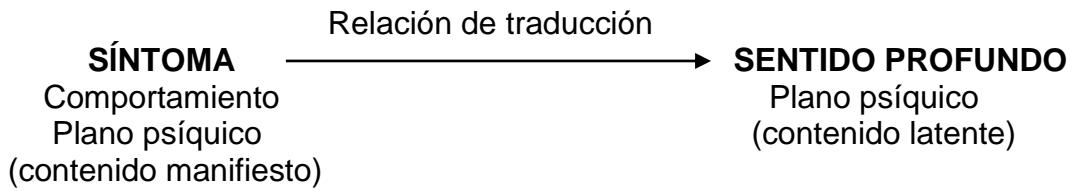
A modo de resumen, presentamos seguidamente un cuadro en el que se establecen las diferencias entre los métodos de “comprender” y “explicar”.

EXPLICACIÓN	COMPRENSIÓN
Método propio de las Ciencias Naturales (hechos repetibles, experimentación)	Metodología de las Ciencias Humanas (hechos no repetibles, no experimentación)
Relación causa-efecto	Relación motivo-consecuencia
Carácter de necesidad (determina forzosamente)	Carácter de posibilidad (no determina forzosamente)
Establece correspondencias entre lo somático y lo psíquico	Se limita a lo psíquico
Busca la relación de causalidad	Busca conexiones de sentido

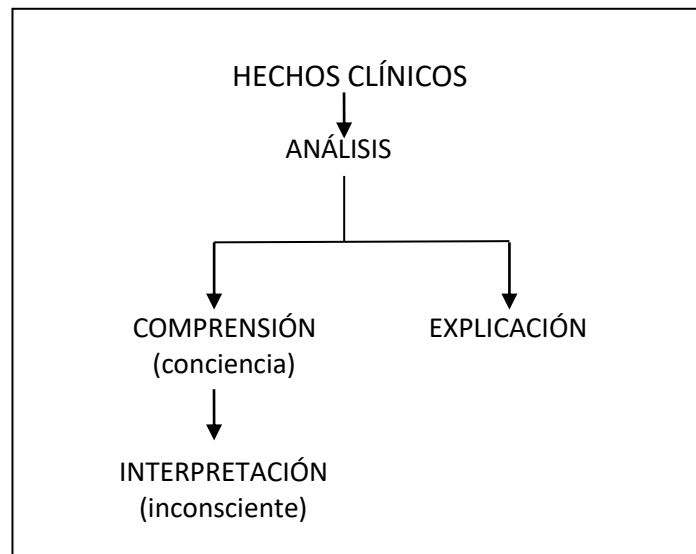
2.3.4. Interpretación. La aporta el psicoanálisis e, igual que la comprensión, se limita a lo psíquico, pero existen diferencias bastante claras. Mientras la comprensión se mantiene en el plano de la conciencia, el interpretación va más allá y busca las motivaciones inconscientes. Entonces, relaciona un fenómeno psíquico (un síntoma, una conducta, una experiencia, un malestar, etc.) con un “sentido profundo” que suele escaparse en los abordajes superficiales de los pacientes y que puede ser comunicado a estos. Cuando se realiza esta acción de transmitir el sentido, el sujeto suele conmoverse y modificar su comportamiento (si la interpretación es correcta, claro está).

La relación que establece es de traducción (“esto significa tal cosa”) y, en consecuencia, un psicoanalista es un “traductor” de lo que le pasa a la persona, al revelarle el por qué de su sufrimiento o malestar.

Respecto al caso de la paciente que traíamos, cualquier persona inteligente puede llegar a pensar: está bien, la mujer estudiada ha perdido a sus hijos, pero tiene a su marido ¿no le basta estar con él y crear una nueva manera de (con)vivir? Ciertamente que no, porque si así sucediera no estaría tan depresiva. El caso es que ella ha ido perdiendo, poco a poco, el amor que le tenía a su pareja, dado que él no es como pensaba y el resultado es la desilusión. Ahora viene la interpretación a auxiliarnos: se casó muy enamorada de él, con altísimos “ideales románticos” que no se han cumplido en lo más mínimo. Intentó cambiarlo de distintas maneras, pero fueron intentos infructuosos. Finalmente, convive con una persona a la que no ama, hacia la que muchas veces dirige su resentimiento por “no haberse comportado como yo hubiera querido”, pero de la que es incapaz de separarse, por distintas razones (sentimiento de fracaso, la opinión ajena, como lo vivirán sus hijos, el disgusto para su familia tan tradicional como es, etc.). A este “cadáver de relación” la llamamos: la “soledad de dos en compañía” (6). Ha perdido a sus hijos (plano consciente) pero, también al “objeto de amor” (plano inconsciente).



Como se ve, en el último esquema planteamos cuál es la sistemática a seguir con el método clínico; véase que “comprensión” y “explicación” se plantean como alternativas, según puedan entenderse los hechos clínicos desde un punto de vista psicológico exclusivamente o haya que apelar a alguna alteración en el orgánsmica (funcional u orgánica).



BIBLIOGRAFÍA.

1. Zimbardo P. El efecto Lucifer. El por qué de la maldad. Barcelona: Paidós, 2011.
2. Masters W, Johnson V. La respuesta sexual humana. Buenos Aires: Intermédica, 1976.
3. Jaspers K. Psicopatología general. Mexico: FCE, 1993.
4. Husserl E. Investigaciones lógicas. Madrid: Alianza Universidad, 1985.
5. Dilthey W. Introducción a las ciencias del espíritu. Madrid: Alianza, 1981.
6. García Arroyo JM. Estudio psicológico del trastorno distímico en la mujer. Actas Españolas de Psiquiatría 2011; 39(5): 331-333.

Capítulo 3º. Teorías del aprendizaje. Condicionamiento clásico y operante.

3.1. Introducción a los modelos en Psicología.

Los próximos capítulos (3º, 4º y 5º) tienen como objetivo presentar los modelos más importantes que existen actualmente dentro de la Psicología. Un modelo no es la realidad misma, sino una manera de captarla o de aprehenderla para poder entenderla y, más tarde, operar sobre ella. Dado que la realidad humana es compleja, también va a serlo la aproximación que se realice, de ahí que no exista solo una manera de hacerlo, implicando la existencia de distintos esquemas teóricos. En el presente, existen tres modelos de plena vigencia y que son utilizados sistemáticamente por los profesionales sanitarios: el conductismo, el cognitivismo y el psicoanálisis.

Ya se dijo antes que la Psicología es una disciplina que tiene como objetivo estudiar los procesos mentales y el comportamiento de los seres humanos y las correspondientes interacciones con el medio social. Pues bien, cada uno de los modelos se caracteriza por cómo conciben estos componentes de manera que, incluso, los planteamientos pueden parecer contradictorios (p. ej. el modelo conductista niega la existencia de los procesos mentales, mientras que el psicoanálisis los afirma con rotundidad). Que así sea, no debe desanimar al lector, simplemente pensar que la mente humana es el objeto de la naturaleza más complicado que existe; así, mientras la estructura de un mineral (como puede ser el cuarzo) se esclarece únicamente presentando su composición química (en este caso, anhídrido silícico) y sus propiedades físicas (gran dureza, capacidad para rayar el vidrio, etc.), la mente y sus derivados comportamentales no pueden resolverse con una simple formulita, lo que da lugar a puntos de vista diferenciados que intentan aproximarse a ella.

El orden que se sigue aquí empieza por lo más elemental (modelos que solo consideran la conducta) hasta los más complejos (que tienen en cuenta los fenómenos inconscientes).

3.2. El aprendizaje.

El aprendizaje ha sido estudiado por el modelo conductista o conductismo, que es el primero que estudiamos. El aprendizaje puede entenderse como la capacidad que tienen los animales y los humanos de cambiar su comportamiento como consecuencia de la experiencia práctica, de forma relativamente estable (1). Esto se produce no solo en el ámbito de la enseñanza sino también en la vida diaria, en la que se van adquiriendo nuevos contenidos para poder adaptarse mejor al ambiente. Veamos un ejemplo:

En Sevilla se creó una especie de bar al que se llamó: “Sevillanos con Arte y Olé” y la pretensión era que la gente se relacionara, pero también traer clientes que consumieran bebidas. Para ello, cada vez que llegaba una

mujer al bar, se le daba una copa gratis. A medida que se extendió este conocimiento, el bar se fue llenando de mujeres y, al mismo tiempo, donde estas se encontraban, llegaban los hombres. Viendo este caso elemental, puede comprobarse que se intenta modificar el comportamiento de la gente para que acudan al sitio indicado y obtener una ganancia económica.

Hay que fijarse que el concepto de aprendizaje, contiene dos ideas básicas:

a) que se produce una modificación del comportamiento (en el caso anterior, la gente acude a un lugar al que antes no iba) y

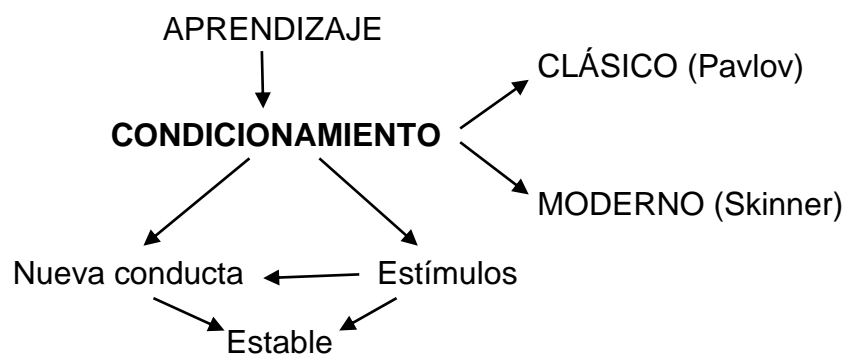
b) este cambio tiene que ser permanente (de nada sirve que vayan al bar un solo día, tienen que hacerlo de modo continuado).

El aprendizaje se basa en el condicionamiento que, siguiendo lo antes expuesto, consiste en: organizar un nuevo modelo de conducta aplicando ciertos estímulos (p. ej. la copa gratis produce un cambio de actuación: van a ese lugar en vez de ir a otro). Se intenta, pues, que el cambio producido sea estable; a nivel clínico este aspecto es fundamental.

Si un paciente tiene miedo a acudir al odontólogo y retrasa la consulta todo lo que puede con el consiguiente efecto negativo para su salud dental, es preciso modificar esa conducta, pero también se necesita que el cambio se mantenga en el tiempo para que el tratamiento pueda realizarse correctamente. Obviamente, no basta con que vaya a la consulta una sola vez.

Existen dos versiones del condicionamiento que es necesario trabajar en este capítulo:

- 1) El condicionamiento clásico (o respondiente) de Pavlov.
- 2) El condicionamiento moderno (u operante) de Skinner.



3.3. Condicionamiento clásico.

3.3.1. El experimento de Pavlov. El condicionamiento clásico fue propuesto por el fisiólogo ruso Ivan Petrovich Pavlov, quién presentó sus hallazgos en el Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid (1903) y al año siguiente recibió el Premio Nobel. Este afamado científico estaba interesado en establecer relaciones entre la fisiología y el aprendizaje, de manera que este último se sustenta en los procesos fisiológicos (2). En este sentido, se dedica al estudio de los reflejos, de ahí que su teoría haya tomado el nombre de “reflexología”. Separa dos tipos de reflejos:

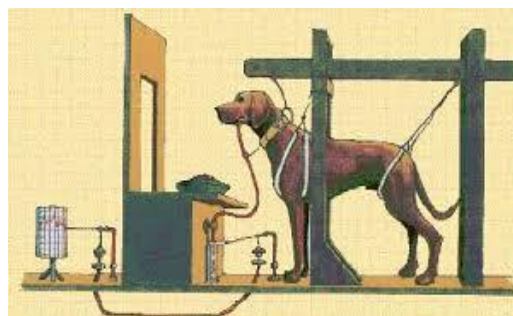
a) los “incondicionados”. Se trata de respuestas innatas y constantes ante determinados estímulos (p. ej. un perro responde ante la presencia de alimento salivando o ante la presencia de perra, interesándose y dirigiéndose hacia ella). Poseen el carácter de ser naturales.

b) Los “condicionados”. Son artificiales y se crean en el laboratorio. Concretamente, surgen cuando se sincroniza un “estímulo neutro” (EN) con un “estímulo incondicionado” (EI). Intentaremos explicar estos términos nuevos para que se entienda bien:

-Estímulo neutro (EN) es aquel que no produce respuesta en el animal inicialmente; así, si se hace sonar una campana, el animal solo tiene curiosidad por el sonido, intenta comprobar de dónde viene y si representa algún peligro para él, pero no modifica en nada su comportamiento.

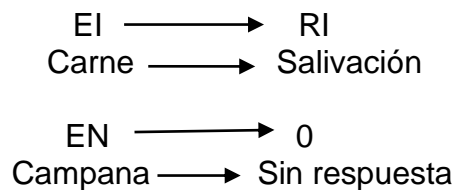
-Estímulo incondicionado (EI) es el que origina automáticamente una respuesta; de este modo, un alimento (p. ej. una chuleta) provoca un efecto en el animal (salivación) o la presencia de otro perro (lo moviliza hacia él y proceda a olisquearlo).

-Estímulo condicionado (EC) es aquel que origina una respuesta aprendida (o condicionada). Pavlov consigue que un estímulo que, en principio, no representa nada para el animal (EN) pueda provocar una respuesta. Tal es el caso de la campana tras el proceso del condicionamiento, de manera que su sonido da lugar a la misma respuesta que si el animal estuviera en presencia de una chuleta.

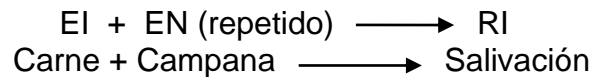


Con lo expuesto, contamos ya con los elementos necesarios para introducirnos en el “experimento de Pavlov”. Este reconocido fisiólogo procede de la siguiente manera (ver imagen): toma un perrito, lo fija mediante un arnés para que no se escape y le coloca una cánula para medir la cantidad de saliva que se produzca durante el experimento. En el procedimiento experimental realizado por él se separan tres etapas:

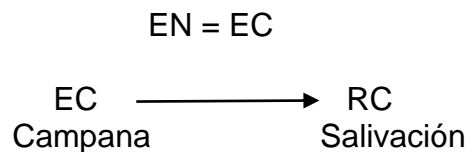
1ª) Antes del condicionamiento: la aplicación de un estímulo incondicionado (EI) (la chuleta), automáticamente provoca una respuesta incondicionada (RI) (salivación); ya se ha hablado de que se trata de un fenómeno completamente natural en el animal. Al mismo tiempo, el estímulo neutro (EN) no provoca ninguna respuesta; en efecto, el sonido de la campana hace que el animal ni se inmute.



2ª) Durante el condicionamiento. Se asocian repetidas veces el estímulo incondicionado (EI) al estímulo neutro (EN): cada vez que se le presenta la carne se hace sonar la campana. Evidentemente, en este caso se comprueba que se produce salivación ya que está presente el EI pues el EN, por sí mismo, es incapaz de provocar efecto alguno.



3ª) Después del condicionamiento. El efecto que provoca este conjunto de actuaciones es el siguiente: el estímulo neutro (EN) se ha convertido en estímulo condicionado (EC) y, por sí mismo, sin la necesidad del estímulo incondicionado, es capaz de provocar la respuesta condicionada (RC).



El Experimento de Pavlov puede aplicarse a situaciones de la vida diaria y, para que quede claro, proponemos a continuación dos ejemplos comunes y uno experimental:

Quando yo era estudiante de los primeros cursos de bachillerato tenía un gato que, al llegar a casa, se escondía y no aparecía por ningún lado, por más que lo buscaba (tal vez por no dejar en paz al pobre animal). Descubrí intuitivamente un método infalible para que el saliese de su escondite y era el siguiente: le dábamos de comer unas bolitas de pienso contenidas en un

paquete de papel marrón que, al abrirlo, provocaba un fuerte sonido, de manera tal que, cuando se abría la bolsa, el gato aparecía inmediatamente y a continuación venía la comida. Pues bien, con solo arrugar la bolsa y el gato escucharlo, aparecía por hallarse condicionado a ese sonido tan característico. Seguidamente se quedaba esperando la comida y, al ver que esta no estaba, ponía una extraña expresión en su cara.

Cuando vamos a comer a un restaurante japonés, nos ponen una toallita blanca enrollada para lavarnos las manos con ella. Tan pronto como la ponen encima de la mesa, ya estamos salivando. Se trata de un condicionamiento clásico.

Ya se dijo en el capítulo anterior que, a veces, en Psicología se han realizado maniobras experimentales que hoy en día no estarían permitidos por ser contrarias a la ética; una de ellos es el realizado por John B. Watson, iniciador del conductismo. Este investigador produjo una fobia experimental a un niño de 11 meses, llamado Albert, tratándose de una demostración empírica del condicionamiento pavloviano. Lo hizo de la siguiente manera: se comprobó que el niño no tenía miedos previos a los animales de pelo blanco, al tiempo que se identificó su temor a los sonidos fuertes (p. ej. golpear una lámina metálica con un martillo). Entonces, se le presentó una rata blanca (hacia la que no tenía miedo alguno), al tiempo que se producía el sonido metálico fuerte y, tras varios ensayos, el pequeño lloraba ante la presencia del animalito. El proceso puede esquematizarse de la siguiente forma:

Primera fase:

El \longrightarrow RI
Sonido \longrightarrow Llanto
EN \longrightarrow 0
Rata \longrightarrow Sin respuesta

Segunda fase:

El + EN (repetido) \longrightarrow RI
Sonido + Rata \longrightarrow Miedo

Tercera fase:

EC \longrightarrow RC
Rata \longrightarrow Llanto

3.3.2. Fenómenos tras el condicionamiento. Parece evidente que las respuestas condicionadas (RC) son más débiles e inconstantes que las incondicionadas (RI), debido a que estas últimas se insertan directamente en los entresijos biológicos del animal; no es lo mismo lo que trae el animal “desde siempre” a algo que se ha provocado posteriormente en el laboratorio. Esto hace que, tras el condicionamiento, puedan producirse las siguientes eventualidades:

a) Extinción. La respuesta condicionada (RC) tiende a desaparecer si no existe una nueva asociación (p. ej. el perro deja de salivar ante la campana, si no vuelven a darse la presentación simultánea de la chuleta junto a aquella).

b) Recuperación espontánea. De nuevo vuelve a aparecer la respuesta condicionada (RC) si se aplican ambos estímulos juntos (p. ej. tan pronto como vuelve a asociarse la chuleta al sonido de la campana aparece la respuesta a esta última).

c) Generalización. La misma respuesta se da ante estímulos semejantes (ej. en el niño Albert se presentó una fobia a las prendas de vestir que tuvieran pieles blancas).

d) Discriminación. El animal (o persona) es capaz de diferenciar entre el estímulo condicionado (EC) y otros similares que no han sido condicionados (p. ej. mi gato acudía cuando el papel que se arrugaba era el de su bolsa de comida, pero no cuando se arrugaba un folio; sabía diferenciar con claridad ambos sonidos).

Una alteración de la discriminación puede producirse en el laboratorio y recibe el nombre de “neurosis experimental”; se basa en que el animal es incapaz de diferenciar dos estímulos. Esto se ha realizado en el laboratorio de la siguiente manera: a un perro se le presenta un círculo luminoso proyectado en la pared y, al mismo tiempo, se le da comida. A continuación, se proyecta una elipse y no se le da ningún estímulo significativo o se aplica un estímulo aversivo (p. ej. un calambrazo). Puede deformarse el círculo hasta que el animal no pueda distinguir si se trata de círculo o de elipse; esto se lleva a cabo presentándole círculos cada vez más achatados, hasta que van aproximándose a la elipse. Entonces, el perro se torna extraño, inquieto, rompe cosas, defeca, etc.; decimos que se ha desorganizado su conducta.

Se ha utilizado el nombre de “neurosis experimental” por la comparación entre este comportamiento animal y los cuadros neuróticos que aparecen en el ser humano. Esta asociación ha sido bastante criticada porque, aquello que le sucede al animal, es bastante más elemental que lo que le ocurre al neurótico y, por consiguiente, los resultados conductuales no pueden transpolarse tan alegremente de uno a otro.

3.4. La psicología conductista.

El conductismo como escuela tiene como fecha de nacimiento el año 1912 de la mano de un zoólogo norteamericano, del que ya hemos hablado a propósito de Albert, y se llamaba John Broadus Watson (3). Parte de los experimentos en psicología animal, que había puesto en escena Thorndike, un psicólogo y pedagogo estadounidense (4).

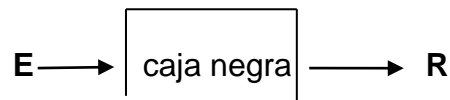
Watson intenta crear una psicología objetiva, que descarte cualquier tipo de especulación pues, solo así, puede considerarse científica. Para lograrlo define:

-El objeto de estudio: la conducta observable y con ello la Psicología se convierte en la “ciencia de la conducta” (ver capítulo 1º).

-El único método aplicable es la extrospección. Con ello, pretende describir la conducta con el máximo rigor.

-Rechaza el material subjetivo y la introspección, pues considera que aquel jamás pueden ser materia científica por no ser observables (p. ej. no puedo ver directamente qué siente una persona hacia su pareja).

-Solo importa el esquema: estímulo → respuesta. Entre ambos, como no puede observarse lo que está aconteciendo en el interior de la persona, coloca una “caja negra”. Se trata este último de un término que aparece en la Segunda Guerra Mundial y aplicado a los aparatos de intercomunicación que capturaban a los nazis los aliados, de los cuáles no se conocía ni su mecanismo de funcionamiento, ni tampoco el código que utilizaban. De ahí que el modelo conductista se llame también “cajanegrista”.

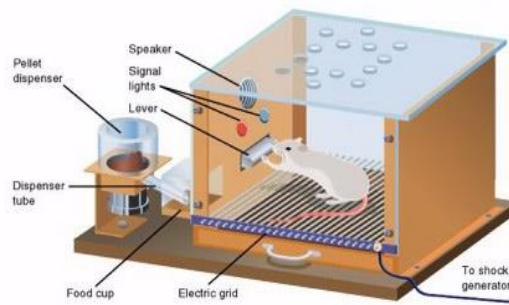


3.5. Condicionamiento operante.

3.5.1. El experimento de Skinner. El principal impulsor de este movimiento fue el psicólogo norteamericano Burrhus Frederic Skinner, quién (en 1936) diseña un recipiente que en el que va a introducir un animal y que toma la denominación de “caja de Skinner” o *skinner box* (5). Si miramos la siguiente imagen, descubrimos que se trata, efectivamente, de una caja en la que se introduce una rata y, al mismo tiempo, existen dos dispositivos reconocibles:

-una palanca que el animal puede accionar, conectada a un recipiente en cuyo interior existen bolitas de queso; tan pronto como la rata acciona la palanca cae una bola de queso que devora con avidez y

-una rejilla electrificada en el suelo, que puede accionarse en cualquier momento dando una descarga al animal.



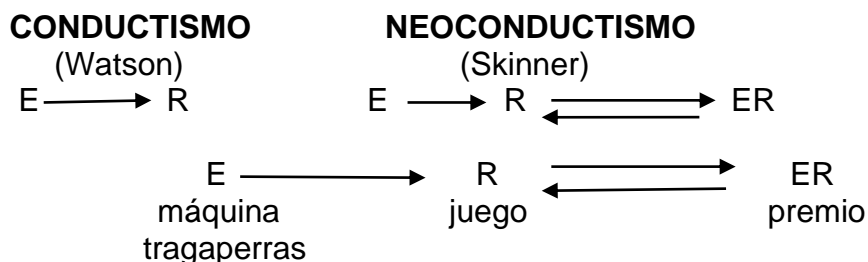
En vez de una rata, puede meterse en la caja una paloma pero cambiándose el dispositivo: en lugar de una palanca se coloca un disco en el que la paloma tiene que picar para que salga del recipiente un grano de arvejión.

Se denomina “operante” porque una operante es una conducta, indicándose con ello que va a tratarse de una forma de aprendizaje más activa, en la que el animal tiene que actuar sobre el ambiente, digamos que “opera” sobre el medio circundante. Por el contrario, en el experimento de Pavlov, el perro no tenía nada que hacer, solo salivaba espontáneamente cuando se mostraba el chuletón.

Existe también una diferencia con el conductismo de Watson ya que este último autor se contenta con definir el estímulo (E) y la respuesta (R), pero con Skinner la respuesta se convierte en estímulo reforzador (ER) (6). Con un par de ejemplos quedará claro:

Un tipo de ludópata es aquel que se “engancha” a las máquinas tragaperras, pero ¿cómo se produce este fenómeno? Está claro: cuando realiza la conducta de juego, llega un momento en que obtiene un premio, pues bien esas monedas que salen se convierten en estímulo reforzador para volver a jugar. Esto explica la adicción que tienen muchas personas, como un paciente nuestro, que se gasta unos 500 euros mensuales (gana 800 euros/mes, con los que tiene que mantener a una familia en la que nadie trabaja excepto él).

Un estudiante se pone a estudiar, aunque no le guste la materia de la que se tiene que examinar pero, si supera la asignatura, ese aprobado le sirve como reforzador de la conducta de estudio. Decimos que “se anima” a esforzarse de nuevo para sacar adelante otras materias.



Según cabe entender, las conductas ahora son controladas por los reforzadores. Dicho de otra manera: los reforzadores permiten potenciar la situación, aumentando la probabilidad de que la respuesta aparezca.

3.5.2. Elementos básicos del condicionamiento operante. Consideramos los siguientes:

A. Reforzamiento. Consiste en todo aquello que aumente la frecuencia de un comportamiento. Tiene la propiedad de que consolida la conducta deseada y muestra dos formas:

A.1. Positivo (o recompensa). Se aplican estímulos agradables tras la aparición de la respuesta (p. ej. el grano de arvejón que se le da a la paloma tras picar el disco; si el niño baja la basura se le da un euro).

$R \rightarrow E_a$

A.2. Negativo (escape o evitación). Aquí se utilizan estímulos desagradables antes de que aparezca la conducta a reforzar y se retiran tan pronto como esta aparece (p. ej. se activa la rejilla eléctrica y se desconecta la electricidad en el momento en que la paloma pica el disco; pongo música de ópera altísima hasta que el niño se pone a estudiar y, cuando lo hace, la quito; te doy comida basura hasta que te esfuerces un poco conmigo y entonces, te hago que te gusta).

$E_d \rightarrow R$

B. Castigo. Consiste en todo aquello que aplicado después de la conducta disminuye su frecuencia; dicho de otra forma: se aplican estímulos desagradables tras un conducta que queremos que desaparezca. Debilita una conducta indeseada (p. ej. si la paloma pica el disco se le da una descarga; si suspendes la asignatura de “Psicología y Comunicación” no sales con los amigos).

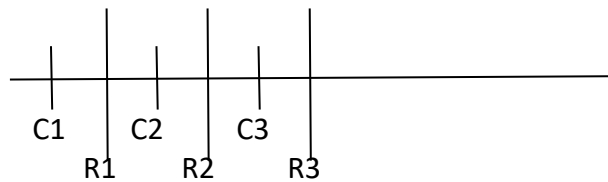
$R \rightarrow E_d$

Antiguamente, se utilizaban los castigos para tratar a los homosexuales. Si el homosexual era un varón, se le proyectaban diapositivas o películas donde aparecían relaciones entre hombres y, cuando el sujeto se excitaba, se le daban descargas eléctricas hasta que desapareciera la excitación. Hoy en día, al no considerarse estos comportamientos patológicos, ya nadie realiza estas técnicas, que se consideran históricas.

En su afán de experimentar con su caja, el propio Skinner diseñó una “caja para bebés”, con la que intentaba condicionar el comportamiento de estos.

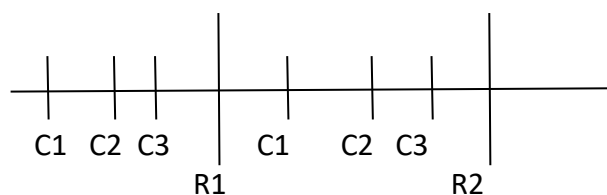
3.5.3. Programas de reforzamiento. Después de que Skinner levantara el edificio del condicionamiento operante se ha visto que, para obtener un mejor aprendizaje, son más eficaces los reforzamientos que los castigos. Esto ha hecho que la forma contemporánea de educar haya cambiado sustancialmente sus planteamientos, dado que, antiguamente, se aplicaban castigos a los alumnos (p. ej. expulsión de clase, darle con la regla en la mano, ponerlo mirando a la pared, copiar 100 veces “tengo que ser más educado”, etc.), mientras que ahora se refuerza positivamente el comportamiento (p. ej. se le regala un libro, se le sube medio punto en la nota final, se le felicita públicamente si aprueba, etc.). De este modo, no se apliquen programas de castigo y sí de reforzamiento; son estos últimos de los que vamos a tratar a continuación. Existen distintos tipos de programas de reforzamiento:

A. Continuo. Se refuerza una conducta cada vez que aparezca, lográndose un aprendizaje rápido. Tiene el problema de que es poco resistente a la extinción, dado que el sujeto se espera el premio y pierde el interés (p. ej. en “Sevillanos con Arte y Olé” cada vez que acudían le daban la copa gratis; cada vez que un niño estudia una hora se le da un euro).

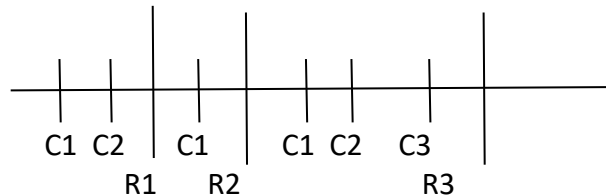


B. Intermitente. Aquí se refuerza la conducta solo algunas veces (no siempre). Se cumple que, mientras más intermitente sea un programa, resulta más resistente a la extinción; evidentemente, ahora el sujeto no sabe en qué momento va a obtener el premio y se coloca en una posición de espera (p. ej. es lo que ocurre con la mayor parte de las apuestas conocidas: cupones, lotería, maquinitas, etc.). A su vez este tipo de programa tiene dos formas de llevarse a cabo:

B.1. Fijo. Se refuerza tras un número constante de respuestas (o tras un intervalo de tiempo que siempre es el mismo) (p. ej. el vendedor que cobra comisiones por cada 20 unidades vendidas –pueden ser libros-, el albañil que recibe una cantidad contante por metros cuadrados construidos; el médico que trabaja en una mutua y percibe un sueldo según el número de visitas).



B.2. Variable. Aquí se refuerza cada cierto número diferente de respuestas (o tras un intervalo de tiempo cambiante) (p. ej. jugadores que obtienen un premio cada cierto número variable de respuestas, como es el caso de las apuestas hípicas, el bingo o las tragaperras).



Para que un programa de reforzamiento resulte lo más eficaz posible hay que empezar reforzando de manera continua y después pasar a ser intermitente. Esto puede suceder en algunas adicciones, como vemos en el siguiente caso:

Un paciente de 46 años, soltero, se siente atrapado en partidas de póker y eso lo ha traído a consultar para abandonar la adicción. Durante su tratamiento se ha dado cuenta de que, al principio, cuando acudía a las timbas, lo dejaban ganar; siempre que iba al local, salía con “los bolsillos llenos” y estaba muy contento, vanagloriándose de haber descubierto sus “capacidades ocultas como jugador” (reforzamiento continuo). Pero, a medida el tiempo transcurría, perdía cada vez más dinero, aunque algunas veces ganaba (reforzamiento intermitente). Se siente muy desdichado de no poder prescindir de estas actividades y se avergüenza ante la posibilidad de que alguien se entere de su ludopatía; cuando sale con alguna mujer, siempre intenta ser muy cauto al hablar de sí mismo o de cómo es su vida, temiendo siempre que lo descubran (conducta de encubrimiento).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
2. Pavlov IP. Los reflejos condicionados aplicados a la Psicopatología y Psiquiatría. Buenos Aires: Peña Lillo, 1964.
3. Watson JB. El conductismo. Buenos Aires: Paidós, 1961.
4. Thorndike EL. Human learning. New York: Century, 1931.
5. Skinner BF. Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella, 1970.
6. Ortega Monasterio L. Lecciones de Psicología Médica. Barcelona: PPU, 1993.

Capítulo 4º. El cognitivismo. La indefensión aprendida.

4.1. Características del modelo cognitivo.

El modelo que ahora se muestra supone una revisión del conductismo radical o “cajanegrista”, por tratarse de una visión demasiado simplificada, que está bien para entender y modificar el comportamiento de los animales, pero se queda corto a la hora de abordar la complejidad de la mente humana. De hecho, Watson era zoólogo y Skinner un antimentalista y psicofóbico, que llegó a considerar el propio organismo como una “caja negra” (1). Un psicólogo estadounidense, llamado Edward C. Tolman, va a llevar a cabo esta provechosa revisión, que supuso en su momento abrir una brecha en la rígida metodología conductista (observación estricta, rechazo del material subjetivo, mediciones rigurosas, etc.) (2).

La palabra “cognitivismo” alude a conocimiento o conciencia y es que, entre el estímulo (E) y la respuesta (R), habría que colocar a la conciencia. En este sentido, el cognitivismo supone una ampliación del conductismo, en dirección hacia la interioridad de la persona humana, tal como puede verse en el siguiente esquema.



Tiene en cuenta a la conducta, al ser algo evidente, pero amplía su campo de estudio. Se desarrolla a partir del neoconductismo skinneriano y supone una reacción al antimentalismo de los conductistas; de este modo nace el “conductismo pensante” que no es, sino, una forma de definir al cognitivismo. En esta línea, los pensamientos y las creencias (cogniciones) intervienen sobre la conducta, facilitándola o inhibiéndola.

Así pues, las características del modelo cognitivo son las siguientes:

1ª) los procesos cognitivos (creencias y pensamientos) intervienen en:

-que la conducta sea adaptativa o desadaptativa; en el primero de los casos, se adecua a los requerimientos del medio, cosa que no ocurre en el segundo y

-en las respuestas emocionales, que serán más o menos intensas dependiendo de las cogniciones.

2ª) Los patrones de pensamiento pueden modificarse para poder cambiar la conducta y las emociones, un proceso que se denomina “reestructuración cognitiva”.

Estos planteamientos han dado lugar a comparar la mente humana con el procesamiento de un ordenador y ha posibilitado el desarrollo de la llamada

Neuropsicología Cognitiva. Esta última trata sobre las relaciones que existen entre ciertas capacidades relacionadas con el conocimiento (memoria, inteligencia, atención, lenguaje, resolución de conflictos, manejo de la información, etc.) y el funcionamiento cerebral; de este modo, las lesiones localizadas en un área determinada del cerebro informan sobre cómo se alteran ciertos procesos. Aborda, además, cómo diferentes enfermedades neurológicas (Alzheimer, accidentes vasculares, daño del parénquima cerebral, tumores, etc.) muestran diferentes trastornos funcionales, según la localización, extensión, etc.

4.2. Teoría de la atribución.

El modelo cognitivista concede gran importancia a la llamada “teoría de la atribución”, la cual se centra en lo que piensan los sujetos sobre los fenómenos que experimentan (3). Para entenderlo, hay que pensar que los humanos estamos continuamente realizando interpretaciones sobre lo que ocurre a nuestro alrededor, debido a que es una forma de conseguir el control sobre el medio que nos rodea.

Sobre esta base, la “teoría de la atribución” supone que se hacen interpretaciones sobre la realidad y sobre nosotros mismos, muchas de las cuáles son erróneas. Se trata de un fenómeno frecuente del pensamiento humano, que recibe el nombre de “falsas atribuciones”; estas, a su vez, ocasionan una falta de control del sujeto sobre su propia vida y los sucesos que ocurren en ella. Esto indica que se puede llegar sufrir más por cómo se piensa una la realidad que por la realidad en sí misma, un efecto que vamos a ver a lo largo de todo el capítulo. Veamos algunos ejemplos:

Si una persona piensa que sus fracasos se deben a la “mala suerte” que tiene en la vida, se trata de una atribución falsa y estable que le lleva directamente a una falta de control sobre su futuro. Entonces, todo cuanto haga le va salir mal, debido a la “mala pata”, con lo que no puede hacer nada porque los resultados siempre escapan a su dominio.

Si alguien cree que sus problemas se deben al “gobierno de este país, que es un desastre”, tampoco va a lograr dominar los resultados de sus actuaciones. Cualquier cosa que realice, tendrá un resultado nefasto dado que no puede luchar contra un sistema corrupto.

Un filósofo existencialista francés, llamado Jean Paul Sartre hablaba de la responsabilidad de cada ser humano sobre su propia vida y que echar las culpas de lo que ocurre a cualquier circunstancia externa (familia, amigos, pareja, gobierno, clima, sociedad, etc.) es un producto de la “mala fe” (*mauvaise foi*). Evidentemente, en estos casos la persona implicada tendrá que descubrir su implicación en los actos que realiza (o deja de realizar).

Es fácil dejarse llevar por estos planteamientos y así, el mismísimo Napoleón Bonaparte creía firmemente en la suerte, tratándose de un factor decisivo a la hora de elegir a sus generales más cercanos. Decía: “sí, sí, ya sé que es brillante, valiente y un espléndido militar, pero ¿tiene suerte?”. Si el tipo tenía fama de “cenizo” y no parecía tocado por el dedo de diosa Fortuna, se quedaba sin ascenso.

Esta teoría que acabamos de estudiar deriva directamente a la siguiente: la indefensión aprendida.

4.3. La indefensión aprendida.

Presentada por el psicólogo estadounidense Martin Seligman (4), entre 1967 y 1975, y puede describirse de la siguiente forma:

- a) el sujeto estima que lo que le ocurre es ajeno a su voluntad,
- b) desarrolla un aprendizaje de no control, entrando en expectativa de indefensión, pues recibe castigo sea cual sea su comportamiento,
- c) sometido un tiempo a esta situación, muestra una forma de paralización al no poder escapar, presentando: incontrolabilidad, sentimiento de desesperanza y abatimiento.

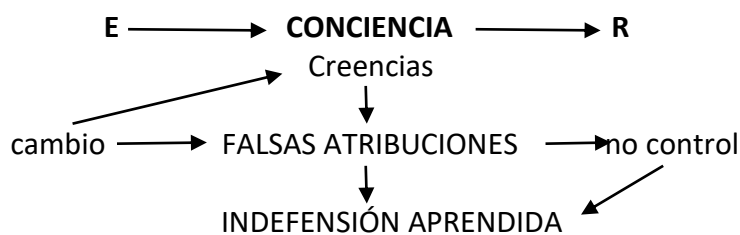
Véase la gran proximidad de estas manifestaciones a los estados depresivos. Estos extremos quedarán mucho más claros con un par de ejemplos clínicos:

Una mujer de 35 años está casada con un hombre hostil, aunque nunca “le ha puesto una mano encima”. Ha intentado ser amable con él, pero se ha enfadado porque “no le gusta tener como mujer a un perro”. Otras veces se ha impuesto y ha actuado de forma más firme, diciéndole que su manera de tratarla no le gusta y él ha respondido que “si se pone así de enfadada, le parece una persona muy desagradable”. Ella ha entrado en “indefensión” ya que, si se porta amablemente, recibe castigo pero ocurre lo mismo si es más asertiva, luego no sabe cómo actuar y se encuentra paralizada en su relación, sin posibilidad de escapar de la situación. Es este el momento en que inicia su tratamiento psicoterapéutico y la única salida que tiene será reconocer que ella puede decidir qué hacer con la relación y que es responsabilidad suya seguir o no seguir adelante con la misma.

Un varón de 50 años se encuentra en una situación parecida a la mujer del caso anterior. Ha heredado una empresa familiar de la que es director y no sabe cómo tratar a sus empleados, ya que estos “son cada vez más exigentes, a pesar de cómo están las cosas”. Si actúa amablemente con ellos y les da alguna prima, se quejan de que les ha aportado muy poco en relación al trabajo realizado. Si se muestra con rectitud y dice que “las

arcas están vacías”, no dándoles nada, protestan porque no les merece la pena trabajar si su jefe no tiene ningún detalle con ellos. Actúe como actúe, los empleados se quejan. Al final de este proceso, no tiene ganas de ir a trabajar y hay días que se ha quedado acostado en la cama.

Según se desprende de estos casos, en la indefensión aprendida lo que ocurre es que una persona ha aprendido a comportarse de modo pasivo, con la impresión subjetiva de que no tener la capacidad de hacer nada y que no responde, a pesar de existir posibilidades reales de modificar la situación aversiva o de castigo. Insistimos una vez más: la situación se percibe como incontrolable pero realmente no es así, pues se está negando la posibilidad de ser activo en el cambio, lo que implica hacerse responsable de lo que ocurre. Hacerlo significa, según Sartre, escapar de la “mala fe”.



4.4. Derivaciones del modelo cognitivo.

4.4.1. Teoría del aprendizaje social. Ha sido propuesta por el psicólogo canadiense Albert Bandura, en 1961, y demuestra que el aprendizaje puede producirse a través de la imitación de otras personas, de tal manera que no existe el reforzamiento. Hasta ahora hemos visto que este último aspecto era fundamental para adquirir nuevas conductas y, por lo tanto, para aprender; que no tenga que producirse es una novedad que aporta esta teoría cognitiva (5).

La demostración la hace Bandura con el llamado “experimento del muñeco bobo”. Como su nombre indica, utiliza un muñeco bobo, juguete hinchable de metro y medio de altura que recupera su posición inicial tras ser golpeado, que presenta a un grupo de niños preescolares (entre 3 y 6 años) asistentes a la guardería de la Universidad de Stanford. Aunque el experimento adopta diversas formas, en la más conocida se dividió a los niños en tres grupos: uno donde se les presentaba a un adulto golpeando al muñeco, el segundo veía actitudes no agresivas con el muñeco y el tercero no observó ningún comportamiento relacionado con este juguete. Aquellos niños que fueron testigo de actos agresivos, al estar frente al muñeco, comenzaron a golpearlo y a lanzarlo, mientras los que no presenciaron esas actitudes violentas no lo hicieron y, en su lugar, jugaban con él pacíficamente o lo ignoraban. Algún tiempo después, Bandura volvió a recrear el experimento, utilizando esta vez la televisión para ver si provocaba el mismo efecto y los resultados fueron idénticos.

Esta forma de adquirir actitudes o comportamientos se denomina “aprendizaje vicario”, tratándose de una manera de adquirir conductas por observación, a partir del ejemplo de otra persona, teniendo lugar un proceso que se conoce como “modelado”. Para que este se desarrolle hace falta:

- a) un modelo. Son las personas admiradas o poderosas, normalmente individuos adultos (p. ej. el padre).
- b) Se observan en él ciertas conductas (habilidades),
- c) Se lleva a la acción.
- d) En el proceso interviene la motivación o una buena razón para observar la conducta (del modelo). La motivación es la que pone en marcha la atención para poder registrar las conductas y se despierta en aquellas ocasiones en las que una persona es recompensada o reprochada por hacer o no hacer algo (p. ej. si un chaval coge el móvil estando en clase y es reprendido por el profesor, los demás aprenden vicariamente que se trata de un comportamiento a evitar). Un ejemplo puede aclararlo bien:

En un curso al que asistí en Madrid, el docente invitado era un psiquiatra argentino muy reputado. Empezó a hablar admirablemente, pero el hombre tenía una tos in crescendo, de tal manera que tosía subiendo progresivamente la intensidad del carraspeo. Era un fenómeno completamente característico y jamás había visto una tos así. Cuando se produjo el descanso, tras dos horas de conferencia, y antes de comenzar la segunda parte, mientras estábamos en el bar, algunos miembros del grupo (quizás los más jóvenes) presentaron la misma forma de toser tan característica de este afamado doctor.

La teoría de Bandura se llama “aprendizaje social” porque involucra a la comunidad, es decir que se requiere para aprender la relación interpersonal, es decir la presencia de otros sujetos. En efecto, al observar a los demás el sujeto se forma una idea de cómo se realizan los comportamientos y, posteriormente, esta información codificada sirve como guía para la acción (5). A partir de estas sugerencias teóricas, se puede comprender el gran peligro y la gran responsabilidad que tienen los medios de comunicación a la hora de lanzar sus programas.

Se cumple, además, que los niños más pequeños imitan las conductas más evidentes de muchas personas distintas, mientras que los adolescentes y adultos copian conductas más sutiles de pocas personas; evidentemente, estos últimos son más selectivos a la hora de tomar modelos. Se añade que los críos son más propensos a imitar los comportamientos del adulto de su mismo sexo, al serles más fácil identificarse con una persona de su mismo género.

4.4.2. Teoría de Beck. El psiquiatra estadounidense afincado en la Universidad de Pensilvania, Aaron Beck es un importante precursor de la “terapia cognitiva”. Identifica en sus pacientes “esquemas cognitivos” que influyen en el modo en que cada uno de ellos procesa los datos sobre sí mismo y sobre los demás. Los “esquemas” son, para este autor, pautas cognitivas estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones sobre la realidad, que actúan como filtros a la hora de percibir y captar el mundo (6).

El trabajo con sujetos depresivos conduce a Beck a observar los pensamientos negativos que aparecen en ellos, de manera tal que invaden sus mentes de forma espontánea; a partir de ahí, empieza a decir que presentan una “distorsión cognitiva”. Dichos pensamientos negativos pueden separarse en categorías, según asienten sobre:

-sí mismos: no tiene ningún valor o se considera inútil (“soy una mierda”, “no valgo ni un duro”),

-el mundo: sobrevaloran los obstáculos y no están a la altura de las circunstancias (“todo se convierte para mí en un problema”, “no puedo con nada”) y

-el futuro: la situación no se puede modificar (“no va a cambiar nada”, “seguirá todo igual”, “nada me saldrá nunca bien”).

Este conjunto, formado por tres elementos, ha recibido el nombre de “triada cognitiva de Beck”. Cuando los pacientes son capaces de identificar los esquemas cognitivos erróneos, la evaluación que hacen es más realista y son capaces de modificar su comportamiento. La reestructuración cognitiva permite a un individuo cambiar la interpretación y la valoración subjetiva de los sucesos que vive y, ya que son las propias ideas las que perturban su existencia, al modificarlas, mejora la adaptación al medio.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
2. Tolman E. Una nueva fórmula para el conductismo. Ediciones del Lunar, 2008.
3. Ortega Monasterio L. Lecciones de Psicología Médica. Barcelona: PPU, 1993.
4. Seligman MEP. Indefensión. En la depresión, el desarrollo y la muerte. Madrid: Debate, 1977.
5. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1978.
6. Beck A. Teoría cognitiva de la depresión. Desclée de Brouwer, Biblioteca de Psicología, 1983.

Capítulo 5º. Principios básicos de la teoría psicoanalítica.

5.1. Introducción histórica.

5.1.1. El principio del psicoanálisis: el caso Anna O. Ahora toca tratar el último de los modelos necesarios de conocer para entender la constitución del aparato psíquico; se trata del Psicoanálisis. Antes de empezar, hay que fijarse que, mientras el cognitivismo ha sido puesto en escena mayoritariamente por psicólogos (excepto Aaron Beck, que era psiquiatra), el Psicoanálisis ha partido de la institución médica en la que se ha integrado plenamente, mientras que ha recibido más críticas desde la Psicología.

En efecto, la teoría psicoanalítica es el trabajo realizado por un neurólogo vienés y conocido por todos: Sigmund Freud; es uno de los grandes genios que ha producido el s. XX. Este doctor comenzó tratando mujeres que padecían histeria (del griego *hystéra*: útero), un trastorno muy prevalente en las clases acomodadas de finales del s. XIX. Estas presentaban síntomas muy aparatosos que tenían una apariencia neurológica (convulsiones, parálisis, parestias, anestias, ceguera, etc.) pero que, al ser estudiadas, no mostraban ninguna lesión identificable. Freud descubre un método para tratarlas y, paralelamente, presenta una teoría novedosa del aparato psíquico.

La histeria era conocida ya en la Grecia Clásica y, para explicarla, se creó la “teoría de las migraciones uterinas”, defendida por Hipócrates y que permaneció intacta durante siglos. Según esta, el útero es un animal que tiene que comer (semen) frecuentemente y, si no lo hace, pierde su consistencia, se seca, pudiendo entonces desplazarse a través del cuerpo. Cuando esto sucede, provoca numerosas dificultades en el organismo femenino (dolores, sofocos, pérdida de la voz, hinchazón, etc.) e incluso, llegar a dificultar la respiración, impedir comer por comprimir el esófago u oprimir el corazón provocando palpitaciones (angustia). La medida a adoptar para que el útero volviera a ocupar su lugar estaba clara: casar a las solteras y viudas o emplear baños aromáticos vaginales (esta última medida aparece reflejada incluso en el papiro egipcio de Kahun) (1). Cuando llegó la Edad Media, al considerarse las prácticas sexuales como vergonzantes, se entendió la histeria como posesión por las fuerzas del mal y estas mujeres fueron consideradas posesas o brujas y, en consecuencia, lanzadas a la hoguera.

Freud recibió esta herencia y se puso a profundizar en la histeria. Casualmente, coincide con que obtiene una beca para estudiar en París con el eminente neurólogo Jean Martín Charcot. Este último empleaba en el tratamiento la hipnosis (viene de *Hypnos*: dios del sueño) y con ella consiguió intercambiar los síntomas de las enfermas: aquellas que estaban atónicas (flácidas o paralizadas), las convertía en agitadas (convulsivas o con movimientos espasmódicos) y viceversa. Por aquel entonces, la hipnosis era un tratamiento de

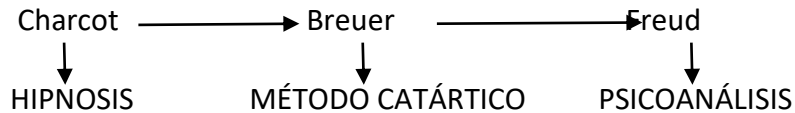
moda, de hecho en Francia existían dos escuelas: la de París (dirigida por Charcot) y la de Nancy (fundada por Berheim).

Cuando Freud retornó a Viena empleó la hipnosis durante cierto tiempo, obteniendo buenos resultados, pero la hipnosis presentaba dos grandes problemas: 1º) que el paciente no recordaba nada de lo que había sucedido durante el trance, con lo cual se trataba de un material muy interesante, pero imposible de utilizar terapéuticamente y 2º) había que estar periódicamente sometándolo a este mismo tratamiento, ya que los síntomas tendían a remitir.

La cosa cambió bastante a partir del encuentro que Freud tuvo con un colega y amigo, llamado Josef Breuer, un médico vienés bastante reputado en la Viena de entonces y, tanto era así, que había descubierto un reflejo de la respiración que lleva su nombre. Este último le narró la historia de una paciente histérica que estaba tratando: el caso Anna O.; se llamaba realmente Bertha Pappenheim pero, procurando guardar su privacidad, se publicó el historial con este nombre en clave. La paciente estaba aquejada de numerosos síntomas padecidos a lo largo de su proceso: parálisis, trastorno del lenguaje que le llevó a perder el habla, hidrofobia (incapacidad de beber), deterioro de la visión, movimientos oculares involuntarios, etc.

Breuer utilizó con ella lo que llamó el “método catártico” mediante el cual, en vez de someterla a hipnosis profunda, solo la llevaba a una ligera sugestión mediante la que Bertha era capaz de expresar su malestar y aún de verbalizar el origen de los síntomas (p. ej. su dama de compañía le había dado de beber agua a su perro en el vaso de ella) y al revivirlo a través de la palabra (“aquel asqueroso recuerdo”), se producía la remisión. La terapia con Breuer finalizó antes de tiempo debido a que se fue creando un vínculo de fuerte contenido erótico entre la paciente y su médico y fue lo que hizo que aquel abandonara el tratamiento; pero no solo eso, sino que Breuer dejó definitivamente el campo de la histeria (salió corriendo), después de que firmara con Freud un libro sobre esta patología (2). Sabemos que Bertha llegó a ser la primera asistente social de Alemania y se convirtió en una reconocida defensora de los derechos de la mujer y de los niños.

Posteriormente, Freud se quedó solo con sus pacientes y pegó el salto final a la invención del psicoanálisis. En esto tuvo mucho que ver una nueva histérica (Emmy von N) y sucedió de la siguiente manera: Freud estaba preguntándole constantemente de dónde venía esto o cuál era el origen de aquello y la paciente solicitó que cesara de intervenir y que la dejara hablar lo que quisiera. Freud había inventado la “asociación libre” o “regla fundamental” del psicoanálisis: en la sesión quién acude a consultar puede hablar de lo que se le pase por la cabeza sin poner ninguna traba o censura. La paciente llamó a esta forma de trabajo: “cura por la palabra” o *talking cure*.

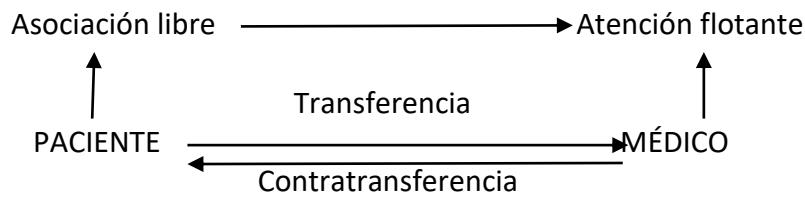


5.1.2. El dispositivo psicoanalítico. Según lo expuesto, en la sesión analítica el paciente tiene que verbalizar cuanto desee y de la forma que quiera; no tiene que seguir un relato ordenado y coherente, solo lo que le vaya saliendo. Se supone que, a lo largo de la exposición que realiza, saldrán a la luz los contenidos inconscientes que soportan sus síntomas y/o molestias.

Un paciente de 35 años de edad, directivo de una conocida empresa, empieza hablando de esta forma: “como ve, soy un hombre guapo, alto, visto bien, tengo dinero y bastante éxito con las mujeres. No me puedo quejar. Tengo una familia encantadora...”. Cualquiera que lo escuchara podría pensar: ¿para qué viene este hombre a la consulta si parece tenerlo todo? Pero, Freud recomienda paciencia y una escucha atenta pues, tarde o temprano, hablará de lo que realmente le ocurre, dejando atrás las palabras vacías. Ciertamente, pasado un buen rato en el que va glosando sus miles de maravillas, dice con gran pesar: “...vd. ha visto que tengo muchas cosas, pero soy muy desgraciado porque, en el momento en que estoy con una mujer, no puedo contenerme y me voy antes de tiempo. Eso para mí es una grandísima frustración y es tan fuerte que consigue anular todas las cosas buenas que poseo. Es, además, una gran vergüenza tener que contarlo porque hay que ser un hombre y yo no puedo...”.

Entre tanto, el médico tiene que ejercitar la “atención flotante”, quiere decir estar completamente atento a lo que dice la persona que consulta; esto no es tan sencillo y, en capítulos posteriores, veremos las dificultades que tiene la escucha. Pero, progresivamente, el paciente va desarrollando hacia el médico sentimientos y afectos, a los que Freud denomina “transferencia”. Del mismo modo, el último de ellos también reacciona a lo que verbaliza el paciente y sus afectos y emociones reciben el nombre de “contratransferencia”. Esta tienen que ser elaborada sistemáticamente para que no interfiera en las sesiones (p. ej. si una persona le cae mejor o le despierta curiosidad, podría dedicarle más tiempo que a otra persona que le cayera peor o que sea más aburrida).

La elaboración consiste en reflexionar sobre aquello que se siente hacia el paciente y entender por qué se produce; al final tiene que ver con las experiencias previas y la personalidad del propio psicoanalista. Solo pensando en lo que se siente, es como este último puede desarrollar una verdadera escucha que no interfiera en el desarrollo de la sesión. Volveremos a este mismo asunto cuando estudiemos la entrevista clínica (en el capítulo 22º).



Para Freud, el motor de la cura es la transferencia, de manera que esta forma parte del vínculo (necesario) que hace que el paciente continúe las sesiones, a pesar de descubrir aspectos de sí mismo que no le agradan o le duelen; más tarde, hablaremos del “material reprimido”. Además de lo expuesto, el creador del psicoanálisis se interesa por los sueños y habla de ellos con sus pacientes, llegando a interpretarlos en el transcurso de la cura analítica (3).

5.2. Postulados fundamentales del psicoanálisis.

El psicoanálisis se sostiene en los siguientes aspectos (4):

A) La existencia de un psiquismo inconsciente que determina la conducta. En este sentido, amplía notablemente la concepción del aparato psíquico y, en este sentido, hemos ido viendo una evolución desde el estudio de la mera conducta y los componentes externos que pueden modificarla, pasando por la conciencia y su contenido, hasta llegar al inconsciente.

Cuando Freud describe los procesos inconscientes lo que trata es de poner un orden en fenómenos aparentemente caóticos, como es el caso de crisis histéricas violentas, parálisis, reacciones emocionales exageradas, elecciones amorosas imposibles, etc. Al mismo tiempo, da a entender que no todo es conciencia; en efecto, muchos de los fenómenos que nos suceden a los humanos no pueden explicarse solo como procesos conscientes (p. ej. no sabemos por qué escogemos una determinada profesión o por qué actuamos de una determinada forma ante una situación que ya habíamos experimentado antes).

B) Dar importancia a las vivencias infantiles, tanto en la formación de la personalidad como en el origen (patogenia) de ciertos trastornos mentales. Cuando estudiemos la personalidad (capítulo 11^o), comprobaremos como muchos rasgos de la misma se encuentran ya consolidados en edades tan tempranas como los 4 ó los 5 años.

C) La repetición inconsciente de conductas. Los comportamientos humanos tienen la característica de darse una y otra vez de la misma forma (p. ej. en los consumos de sustancias, en las elecciones de pareja, el tropiezo en los mismos errores, etc.). Veamos un caso:

Un paciente, de 22 años de edad, se queja de que siempre ha elegido mal a sus parejas y lo apoya en los siguientes hechos: las tres novias que ha tenido le faltaban el respeto de una forma alarmante y, a tanto llegaba, que lo ponían en vergüenza delante de sus propios amigos. La última llegó a

decir: “este que veis aquí que parece tan buenecito es un guarro integral. Cuando se ducha, las toallas las tira al suelo y no las recoge. Cuando va al cuarto de baño deja la mierda pegada en la taza de váter. Cuando yo lo conocí, las sábanas de la cama estaban negras sobre todo por la parte de los pies,,...”. Mientras ella hablaba de esta forma, él se sentía tremendamente avergonzado y agachaba la cabeza, sin decir nada en su defensa. Después de un tiempo en la consulta, afirma haber conocido a otra chica que “es completamente diferente a las anteriores”, pero el tiempo revela que el carácter de ella es exactamente el mismo que el de las anteriores. ¿Qué hace que este chico mantenga este tipo de relaciones sentimentales? Parece indudable que algo suyo (inconsciente) hay en una elección tan repetitiva.

5.3. Principios que rigen el funcionamiento psíquico.

1º) El “principio del placer”. Indica que se busca el placer al tiempo que se intenta evitar el displacer, algo en lo que ya había reparado el filósofo griego Epicuro. Según este principio se busca la satisfacción inmediata, cosa que no puede ser cuando se quiere, dado que estamos insertos en un medio social que tiene sus reglas. De ahí, que el aparato mental requiera la presencia de un segundo principio.

2º) El “principio de realidad”. Su función es moderar al anterior, de manera que la satisfacción quede aplazada por las condiciones externas; estas pueden ser o no favorables a la descarga placentera.

Madurar implica ingresar en la realidad (social) y, por consiguiente, moderar la impaciencia impuesta por el “principio del placer”, que quedaría sometido a aquella. Con un ejemplo este asunto puede verse mucho mejor:

En cierta ocasión nos invitaron a un grupo de psiquiatras al hotel Alfonso XIII a una conferencia que incluía una cena posterior. Cuando entramos, la mesa estaba llena de apetitosas viandas (salmón, distintos tipos de quesos, anchoas del Cantábrico, etc.). Así las cosas, la conferencia empezó y trataba sobre neurotransmisores y un fármaco nuevo que había salido al mercado. El conferenciante empezó la disertación a las 8,30 y lo que decía ya lo sabíamos, no despertaba el interés general, de manera que las miradas se concentraban en la mesa, en la que se hallaba la comida. La explicación seguía de manera interminable: las 9, las 9,30... y aquello no acababa; evidentemente, lo que queríamos era comer y charlar unos con otros, teniendo en cuenta que hacía algún tiempo que no nos veíamos los que estábamos allí citados (“principio del placer”). No podíamos coger nada de la mesa y estábamos quietos como estatuas esperando que la conferencia terminase (“principio de realidad”, en pugna con el anterior). Las 10 menos cuarto y aquello no finalizaba; por fin, a las 10 menos cinco,

el conferenciante dijo que ya había llegado al final y preguntó (ingenuamente) si había alguna pregunta. Se hizo un silencio que cortaba el aire; no se oyó en la sala ni un solo murmullo. Finalmente, todos empezaron a hablar y a comer porque ya era el momento y estaba permitido hacerlo. Véase que la realidad impone que la satisfacción se demore hasta llegar el momento oportuno.

5.4. Concepción estructural del aparato psíquico: perspectiva tópica.

Freud aporta una idea novedosa sobre cómo se organiza el aparato psíquico, que recibe el nombre de “perspectiva tópica”. “Tópica” es una palabra que viene del griego *topos*, que significa “lugar” y de ahí derivan términos como topología, topografía, topognosia, etc. Aplicado a la mente supone que esta se halla dividida en distintos “lugares”.

Efectivamente, el punto de vista “tópico” supone la diferenciación dentro del aparato psíquico de cierto número de sistemas, con propiedades y funciones diferentes. La “primera tópica” aparece en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* (3), una obra fundamental del Psicoanálisis que fue publicada en el año 1900.

Para entenderla bien la “perspectiva tópica” tenemos que preguntarnos, en primer lugar ¿qué hay dentro de la mente (o subjetividad)? La respuesta es que existen “representaciones”. Se trata de copias que hacemos de lo que existe en el mundo (objetos y hechos), en cuyo conjunto se incluyen también a las personas y circunstancias conexas con ellas. La separación de “lugares” dentro del aparato psíquico hace que las representaciones mentales se encuentren en diferentes estados; esto se debe a que las propiedades de cada sistema se muestran en cómo se manejan dichas representaciones. Entendiendo esto, estamos en condiciones (con Freud) de diferenciar tres partes dentro del aparato psíquico:

5.4.1. Consciente. Sus contenidos (representacionales) son accesibles a la conciencia o tienen el carácter de ser recuperables. Se rige por el “principio de realidad” y sigue las leyes de la lógica.

Desde el s. IV aC, siguiendo a Aristóteles, conocemos los tres principios fundamentales de la lógica, que son la base del pensamiento racional y que van a cumplirse en el nivel consciente:

-“principio de contradicción”: una afirmación y su contraria no pueden ser ciertas al mismo tiempo (p. ej. “es de día” y “es de noche”, no puede ser verdaderos).

-“principio de identidad”: todo objeto es igual a sí mismo (p. ej. “un burro es un burro”).

-“principio de tercio excluso”: una afirmación no puede ser verdadera y falsa a la vez (“soy rico” o es verdadera o es falsa, pero no ambas posibilidades).

5.4.2. Preconsciente. Engloba todo aquello que puede hacerse consciente con concentración y esfuerzo. Sus contenidos (representacionales) son virtualmente recuperables. Al preconsciente van a parar todos esos elementos que no nos hacen falta en la vida diaria (recuerdos, pensamientos, ideas, etc.) y de los que podemos echar mano en cualquier momento.

Un estudiante tiene en su cabeza el material que ha ido aprendiendo durante el tiempo de preparación de la asignatura. Ese contenido es preconsciente y, en el mejor de los casos, puede extraerlo una vez que se encuentra en el examen para poder responder correctamente a las preguntas. Mientras tanto, otras cosas que ha estudiado y no le hacen falta, permanecen preconscientes.

Análogamente, tenemos en la cabeza muchos recuerdos que podemos rescatar en cualquier momento, parándonos a pensar un poco o escribiendo un diario. Mientras no los utilizemos siguen siendo preconscientes, de ahí que la función del preconsciente sea eliminar de la conciencia todo el material sobrante, para que esta quede despejada y podamos mantener la atención sobre el exterior. Si una persona es incapaz de desalojar su conciencia de contenidos molestos, decimos de ella que está “embotada” (o vulgarmente “empanada”) y la muestra de ello es que, cuando le hablamos, comprobamos con claridad que es incapaz de escuchar (y de responder). Luego, la función del preconsciente es protectora.

Entre el preconsciente y la conciencia existe lo que se llama “segunda censura”, que tiene la característica de ser porosa. Se nombra de este modo porque permite el paso de contenidos (representacionales) de un lugar a otro con cierta facilidad.

El preconsciente se rige por el “principio de realidad” y sigue las leyes de la lógica, de ahí que consciente-preconsciente formen un conjunto armónico, que va a oponerse al siguiente sistema que estudiamos.

5.4.3. Inconsciente. Antes que nada, conviene decir que no se debe utilizar la palabra “subconsciente”, ya que se trata de un término que divulgó el Movimiento Surrealista (3), un grupo de artistas entre los que se contaban los españoles Salvador Dalí o Joan Miró, ambos profundamente admiradores de la obra freudiana.

En el inconsciente se hallan los contenidos desconocidos, capaces de condicionar el comportamiento. Estos quedaron encerrados por un mecanismo de la “represión” y ya no pueden regresar a la conciencia. Se rige por el “principio del placer” y no sigue las leyes de la lógica. Este fenómeno puede verse con claridad en los sueños y en las fantasías diurnas:

Una paciente, de 25 años, ve en un sueño la cara su actual pareja con toda claridad pero, cuando se pone de perfil, tiene las facciones de su primer novio. Entonces ¿en qué quedamos, es su primer novio o es su pareja actual? Claramente se vulnera el “principio de identidad”: no puede ser dos personas al mismo tiempo.

Otra paciente, de 36 años, ha perdido recientemente a su madre. Una noche tiene un sueño en el que dialoga ella de un modo distendido y agradable, pero en el sueño sabe perfectamente que está muerta. Luego, se vulnera el “principio de contradicción”, ya que la madre está viva y muerta a la vez.

Un chico de 18 años, ha suspendido recientemente la selectividad siendo su deseo estudiar Medicina, cosa que achaca al año tan malo que ha tenido por culpa del COVID. Aunque sabe que este hecho ha sido para él limitante y forma parte de su realidad presente, se imagina en las clases aprendiendo Anatomía y disfrutando con sus compañeros/as de instituto. Cada noche logra conciliar el sueño gracias a esta fantasía al resultarle calmante, pero llega un momento en que se cree que el contenido de la misma es cierto. Véase que se altera el “principio de contradicción”.

Dado que, en el inconsciente no impera la lógica, decimos de él que es irracional. Eso no quita que no pueda estudiarse y hacer planteamientos sobre él, de hecho es lo que Freud lleva a cabo en toda su obra. Una cosa importante, antes de continuar: no confundir los principios lógicos (“identidad”, “contradicción” y “tercio excluso”) con los psicológicos que enunció Freud (“del placer” y “de realidad”); mientras los primeros pertenecen al campo de la lógica y definen las leyes que gobiernan la razón, los segundos pertenecen al psicoanálisis (o, si se prefiere, a la Psicología) y definen las formas de funcionamiento mental.

El sistema conciencia-preconsciente se encuentra separado del inconsciente por la llamada “primera censura”, que no es porosa (como la segunda), sino que es continua y franquea el paso de un sistema a otro.

Para dar cuenta del poder del inconsciente sobre la persona humana, Freud compara el aparato psíquico con un iceberg, en el que el fragmento más importante se halla hundido bajo el agua. Del mismo modo, el inconsciente representa la mayor parte del aparato psíquico y, en consecuencia, el individuo queda sometido a las fuerzas inconscientes, en tanto que la conciencia (comparada con la parte del iceberg que sobresale) tiene una mínima expresión. Así es como Freud diferencia su concepción del aparato psíquico de la que se muestra en los textos de Psicología General y, en vez de hablar de “psicología”, se refiere a la “metapsicología” (o “más allá” de la psicología).

	CONCIENCIA	Contenidos recuperables
2ª C	PRECONSCIENTE	Virtualmente recuperables
1ª C	INCONSCIENTE	Irrecuperables

5.5. La represión.

Quizás convendría empezar esclareciendo este término en relación a lo que significa para el vulgo; habitualmente, cuando se habla de una persona “reprimida”, se da a entender que es alguien que “no tiene relaciones sexuales” o que “no se come una rosca”, pero esto no tiene nada que ver con el sentido que le da Freud. Como cabe entender, estas interpretaciones libres han dado lugar a numerosos malentendidos sobre el contenido de su obra.

Freud descubre la represión trabajando con sus aquellas personas de la alta burguesía vienesa que acudían a su consultorio; en concreto se da cuenta que, cuando ciertas representaciones del pasado salen a la luz, conservan la misma viveza que tenían en aquellos momentos en que se produjeron. Luego, los recuerdos abreaccionados conservaban su intensidad emocional, a pesar del tiempo transcurrido; de ahí que indique que en el inconsciente no existe el tiempo, dado que los recuerdos permanecen imborrables y no se desgastan. En consecuencia, “vivir” una experiencia dolorosa es lo mismo que “revivirla”.

VIVIR = REVIVIR

La represión consiste en aquel mecanismo que se encarga de mantener alejados ciertos contenidos de la conciencia por resultar dolorosos. El proceso se inicia cuando un hecho provoca displacer (señal de angustia) y, una vez convertido en recuerdo (representación), queda hundido en el inconsciente desde donde no puede retornar de forma espontánea. Aunque la represión provoca en la conciencia un agujero (amnesia) y la persona no recuerda nada del hecho, este no desaparece pues no se ha producido un olvido. La prueba de ello es que, mediante la terapia psicoanalítica, estos contenidos (dolorosamente) pueden retornar a la conciencia.

Posteriormente, se produce el fenómeno del “retorno de lo reprimido”, significa que el material reprimido retorna a la conciencia en forma de: producciones oníricas, síntomas, lapsus, actos fallidos, etc. Veamos un caso que puede explicarlo bastante bien:

Se trata de una paciente que padece una parálisis flácida (histérica) del miembro superior derecho y que ha sido estudiada por disintos neurólogos sin encontrarse ningún sustrato orgánico que la justifique. Está casada pero

su marido trabaja en Alemania y le envía todos los meses un dinero. Recientemente, se ha enamorado de su abogado y este le ha pedido que se separe del marido y que “ambos pueden formar una bonita pareja y vivir juntos”. Ella no se atreve a comunicárselo al marido por teléfono “porque me quiere mucho, a pesar de la distancia” y escoge la opción de escribirle una carta, a la antigua usanza. Tan pronto como empieza poniendo la fecha e iniciando el texto con: “querido esposo”, se le resbala la mano con el bolígrafo y el brazo se le cae por su peso sin poderlo mover. Las sesiones con ella descubren que (inconscientemente) no desea escribir la carta, ya que eso supondría “perder el sobre que todos los meses le manda el marido” y, por otro lado, ella nunca ha trabajado, ni quiere trabajar. El síntoma de la paciente le impide la separación matrimonial y la independencia económica, deseando realmente ser una “mantenida”, como ella misma reconoce (“retorno de lo reprimido”). Encima, al encontrarse enferma, tiene a dos hombres a su servicio, para acompañarla al médico. Como cabe entender, la paciente no conocía (en realidad, no quería conocer) la existencia de estos aspectos reprimidos.

La labor del psicoanalista consiste en ayudar al paciente a tomar conciencia de los contenidos reprimidos; en palabras de Freud, de lo que se trata es de “transformar en consciente lo inconsciente”. Se supone que, cuando el sujeto tiene en su poder este conocimiento mejora de sus síntomas, como le ocurrió a esta paciente.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Alonso Fernández F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual (vol. 1). Madrid: Paz-Montalvo, 1979.
2. Freud S, Breuer J. Estudios sobre histeria. En: Obras Completas (vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
3. Freud S. La interpretación de los sueños. En: Obras Completas (vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
4. Ortega Monasterio L. Lecciones de Psicología Médica. Barcelona: PPU, 1993.
5. García Arroyo JM. Surrealismo y psiquiatría. Un estudio sobre la locura. Editorial Académica Española, 2012.

SEGUNDA PARTE: OBJETIVOS DE LA PSICOLOGÍA EN ODONTOLOGÍA

Capítulo 6º. Psicología y Odontología. Manifestaciones afectivas de la boca. Patología bucodental y manifestaciones subjetivas. Repercusiones de los aspectos psicológicos en la patología bucodental.

6.1. Manifestaciones afectivas de la boca.

La boca es un lugar de frontera entre el exterior y interior del cuerpo y cumple una serie de funciones, de sobra conocidas por todos: digestiva, respiratoria, sensorial (detecta el gusto y la textura de los alimentos) y protectora. Pero, lo que de verdad interesa aquí es descubrir las relaciones que mantiene con la afectividad; para eso hay que separar entre la boca como “superficie externa” y como “espacio interno”, ya que ambas tienen connotaciones diferenciales.

6.1.1. La boca como superficie externa. Considerar a la boca en este sentido, permite entenderla como:

a) Zona primaria de placer. En el cuerpo existen las llamadas “zonas erógenas”, que son partes del mismo que provocan placer cuando son estimuladas. Aunque serán estudiadas posteriormente, ahora podemos detallar tres de sus características: 1º) son lugares en los que la piel pierde su revestimiento epidérmico, convirtiéndose en mucosas claramente identificables por su aspecto rosado, 2º) rodean a los orificios naturales del cuerpo tratándose, como antes se dijo, de lugares frontera (p. ej. ano, boca, vagina, etc.) y 3º) son muy sensibles a los cambios externos; esto hace que puedan pasar fácilmente de sensaciones placenteras al dolorosas si la estimulación continua o es más intensa.

Freud describió la “etapa oral” (se estudiará en el capítulo 11º) en la que la zona erógena es la boca, tiene lugar durante el primer año de vida y el placer se obtiene mediante la succión (p. ej. biberón, chupe, pecho, dedo, etc.). Un discípulo suyo, llamado Karl Abraham, propuso subdividirla en: oral precoz (o de succión) y oral sádica (o canibalista). La última de ellas coincide con la aparición de los dientes y la consiguiente actividad de mordedura; trátase de una capacidad de nueva adquisición para el niño, de la que antes carecía y que puede hacer daño a la madre al succionar el pecho.

Al mismo tiempo, Freud descubre las posibilidades de fijación a esta etapa del desarrollo infantil y a las satisfacciones derivadas de ella y, cuando así ocurre, son frecuentes los “hábitos orales” (p. ej. comida, bebida, alcohol, chupeteo de dedos, onicofagia, consumo de pastillas, etc.). En la actividad sexual normal del adulto (como ya veremos en el capítulo 11º), con anterioridad al acoplamiento genital, se produce un recorrido por diferentes zonas erógenas que han tenido una representación importante en la época infantil (tocamientos, exhibiciones, olisquear, etc.). Una de estas actividades es el beso erótico, que tiene un papel muy importante en esta panoplia de estimulaciones.

b) Expresión de afecto. Al mismo tiempo, la boca sirve para poner de manifiesto o demostrar el afecto que nos une a otra(s) persona(s), en las relaciones de ternura o cariño que mantenemos con los demás (familiares, amigos, vecinos, conocidos, etc.). El beso es una representación de ello pero, en las relaciones sociales, sabemos diferenciar con toda claridad un beso “amistoso” del que tiene contenido “erótico”. El primero se relaciona con la piel y es más superficial, en tanto que el segundo pone en contacto las mucosas con la intención de provocar sensaciones eróticas.

c) Participación en las relaciones sociales. La boca interviene en el habla, matizado los sonidos y que estos sean correctos y acordes con el vocabulario que poseemos pero, además, colabora en la expresión facial (mímica). Los movimientos de la boca (labios, comisura) matizan el lenguaje verbal y también envían mensajes sin palabras a los demás, pudiendo poner de manifiesto: frialdad, enfado, distanciamiento, sorpresa, etc.; de ahí la gran expresividad que puede llegar a tener los movimientos de la musculatura perioral. En consecuencia, la boca interviene en la definición el tipo de relación que establecemos con nuestros congéneres (proximidad/lejanía, aceptación/rechazo, simpatía/antipatía, etc.).

Este mismo fenómeno puede provocar problemas: dado que la sonrisa es muy importante como forma de expresividad y de comunicación, y en ella la boca permanece abierta (aunque sea por poco tiempo), la disposición de la dentadura puede condicionarla; por lo tanto, esta última puede frenar la espontaneidad de una persona cuando contacta con los demás. Algunas personas tienden a taparse la boca cuando sonríen para que no se descubran estos defectos. Actualmente, debido a la pandemia del COVID-19, a muchos sujetos les resulta difícil relacionarse con quienes les rodean, dado que la boca se encuentra tapada por la mascarilla y no pueden observar la disposición que esta adopta durante el proceso interactivo; digamos que les resulta bastante complicado prescindir de las sutilezas que el movimiento de los labios aporta durante el proceso.

d) La intranquilidad, una manifestación común de los cuadros ansiosos, se muestra con gran claridad en la boca; esta parte del cuerpo resulta bastante responsiva al producirse tensiones nerviosas. Son comunes, en este sentido, la realización de ciertos movimientos (p. ej. pasar la lengua por los labios, empujar la lengua contra los dientes, desplazar la mandíbula lateralmente, mordisquearse la mejilla, etc.) o morder objetos (p. ej. lápiz, bolígrafo, comer papel, etc.). De mayor envergadura, está el *bruxismo*, consistente en rechinar o apretar los dientes y la *onicofagia* o morderse las uñas, que puede dar lugar a problemas tanto en la dentadura como en las uñas. Ambos trastornos (bruxismo, onicofagia) pueden entenderse como una manera de canalizar o derivar las tensiones nerviosas y, al hacerlo, calmarlas (se consiga o no).

6.1.2. La boca como espacio interno. La boca no es solo una superficie externa, que cumple las funciones ya vistas, sino que conforma un espacio interno denominado “cavidad oral”. Esta representa la puerta de entrada al interior del cuerpo y puede reflejar:

a) el rechazo hacia algo (persona, situación, objeto, etc.), de manera que se pone de manifiesto su expulsión de nuestro cuerpo o de nuestro mundo. Las náuseas y los vómitos, en ocasiones, pueden mostrar con claridad este efecto; esto se ve muy bien en aquellas ocasiones en las que tratamos con objetos considerados repugnantes (p. ej. alimentos en mal estado, cadáveres, excrementos, etc.), pero también en situaciones que provocan este mismo efecto (p. ej. ser obligado a hacer un acto inmoral).

Una paciente de 19 años, invitada por un chico a su casa, fue a vomitar al cuarto de baño tras tener relaciones sexuales con él. Consideró que estas habían sido realizadas sin ningún tipo de afecto y de forma mecánica, sintiéndose utilizada tras concluir el acto. El vómito representa la expulsión de sí, tanto del acto realizado como de la persona con la que lo realizó.

Las personas escrupulosas, en las que la emoción de asco es exagerada, pueden mostrar sensaciones nauseosas con gran asiduidad, aunque no lleguen a vomitar.

b) La aceptación. La cavidad oral tiene una expresividad notable en el caso de la aceptación de algo (persona, cosa, animal, etc.). Cuando algo es apetecible lo queremos incorporar, física o simbólicamente; en el primero de estos casos, lo tragamos (p. ej. el alimento succulento, el batido de helado, la crema de yogurt, la tarta, etc.) y, en el segundo, decimos que lo queremos comer (p. ej. cuando digo: “este gatito es para comérselo” o “este niño me lo comería”).

Por otro lado, la cavidad oral forma parte de la intimidad física de una persona, por lo que queda asociada directamente a su inviolabilidad (como cualquier otra cavidad del cuerpo). De ahí que mostrarla ante los demás puede acarrear sentimiento de vergüenza, sobre todo cuando faltan piezas, existen prótesis, implantes, coronas, etc. Otras veces, la boca ha sido objeto de exhibición cuando se asociaba no al defecto, sino a la belleza:

Hasta hace poco tiempo, la gente exhibía las coronas de oro en sus dientes como manera de marcar ante los demás el estatus social.

Según el testimonio de Fray Diego de Landa, los mayas se limaban los dientes para que tomaran una forma de sierra, lo cual creaba un estilo viril ante los miembros de aquella comunidad. También se incrustaban piedras semipreciosas (turquesa, variscita, jade, cinabrio o cuarzo) que fijaban con cemento de fosfato de calcio. Los “dentistas” de entonces mostraban una

técnica bastante depurada que conseguía no romper el diente, ni dañar el nervio, aunque, eso sí, el proceso tenía que ser bastante doloroso.

Los efectos emocionales relacionados con mostrar la boca, pueden ponerse de manifiesto en la consulta del odontólogo, al proceder a explorar al paciente. En este sentido, la intrusión mecánica en la boca se vive como una invasión de la intimidad, sobre todo si se realiza de forma brusca (los antiguos dentistas lo hacían así, sobre todo los que pertenecían a la Seguridad Social). Cuando eso ocurre puede provocar una intensa angustia, sentimientos de pánico, impotencia, ira, etc. debido a lo que se vive como una violación de la intimidad; podría compararse a una exploración vaginal realizada sin tacto alguno, introduciendo el espéculo de forma sorpresiva. En consecuencia, la exploración de la cavidad oral tendría que realizarse con cuidado e informando al paciente de las maniobras que se van a realizar.

Un cuidado especial debe tenerse con los niños, dado que, fácilmente, reaccionan con miedo; este tiene un contenido claro: lo desconocido, lo ajeno y las maniobras que se van a realizar con él. Se incluyen en este grupo a los sujetos que denominamos “regresivos”: adolescentes o adultos que muestran un comportamiento claramente infantil y adoptan posturas muy semejantes a las que presentan los niños.

Los críos distinguen bastante bien aquello que pertenece a su mundo (lo propio) de lo que no (lo ajeno) y se sienten cómodos y confiados contactando con lo primero, pero no con lo segundo. El primer objeto propio es la madre y el bebé llora cuando se encuentra solo o ante alguien que no es ella; ahí se traza claramente la diferenciación de estos dos universos separados. También asusta a los niños todo lo que le resulta desconocido y que no pertenece al espacio en el que se desenvuelve.

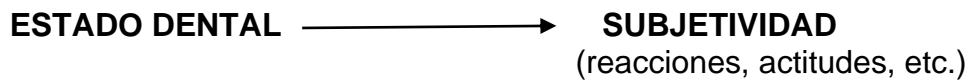
Antiguamente, cuando en el sistema de salud existían otros esquemas de trabajo, al llevar a los niños al dentista se tomaba la opción de dominarlos por la fuerza, una maniobra que provocaba un beneficio inmediato (mantenerlos quietos) pero, a la larga, sobre todo si esta acción se repetía, se mostraban desconfiados hacia la consulta odontológica y, en consecuencia, reticentes a la hora de acudir a cualquier tratamiento. En algunos casos, se producía una ansiedad o fobia dental, que ponía en marcha claras conductas de evitación.

Sobre esta experiencia, pueden trazarse unas directrices más o menos claras sobre cómo tratar con los críos. Para ello hay que considerar, antes que nada, que estos recogen las emociones del adulto con gran facilidad, son auténticos “receptores emocionales”. De ahí que capten con gran facilidad la hostilidad, la rabia o el mal humor del odontólogo, los cuáles pueden producirse cuando la situación es problemática, al no dejarse manejar el niño con cierta facilidad para poder intervenir cómodamente. Ante estas emociones ajenas, el

niño responde con miedo, produciéndose el correspondiente bloqueo. Algo diferente ocurre en el momento en que el odontólogo, tratando de tener un poco de paciencia (y no perdiendo los nervios), utiliza expresiones de cariño, puestas de manifiesto tanto a nivel verbal (palabras afectuosas), como no verbal (tono de voz, expresión de la cara serena, evitando gestos bruscos, etc.) e invitándole a participar voluntariamente en la experiencia.

6.2. Patología bucodental y manifestaciones subjetivas.

Este apartado está dedicado a tratar las repercusiones psicológicas del estado dental, es decir esbozar qué puede ocurrir a nivel subjetivo cuando el paciente presenta un estado dental deficiente. La dirección que se va a seguir es esta:



Las alteraciones bucodentales van a tener una repercusión directa en las actitudes y reacciones psicológicas de los individuos, de manera que pueden separarse del modo siguiente:

6.2.1. Los problemas de imagen. Jaques Lacan era un psicoanalista francés que se atrevió a plantarle cara teóricamente a un problema, por entonces no resuelto, asociado a las relaciones intersubjetivas y anunció, con gran seguridad, que en estas se sostienen en la imagen. En efecto, nos presentamos ante los demás de una manera formidable para que estos devuelvan la imagen de grandeza que queremos proyectar. Al mismo tiempo, nos molesta profundamente cualquier tipo de crítica, ya que solo queremos que venga de los demás la alabanza (velada o manifiesta). Se comprende que, si una persona descubre en sí misma algún defecto (ya físico, ya psicológico), tiende a ocultarlo como sea pues, si lo exhibe, cabe la posibilidad de recibir la crítica ajena (p. ej. unas orejas en soplillo hay que ocultarlas con el pelo).

Si sumamos estos apartados es posible hablar de la “sociedad de la imagen”. En este contexto social tan particular, lo físico resulta muy importante y en él se incluyen: el cuerpo (altura, disposición de la grasa, forma, ...), la vestimenta (elegancia, finura, adornos, abalorios,...) o las posesiones (coche, moto, chalet, ...), aunque también puede influir lo psíquico (simpatía, agrado, educación, ...). Se comprende que, el primero de estos elementos (cuerpo), incluye el estado en que se encuentran los dientes, ya que una imagen de dentadura completa es algo a valorar y, por el contrario, no lo es si esta presenta alguna alteración observable directamente. Esto ha hecho que haya aumentado extraordinariamente el número de visitas a los odontólogos por motivo estético; recordemos que antiguamente se hacían, más que nada, por motivos funcionales (dificultades para masticar, dolor dental, rotura de piezas, etc.). A continuación se estudian algunas posibilidades relacionadas con la estética:

a) El estado dentario. En los casos en los que alguien presenta cualquier tipo de alteración visible en la dentadura (caries o pérdida de dientes) empieza tapándose la boca con disimulo al sonreír o realizar este acto con cuidado de que no se muestren los dientes.

Un paciente nuestro aprendió a hablar o reír sin abrir la boca. Otro se dejó un grandioso mostachón que tapaba las comisuras bucales e imposibilitaba ver el interior de la cavidad oral. En ambos casos existía fobia dental, con la correspondiente evitación de la consulta odontológica.

Después, puede llegarse al retraimiento social y acabar en una “fobia social”, sobre todo si la persona es incapaz de acudir a tratarse, por la razón que sea (falta de cuidado personal, miedos a la propia consulta o a las intervenciones, procrastinación, ...) y ocasiona dificultades en el contacto interpersonal. La fobia social se caracteriza por el miedo a ser enjuiciado por los demás, que impulsa a evitar las situaciones interpersonales, al tiempo que aparecen problemas de autoestima (1). Puede aparecer miedo a realizar comidas en público, sobre todo si presentan problemas de masticación y ser detectada esta falla. En cualquier caso, no salen de casa, no se relacionan, realizan actividades solitarias (en las que se encuentran seguros, su “zona de confort”), pierde posibilidades laborales, etc.

En ciertos trastornos de la personalidad, como es la psicopatía, estas cuestiones importan bien poco; tal es el caso de Charles Manson quién se dejó pudrir la dentadura para así tener un aspecto más “demoníaco”.

b) La ortodoncia. Si es objeto de la mirada ajena puede producir los mismos efectos estudiados antes, sobre todo si se trata de adolescentes o de personas muy sensibles a la opinión ajena. Estos fenómenos se están evitando actualmente gracias al uso de la ortodoncia invisible la cual, al usar alineadores transparentes y, por lo tanto, no emplear los clásicos brackets, ha supuesto un gran avance para las personas cautivas de la *imago*.

c) Las prótesis. Las que son parciales contienen unos cierres metálicos que pueden verse desde fuera, obligando a forzar la sonrisa o taparse al reír, dando lugar a inseguridad en las relaciones sociales. Las completas tienen la ventaja de que, al reemplazar a los dientes perdidos, resultan imprescindibles para restaurar la funcionalidad perdida. No obstante, tienen connotaciones negativas que se refieren a ser mal toleradas físicamente (dolores gingivales, incomodidad, salivación excesiva,...) y requieren cierta adaptación al nuevo aparato, ya que hay que acomodarlo a la boca (ajuste de la musculatura bucal) y, sobre todo, al hablar puede desplazarse ocasionando sentimiento de vergüenza o ridículo.

En el mundo moderno, basado en la imagen de jovialidad, la presencia de una prótesis representa un signo de vejez y decrepitud; de ahí que no sea extraño que este problema ocasione ansiedad, irritabilidad e insomnio. Por eso, la cirugía bucal está ganando cada vez más terreno a las prótesis, sean parciales o totales.

d) La cirugía. Supone para el paciente un claro beneficio, ya que pretende parar el proceso de envejecimiento, en su intento de conservar la dentadura completa; en este sentido, los implantes dentales han resultado prodigiosos para terminar con muchos efectos físicos y psicológicos en las personas con prótesis.

Ahora bien, para muchos sujetos la cirugía les resulta imposible de aceptar como solución, debido al grandísimo miedo que tienen y que se relacionan con:

-El dolor, relacionado con la sensibilidad al mismo (se estudiará en el capítulo 16º).

-Los resultados de la intervención, dependientes, a su vez, de la confianza que se tenga en el profesional que va a realizarla. Los pacientes con rasgos de desconfianza y suspicacia (paranoides) son más propensos a tener recelos del odontólogo y a quedar más disconformes con los resultados.

-El daño. Para algunas personas la intervención supone un verdadero atentado a la integridad y la evitan, aunque conocen perfectamente sus ventajas; esto es más frecuente en hipocondríacos. Lacan fue el autor que más destacó también en analizar estos fenómenos cuando habló de las “fantasías de fragmentación corporal” (2).

Intentaremos explicar someramente este complicado asunto: el niño pequeño siente que no puede dominar su cuerpo (intenta levantarse y no puede, se le desplaza la cabeza, procura moverse y las acciones resultan temblorosas e inseguras, etc.), de tal manera que lo percibe como separado en diferentes partes independientes. Se trata de una experiencia de impotencia e incapacidad. Mas, cuando se aproxima al espejo, encuentra reflejada en él una imagen de sí mismo impoluta, completa, y se queda absolutamente prendado por el complejo virtual que allí aparece. Esta experiencia tiene lugar entre los 6 y los 18 meses y Lacan lo llama “estadio del espejo” (2). A partir de ese momento, las imágenes van a ser cautivadoras para los humanos.

Ahora bien, las “fantasías de fragmentación” perduran y se despiertan ante cualquier intervención quirúrgica, lo que permite explicar el miedo a la misma. Este toma un especial relieve si la operación tiene lugar en un sitio tan delicado y tan “cercano” como es la boca; entonces, la imaginación del paciente se dispara creyendo que: le atravesarán la mandíbula con la fresa, se romperá el hueso durante el proceso, se le perforará la lengua, tendrá una hemorragia descomunal, etc. Todos ellos, como puede comprobarse, provocan un miedo terrible y la correspondiente evitación del acto quirúrgico aunque se sienta como algo imprescindible.

No es posible acabar este apartado sin mencionar el poder tan grande que tienen sobre la población ciertas personas que destacan en las redes sociales (*facebook*, *instagram*, plataformas de video *you tube*) y que han logrado crear un

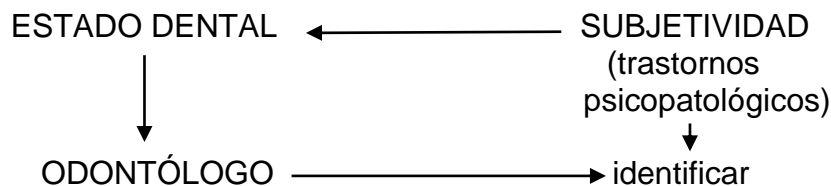
personaje de éxito en el mundo digital, contando con miles de seguidores y suscriptores (“efecto bola de nieve”); se les denomina *influencers*. Pues bien, estas personas se permiten el lujo de dar consejos sanitarios, sin contar con los conocimientos científicos apropiados para ello y, dado que la Odontología está relacionada directamente con la estética, los dientes se constituyen en un objetivo particular de ellos/as. Entre los consejos que dan se encuentran: utilizar una lima de metal para igualar los dientes, conseguir una dentadura original de tiburón para destacar, la utilización del carbón activo como blanqueador sin saber que se trata de un abrasivo, etc. Cualquiera de estas (peligrosas) maniobras, realizadas por los seguidores, hacen que se pierda irreparablemente el esmalte dental y tengan que utilizar prótesis a los 40 años.

El protagonismo que adquieren en internet tiene que ver con el proceso que en psicología llamamos de “idealización”: de repente a alguien se le eleva a una altura insospechada, desconociendo deliberadamente sus aspectos negativos (el “lado oscuro” del ser humano o la “sombra”) y elevando a la enésima potencia las cualidades positivas. Esto explica que los seguidores caigan rendidos a sus pies y, no solo eso, sino que se identifiquen con ellos y realicen las acciones que recomiendan.

6.3. Alteraciones mentales y repercusión bucodental.

Ahora es el momento de analizar el movimiento contrario al propuesto antes: se estudian los efectos que producen distintos trastornos psíquicos en la dentadura (y en la boca). Tiene su razón de ser, ya que el odontólogo como cualquier otro profesional sanitario, tiene la obligación de detectar problemas psicopatológicos y los dientes serán un buen indicador de algunos de ellos. Esto ya se comentó en el capítulo 1º, en el que se enunciaron los objetivos que la Psicología cumple con los profesionales de la salud.

Esta labor del odontólogo es muy importante pues, si las diferentes alteraciones psíquicas se detectan precozmente, tienen una mejor solución que si se tarda en hacerlo; dicho de otra manera: cuanto antes se descubra un trastorno psicopatológico, mejor será para su evolución, porque se puede poner en el camino correcto para solucionarlo o, al menos, aliviarlo.



6.3.1. Patologías psíquicas que producen alteraciones dentales. Se describen a continuación algunos problemas psicopatológicos frecuentes de hallar en la consulta odontológica:

a) La anorexia y la bulimia nerviosas forman parte de lo que hoy en día se denomina “trastornos de la conducta alimentaria” o TCA. La primera de ellas consiste en la pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo, que aparece con mayor frecuencia en chicas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque raras veces puede afectar a adolescentes varones. Se acompaña de vómitos autoprovocados, uso de laxantes, ejercicio excesivo o consumo de anorexígenos o diuréticos; el conjunto provoca desnutrición, con sus correspondientes consecuencias metabólicas y endocrinas. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de manifestaciones de la misma o incluso se detiene (cesa el crecimiento, no se desarrollan las mamas, no aparece la regla) (1).

La bulimia nerviosa se asocia a episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos junto a la preocupación excesiva por el control del peso corporal (miedo a engordar), lo que lleva a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta. La edad de presentación es ligeramente más tardía que la anorexia y, a veces, puede considerarse como una secuela de esta última (aunque también puede darse la secuencia contraria). También aquí existen conductas de: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, periodos de ayuno o consumos de fármacos (supresores del apetito, diuréticos).

La patogenia de la alteración dental parece clara, ya que influyen dos factores: a) el retorno a la boca del contenido gástrico, que tiene un alto contenido de ácido clorhídrico, capaz de provocar la desaparición del esmalte y el cambio de color dental y b) el cepillado frecuente que ocasiona la abrasión mecánica en unos dientes ya de por sí debilitados.

b) La ansiedad es otro componente psicopatológico a tener en cuenta. Antes se habló del *bruxismo*, en tanto alteración originada por las tensiones nerviosas de ciertas personas; son sujetos incapaces de manejar las dificultades de la vida diaria, porque le afectan sobremanera o bien, como hemos demostrado nosotros (3), se meten en más cosas de las que pueden llevar (p. ej. realizan simultáneamente dos cursos, un máster y tienen un trabajo de 9 horas diarias).

Una paciente de 45 años, padece un “trastorno de ansiedad generalizada”, junto con bruxismo. Trabaja en una sucursal bancaria muy exigente con sus empleados; pero eso no es todo: cuando llega a casa no tiene ni un momento de descanso, pues la casa tiene que estar superlimpia, que no haya nada por medio y el suelo tiene que aparecer superbrillante. No contenta con eso, se dedica a hacerla comida a sus padres (ya mayores), a ordenarles la casa y a acompañar al padre al médico (cosa frecuente). Su sensación es de estar completamente desbordada y agotada pero, a pesar de ello, no duerme por las noches pensando en todo lo que tiene que hacer al día siguiente.

El *bruxismo* se va acompañar, a nivel local, de erosión dental y, de manera generalizada, de cefaleas, dolor de cuello y cara, alteraciones del sueño (si es nocturno, como le ocurre a la paciente mencionada) y problemas de la articulación temporo-mandibular.

c) Ciertos consumos también tienen una repercusión notable en la dentadura, como es el caso del tabaco, capaz de producir gingivitis, halitosis y cambio de coloración de los dientes. El consumo excesivo de hidratos de carbono (pasteles, pizzas, helados, galletas, magdalenas, pastas, etc.) aumenta el número de caries; es curioso comprobar cómo las personas que realizan estas ingestas desmesuradas lo hacen porque se calman, pero no pueden utilizar para ello otros alimentos (p. ej. frutas o verduras), sino que solo se tranquilizan con la ingesta de hidratos de carbono. Evidentemente, se trata de comportamientos infantiles, bastante regresivos por cierto, y que estudiaremos al tratar de las “conductas de riesgo” (capítulo 15°).

6.3.2. Pautas de actuación en pacientes psíquicos. Describimos en este apartado cómo es el estado dental de los enfermos mentales y qué puede hacer el odontólogo con ellos, contando con los conocimientos psicológicos adquiridos. Aquellos pacientes que se conocen como “psicóticos” tienen un pie en la realidad (social) que todos compartimos y otro que se sale de ella, no teniéndola en cuenta; las producciones sintomáticas son muy variadas y conocidas por los profesionales de salud mental (las estudiaremos con más detalle al tratar las “funciones psíquicas”, capítulos 7° a 10°). Dentro de los psicóticos se incluyen tres tipos fundamentales, considerados como “trastornos mentales”: la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la paranoia; presentan unas manifestaciones psicopatológicas bien diferenciadas y una evolución clínica característica, que posibilitan el diagnóstico diferencial.

Pues bien, estas personas también acuden al odontólogo buscando su ayuda profesional y prácticamente todos ellos muestran un estado dental deteriorado, debido a:

a) La propia patología en sí. Ciertos síntomas llevan a producirse alteraciones en los dientes; tal es el caso de un esquizofrénico que se echaba gotas de ácido en estos, provocándose cambios irreparables que acababan en la extracción.

b) El deterioro del aseo personal. Un efecto frecuente en ellos, sobre todo en los que presentan más deterioro, y que se intenta paliar en las Unidades de Rehabilitación de Área y en las Unidades de Día, donde se le enseñan comportamientos saludables y habilidades sociales.

c) El consumo de tabaco. Son personas que consumen una cantidad de tabaco impresionante, con la salvedad de que cuesta mucho trabajo ayudarlos en este sentido porque, con las acciones que realizan, rellenan un tiempo que se encuentra vacío (4, 5).

d) El rechazo absoluto de cualquier intervención del dentista. De hecho, no creen necesitar su ayuda y, si acuden, es porque son llevados por alguien (p. ej. la madre, eventualmente la trabajadora social, etc.).

e) Efecto de la medicación. Los psicofármacos que llamamos “antipsicóticos” (o neurolépticos) tienen como efecto secundario la disminución de la salivación y, dado que esta secreción es protectora, padecen más frecuentemente de caries.

El odontólogo tiene que seguir con ellos las siguientes pautas: 1º) no asustarse; se ha exagerado mucho la agresividad que pueden desarrollar estos pacientes, pero es un mito, 2º) prestar atención a lo que dicen: deseo o no de acudir, qué esperan de la consulta, qué idea previa traen, etc. 3º) inducirle tranquilidad utilizando palabras que lo calmen y una expresión facial relajada, 4º) explicarle todo lo referente a la intervención que se le va a hacer y los medios que se van a emplear y 5º) educarlo sanitariamente, dándole los consejos oportunos que mejoren su salud dental.

6.4. Desarrollo de comportamientos de higiene dental.

Ahora se trata de ver qué se puede hacer con las personas en general para que desarrollen comportamientos saludables en el terreno de la Odontología; intentaremos aplicar a esta disciplina los conocimientos que se han adquirido en los capítulos precedentes.

6.4.1. Transmisión de información. Actualmente queda claro que todo profesional sanitario (médico/a, fisioterapeuta, enfermero/a, odontólogo/a, psicólogo/a, etc.) está obligado a realizar educación sanitaria. Esta tiene como objetivo desplegar la información necesaria para prevenir la aparición, el desarrollo o el agravamiento de ciertas patologías prevalentes en nuestro medio. Por otro lado, una educación sanitaria bien realizada pone en marcha lo que se denominan “conductas de salud” (se estudiarán con más profundidad en el capítulo 15º). La educación sanitaria puede realizarse:

1) colectivamente: en colegios, institutos, asociaciones o residencias (p. ej. en una de la “tercera edad” puede explicarse los cuidados que se deben tener con las prótesis) e

2) individualmente. Para este menester hay que tener en cuenta fundamentalmente: a) lo que el paciente sabe sobre la materia, para no incurrir en repeticiones de cosas que conoce o ya le han explicado, b) el nivel de conocimientos (o académico) que posee, pues no es lo mismo hablar con una

persona que tiene estudios primarios que con aquella otra que ha realizado un grado universitario y c) el nivel intelectual, quiere decir si es capaz de captar y entender adecuadamente lo que se le explica o habitualmente le cuesta entender (p. ej. en casos de inteligencia límite, retrasos intelectuales o pérdida de capacidades cognitivas).

6.4.2. La modificación de la conducta. Los modelos cognitivo y conductual pueden aportar al odontólogo ciertas técnicas fáciles de aplicar en su medio laboral, en tanto el psicoanálisis es muy prolífico en ofrecer contenidos que tienen que ver con cómo relacionarse con el paciente (p. ej. cómo conocerlo y saber qué estructura psicológica tiene, cómo contactar con cada tipo de persona, cómo manejar lo que el odontólogo siente hacia los individuos que atiende, cómo lograr entresacar aspectos que tiene bien guardados y que son de vital importancia en el conocimiento de su salud dental, etc.). Un caso puede ilustrarlo bien:

Se trata de un varón de 52 años, ingeniero informático, que padece una infección bucal de la que no ha querido hablar con su odontólogo por considerarlo “un profesional demasiado serio y, debido a eso, no poder confiar en él para contarle una cosa tan íntima”. Es un hombre soltero con importantes problemas de autoestima, que se ve feo e incapaz de tener una relación normalizada con una mujer, “porque puede sufrir el desprecio o el abandono”. Las relaciones sexuales las mantiene con prostitutas y con ellas, realiza ciertas conductas de riesgo; entre ellas, se destaca el contacto buco-genital sin medidas de protección. Como consecuencia de estas, padece una sífilis que asienta en la cavidad oral y no ha querido contarle al odontólogo ni el origen de esta patología ni tampoco las conductas riesgosas que suele poner en práctica y que son el origen de la misma. El odontólogo, sin conocer esta historia y viendo la lesión, le ha dicho que es probable que tenga un cáncer. Después de un trabajo psicoterapéutico aquí en la consulta, ha sido capaz (con gran vergüenza) de comunicarle al odontólogo todos estos extremos, fundamentales para la completar la historia clínica y no errar en las apreciaciones clínicas.

Cuando se intenta modificar la conducta, hay que atenerse a dos posibilidades:

A) Implantar una conducta faltante. Aquí se intenta que las personas en cuestión adquieran habilidades de higiene dental, lo que resulta particularmente provechoso en aquellas que padecen retraso mental, deterioro cognitivo o, incluso, son enfermos mentales. Tienen que conseguir una ejecución adecuada y una mayor adherencia a la misma, lo que hemos considerado (en el capítulo 3º) como el “mantenimiento de una conducta” recién adquirida.

La técnica que se emplea en este aprendizaje es la aplicación del reforzamiento positivo; este puede ser el caso de enseñarle a un paciente a cepillarse los dientes paso a paso y, cada vez que lo haga apropiadamente, se le felicita por su logro. Si se equivoca, se le corrige, hasta que llegue a hacerlo bien y entonces, se recurre a una nueva aprobación. También pueden utilizarse “programas de reforzamiento”, tal como se estudió en su momento, utilizando fichas después de cada cepillado o tras las visitas.

Un ejemplo puede ser el siguiente: un recién graduado en la Facultad de Odontología de Sevilla abre un gabinete y, para que acuda la gente, puede utilizar un programa de reforzamiento que consiste en lo siguiente: el primer día que llega se le da una tarjeta, que se va ir sellando cada vez que acuda a la consulta. Cuando la tarjeta se encuentre rellena, él o su familia tendrán una consulta gratuita. Pueden también emplearse como reforzadores, el regalo de pequeños botes de pasta o cepillos en las visitas, teniendo en cuenta que no se debe reforzar cada una de ellas (sí al principio).

Tiene mucha utilidad la técnica de “modelamiento”, que parte del aprendizaje social de Albert Bandura (6) (ver capítulo 4º). Como ya sabemos, es un aprendizaje que se realiza mediante observación e imitación de un modelo que ejecuta las conductas deseables que se esperan en el paciente, cuyo papel consiste en escuchar, observar e imitar posteriormente. Puede realizarse en vivo o por medio de filmaciones; el secreto consiste en escoger modelos competentes con estatus o prestigio. Veamos un ejemplo de cómo sería en vivo:

Si queremos que un paciente se someta a la anestesia bucal, se toma a otro paciente que permita la presencia del extraño en la consulta. Se realiza entonces la inyección gingival con movimientos lentos, para que quién tiene que aprender vicariamente no contemple brusquedad alguna y le de seguridad. La finalidad es que, una vez observada la acción objeto de aprendizaje, pueda someterse al mismo procedimiento.

Otra forma de hacerlo es mediante filmaciones y esto es mucho más sencillo de llevar a cabo:

En la sala de espera de la consulta odontológica pueden proyectarse videos en los que se contemple a un “buen modelo” (p. ej. chica o chico jóvenes), que realiza el comportamiento de cepillado o de pasar la seda dental entre los dientes. Este material puede crearse fácilmente tomando a un amigo o amiga que se preste a la tarea, con tal de que sepan actuar delante de la cámara y haciendo exactamente lo que se les pide. Puede realizarse también con personas de diferentes edades, para que aprendan vicariamente no solo las personas más jóvenes. Así, la sala de espera pasa

de ser el lugar donde se cuentan problemas unos a otros, se convierte en un lugar de aprendizaje.

B) Eliminar una conducta anormal. Una segunda posibilidad alude a conseguir que desaparezca un comportamiento que afecte al tratamiento odontológico; tal es el caso de: miedos, temores, ansiedad, fobias, etc. (los diferenciaremos entre sí en los capítulos 17º y 18º). La técnica a utilizar se llama “desensibilización sistemática” y consiste en realizar los siguientes pasos:

- 1) Elaborar una serie de ítems, ordenados en un ranking que va desde el que le produzca menos ansiedad al que más.
- 2) Enseñar al paciente a relajarse en un lugar confortable (sillón mullido o diván).
- 3) Presentar mentalmente el primero de los ítems propuestos, hasta que se ponga nervioso; si eso ocurre, avisa y se pasa de nuevo a la relajación. Cuando ya está tranquilo, se le presenta de nuevo el mismo ítem, hasta que sienta ansiedad y volverá a la relajación.
- 4) Se repetirá este mismo procedimiento con las diferentes escenas, hasta que supere cada una de ellas.

Veamos un ejemplo:

Supongamos que un sujeto tiene miedo a acudir a la consulta del odontólogo para tratarse. Una vez que hablamos con él elaboramos una lista de situaciones, de mayor a menor miedo: 1ª) estás en tu casa preparándote para ir a la consulta, 2ª) coges el ascensor, 3ª) llegas al portal del bloque y sales, 4ª) llegas a la parada del autobús sabiendo a dónde vas, 5ª) coges el autobús que parará en la Avda. de la República Argentina donde él tiene la consulta, 6ª) te bajas del autobús y recorres el trecho desde la parada hasta la consulta, 7ª) te encuentras en el portal de la consulta odontológica, 8ª) llamas al portero electrónico, contestan y suena la apertura de la puerta, 9ª) te ves subiendo la escalera, etc., etc.

A continuación se relaja al paciente y se le presenta el primer ítem: “ahora te encuentras tranquilo y relajado. Imagínate que estás en tu casa preparándote para ir a la consulta de tu odontólogo”. Entonces el paciente levanta la mano, indicando, que la escena le ha producido malestar, en cuyo caso se pasa de nuevo a relajarlo: “en este momento estás relajado, respira profunda y lentamente, tu cuerpo se afloja, piensa solo en las piernas y no tienen ninguna tensión, ...”. Si el sujeto está ya tranquilo, se pasa de nuevo a repetir el primer ítem: “ahora imagínate que estás en tu casa preparándote para ir a la consulta de tu odontólogo. Te arreglas en tu cuarto de baño y te cepillas los dientes”. Si se pone nervioso, de nuevo pasamos a relajarlo y así sucesivamente. Como antes se dijo, no se pasará

al siguiente ítem hasta que al presente no le provoque ninguna reacción la escena imaginada.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedad. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
2. Lacan J. El estadio del espejo como formador del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: Escritos (vol. 1). Madrid: Siglo XXI, 1977.
3. García Arroyo JM. Study of the subjective aspects of anxiety by the means of modal logic. *Journal of Depression and Anxiety* 2016; 5(247).
4. García Arroyo JM. El colapso de la subjetividad en el psicótico (parte I). *Anales de Psiquiatría* 2002; 18(6): 275-279.
5. García Arroyo JM. El colapso de la subjetividad en el psicótico (parte II). *Anales de Psiquiatría* 2002; 18(6): 280-290.
6. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe, 1978.